



Saúde da Família

Revista Catarinense de Saúde da Família



Araranguá



Chapecó



Fraiburgo



Garopaba



Içara



Imbituba



Indaial



Itaiópolis



Jaraguá do Sul



Lages



Navegantes



Peritiba



São Bernardino



Tigrinhos



Vargem Bonita



Vidal Ramos

Secretaria de Estado da Saúde premia Melhores Práticas na Atenção Básica em Santa Catarina



João Raimundo Colombo
Governador do Estado

Murillo Ronald Capella
Secretário Adjunto de Estado da Saúde

João Paulo Kleinübing
Secretário de Estado da Saúde


Leandro Adriano de Barros
Superintendente de Planejamento e Gestão

Lizete Contin
Gerente de Coordenação da Atenção Básica



Revista Catarinense de Saúde da Família

Coordenação, distribuição e informações:

Gerência de Coordenação da Atenção Básica
– GEABS/SES/SC
Rua Esteves Júnior, 390 - 3º. andar - Centro
88.015-130 - Florianópolis/SC
(48) 3664-7269 / 3664-7270 / 3664-7282 (à tarde)
revistasfsc@saude.sc.gov.br
revcatsaudedafamilia@gmail.com
portalses.saude.sc.gov.br
 www.facebook.com/revcatsaudedafamilia

Conselho Editorial:

Ângela Maria Blatt Ortiga
Cássia Magagnin Roczanski
Elísia Puel
Fabrícia Vasco
Janize Luzia Biella
Lizete Contin
Marcelo Marques de Melo
Maria Cristina Calvo
Mariana Dal Ri
Mari Ângela de Freitas
Marly Denise Wuerges de Aquino
Mirvaine Panizzi
Pio Pereira dos Santos

Secretaria Executiva:

Lizete Contin
Marcelo Marques de Melo

Editor:

Marcelo Marques de Melo
(MTB 5452/SC)

Edição e editoração:

BECONN | Produção de Conteúdo
Jornalista: Daniela Risson (MTB DF4422JP)

Projeto gráfico e diagramação:

BECONN | Produção de Conteúdo
Érika Souza

Fotos capa:

Acervo das Equipes ESF dos municípios

Impressão:

Gráfica DIOESC
Tiragem de 3 mil exemplares

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*
Distribuição dirigida e gratuita. Venda proibida.

Revista Catarinense de Saúde da Família / Secretaria de Estado da Saúde / Gerência de Coordenação da Atenção Básica. - Ano 6, n. 13 (out./ 2016). - Florianópolis : Beconn Produção de Conteúdo, 2016.

v. Il.; 21 x 27,5 cm

ISSN 2357-7088

Disponível em <http://portalses.saude.sc.gov.br>

1. Saúde da Família – Santa Catarina. 2. Atenção Básica em Saúde – Santa Catarina. 3. Medicina da Família. I. Secretaria de Estado da Saúde – Santa Catarina. II. Gerência de Coordenação da Atenção Básica. III. Título.

CDD 613.3098641

Editorial

Mirvaine Panizzi – Coordenadora de Acompanhamento e Avaliação da AB / Telessaúde SC.

A Atenção Básica é desenvolvida por equipes multiprofissionais que agregam seus conhecimentos, no esforço de prestar ações e serviços de saúde de qualidade às pessoas, em suas comunidades. Estas equipes, no dia a dia, se deparam com a complexidade de garantir o cuidado adequado e oportuno, com vínculo e corresponsabilização, de forma a resolver os problemas de saúde mais relevantes e frequentes. Precisam cuidar das pessoas, da saúde mais que da doença, prevenir e promover saúde acolhendo-as em suas fragilidades, acompanhá-las, educando e cuidando ao mesmo tempo, de forma solidária e participativa. É necessário ainda, articular ações intersetoriais, que tenham impacto na qualidade e nas condições de vida e trabalho da população, visando a autonomia das pessoas e a ampliação da consciência sanitária e cidadã. Ou seja, constitui-se em grande desafio.

Muitas destas equipes atuam reorganizando processos de trabalho de forma criativa e inovadora, produzindo o cuidado em saúde. Estas experiências devem ser publicizadas e compartilhadas, contribuindo para a produção do conhecimento. Da mesma forma, a condução da gestão municipal e organização das Unidades Básicas de Saúde devem ser priorizadas e valorizadas. A viabilização de processos de educação permanente é fundamental para que os profissionais reflitam, discutam, reorganizem e se tornem protagonistas no mundo do trabalho.

Desde o ano de 2007, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), por meio da Gerência de Coordenação da Atenção Básica (GEABS), identifica e premia experiências exitosas desenvolvidas na estratégia Saúde da Família. A apresentação e premiação destas experiências teve destaque durante as seis edições do “Encontro Estadual de Saúde da Família,” realizado nos anos de 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 e 2013. Também foi destaque a apresentação e premiação dos municípios com melhor desempenho na Avaliação da Atenção Básica e equipes com maior participação no Telessaúde SC.

No ano de 2015, embora não realizado o Encontro Estadual, foram certificadas as “Melhores Práticas de Atenção Básica em SC”, dos municípios com melhor desempenho na Avaliação da Atenção Básica e equipes com maior participação nas atividades do Telessaúde SC.

Na “Avaliação da Atenção Básica em SC”, que está na sua 6ª edição, foram certificados os 28 municípios que obtiveram melhor desempenho. Esta avaliação é realizada pela GEABS/SES/SC, em parceria com a UFSC/NEPAS – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde. Foi

aplicada nos municípios nos anos de 2008, 2009, 2010, 2011, 2013 e em 2015.

Os municípios catarinenses certificados com melhor desempenho na Atenção Básica em 2015, segundo porte populacional, foram:

Porte	até 10 mil	10 a 25 mil	25 a 50 mil	50 e 100 mil	50 e 100 mil
1º	São Miguel da Boa Vista	Bombinhas	Joaçaba	Rio do Sul	Chapecó
2º	Witmarsum	São José do Cedro	Itapema	Içara	
3º	Nova Itaberaba	Urussanga	Pomerode		
4º	São Domingos	Itapiranga			
5º	Flor do Sertão	Cunha Porá			
6º	Modelo	Balneário Pícaras			
7º	Cordilheira Alta				
8º	Antonio Carlos				
9º	Caibi				
10º	Itá				
11º	Santa Rosa do Sul				
12º	Guatambu				
13º	Laurentino				
14º	Treze Tilias				
15º	Alto Bela Vista				
16º	Peritiba				



Também receberam certificação, nove equipes de Saúde da Família com “**Maior participação em teleconsultoria no Telessaúde SC**”. A teleconsultoria é um instrumento para qualificar a Atenção Básica e evitar encaminhamentos desnecessários para atenção secundária. A parceria entre a SES e o Núcleo Telessaúde SC, firmada em 2010, oferta várias atividades aos profissionais do estado. São realizadas webpalestras, fóruns de discussão e minicursos à distância. Teleconsultores respondem a dúvidas por meio de teleconsultorias no formato síncrono e assíncrono, há também disponível um helpdesk para apoio à implantação do e-SUS AB. As equipes certificadas com maior uso do Telessaúde SC foram: ESF Geral do município de **Presidente Castelo Branco**; ESF I de **Vargem Bonita**; PSF de **São Miguel da Boa Vista**; PSF São José de **Monte Carlo**; ESF Moema de **Itaiópolis**; PSF de **Arroio Trinta**; ESF Trinta Reis de **Nova Trento**; PSF 1 de **Armazém** e ESF Paquetá de **Brusque**.

As “**Melhores Práticas de Atenção Básica em SC**” foram avaliadas por uma comissão, obedecendo a um edital. Foram inscritos 182 trabalhos e destes, selecionados um por Região de Saúde, totalizando dezesseis experiências, publicadas nesta edição.

Sumário

APRESENTAÇÃO	5
---------------------------	---

Melhores Práticas 2015

VARGEM BONITA

O uso das cores para organização e planejamento das ações na Atenção Básica	6
---	---

LAGES

Acolhimento à demanda espontânea com estratificação de risco: uma experiência inovadora no município	9
--	---

VIDAL RAMOS

Programa Roda Materna	13
-----------------------------	----

FRAIBURGO

Grupo SUPERA DOR: usando a hidroginástica na promoção da saúde	17
--	----

NAVEGANTES

O BICHO VAI PEGAR: Programa Saúde na Escola	20
---	----

CHAPECÓ

Grupo Terapêutico Desenvolvimento Humano para Usuários de Psicotrópicos em uma Unidade Básica de Saúde	24
--	----

IMBITUBA

Fazendo Arte com a Linguagem	28
------------------------------------	----

PERITIBA

Descarte Consciente e Uso Racional de Medicamentos	33
--	----

TIGRINHOS

Programa Saúde na Escola: construindo Redes Intersetoriais para desmedicalizar o ambiente escolar	37
---	----

INDAIAL

Reabilitação da Musculatura do Assoalho Pélvico em Mulheres com Cistocele grau I	42
--	----

ITAIÓPOLIS

A Interdisciplinaridade do Cuidado através das Práticas Integrativas e Complementares: união das equipes ESF, NASF e Telessaúde	47
---	----

GAROPABA

Projeto EmagreSER	54
-------------------------	----

JARAGUÁ DO SUL

Grupo Proseando: uma prática de promoção da saúde	59
---	----

ARARANGUÁ

Projeto “Agita Cidade Alta”: a ação é o movimento	63
---	----

SÃO BERNARDINO

Programa Sorriso Novo	67
-----------------------------	----

IÇARA

Corpo em Movimento - grupo terapêutico para pacientes com dor crônica de origem musculoesquelética	70
--	----

Relatos de Experiências

VIDAL RAMOS

Ensinando Saúde - Programa Saúde na Escola	74
--	----

SÃO MIGUEL DA BOA VISTA

Horto & Saúde: relato de experiência	78
--	----

ITAPEMA

Educação em Saúde na sala de espera	85
---	----

CRICIÚMA

Equipe de Consultório na Rua em Criciúma	89
--	----

VIDAL RAMOS

Programa Dente de Leite: o sorriso nas escolas	96
--	----

PRESIDENTE CASTELLO BRANCO

Programa Farmácia Viva: plantando chás colhendo saúde ...	99
---	----

Fortalecendo a Gestão do SUS

Integração do Telessaúde no fluxo entre Atenção Básica e Atenção Especializada no Município de Joinville – SC	107
---	-----

Experiência Projeto QualiSUS-Rede na Região Metropolitana de Florianópolis: Apoio Institucional Estadual	115
--	-----

Refletindo sobre o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)	117
---	-----

Yoga Gestacional na Atenção Básica de Saúde	126
---	-----

Apresentação

Marcelo Marques de Melo – Editor da Revista Catarinense de Saúde da Família / GEABS / SES / SC

Como em algumas publicações anteriores – nº 02, 06 e 10 –, esta edição 13 da revista, traz em destaque as “Melhores Práticas na Atenção Básica em SC”, realizadas em 2015, e mais outros seis relatos de experiências na Estratégia Saúde da Família.

Relatos das Melhores Práticas na AB em 2015

Com práticas corporais regulares, **Araranguá** incentiva a promoção da saúde e leva benefícios à comunidade do território de abrangência da UBS. O NASF de **Chapécó** atende em grupo, baseado na interação em que participantes buscam reduzir seus sintomas físicos e emocionais. **Fraiburgo** atua com hidroginástica, promovendo a interação social, prevenindo agravos e reabilitando usuários com distúrbios osteomusculares. **Garopaba**, com atividades realizadas pelo NASF, sensibiliza usuários para reaprenderem hábitos saudáveis, com vistas ao alcance do peso ideal.

Içara amplia a resolutividade da Atenção Básica, quanto aos encaminhamentos para a atenção de fisioterapeutas. Com brincadeira simbólica, **Imbituba** trabalha na aquisição da linguagem, no repertório lexical, na inteligibilidade da fala, na percepção auditiva e na produção fonológica. Grupo em **Indaial**, busca melhorar os sintomas da cistocele grau I, com exercícios para fortalecer a musculatura do assoalho pélvico. Equipes ESF e NASF de **Itaiópolis**, atuam com Práticas Integrativas e Complementares em tratamento de pacientes crônicos.

Jaraguá do Sul traz estratégias de promoção e prevenção na saúde, com ações socializadas de produção manual e artesanal com usuários da ESF. **Lages** aponta as principais mudanças reconhecidas pela comunidade, ao protocolo de estratificação de risco implantado. Teatro de fantoches em algumas escolas de **Navegantes**, contribui melhorando a qualidade da saúde das crianças. **Peritiba** mobiliza a população numa campanha ao uso racional de medicamentos, quanto ao descarte e recolhidos de farmácias caseiras.

São Bernardino substitui próteses dentárias, com tempo de uso igual ou maior a 10 anos, reabilitando pessoas na mastigação, fonética e estética. **Tigrinhos** cria grupo intersetorial para discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI-M. **Vargem**

Bonita implementa o cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes, reduzindo o risco de complicações pelo uso incorreto de medicamentos. A equipe de **Vidal Ramos** acolhe a mulher e seus familiares no início da gravidez, assegurando uma assistência adequada até o fim da gestação.

Relatos de Experiências

O Programa Saúde na Escola implantado em **Vidal Ramos** tem o diferencial de alcançar todas as escolas e todos os educandos. **São Miguel da Boa Vista** promove o uso racional de plantas medicinais ou fitoterápicos no SUS e valoriza terapia alternativas e complementares. Na sala de espera em **Itapema** há trocas de informações em saúde entre profissionais e usuários, acolhimento, assistência humanizada.

Criciúma traz ações da equipe de Consultório na Rua, a vulnerabilidade da população em situação de rua, suas necessidades e problemas de saúde. **Vidal Ramos** promove ações lúdico-educativas de saúde bucal com crianças de 6 a 10 anos, também realiza exames ceo-d e IHOS nesta faixa etária. **Presidente Castello Branco** relata a articulação intersetorial para estruturar serviços relacionados à fitoterapia na Atenção Básica, de 2010 a 2014.



O uso das cores para organização e planejamento das ações na Atenção Básica

Fotos: Acervo da ESF do município

*Enfermeira***Micheli Cristina de Oliveira***Técnica de enfermagem***Andreia Costa Moreira***Odontóloga***Cristhiane Covolan Picinatto***Médico***Jair José Gemelli***Agentes comunitários de saúde***Álide Antonioli Welter****Camila Cristina Mozzer do Prado,****Claudete Bortolini Spader Bueno****Eva Gonçalves Chiot****Ivete Antunes de Oliveira dos Santos****Liliane Chester Lins****Luciane de Fátima Ottonelli de Moraes****Rafaela Patrícia de Abreu****Roselei Souza Machado****Saete Moreira Leite De Tomin****Saete Ribeiro Ulrich**

Introdução

O município de Vargem Bonita conta com uma população de aproximadamente 4.793 habitantes, abrangendo uma área territorial de 298,611 km² e catorze comunidades. Está organizado a partir de duas áreas de abrangências, com duas Equipes de Saúde da Família (ESF). Uma equipe de saúde atende uma população de 3.433 habitantes na Unidade de Saúde Central, com atendimento à população de área urbana e rural. A outra equipe atende na Unidade de Saúde Campina da Alegria. Ambas atendem famílias com indicadores de risco em saúde.

Em reuniões realizadas pela equipe da Unidade Central e em visitas domiciliares, os profissionais percebiam baixa adesão ao tratamento medicamentoso e às atividades de educação em saúde oferecidas aos grupos de pessoas portadoras de doenças crônicas. Além disso, havia falta de organização no arquivo das fichas de cadastro e acompanhamento.

A utilização de cores sempre foi um recurso utilizado pela equipe para a organização das atividades desenvolvidas. Dentre estas, destaca-se o *Calendário Educativo da Saúde* que é distribuído anualmente para todas as famílias do município. Neste documento estão descritas as ações de saúde programadas e agendadas para o ano, os temas relacionados à educação em saúde programados mensalmente (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,

grupo de caminhada, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (pesagem), calendário vacinal, telefones úteis e as datas de atendimento ofertado pela equipe de saúde, no interior do município).



Calendário Educativo da Saúde, com legenda

Seguindo esta lógica, foram introduzidas as cores na organização do processo de trabalho da equipe e atendimento de saúde às pessoas com diagnóstico de doenças crônicas (hipertensão e diabetes), no que diz respeito à organização das fichas dos pacientes, das atividades desenvolvidas e na organização da medicação utilizada (sacola inteligente *Dose Certa*).

Neste sentido, pensa-se estar colaborando para a adesão ao tratamento e empoderamento, fortalecendo vínculos e motivando as pessoas para o autocuidado, prevenção de doenças e promoção da saúde.

Para facilitar o uso das medicações, a equipe de saúde elaborou a sacola inteligente *Dose Certa*. Esta sacola apresenta divisórias internas para o armazenamento dos medicamentos específicos e utilização de desenhos e cores nos adesivos nas cartelas de medicação, facilitando a utilização correta (nome do medicamento, dose, posologia). A falta de padronização dos medicamentos é um grande problema verificado, pois os mesmos medicamentos apresentam embalagens diferentes dependendo do laboratório que o produziu.

Ficou determinado também que cada área seria designada por uma cor específica que corresponde à data da reunião constante no calendário educativo da saúde. As fichas e a sacola inteligente *Dose Certa* seguem o mesmo padrão de cores.

Justificativa

Vários fatores contribuíam para a baixa adesão das pessoas com diagnóstico de hipertensão e diabetes nas atividades de grupo. Dentre os fatores, citam-se: grande número de grupos; elevado número de participantes; vários grupos; várias microáreas; entre outros.

Além disso, o município de Vargem Bonita possui catorze comunidades do interior, dificultando a participação das pessoas nos diferentes grupos ofertados.

Devido às dificuldades já apontadas (uso de múltiplos medicamentos, diferentes embalagens, analfabetismo, entre outras) os agentes comunitários, durante as visitas domiciliares, identificavam o uso incorreto de medicamentos por uma grande parcela dos pacientes. A desorganização e ou extravio das fichas de cadastro e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos era evidente.

Objetivo Geral

Implementar o cuidado ofertado às pessoas com diagnóstico de hipertensão e diabetes na Unidade de Saúde do município de Vargem Bonita.

Objetivos Específicos:

- Garantir e ampliar a participação das pessoas nas atividades educativas;
- Fortalecer o vínculo entre a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a população;
- Melhorar a organização de insumos para a oferta das atividades de grupo;
- Aumentar a adesão e o uso correto de medicamentos;
- Diminuir o risco de complicações pelo uso incorreto de medicamentos;
- Facilitar o acesso e participação de todas as pessoas.

Desenvolvimento

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 (BRASIL, 1997).

A educação em saúde é uma das responsabilidades atribuídas para os profissionais da equipe de saúde da família, cujos pressupostos estão centrados num conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA; LOPES, 1996).

A sacola *Dose Certa* está organizada da seguinte forma: dividida em quatro compartimentos, sendo um transparente, exclusivo para a receita do paciente com as medicações prescritas pelo médico, e os outros três compartimentos com as seguintes escritas e desenhos: café (xícara), almoço (prato e talheres) e jantar (lua). Cada compartimento corresponde a uma determinada cor.

Além disso, para evitar a troca das medicações entre os compartimentos, as cartelas dos medicamentos são identificadas com um adesivo da mesma cor do compartimento da sacola correspondente ao horário da utilização do medicamento. Esse mesmo adesivo em formato de círculo indica a quantidade de comprimido de cada fármaco a ser utilizado (círculo inteiro corresponde a um comprimido inteiro, meio círculo corresponde a meio comprimido).

Cada compartimento recebe somente uma cartela de cada fármaco para evitar a ingesta repetitiva do mesmo medicamento. Para o estoque de medicamentos há outro compartimento na lateral da sacola para o armazenamento. Nas visitas domiciliares, as agentes comunitárias de saúde repõem e controlam as medicações com maior facilidade.



Sacolas *Dose Certa* e fichas para hipertensos e diabéticos

A sacola inteligente *Dose Certa* é distribuída em cinco cores. Cada cor corresponde a uma data de reunião

de grupo e microárea. Por exemplo, se o usuário é hipertenso e reside na microárea 01 ele recebeu a sacola *Dose Certa* azul ele deve participar da reunião do dia identificado com a cor azul. Além disso, sua ficha de cadastro e acompanhamento arquivada na unidade de saúde também é de cor azul.

Resultados

• Aumento do número de participantes nas palestras e atividades de educação em saúde, conforme quadro a seguir:

GRUPOS	2007	2014
Hipertensão arterial	37,8%	73%
Diabéticos	32%	64%

• Maior motivação da equipe de ESF, em realizar cada vez mais promoção à saúde, abaixo exemplificada, no número de atividades educativas realizadas.

ANO	NÚMERO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS
2007	34
2014	62

• Melhor divulgação dos trabalhos e atividades educativas desenvolvidas pela equipe da ESF, atingindo toda a população do município;

• Melhoria dos índices de hipertensão arterial sistêmica e da glicemia capilar;

	PA e Glicemia Controlada	PA e Glicemia Estável	PA e Glicemia Descompensada	Total
Sacola Convencional	10%	15%	75%	100%
Sacola Dose Certa	80%	15%	5%	100%

A seguir, destacamos algumas falas das pessoas relativas às mudanças realizadas pela equipe para a melhoria da oferta do cuidado:

“Assim não tem problema de esquecer também porque os medicamentos estão divididos por horário e assim não tem como não tomar.” (J.L.A.)

“Agora ficou bem mais melhor, porque agora até consigo tomar os remédios sozinho, se a mulher não tá eu consigo tomar, porque eu olho nas bolinhas azul se é só uma bolinha eu sei que é só um comprimido se tiver duas bolinhas eu sei que é dois comprimidos.” (V.B.M.)

“Sei ler, mais ou menos, daí com essa nova sacolinha não tem problema, por que tem cores diferentes e isso é bem fácil de saber qual medicação que tem que tomar.” (I.P.)

“Pra mim ficou mais fácil, porque ficou divulgado, separado o que eu tem que tomar de manhã, de meio dia e de noite, não carece tá misturando. Fica separado, de manhã é amarelo, de meio dia é vermelho e de noite é azul. Então assim fica fácil.” (A.J.C.)

“Para mim melhorou muito, porque quando abre a sacolinha já tem todos os medicamentos certos, não precisa ficar lendo pra saber qual que é para tomar. Para mim tá mil maravilhas.” (J.L.A.)

Considerações finais

As equipes da ESF devem operar na lógica do território para atender às variadas necessidades de saúde da população de sua área de abrangência, com fortalecimento de vínculos e oferta de cuidado integral, resolutivo e humanizado.

A equipe verificou que após a implantação do *Calendário Educativo da Saúde*, houve aumento da participação das pessoas nos grupos de prevenção e educação em saúde e valorização da equipe pela comunidade.

A implantação da sacola inteligente *Dose Certa* proporcionou a diminuição do uso incorreto de medicamentos. Além disso, a equipe de ESF sentiu-se motivada a implementar cada vez mais a oferta do cuidado em saúde, apesar de todas as dificuldades que se apresentaram ao longo da trajetória.

A utilização das cores, tanto na sacola inteligente *Dose Certa*, quanto das fichas de cadastro das pessoas com diagnóstico de hipertensão e diabetes possibilitou a melhoria da organização do trabalho da equipe e facilitou o acesso e a participação das pessoas nas variadas atividades propostas, com maior adesão ao tratamento e diminuição de complicações decorrentes do uso incorreto de medicamentos.

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.

SOUSA, Ricardo Alex. Técnicas de armazenamento de medicamentos. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAfG4AC/tecnicas-armazenamento-medicamentos>. Acesso em: 22 de jul. 2013.

STARFIELD, Barbara. ATENÇÃO PRIMÁRIA: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília:

UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

Acolhimento à demanda espontânea com estratificação de risco: uma experiência inovadora no município

Fotos: Acervo da ESF do município

Autoria

Enfermeira

Margarete Verônica Jesse dos Santos

Enfermeiros

Elenice Perin Flogliari

Tiago Santer

Auxiliar de enfermagem

Patrícia Aparecida de Lima

Médico

Júlio César Casto Ozório

Médico residente

Fernando Martinez

Agentes comunitários de Saúde

Eny Lourenço Costa

Fabiana de Oliveira

Fernanda Aparecida do Nascimento

Jhessica Almeida

José Carlos Júnior

Nilva Medeiros

Introdução

A Atenção Primária à Saúde é de natureza complexa, envolvendo um conjunto de saberes e práticas, exigindo respostas de intervenção amplas e variadas para que possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. É definida como o primeiro contato na rede assistencial do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária (STARFIELD, 2004).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), portanto, tem como principal objetivo, a organização e reorganização da Atenção Básica, orientando a mudança de um modelo de atenção voltado para o biomédico/curativo para um modelo de atenção centrada na determinação social da doença.

Nesse sentido, um modelo de atenção à saúde não é somente uma forma de organização dos serviços ou um modo de administração do sistema de saúde, ele representa também a forma de organizar as relações entre os sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas pelas tecnologias (materiais e não materiais), que são adotadas no processo de trabalho com o objetivo de intervir sobre os problemas (danos e riscos) e as necessidades sociais de saúde. O modelo da ESF envolve três dimensões: a dimensão gerencial (mecanismos de condução do processo de reorganização de ações e serviços); a organizativa (estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços); e a dimensão

técnico-assistencial, ou também chamada de dimensão operativa, que trata das relações firmadas entre sujeito(s) das práticas em saúde e os objetos de trabalho, mediadas pelo saber e pela tecnologia, nos diferentes planos, como na promoção da saúde, na prevenção de riscos e agravos, e na recuperação e reabilitação.

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família tem como finalidade a transformação do modelo de trabalho das equipes, da assistência à saúde e das relações entre os profissionais e da comunidade assistida. Tem como foco a família a partir do estabelecimento de vínculos com a equipe multiprofissional.

Um dos grandes desafios das equipes da ESF tem sido garantir acessibilidade aos usuários do SUS, seguindo as diretrizes e respeitando os direitos humanos. Acolher a demanda espontânea de forma humanizada tem sido o principal desafio.

O acolhimento é definido por Brasil (2010) como:

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

A Política Nacional de Humanização – PNH (2010), esclarece que “o acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas”. Dessa

forma, é necessário que as equipes do município de Lages organizem seus processos de trabalho com elaboração de protocolos e fluxogramas a fim de atender estas demandas.

O Ministério da Saúde, a partir das orientações do Caderno de Atenção Básica nº. 28, publicado em 2011, orienta que, a partir da escuta qualificada, as equipes da ESF devem ser capazes de realizar a avaliação de risco e vulnerabilidade quer se apresenta como uma importante ferramenta para o acolhimento das pessoas, orientando a assistência e racionalizando o tempo de atendimento, de forma equânime. A estratificação de risco e a avaliação das vulnerabilidades devem orientar, não só o tipo de intervenção necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer. Sugere classificá-las em “Não Agudo” (intervensões programadas) e “Agudo” (atendimento imediato, prioritário ou no dia).

Baseado na proposta deste caderno, o município de Lages, em 2014, elaborou o fluxograma de atendimento e o Protocolo de acolhimento, estratificação de risco e vulnerabilidade.

Justificativa

Tendo em vista a grande demanda de atribuições das equipes da ESF frente ao cuidado em saúde, focado na família e na avaliação integral, é de suma importância a utilização de fluxogramas de atendimento nas unidades, além da utilização de protocolos, com o objetivo de racionalizar a atenção à saúde, atribuindo responsabilidades e atribuições compatíveis com as especificidades de cada área profissional e em respeito aos preceitos éticos e legais das variadas profissões.

O município de Lages, no intuito de garantir ao usuário um espaço adequado de escuta, a partir da organização do processo de trabalho das equipes de saúde, optou por utilizar, na porta de entrada das unidades de saúde, o acolhimento com escuta qualificada e o protocolo de classificação de risco e vulnerabilidade, oportunizando acesso universal, equânime e com qualidade para todos. Espera-se ainda garantir a atenção multiprofissional, centrada na pessoa e não mais no profissional.

Além disso, espera-se estar contribuindo para a diminuição de filas, racionalização e resolubilidade da atenção, garantindo direitos humanos previstos na Política Nacional de Humanização e indo ao encontro das recomendações do Programa Nacional de Melhoria e do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), fortalecimento da ESF e do SUS.

Objetivo geral

Relatar as mudanças verificadas no processo de trabalho da equipe de saúde e na atenção ofertada aos usuários.

Objetivos específicos

- Relatar o breve histórico da implantação do protocolo de estratificação de risco;
- Descrever o fluxograma de acesso e atenção na unidade saúde;
- Compartilhar as principais mudanças reconhecidas pela comunidade com a implantação do protocolo de estratificação de risco.

Metodologia

A metodologia escolhida para o presente trabalho foi o relato de experiência. A relevância de um relato de experiência está na pertinência e importância dos problemas que nele são relatados. Este relato pretende descrever a trajetória da utilização do protocolo de acolhimento com estratificação de risco realizado pela equipe da ESF do bairro Tributo.

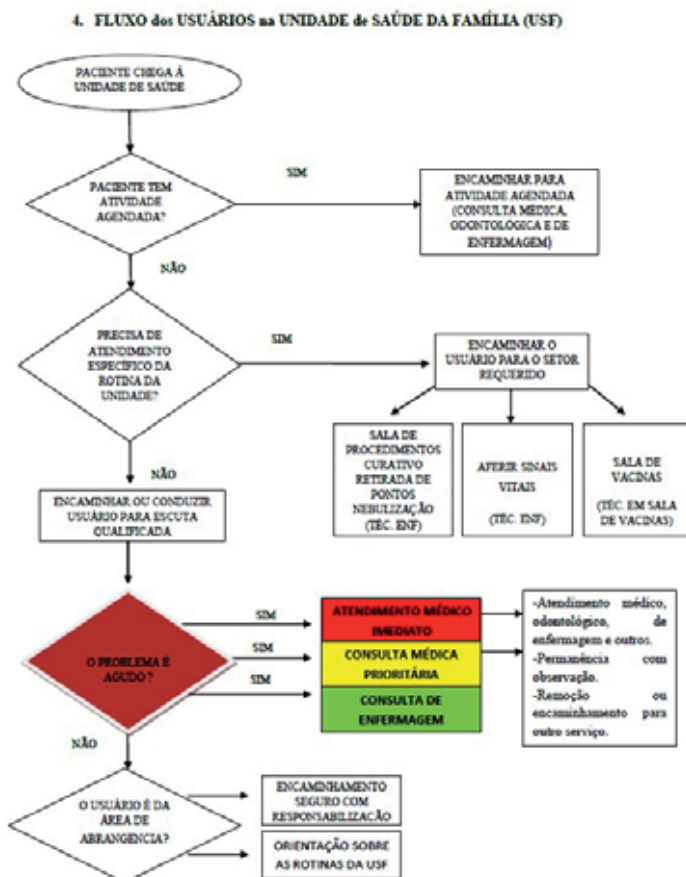
Para viabilizar o presente relato foram utilizadas anotações e atas das reuniões da equipe, de relatos de usuários e de dados gerados pelo sistema de informação da Secretaria Municipal de Saúde de Lages.

Desenvolvimento

Durante os últimos três anos o município de Lages tem se empenhado na elaboração de fluxogramas e protocolos, no entendimento da necessidade de implementar o processo de trabalho das equipes e atenção integral aos usuários, de forma humanizada (protocolo de consulta de enfermagem do pré-natal, diabetes e hipertensão, idoso, revisão do protocolo de pré-natal, saúde mental, consulta de enfermagem e o protocolo de acolhimento) e estratificação de risco da demanda espontânea.

Em 05 de janeiro de 2015 foi implantado o protocolo de acolhimento e estratificação de risco na unidade de saúde de Tributo. Até este momento a entrega de “fichas” para organizar o acesso das pessoas, era a estratégia utilizada. Para dar início ao novo modelo de acesso foi organizada uma reunião com líderes comunitários para apresentação da proposta, que sugeriram, além da implantação do protocolo, o agendamento semanal de consultas com o objetivo de diminuir as faltas às consultas na unidade.

O fluxo de acesso dos usuários na unidade de saúde ficou assim estabelecido:



A partir da implantação deste novo modelo, todas as pessoas que chegam à unidade de saúde, trazendo qualquer queixa ou demanda, são atendidas pelo enfermeiro, que durante o acolhimento realiza a escuta e, ou ele atende este usuário ou o encaminha para atendimento médico.

Para a realização da consulta de enfermagem, os enfermeiros da unidade contam com o respaldo do protocolo de consulta de enfermagem, que orienta o cuidado e possibilita encaminhamentos mais seguros e condutas efetivas frente ao usuário, conforme figura abaixo. O exemplo abaixo, de diarreia aguda, é um dos exemplos que constam no protocolo de enfermagem.

6.17 Diarreia Aguda

ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO	Desidratação grave (ver glossário) associado com vômitos (mais de 1 (um) episódio) e febre (ver glossário) e presença de sangue muco ou pus nas fezes
CONSULTA MÉDICA PRIORITÁRIA	Desidratação moderada (ver glossário); Dor constante ≥ 6 (seis) horas; Fralda seca há mais de 3(três) horas em menores de 1(um) ano.
CONSULTA DE ENFERMAGEM	Hidratado ou desidratação leve (ver glossário); Sinais vitais normais; < 5 evacuações/dia. Demais situações, consulta de enfermagem; Retorno com enfermagem para controle, quando determinado; Retorno imediato caso piora do quadro.

Se o paciente for classificado como verde na consulta de enfermagem, o enfermeiro usará do protocolo de consulta de enfermagem:

5.17 DIARRÉIA

DEFINIÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Aumento do número e na quantidade de fezes eliminadas diariamente, com consistência diminuída, que varia entre pastosas e liquefeitas.
INVESTIGAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar estado de hidratação.
SINAIS DE ALERTA	<ul style="list-style-type: none"> Persistência da diarreia por mais de 5 dias; Vômitos persistentes (4x em 1 hora); Sede excessiva, boca seca e saliva espessa; Alteração dos sinais vitais (anexo B); Sangue nas fezes; Ausência de urina há mais de 6h; Alteração do estado de consciência; Fontanela funda (RN).
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> Manter vigilância sobre estado vacinal e presença de outros casos na família; Se sinais de desidratação leve a moderada, iniciar Terapia de Reidratação Oral na unidade de saúde; Aumento de oferta de líquidos e evitar alimentos ricos em fibras e/ou laxativos; Alimentos sem restrição, conforme aceitação; Higiene pessoal e de alimentos; Lavar bem os utensílios domésticos, mamadeiras, bicos e chupetas, alimentos; Orientar lavar bem as mãos antes das refeições; Ingerir apenas carnes bem cozidas, não ingerir ou preparar amêijoas com ovos crus,
PRESCRIÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar a ingestão do soro caseiro: 1 litro de água fervida ou filtrada; 1 colher de chá de sal 1 colher de sopa de açúcar. Prescrever apenas se a prescrição de enfermagem não foi eficaz: Oferecer Terapia de Reidratação Oral: 50 a 70 ml/kg em 4 a 6 horas. O volume/hora deverá ser dividido no decorrer dos 60 minutos. 2 pacotes.
CONDUTA	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhar ao médico se evidencia desidratação; Retorno imediato caso ocorra piora do quadro; Retorno em 5 dias para reavaliação; Encaminhar ao médico caso não haja melhora do quadro; Presença dos sinais de alerta encaminhar ao médico.

Resultados

Após a implantação do protocolo de acolhimento e estratificação de risco houve diminuição de consultas médicas e aumento do número de consultas de enfermagem. De acordo com o sistema GEMUS, no período de janeiro a abril de 2015 houve diminuição de 9,6 por cento de consultas médicas em relação ao

mesmo período de 2015. Em relação às consultas de enfermagem, houve aumento de 12,7 por cento das consultas durante este mesmo período.

Entende-se que o aumento do número de consultas do enfermeiro deveu-se ao fato de este profissional atender os pacientes com demandas não urgentes (cor verde - não urgente), possibilitando a atenção focada prioritariamente em relação ao autocuidado e de promoção de saúde, liberando o médico para atendimentos das situações clínicas mais graves.

Outro importante resultado da implantação do Protocolo de Acolhimento e estratificação de risco foi o aumento de 3,1 por cento do total de atendimentos realizados no mesmo período em relação ao mesmo período anterior, oportunizando mais acesso.

Conclusão

Na prática diária têm-se observado bons resultados durante os dez meses de mudança de modelo. A comunidade relata satisfação em relação ao acolhimento, principalmente por ter acesso à escuta qualificada do enfermeiro.

A equipe percebeu diminuição de filas na porta de entrada oportunizando acesso a todas as pessoas que procuram o serviço, sem necessidade de comparecer à unidade durante o período da madrugada para pegar “fichas”.

Os enfermeiros se sentiram valorizados com a implantação da nova proposta, fato este corroborado pelos relatos de muitos usuários, que relatam também um melhor acolhimento na sala destinada especialmente para este fim, com respeito à suas necessidades, garantindo sigilo.



Equipe de Saúde da Família do Bairro Tributo

Os enfermeiros relatam se sentirem mais amparados clinicamente e eticamente pelos protocolos, possibilitando maior resolutividade nos atendimentos prestados.

A implantação do protocolo fortaleceu o trabalho de equipe, estabelecendo atribuições específicas a cada área profissional com corresponsabilização pelo

cuidado prestado aos usuários. Houve consolidação do processo de trabalho a partir do novo fluxo estabelecido, conferindo responsabilidade para todos.

Muitos desafios persistem, tanto relacionados às implementações do próprio protocolo, bem como na necessidade de se manter um processo de educação permanente em serviço. No entanto, a experiência vivida durante este período sugere a importância e certeza da manutenção e implementação da proposta.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria 2488, 21 de outubro de 2011. Brasília 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>. Acesso em: 12 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica 28. Acolhimento a demanda espontânea. Brasília 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf. Acesso em: 12 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília 2010. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>. Acesso em: 12 out. 2015.

Conselho Regional de Enfermagem. Câmara técnica na atenção básica. Minas Gerais 2006. Disponível em: http://www.corenmg.gov.br/anexos/Apresentacao_Protocolos_Assistenciais_Rosana_Paes.pdf. Acesso em: 12 out. 2015.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Sistema de Informação de Saúde de Lages. Disponível em: <http://www.saudelages.sc.gov.br/>. Acesso em: 12 out. 2015.

Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

O estado de Santa Catarina está ofertando aos médicos grande oportunidade: formação em **MFC**, especialidade médica com grande oferta de campo de trabalho: melhor remuneração com bolsa de residência acrescida de ajuda de custo em moradia e alimentação.

Mais informações: (48) 3664-7247
residenciamedica@saude.sc.gov.br
mfcscs@gmail.com

GOVERNO DE SANTA CATARINA | Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade | SUS | Telesauade | ACMFC

Programa Roda Materna

Fotos: Acervo da ESF do município

Autoria
Enfermeira
Alan Goedert

Técnica em Enfermagem
Fernanda Bambinetti

Médica
Odalís Medel Aviles

Secretária Municipal de Saúde
Adriana Barni Boing

Fonoaudióloga
Lidiane Rosa Pereira da Silva

Técnica em Enfermagem
Géli de Souza

Fisioterapeuta
Juliana Linhares Schlichting

Psicóloga
Rafaela Simiano

Cirurgiã-dentista
Nathalia Maciel

Nutricionista
Julia Maria dos Anjos

Médica
Alessa Ferrari Vieira Silva

Enfermeira
Gislayne Buzzi Becher

Coordenadora de ACS
Raquel Rohden Kreusch

Agentes comunitários de saúde
Adriana Dognini
Alexsandro Nascimento
Evani Steinheuser de Souza
Ivonete Serafim
Janaina Kuntz

Lucia Boing
Lucimar Kreusch Back
Lucrecia Bresciani Brogni
Luzia T. Dias Detzel
Maria de Fátima Bichinock
Marília Lourenço Marcelino
Marivone Ferreira
Merian Lemos Franzen
Patrícia Martins Bozio
Paula Muller Jacinto
Raquel Backes
Rosane Back
Rozi Maria Constantino
Silvanir Böll de Souza
Vanessa Chaiane Back Raimundo

Introdução

Este trabalho é um relato de experiência desenvolvido no município de Vidal Ramos – SC, com gestantes e familiares, coordenado pela Equipe de Saúde da Família - ESF Área III, com o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF e Equipes de Saúde Bucal. Auxilia na troca de experiências, possibilita a socialização de diversas questões envolvidas no período gestacional e esclarece dúvidas acerca da gestação, parto e puerpério.

O município de Vidal Ramos possui uma população de 6.372 habitantes, localizado no Alto Vale do Itajaí, interior do Estado de Santa Catarina, colonizado por descendentes de alemães, poloneses e italianos.

Possui três equipes da ESF, Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS) implantado em 2001, que conta com 20 agentes comunitárias de saúde numa cobertura de 100% da população; duas equipes de Saúde Bucal; e NASF tipo II, implantado em 2012. Dispõe ainda de um Hospital Filantrópico.

É cada vez mais frequente a participação do pai no pré-natal, devendo sua presença ser instigada durante as atividades de consulta e de grupo, preparando-o para o parto, como parte do planejamento familiar. A gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são eventos carregados de emoções intensas, pois constituem momentos de crises construtivas, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar modificações pessoais. (Ministério da Saúde, 2012).

A gravidez e o puerpério sofrem influência de múltiplos fatores: biológicos, sociais e econômicos. De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, a assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) deve abranger tanto as ações assistenciais, quanto as atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças. Sendo assim, a assistência ao pré-natal e puerpério é fundamental para a saúde materna e neonatal.

O Programa Roda Materna teve início em 2013, voltado para as gestantes e seus familiares esclarecerem dúvidas e trocarem experiências com outros casais grávidos. São abordados assuntos voltados à gestação, parto e puerpério nos cinco encontros que são realizados. Acontecem dois grupos por ano, um no primeiro e um no segundo semestre, desta forma atingimos todas as gestantes do município, independente do pré-natal ser realizado na Unidade Básica de Saúde - UBS ou privado. Todas as gestantes do município são convidadas juntamente com seus familiares a participarem.

Justificativa

De acordo com o Ministério da Saúde o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. (Ministério da Saúde, 2012).



"Importância do pré-natal": tema de abertura do Roda Materna

A gestação é um período marcado por transformações físicas e emocionais, por isto, tanto a gestante quanto o seu companheiro têm muitas dúvidas durante este período que antecede o nascimento. Todo casal que espera um bebê deve ter respostas às suas indagações. Quanto mais seguros sobre todo o processo que está por vir, melhor e mais tranquilo será o parto.

O contexto de cada gestação é decisivo para o seu desenvolvimento, bem como a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança que está a caminho, desde as primeiras horas após o nascimento. Interfere, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano. (Ministério da Saúde, 2006).

Pensando no bem estar da gestante e da criança, nossa ESF, equipe III, com o apoio do NASF e Saúde Bucal, busca oferecer às gestantes uma oportunidade adicional, além das dúvidas sanadas no consultório, de busca por conhecimento do processo de gestação e modificações que ocorrem no organismo materno, a alimentação, a atividade física na gravidez, a importância do pré-natal, os cuidados com o bebê, os tipos de parto, o aleitamento materno e a saúde bucal são destacados. Em suma, o que se busca é troca de informações, aprendizagem e aproximação da família no processo gestacional.

Objetivo geral

Acolher a mulher e seus familiares desde o início da gravidez, assegurando assistência adequada até o fim da gestação, para o nascimento de uma criança saudável e garantia de bem estar materno e do neonato.

Objetivos específicos

- Fortalecer o vínculo e a participação da família (companheiro, avós, filhos) nos encontros do grupo;

- Prover informações e esclarecer dúvidas relacionadas ao pré-natal, parto e puerpério de forma lúdica;
- Ofertar o curso de gestantes a todas as gestantes do município independente do local onde realizam o pré-natal;
- Garantir adesão de 100% das gestantes ao pré-natal;
- Fornecer apoio emocional e psicológico para as gestantes e familiares envolvidos;
- Orientá-las sobre o autocuidado e cuidados com o bebê;
- Estimular a participação da família nos cuidados com o bebê;
- - Estreitar o vínculo das famílias com a UBS para esclarecimento de dúvidas que possam surgir ao longo do processo;
- Estimular a amamentação exclusiva até os seis meses de idade;
- Prover a gestante de um kit de cuidados básicos para o bebê;

Desenvolvimento

Este trabalho é um relato de experiência do município de Vidal Ramos, que envolve a equipe III da ESF do município, formada por enfermeiro, técnico de enfermagem e médico, juntamente com os profissionais no NASF e Agentes Comunitárias de Saúde – ACS. O trabalho teve início em fevereiro de 2013.

Os grupos de gestantes acontecem semestralmente, um no primeiro e um no segundo semestre do ano. Para cada grupo são realizados cinco encontros semanais, um encontro por semana no período noturno com duração de uma hora. Para divulgação utilizamos convites que são entregues na UBS e pelas ACS. E para as gestantes e familiares que não apresentam condições de deslocamento é oferecido transporte para os encontros.

As gestantes quando captadas nas comunidades pelas ACS fazem o cadastro na UBS para adesão ao pré-natal e são convidadas a participar do grupo, e as que fazem pré-natal fora do município também recebem o convite. Conforme cronograma quando iniciamos o grupo, entramos em contato com todas as gestantes pessoalmente, via telefone ou através das ACS para informar sobre o início do grupo.

Em cada encontro abordamos assuntos distintos, entre os temas destacamos: A Importância do Pré-natal; Vacinas da Gestante; Importância e Técnicas de Amamentação, sendo este um tema que merece destaque em todos os grupos, Cuidados com o Bebê; Desenvolvimento da Fala; Uso de Medicamentos na Gestação; Efeitos Emocionais na Gestação (vínculo mamãe-bebê); Postura; Atividade Física e Exercícios na Gestação; Saúde Bucal da Mãe do Bebê; Vacinas do Bebê e Intercorrências; e Acidentes na Primeira Infância.



Com a fisioterapeuta, gestantes aprendem exercícios benéficos

Envolvemos assim diversos profissionais que atuam na equipe. Ao final de cada encontro abrimos para discussão com as participantes, sorteamos brindes e, para finalizar, oferecemos um café, momento este de descontração e troca de informações que ocorre de uma maneira informal.

Para os pais que já tem filhos, disponibilizamos uma sala anexa com brinquedos e desenhos para colorir, sendo que as crianças ficam sob os cuidados de uma ACS enquanto os pais participam do grupo.

Resultados e Discussão

Em todas as edições do Programa Roda Materna os resultados foram positivos. O número de participantes varia de acordo com o número de gestantes de cada semestre. Conforme o quadro a seguir, mais de 130 gestantes já recebeu certificado de participação do grupo. Observamos a participação ativa dos companheiros, avós e filhos que algum casal já possuía, fortalecendo assim o vínculo familiar.

Edições	Período	Participantes Gestantes
Roda Materna I	07/02/2013 a 19/04/2013	24
Roda Materna II	05/06/2013 a 28/08/2013	13
Roda Materna III	02/04/2014 a 07/05/2014	29
Roda materna IV	24/10/2014 a 19/11/2014	38
Roda Materna V	10/04/2015 a 06/05/2015	35
Total		139

Os assuntos são abordados com recursos áudio visuais e com bonecos, um do sexo masculino e outro do sexo feminino, sendo que, de uma forma lúdica, conseguimos orientar as famílias quanto aos cuidados com o bebê. Envovemos nesse processo o pai que tem um papel fundamental no desenvolvimento do bebê que está a caminho.

Observa-se em nosso município, o interesse cada vez maior dos pais no envolvimento com o processo gestacional através da participação cada vez maior em cada edição do Roda Materna. As participantes são mães de primeira viagem e gestantes que já tem um ou mais filhos, mas que apresentam o mesmo interesse na busca de conhecimento e esclarecimento de dúvidas que surgem durante o processo gestacional e puerpério. Ao final de cada grupo, através das conversas informais, observamos que as gestantes sentem-se preparadas para cuidar de seus bebês.

No encerramento do grupo entregamos para cada participante um kit composto por uma bolsa de gestante personalizada que contém: shampoo, sabonete glicerinado, hastes flexíveis, álcool 70%, lenços umedecidos, um pacote de fraldas tamanho RN, absorvente pós-parto, manta, body e um par de meias. As gestantes se sentem valorizadas e agradecidas pela oportunidade de esclarecimento de dúvidas que o grupo traz.



Após último encontro, kits são entregues às gestantes

Através do grupo estreitamos os laços da família envolvida com as equipes de saúde, assim após o nascimento através das visitas domiciliares conseguimos acompanhar o desenvolvimento do bebê.

Considerações Finais

Segundo relatos das gestantes, elas se tornam mais seguras para encarar a gestação, parto e puerpério quando são acompanhadas e orientadas pela equipe e, principalmente, o envolvimento do esposo, avós e a participação dos outros filhos neste processo, fortalecendo tanto o vínculo familiar quanto da equipe de saúde.

Desde o início do programa em 2013, observamos

o aumento da participação da família (principalmente o esposo, companheiro) nos grupos, eles mostram interesse pelo aprendizado e preocupação com o bem estar da mãe e do bebê. A adesão ao pré-natal feito na UBS também vem aumentando. Gestantes e familiares se mostram mais confiantes e encorajados com relação à gestação, parto e puerpério quanto recebem



Gestantes e maridos (ou companheiros), filhos e avós: vínculo com equipe do programa

orientações pertinentes ao assunto.

Acreditamos que os temas abordados até o momento estão suprindo as necessidades do casal grávido. A proposta para os próximos grupos é reforçar ainda mais a importância da amamentação exclusiva até os seis meses e complementada até os dois anos de idade, garantir a participação de 100% das gestantes no programa juntamente com seus companheiros e familiares envolvidos, pois nós, enquanto equipe, acreditamos na importância de estabelecer e proporcionar a manutenção do vínculo familiar neste momento tão especial.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

Prefeitura Municipal. Prefeitura Municipal de Vidal Ramos. Vidal Ramos, 2015. Disponível em <http://www.prefeituravidalramos.com.br/municipio/index/codMapaItem/20219>. Acesso em: 11 set. 2015.

Brasil. Lei nº 8.080 de 19/09/1990.

POR QUE É TÃO IMPORTANTE AMAMENTAR?

- ◆ O bebê recebe os anticorpos da mãe para proteção contra diversas doenças como diarreia e infecções, principalmente respiratórias.
- ◆ Diminui o risco de asma, diabetes e obesidade em crianças.
- ◆ É um ótimo exercício para o desenvolvimento da face do bebê e para o crescimento de dentes fortes e bonitos.
- ◆ Desenvolve a fala e uma boa respiração.

Brasil é referência em aleitamento materno e doação de leite humano

A estratégia de **bancos de leites do Brasil**, desenvolvida há mais de 10 anos pelo **Ministério da Saúde**, já beneficiou mais de **1,6 milhão de recém-nascidos em todo o mundo**.

Em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, com o **Prêmio Sasakawa de Saúde**, como uma das ações que mais contribuíram para **redução da mortalidade infantil** no mundo na década de 1990.

AMAMENTAÇÃO: ATÉ OS 2 ANOS OU MAIS E EXCLUSIVAMENTE ATÉ OS 6 MESES

Não dê água, chás ou qualquer outro alimento até o 6º mês de vida do bebê.

O leite materno nesse período é um alimento completo para a criança.

#saúde nasredes SUS /minsaude

Grupo SUPERA DOR: usando a hidroginástica na promoção da saúde diminuindo dores e ganhando mobilidade

Fotos: Acervo da ESF do município

Autoria

*Fisioterapeuta***Jacob Michels***Profissional de educação física***Lurielly Angélica Pinheiro***Assistente social***Marie Cristina Stolz Munaretto***Fonoaudióloga***Natália Manganeli Berg***Nutricionista***Tatiane Caroline Krutzmann***Psicólogas***Sibele Caminski****Vanusa Apolinário***Secretária de Saúde***Nilce Pinz***Coordenadora da Atenção Básica***Liceia Rinaldi Ramos**

Introdução

O cenário brasileiro de doenças crônicas não transmissíveis tem se revelado como um novo desafio para a saúde pública. As doenças crônico-degenerativas são aquelas em que um conjunto de fatores leva à deterioração progressiva da saúde do ser humano e que não basta um agente transmissível identificável para que elas ocorram. A sua etiologia é multifatorial. Além disso, sabe-se que existe uma interação entre comportamento, meio ambiente e perfil genético.

Estas doenças têm por característica um longo período de exposição a fatores de risco comuns, geralmente décadas. Os principais fatores modificáveis são: fumo, obesidade, dieta inadequada – que inclui o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e inatividade física.

A maioria destes fatores está associada a um estilo de vida pouco saudável, promovido pelo desenvolvimento tecnológico e pela urbanização. As doenças crônico-degenerativas são atualmente responsáveis pela maior parte da morbimortalidade em todo o mundo, desenvolvido ou em desenvolvimento e são representadas, principalmente, pelas doenças cardiovasculares, processos degenerativos osteomusculares, os cânceres, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas e o diabetes.

Assim, consideramos a proposta de intervenção com a criação do Grupo SUPERADOR: usando a hidroginástica na promoção da saúde diminuindo dores e ganhando mobilidade, um importante passo para a promoção da saúde física e mental, um trabalho conjunto

entre os profissionais do NASF e as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município.



Aulas de hidroginástica utilizando brincadeiras

Grupos terapêuticos têm se revelado uma boa estratégia de saúde preventiva em que a partir da escuta, compartilhamento de experiências, autoconhecimento, socialização e atividades físicas, é possível disponibilizar apoio mútuo aos usuários e proporcionar uma melhor qualidade de vida.

A proposta do Grupo SUPERA DOR é o uso da hidroginástica em piscina térmica para reforçar e facilitar os trabalhos de promoção da saúde física e mental, através da atividade física em meio hídrico, sem ação da gravidade, associada ao lúdico, em conjunto com atividades de educação em saúde pelos profissionais da ESF e NASF.

Justificativa

O presente trabalho justifica-se pelo fato que a hidroginástica em piscina térmica ser considerada, segundo a literatura, o melhor tratamento para as

patologias degenerativas e dores crônicas. Os tratamentos para as doenças crônicas são dispendiosos e nem sempre se demonstram eficazes.

Por isso, foi criado o Grupo SUPERA DOR, composto por equipe multiprofissional, que, além das atividades em piscina, oferta discussões sobre temas relacionados à educação em saúde.

Objetivo geral

Proporcionar atendimento multidisciplinar em grupo e utilização da hidroginástica para promover a interação social, prevenir agravos e reabilitar os usuários com distúrbios osteomusculares, a fim de melhorar a qualidade de vida.

Objetivos específicos

- Proporcionar aos pacientes um ambiente agradável e descontraído através de atividades de grupo aos usuários que apresentem processos degenerativos e quadro algico crônico;
- Proporcionar melhor mobilidade e condição física;
- Diminuir dores crônicas e iniciar um processo de desmedicalização reduzindo o uso de analgésicos;
- Reduzir ou manter o peso de usuários obesos;
- Melhorar as atividades da vida diária (AVD);
- Ofertar discussão sobre educação em saúde, com participação de profissionais do NASF e ESF;
- Diminuir o uso de consultas nas Unidades Básicas de Saúde do município.



Avaliações iniciais do grupo SUPERA DOR

Desenvolvimento

Os participantes do grupo são pacientes com doenças crônicas, processos degenerativos e quadro algico crônico, os quais são encaminhados pelos profissionais das ESF para a equipe do NASF.

Os trabalhos com cada grupo têm duração de 06 (seis) meses, envolvendo atividades com equipe multidisciplinar e aulas de hidroginástica.

Durante 4 (quatro) meses, o grupo se reúne uma vez por semana no auditório da Unidade de Saúde Vila Saete, onde são problematizados vários temas relacionados ao autocuidado, prevenção de agravos e promoção da saúde. Os encontros são realizados nas quintas-feiras, no horário das 14:00 às 16:00 horas, conforme cronograma abaixo e nos últimos dois meses, o grupo se reúne uma vez por mês.

As turmas de hidroginástica são formadas por 12 a 15 participantes, com frequência de uma a duas vezes por semana, conforme a disponibilidade dos usuários, durante seis meses, nas quartas-feiras das 14:00 às 15:00 horas e nas sextas-feiras das 15:00 às 16:00 horas

Os usuários que necessitarem de atendimento individualizado e/ou especializado são discutidos entre as equipes do NASF e ESF para condução do caso.

Período	Profissional Responsável	Assunto
1ª semana	Equipe do NASF	Introdução/boas vindas/Avaliação nível de dor.
2ª semana	Fisioterapeuta e Educadora Física	Prevenção nas doenças degenerativas. O que é hidroginástica?
3ª semana	Psicóloga	A doença degenerativa e dor crônica e fatores psicológicos.
4ª semana	Nutricionista	Obesidade e interferências na qualidade de vida.
5ª semana	Assistente Social	Interação social: na prevenção de doenças degenerativas.
6ª semana	Educadora Física	Atividades físicas mais recomendadas aos portadores de dor crônica e processos degenerativos.
7ª semana	Médico	Automedicação, excesso do uso de analgésico e suas intercorrências.
8ª semana	Assistente social	O mal do tabagismo.
9ª semana	Fisioterapeuta	Qualidade de vida: dor, cuidados, atividades físicas, hábitos saudáveis.
10ª semana	Enfermeira	Cuidados com a pressão arterial.
11ª semana	Fisioterapeuta	Prevenção de fraturas no dia a dia e suas repercussões na qualidade de vida e agravos a saúde.
12ª semana	Psicóloga	Técnicas de relaxamento.
13ª semana	Educadora Física	Atividade ao ar livre na Academia de saúde.
14ª semana	Nutricionista	Alimentação saudável.
15ª semana	Equipe do NASF	Avaliação.
16ª semana	Equipe do NASF	Encerramento / monitoramento.

Durante a anamnese na avaliação inicial, foi solicitada aos participantes a avaliação da dor segundo a

escala analógica da dor, para posterior análise durante e após a participação no projeto.

No processo de avaliação do usuário foi utilizada a escala abaixo.



Resultados

Os resultados estão sendo surpreendentes conforme relatos dos participantes, pois, de um total de 30 participantes, 24 optaram por participar das aulas de hidroginástica conduzidas pela educadora física e o fisioterapeuta, os quais se revezam e realizam as aulas conforme a necessidade do grupo. Surpreende também a participação dos mesmos nos encontros, onde são abordados assuntos variados, focando a prevenção e a promoção da saúde.

Em relação ao gênero, oitenta por cento dos participantes era do sexo feminino. Em relação à faixa etária, a idade predominante dos participantes está centrada na faixa de 40 a 60 anos.

Foi realizada uma nova avaliação de dor pela escala analógica em setembro, após 04 meses da implantação do projeto e os resultados foram muito positivos. As notas iniciais que giravam em torno de 6, 7 e 8 (dor moderada e intensa) diminuíram para uma média de 4 a 5 pontos.

Além disso, a grande maioria dos participantes relatou mudanças de hábitos em relação a vários fatores da vida cotidiana, tais como, melhoria da postura, autocuidado, aumento da percepção corporal, mudanças de postura frente às situações estressantes, entre outras. Outro fator que merece destaque foram os relatos de diminuição do uso de medicamentos para dor e ampliação do conhecimento sobre uso abusivo e efeitos colaterais e utilização de outras alternativas como aplicação de frio e calor, prática diária de alongamento, incremento da busca por atividades de lazer e convívio social.

Considerações finais

Os relatos dos participantes dos grupos de promoção da saúde organizados pelos profissionais da ESF com a colaboração muito próxima dos profissionais do NASF foram muito favoráveis em relação ao empoderamento alcançado. A participação em grupo, com discussão sobre vários temas relacionados à prevenção de agravos, promoção da saúde e, principalmente a partir da convivência e compartilhamento de experiências mútuas, permitiu avanços em relação à emancipação e cidadania.

Além disso, a diminuição de uso de medicamentos e adoção de outras alternativas para o controle da dor foram significativas e possibilitou novas reflexões sobre o modo de agir em saúde, não mais centrado na doença, para um novo olhar centrado na pessoa, valorizando subjetividades e conhecimentos populares, a partir da proposta de participação em grupos.

Vários participantes demonstraram interesse em continuar realizando as atividades de hidroginástica.

Fica o desafio para a Secretaria de Saúde do município de Fraiburgo em conjunto com a experiência já adquirida pelos profissionais da saúde envolvidos no Grupo SUPERA DOR, em implementar e ampliar o projeto para uso regular da piscina e participação das atividades de educação em saúde para todos aqueles que puderem vir a se beneficiar destas atividades.



Equipe do NASF

Com certeza, o projeto SUPERA DOR vai ao encontro do resgate da cidadania aos portadores de doenças crônicas e degenerativas, possibilitando alternativas variadas para o resgate de uma vida com mais qualidade e emancipada.

Referências

Kreling MCGD, Cruz DALM, Pimenta CAM. Prevalência da dor crônica em adultos. Rev Bras Enfermagem. 2006;59:509-13.

Pimenta CAM. Escalas de avaliação de dor. In: Teixeira MD (ed.) Dor conceitos gerais. São Paulo: Limay 1994; 46-56.

VANDENBERGHE, L. Terapia de grupo como processo interpessoal. In: BRANDÃO, M.Z. S.; CONTE, F. C. S.; BRANDÃO, F. S., INGBERMAN, Y. K.; DA

SILVA, V. L. M.; OLIANI, S.M. (Orgs.). Sobre comportamento e Cognição. Vol 13. p. 321-325. Santo André: ESETec, 2004.

VANDENBERGHE, L. Abordagens Comportamentais para a Dor Crônica. Psicologia: Teoria e Crítica, v. 6, n. 1, 2005.

O BICHO VAI PEGAR: Programa Saúde na Escola

Fotos: Acervo da ESF do município

Enfermeiras

Angela Bastianello Horvath
Rosani Smoeller Tobias

Médica

Cleuma Westphal

Técnicas de enfermagem

Ermelita Blazios
Linir Spitzer

Cirurgião-dentista

Rodrigo Torri Vieira

Auxiliar de Saúde Bucal

Giseli Maria Caldeira

Agentes comunitários de saúde

Eliana Bastianello Horvath
Gisela Kuehn Arais
Helder Ribeiro dos Santos

Maria José dos Santos Severino

Maria Júlia Ploetgher

Mário João Paolin

Orlando Santos Cerqueira Filho

Sandra Regina Voltolini Bambinetti

Tereza Schroeder

Diretora da Atenção Integral e Saúde

Marlova Cescon Haeffner

Introdução

Navegantes é uma cidade em franco desenvolvimento, localizado no Vale do Itajaí, possui junto às margens do rio Itajaí-Açu, um movimentado e bem equipado porto, um importante polo empreendedor e gerador de empregos. A emancipação político-administrativa ocorreu no dia 26 de agosto de 1962. Seu nome é uma homenagem a sua vocação marítima e à devoção a Nossa Senhora dos Navegantes. A sua população, segundo censo IBGE (2010) é de 60.588 habitantes em área de 111, 461 km²; com estimativa para 2015 de 72.772 habitantes, possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,774 e o PIB é de R\$ 911.398.476,00.

No bairro do Gravatá está a Unidade Básica de Saúde, com duas equipes da Estratégia Saúde da Família. A população local totaliza 7.714 pessoas, do sexo masculino 3.710 pessoas e do sexo feminino 4.004 pessoas. Sendo 1.218 na faixa etária de 0 a 14 anos; 2.648 na faixa etária de 15 a 39; 2.037 na faixa etária de 40 a 59; e 1.081 maiores de 60 anos.

A primeira equipe de Estratégia Saúde da Família foi implantada no ano de 2001 e a equipe de saúde bucal iniciou suas atividades em 2009.

Esta comunidade conta com quatro escolas, sendo três creches e uma de ensino fundamental, totalizando 1.314 alunos: 730 na Escola Ilka Muller de Mello; 224 na Creche Leonora; 209 na Creche Rosana; e 151 na Creche Regina.

Segundo Freire (2001), a educação é o principal pilar para promoção e preservação da saúde, pois ela trabalha a construção de novos conhecimentos e práticas. A prática de saúde como atividade educativa deixou de ser um processo de persuasão e, dentro de uma metodologia participativa, passou a ser um processo de capacitação dos indivíduos cujo intuito é transformar, melhorar a realidade atual.

Nas unidades educacionais de Gravatá é desenvolvido o Programa Saúde na Escola (PSE), o qual busca aplicar ações de prevenção e de promoção da saúde, oportunizando a aproximação dos profissionais às crianças, realizando atividades de orientação em conjunto com os professores e transmitindo informações que irão influenciar na adoção de um estilo de vida mais saudável.

Acredita-se que as ações conjuntas realizadas entre os setores de saúde e de educação, quando extrapolam as barreiras físicas do ambiente escolar, atingem de maneira transformadora o ambiente familiar dos alunos, momento em que estes discentes se tornam agentes protagonistas e moduladores da própria realidade.

Essa parceria estabelece um vínculo que permite o desenvolvimento de ações contínuas, como a educação permanente, que integra as ações de saúde com as demandas diagnosticadas no ambiente escolar.

Com o intuito de contribuir com esta realidade, a equipe de saúde da família criou atividades educativas baseadas em conceitos técnicos científicos, como ações de promoção e educação em saúde, por meio da apropriação de estratégias lúdicas que estimulam a

imaginação infantil. A arte teatral com fantoches foi a escolhida, assim como uma linguagem de fácil acesso, que permite transmitir a informação de forma clara, chamar a atenção do público alvo, instigando-o a migrar para o mundo da magia e da imaginação.

Alguns educadores indicam o uso de atividades lúdicas como forma de melhor transmitir novas informações e conhecimentos, uma vez que promove interesse, motivação e leva as crianças a se engajarem. Sendo o teatro um jogo dramático e completo, consegue melhorar o aprendizado da criança através da descontração, do despertar da criatividade e do faz de conta (MASSIGNANI, et al., 2012).

Sendo assim, esta proposta de trabalho foi utilizar a dramatização, através de uma peça de teatro com fantoches, intitulada *O BICHO VAI PEGAR*, cuja finalidade foi promover e estimular o riso, a imaginação das crianças e a transição de conhecimento de forma prazerosa, promovendo mudanças em seus hábitos de forma natural.



Bicharada que compõe a peça *O BICHO VAI PEGAR*

Justificativa

O teatro possibilita à criança compreender o pensamento e a linguagem de outrem, fazendo com que o “brincar” se transforme em um instrumento que auxilie na construção do conhecimento, tornando o processo de ensino e de aprendizado deveras prazeroso.

A escola é o palco central da proposta, uma vez que possui como objetivo fundamental a aplicação do processo de ensino-aprendizagem, tendo como “objeto” de trabalho o desenvolvimento da criança.

O uso das peças de teatro nas salas de aula é indispensável, uma vez que além de ser uma maneira criativa para se trabalhar os conteúdos, envolve também o pensamento lúdico proporcionando a aquisição de conhecimentos de diversas áreas. A dramatização quando comparada com a comunicação puramente verbal,

representa uma das maneiras mais eficazes e efetivas para a transmissão de informações para os pré-escolares e escolares (RAMPASO, 2011).

Na educação infantil, as atividades lúdicas são empregadas para o aprendizado das crianças de 0 a 5 anos de idade, promovendo a interação de umas com as outras, desempenhando papéis sociais (papai e mamãe), desenvolvendo a imaginação, a criatividade, a coordenação motora e o raciocínio.



Na escola: criançada atenta à apresentação

Este trabalho foi iniciado devido à necessidade de contribuir com os professores para minimizar as dificuldades que tinham durante a abordagem de temas relativos a hábitos de higiene pessoal para o público infantil.

Foram realizadas reuniões com a equipe da ESE, quando o grupo decidiu criar uma peça de teatro de fantoches com o objetivo de disseminar estes saberes sobre a forma de prevenção e promoção da saúde, para o universo infantil.

Objetivo geral

Contribuir com a melhoria da qualidade da saúde das crianças que estudam nas escolas do bairro Gravatá, em Navegantes (SC), por meio de uma peça de teatro educativa, encenada com fantoches.

Objetivos específicos

- Conhecer as técnicas relacionadas ao teatro com fantoches;
- Desenvolver o texto sobre as formas de prevenção e promoção da saúde a ser narrado; e
- Construir o teatro e seus fantoches.

Desenvolvimento

Este trabalho consistiu na adaptação de uma peça de teatro infantil intitulada O BICHO VAI PEGAR, apresentada pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde do Gravatá, durante o desenvolvimento das atividades programadas pelo Programa Saúde na Escola junto as creches e escolas de seu território de abrangência.

A ideia fundamenta-se em Rampaso (2011), autor que se apropria da atividade lúdica, para proporcionar diversão, lazer e entretenimento as crianças enquanto são desenvolvidas atividades educativas.

Para o desenvolvimento desta ação educativa, os profissionais da Unidade Básica de Saúde ocuparam-se com: a produção e elaboração da história; a organização e execução do cenário; a aquisição de fantoches; a distribuição dos personagens e ensaios regulares; a inclusão de sonoplastia na peça; a divulgação do teatro e agendamento das apresentações; e a confecção de desenhos, convites e camisetas.

A história aborda assuntos fundamentais relacionados à saúde, como: importância da saúde bucal; relevância do banho e cuidados com o corpo; alimentação saudável e doenças resultantes da falta de asseio corporal.

O cenário foi confeccionado pela equipe, a encenação da peça tem duração de trinta minutos e possui 12 integrantes, com a apresentação de melodias de domínio do público infantil. As primeiras apresentações aconteceram no mês de julho de 2014.



Pessoas integrantes da ação lúdico-pedagógica

Ao final de cada apresentação são distribuídos, ao público, desenhos para serem coloridos, reforçando a importância do autocuidado e promovendo um feedback entre as crianças e o grupo.

De acordo com o filósofo teórico da área da pedagogia René Hubert, a educação é um conjunto de ações e influências exercidas voluntariamente por um ser humano em outro, normalmente de um adulto para um jovem por meio de ações que pretendem alcançar

um determinado propósito no indivíduo, para que ele futuramente possa desempenhar funções, contribuindo com a sociedade, a economia, a cultura e a política.

Resultados

Através de ações lúdicas, a equipe de Saúde da Família buscou fortalecer o ensino e a aprendizagem, promovendo brincadeiras, sorrisos e momentos de alegria às crianças que assistiram e participaram da peça teatral, demonstrando que é possível estimular o desenvolvimento cognitivo e a abstração da ideia durante o repasse de informações sobre o autocuidado.

Aproximadamente 1.000 crianças, na faixa etária entre 03 e 08 anos de idade, já participaram do teatro, foram realizados 10 eventos no bairro Gravatá e no bairro Meia Praia, rompendo o limite territorial.



Peça encenada também na sala de espera da UBS

Dentre os resultados observados, destacam-se: a integração e engajamento dos membros da equipe da UBS Gravatá durante a construção do projeto; a descoberta de potencialidades individuais presentes nos membros da equipe, fomentadas e conduzidas na elaboração de um trabalho inovador e transformador; a aproximação dos profissionais de saúde com profissionais da educação, e de ambos os setores com a comunidade; a coadunação dos diversos saberes e dos atores envolvidos, estabelecendo e ratificando o aprendizado contínuo dos sujeitos; a formação contínua de multiplicadores mirins através do empoderamento por meio do saber necessário para o desenvolvimento de hábitos salutarres de higiene.

Considerações finais

É fato que a atuação de grupos de profissionais de saúde junto às crianças em idade escolar contribui, sobremaneira, com o futuro das condições de saúde da população.

Vale ressaltar que, atos simples, de baixo custo e complexidade, muitas vezes conquistam resultados

melhores do que aqueles de alta complexidade, principalmente, quando são aplicados junto às comunidades.

Com a proliferação de ações desta natureza, certamente, com o passar do tempo, haverá mudança no perfil epidemiológico desta comunidade, experiência que poderá ser replicada para outros bairros e municípios.

Referências

FREIRE, P. Pedagogia dos Sonhos Possíveis. São Paulo: ed. UNESP. 2001.

LIMA, J. E. O. Cárie dentária: um novo conceito. Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial, Maringá, v. 12, n. 6, Dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141554192007000600012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jun. 2014.

MASSIGNANI, L. R. M.; et al. Dramatização de histórias infantis e a compreensão de leitura por crianças institucionalizadas. Psic. Teor. e Pesq., Brasília, v. 28, n. 2, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S010237722012000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 24: série b. Saúde na Escola.

RAMPASO, D. A. L.; et al. Teatro de fantoche como estratégia de ensino: relato da vivência. Rev. bras. Enferm. Brasília, v. 64, n. 4, ago. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000400024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2014.

Minicursos Telessaúde SC

Até agosto de 2016, o Telessaúde certificou 1.397 profissionais em Santa Catarina. Confira os cursos ofertados e participe!

- ▶ Introdução ao Acolhimento
- ▶ Classificação de Risco
- ▶ Consulta de Enfermagem
- ▶ Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)
- ▶ Abordagem e Tratamento do Tabagismo na ABS



novas turmas serão abertas, fique de olho!

Webpalestras Telessaúde SC toda quarta e quinta-feira às 15h

São momentos de educação permanente para profissionais da Atenção Básica em que são abordados temas atuais e relevantes para a saúde.

Participe das transmissões ao vivo e tire suas dúvidas em tempo real com o palestrante.

Cadastre-se:
telessaude.sc.gov.br

Mais informações:

(48) 3664-7282

[facebook.com/TelessaudeSC](https://www.facebook.com/TelessaudeSC)

Além da transmissão, as webpalestras ficam disponíveis no acervo do site do **Telessaúde SC** e também no canal [youtube.com/TelessaudeSC](https://www.youtube.com/TelessaudeSC).

COMO ASSISTIR A UMA WEBPALESTRA



Telessaúde
Santa Catarina

Grupo Terapêutico Desenvolvimento Humano para Usuários de Psicotrópicos em uma Unidade Básica de Saúde

Fotos: Acervo da ESF do município

Autoria

Psicóloga
Bruna Bertollo

Médica
Carine Angela Zatt

Farmacêutica
Rangeli Basso

Enfermeira

Daniela Tizziani

Psiquiatra

Flávio Braga de Freitas

Introdução

Este trabalho consiste num relato de experiência de atendimentos em grupo para usuários do SUS (Sistema Único de Saúde) que apresentam algum grau de sofrimento mental e são encaminhados pelos médicos e enfermeiros da ESF (Estratégia Saúde da Família) Santa Maria, do município de Chapecó/SC, bem como pela Psicóloga do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). A grande maioria destes sujeitos passou por uma avaliação inicial na qual eram explanadas algumas considerações sobre o grupo (formato, periodicidade dos encontros, tempo do grupo, limites de faltas, dentre outras) e analisado se aquele sujeito tinha ou não perfil para o grupo e interesse no mesmo. Os que não foram avaliados a priori foram convidados através de convites impressos que continham informações básicas, porém esclarecedoras sobre o grupo e que foram entregues pelas Agentes Comunitárias de Saúde.

Ao utilizar a premissa “perfil para o grupo”, dá-se a ideia de uma seleção de quem pode e quem não pode participar do grupo. Portanto, é de suma importância frisar que os únicos indivíduos que não possuem este “perfil” para o Grupo de Desenvolvimento Humano, ou em outras palavras, que não estão aptos, seriam os usuários com grave comprometimento intelectual, tendo em vista que estas pessoas se encontram em uma condição diferenciada de intelecto, que não os permitiriam acompanhar o andamento do grupo. É válido salientar também que todos os participantes são usuários de alguma medicação psicotrópica.

Este serviço de atendimentos em grupo foi criado por um psiquiatra atuante na rede de saúde pública do município, com mestrado em Terapia de Grupo e formação em Psicanálise, que verificou a necessidade de estabelecer um trabalho de capacitação com objetivo de habilitar profissionais do NASF e de outros setores, sejam eles psicólogos ou de outras áreas de formação, a se tornarem multiplicadores de atendimentos em grupos baseados na interação, ou seja, grupos que vão além da passagem de informação sobre determinado assunto, partindo para a possibilidade de troca de experiências e vivências daqueles sujeitos, adentrando no campo emocional que é fator relevante para o surgimento de inúmeras patologias ou para o agravamento destas.

Os atendimentos grupais, neste formato, juntamente com a capacitação de novos profissionais, vem acontecendo há cerca de quatro anos e já mostrou resultados positivos tanto para os usuários que participam dos grupos, quanto para as ESF que têm nos grupos um aporte para encaminhar seus pacientes para que estes tenham melhor resolutividade de suas demandas.

É válido citar que o formato de grupo, ou seja, coletividade, vem ao encontro com uma necessidade básica do ser humano: a de estar integrado a algum bando. Segundo Zimerman (2007), o ser humano é gregário, ou seja, tem tendência de juntar-se, perdendo, momentaneamente, suas características individuais. Ele só existe em função de seus inter-relacionamentos grupais, participando desde o nascimento de diferentes grupos, estando sempre na busca entre sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social. Dessa forma, caracteriza-se como grupo quando

todos os integrantes estão reunidos em torno de uma tarefa ou objetivo em comum.

O grupo terapêutico, por ser uma proposta inédita na rede, encontra inúmeras barreiras que são rompidas graças à dedicação daqueles que abraçaram a ideia e que se empenham na educação permanente, com supervisões que exploram a teoria que dá sustentação ao andamento do grupo. Portanto, trata-se de uma metodologia nova que amplia o conceito de grupos, que beneficia o usuário pelo tempo em que é acompanhado e que busca o desenvolvimento humano partindo da premissa de que o ser humano está em constante devir e é um ser capaz de ajustar-se frente a suas dificuldades.

Justificativa

A ideia de iniciar grupos terapêuticos no Centro de Saúde da Família (CSF) Santa Maria vem ao encontro com uma proposta de ampliação nas opções de atendimento ao usuário, não centrando apenas nos atendimentos individuais que, na maioria das vezes, resultam em um novo encaminhamento e na não continuação do tratamento no mesmo local que este se iniciou, ou seja, o grupo terapêutico busca oferecer tratamento mais prolongado, com o intuito de chegar ao cerne da questão que desencadeou o quadro clínico do usuário e oferecer suporte a este indivíduo para se desenvolver humanamente e se fortalecer para lidar com tais questões.

Tendo em vista que atualmente todos os serviços de saúde na rede pública encontram-se saturados, esse excesso de demanda impossibilita que os profissionais da Atenção Básica (AB) possam oferecer uma escuta clínica mais humanizada e prolongada sobre as questões de vida do paciente. Além disso, a medicação psicotrópica atua de forma limitada, não chegando à raiz do problema central do sujeito, apenas mascarando sintomas e dando a falsa impressão de melhora, quando na realidade o indivíduo ainda não resolveu ou amenizou seus conflitos internos.

Assim sendo, o grupo transcende a ideia de que problemas emocionais são curáveis com medicações e atendimento fragmentado, passando de profissional para profissional, numa frequência não adequada. O grupo justifica-se pela ideia de que o ser humano deve ser visto de forma integral, na sua forma mais pura e verdadeira, para assim possibilitar a este sujeito uma melhora e um fortalecimento do seu self.

Também analisando o número elevado de encaminhamentos para o profissional psicólogo, nota-se a importância da formação de grupos terapêuticos para atender um número maior de usuários que necessitam de uma escuta clínica para a diminuição de

suas angústias e sofrimentos. Sabe-se que assim que estas pessoas tiverem um suporte psicológico, além da diminuição de seus sintomas, haverá diminuição na utilização da medicação, tornando então estes sujeitos autônomos e fortalecidos para a manutenção da própria saúde.

A realização de grupos de desenvolvimento humano também vai ao encontro do que prioriza a Atenção Primária à Saúde. Segundo o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012), deve-se prover atenção integral à população e desenvolver ações que priorizem os grupos e os fatores de risco clínico comportamentais, prevenindo assim o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis.

Além disso, percebe-se a necessidade de ampliação da forma de trabalho de outros profissionais não-psicólogos, visto que pela tradicional formação acadêmica a maioria deles segue princípios nos quais cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho que pode ou não possuir elementos facilitadores para o trabalho integrado e humanizado, tornando necessária a educação permanente dos mesmos, principalmente no que diz respeito à condução de grupos ou atividades coletivas na forma interativa. Assim, haverá ampliação da resolubilidade e da capacidade de uma equipe cuidar e interagir com determinado território.

Objetivo geral

Prestar atendimento em grupo baseado na interação, no qual os participantes busquem a diminuição de seus sintomas físicos e emocionais.

Objetivos específicos

- Diminuir a demanda em fila de espera;
- Dar suporte à Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação à demanda em saúde mental;
- Criar espaços/momentos de escuta clínica;
- Propiciar aos usuários a oportunidade de dividir experiências de vida;
- Diminuir a dependência da medicação desses pacientes;
- Capacitar profissionais de diversas áreas para atuar em grupos no formato interativo.

Desenvolvimento

O Grupo de Desenvolvimento Humano iniciou com a participação de 13 sujeitos, com idades acima de 18 anos e de ambos os gêneros, usuários de psicotrópicos e com

diagnósticos variados (síndrome do pânico, depressão leve ou moderada, ansiedade generalizada, estresse, insônia, somatizações), caracterizando assim, um grupo heterogêneo. Todos foram encaminhados, como já citado anteriormente, pelos médicos e enfermeiros da ESF e pela psicóloga do NASF-Leste, sendo que estes usuários foram avaliados individualmente a priori.

Além dos sujeitos encaminhados, o grupo conta com a participação de uma coordenadora (podendo também ser chamada de terapeuta) sendo esta a psicóloga do NASF- Leste que foi devidamente capacitada para atuar com grupos interativos. Conta também com duas co-coordenadoras (ou co-terapeutas), sendo uma a farmacêutica do NASF- Leste e a outra uma médica da unidade de saúde. Tais profissionais, ao atuarem como co-coordenadoras, estão sendo, automaticamente, capacitadas para posteriormente disseminar esta forma de atuação em grupo, otimizando os trabalhos grupais.

O Grupo Terapêutico teve início no primeiro semestre de 2015 e teria, a princípio, quatro meses de duração, porém a pedido dos próprios participantes, com a justificativa de que o grupo estava lhes proporcionando visível melhora, o grupo foi estendido para seis meses de duração, com encontros semanais de uma hora cada. Já no primeiro encontro firmou-se o contrato terapêutico, no qual algumas regras foram estabelecidas e acordadas entre todos. Tais regras servem para o bom funcionamento do grupo e para estimular a criação de responsabilidade para com o tratamento.

Foi acordado entre todos que o limite de faltas não justificadas seria de três. Caso algum participante ultrapassasse este limite, seria desligado do grupo. Para justificar as faltas, seriam aceitos atestados médicos e comprovantes de comparecimento. Também, foi estabelecida a tolerância de 10 minutos de atraso, portanto, se um usuário chegasse mais de dez minutos após o início do grupo, já não teria mais a permissão de entrar naquele encontro, ficando à espera do próximo encontro na semana seguinte.

Outro ponto pactuado entre os membros do grupo e quem sabe o mais importante de todos, foi a questão do sigilo. Frisou-se a necessidade do sigilo extremo sobre os conteúdos lá expostos, para que assim a confiança estabelecida no grupo não fosse abalada. Além disso, foi pactuado que se houvesse um número muito elevado de desistências, ficando apenas três ou menos participantes, o grupo seria encerrado, ou seja, para que o grupo se mantivesse ativo, seria necessária a participação de três ou mais pessoas. Atualmente o grupo encontra-se em sua fase final, faltando apenas dois meses para seu término e teve desistência de 5 participantes, ou seja, hoje o grupo funciona com a participação de oito sujeitos. O grupo contou com a sala de grupos na unidade de saúde como setting físico.

O grupo desenvolve-se, portanto, da seguinte maneira: na primeira hora, presta-se o atendimento em grupo, no qual os usuários expõem suas angustias, suas experiências de vida, bem como seus sintomas físicos e emocionais e interagem entre si de forma livre, sem ações padronizadas, de forma que possam espelhar-se com o próximo, e juntos conseguir o fortalecimento grupal, formando-se assim, uma espécie de “família por opção”, da qual cada participante tem seu papel fundamental no andamento e manutenção do grupo.

Ao exporem suas experiências de vida e seus sentimentos, cria-se uma tarefa grupal, ou seja, caracteriza-se como grupo operativo, um conjunto restrito de pessoas, que, ligadas por constantes de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna, propõe-se a uma tarefa que constitui sua finalidade. (PICHÓN- RIVIÈRE, 1988).

É neste momento que a coordenadora com apoio das co-coordenadoras auxiliam o grupo a pensar sobre suas vivências e a exteriorizar sentimentos e desejos, através de questionamentos e colocações. Evita-se repassar informações sobre medicação no decorrer do grupo. Todas as dúvidas relacionadas aos psicotrópicos são sanadas pelas co-coordenadoras (médica e farmacêutica) logo após do término deste. No transcorrer desta uma hora o foco são as experiências de vida e as consequências destas.

Na segunda hora, realiza-se um seminário de discussão/reflexão entre coordenadora e co-coordenadoras sobre o acontecer grupal vivenciado na primeira hora. Neste momento faz-se a relação das vivências grupais com a teoria escolhida para sustentar o trabalho. Este segundo momento também serve para a exteriorização dos sentimentos vivenciados pelas profissionais durante o grupo, podendo assim aliviar as tensões que ficam pós – grupo.

Num terceiro momento ocorre a supervisão. Esta supervisão acontece semanalmente, entre coordenadora, co-coordenadoras e o psiquiatra-psicanalista responsável pela capacitação dos profissionais. Durante uma hora é discutido o evento grupal e relacionado com a teoria, ampliando a concepção de tudo o que ocorre com os usuários participantes do grupo. A teoria utilizada como suporte teórico é vasta, passando por estudiosos de grupos como Bion, Pichon Ricière e Júlio de Mello Filho e outros autores de importância ímpar para a compreensão da psique humana como Freud, Lacan, Winnicott e Melanie Klein.

Vale salientar que a vivência grupal é transcrita. Elabora-se um relato dialogado de todos os encontros do grupo, da forma mais fidedigna possível para utilizar como fonte de estudos posteriores, como, por exemplo, nas supervisões. Outro fator importante de se ressaltar é que os profissionais envolvidos nesta capacitação de

grupos interativos se reúnem periodicamente (a cada 21 dias) para realizar um grupo de estudos. Neste momento discute-se teoria, dúvidas são sanadas e angústias aliviadas.

Por fim, o grupo de desenvolvimento humano compartilha a ideia de que as ações em saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de forma territorial e atuação transversal com políticas específicas e que busquem o estabelecimento de acolhimento e vínculo (SOUZA; RIVERA, 2010). Em outras palavras, o Grupo Terapêutico no CSF Santa Maria corrobora com a importância do trabalho voltado para a saúde mental no contexto da AB, tendo como metodologia privilegiada os grupos interativos e da participação de profissionais não da “área psi”.

Resultados

Ao analisar o objetivo principal desta proposta fica claro que sua meta é auxiliar o desenvolvimento pessoal de cada sujeito participante do grupo e não vender uma ideia de cura. Sendo assim, após alguns meses de andamento do grupo, já se percebe, de forma geral, maior autonomia dos sujeitos na resolução de seus problemas cotidianos, a retificação subjetiva dos seus sintomas, de suas histórias de vida e relações atuais.

Outro fator visível no grupo é que os sujeitos não atribuem mais à medicação psicotrópica a ideia ilusória de que esta irá resolver todos os seus problemas, sejam eles físicos ou emocionais. Hoje já comentam e sabem sobre a necessidade de tomarem decisões frente à própria existência e que estas decisões é que irão determinar um rumo diferente para suas vidas. Em outras palavras, os mesmos tornaram-se mais ativos no processo de melhoria de vida, saindo da posição passiva na qual esperavam por alguma solução milagrosa, seja por parte da medicação ou de terceiros, sejam eles terapeutas, familiares ou amigos.

Outro resultado positivo alcançado até o momento é que os participantes diminuíram consideravelmente o discurso projetivo. É comum um sujeito com questões emocionais mal resolvidas atribuir a causa disso para a figura de outrem. Isso traz a ideia de que a pessoa se tornou espectadora da própria existência enquanto outras pessoas agiam sobre ela, quando na verdade não é assim que acontece. Todo sujeito é responsável por aquilo que opta e pelas consequências geradas a partir desta tomada de decisão. No grupo, inicialmente, havia discursos de que alguém, durante algum momento da vida deles, fez algo que os prejudicasse a ponto de estarem hoje com alguma patologia. Atualmente os mesmos se veem como autores de suas decisões passadas e compreendem mais claramente que estas decisões contribuirão fortemente para estarem como e onde estão agora.

De forma geral, nota-se grande avanço na saúde mental e física dos participantes. A grande maioria deles, que antes apresentam algum sintoma físico resultado das somatizações, hoje referem não estar mais sentindo ou se sentem, é cada vez mais espaçado. Os esquecimentos, calafrios, tonturas, aquecimento corporal eram os mais comuns e hoje são praticamente nulos nos usuários. Sendo assim, os resultados obtidos até então são significativos, melhorando consideravelmente a qualidade de vida dos participantes do grupo.

Considerações finais

Acreditando em melhores condições de vida, os grupos terapêuticos vêm mostrar o quão necessário é oferecer escuta humanizada para os usuários do SUS, que por sua vez, acumulam sofrimentos de uma vida inteira, necessitando em algum momento, depositá-los para fora do corpo, não os deixando se transformar em problemas físicos e mentais de maior gravidade.

Por um curto período em que os grupos vêm sendo realizados, percebe-se que já se criou a cultura dos grupos baseados na interação dentro dos centros de saúde. Isso favorece a população que terá espaço para ser ouvida, bem como beneficia os profissionais que ampliam seu potencial de abordagem para com o sujeito, possibilitando uma visão integral do indivíduo e não apenas em sua queixa inicial.

Assim, busca-se a divulgação de trabalhos como esse para que os atendimentos na atenção básica sejam cada vez melhores e mais apurados. A proposta dos grupos segue se expandindo, com a adesão de novos profissionais a cada ano e com a criação de novos grupos em espaço diversos dentro da rede de atenção, seja na saúde, na assistência social e em outros espaços que possibilitarem a adesão deste modelo de atendimento, nunca antes realizado no município.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

PICHÓN-RIVIÉRE, E. O processo grupal. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F. J.U. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. Rev. Tempus Actas Saúde Colet. Brasília, v.4, n.1, 2010.

ZIMERMAN, David. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. Vínculo, São Paulo, v. 4, n. 4, 2007.

Fazendo Arte com a Linguagem

Fotos: Acervo da ESF do município

Autoria

Fonoaudióloga

Fernanda Monteiro La-Rocca

Profissional de educação física

Thaís Gonçalves Mendes

Enfermeiros

Carlos Eduardo da Silva – ESF Alto Arroio

Elaine Cristina Nascimento – ESF Roça Grande

Fernanda Wolff – ESF Vila Nova

Izabela Gentil de Mello – ESF Nova Brasília

Júlia Fabiana da Silva – ESF Campestre

Neiva Skoreh – ESF Araçatuba

Introdução

O município de Imbituba está localizado no litoral sul de Santa Catarina, a 90 km de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. O município possui uma população de 42.708 mil habitantes, segundo o IBGE, em 2014. Na área da saúde pública Imbituba conta com 26 Unidades Básicas de Saúde, com 16 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 07 Equipes de Saúde Bucal. Possui também Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Policlínica Municipal, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência da Mulher (CEREM) e Centro de Especialidade Odontológica (CEO).

O NASF foi implantado em 2009, e tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família, e tem por responsabilidade 09 ESF's. Dentre as atribuições do NASF estão às reuniões de matriciamento e educação permanente, e são durante esses encontros que as enfermeiras e as agentes comunitárias de saúde são orientadas sobre o desenvolvimento normal da criança e as etapas de aquisição da linguagem. Assim, é possível que nos momentos de consulta médica, pesagem para o Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), visitas domiciliares, a equipe possa verificar se a criança está dentro do esperado para sua idade, e também consegue identificar atraso no desenvolvimento da fala, solicitando uma avaliação com a fonoaudióloga.

A fonoaudióloga do NASF realizou a avaliação inicial das crianças identificando os seguintes problemas:

- Atraso no desenvolvimento da fala e da linguagem;
- Nenhuma delas frequentava creche;
- 90% dos casos são filhos únicos ou a única criança na casa, sem contado direto e frequente com outras crianças, ficando restritas ao contato somente do adulto;
- Apresentaram brincadeira simbólica pouco elaborada;
- Vocabulário expressivo abaixo do esperado;
- Uso demorado de gestos e vocalizações;
- Presença de alterações fonológicas significativas;
- Repertório limitado de fonemas;
- Ininteligibilidade da fala e predomínio de processos fonológicos idiossincráticos (desviantes do desenvolvimento normal).



Trabalhando motricidade ampla

Após a identificação destes problemas e pela demanda apresentada, criou-se um grupo infantil para o desenvolvimento da linguagem e conseqüentemente da fala. O grupo *Fazendo Arte com a Linguagem* oferta às crianças situações lúdicas que facilitem e alavanquem seu desenvolvimento, essencialmente, através da atividade do brinquedo. O brinquedo pode ser considerado uma atividade condutora que determina o desenvolvimento da criança, pois o brincar possibilita à criança conhecer a si mesma e a formar conceitos sobre o mundo.

Entendendo que os primeiros anos de vida da criança são cruciais na formação de seus conteúdos linguísticos, o diagnóstico e intervenção precoce dos distúrbios de fala e linguagem são de extrema importância para o adequado desenvolvimento comunicativo.

Teoricamente, é por volta dos três anos que a criança deveria ser capaz de se comunicar efetivamente, sendo compreendida por todas as pessoas, não somente pelas que fazem parte do seu mundo familiar. Em algumas circunstâncias torna-se evidente que existem distúrbios de linguagem que interferem no processo comunicativo da criança, impedindo muitas vezes seu pleno desenvolvimento. Muitos são os aspectos que influenciam no desenvolvimento da linguagem, sabemos que podemos ter no máximo a possibilidade de determinar fatores predominantes e fatores desencadeantes (SPINELLI, 1986).

Falar de aprendizagem do ser humano é adicionar a motivação como componente inerente ao processo, uma vez que está sempre presente como desencadeadora da ação. O jogo/brincar tem um inestimável valor no processo de desenvolvimento e aprendizagem da criança, além de propiciar que ela use o seu corpo como instrumento técnico.

Goraigordobil (1990) diz que o jogo/brincar contribui poderosamente no desenvolvimento global da criança e que todas as dimensões do jogo/brincar estão intrinsecamente vinculadas: a inteligência, a afetividade, a motricidade e a sociabilidade são inseparáveis, sendo a afetividade a que constitui a energia necessária para a progressão psíquica, moral, intelectual e motriz da criança. Do ponto de vista intelectual, destaca a autora, o jogo/brincar estimula o desenvolvimento da capacidade de pensamento e a criatividade; do ponto de vista psicomotor estimula o desenvolvimento da força do controle muscular, do equilíbrio e dos sentidos em geral; do ponto de vista da sociabilidade o jogo/brincar é uma atividade que implica relação e comunicação entre os iguais e isso ajuda a criança a conhecer as pessoas que a rodeiam e aprendem normas de comportamento social; do ponto de vista afetivo permite a criança se expressar livremente.



Trabalhando coordenação viso-motora

Wygotsky (1982) diz que a aprendizagem está diretamente relacionada com o decorrer do desenvolvimento infantil, nenhuma das duas se realiza na mesma medida ou paralelamente. Fundamenta seu ponto de vista dizendo que linguagem surge inicialmente como meio de comunicação entre a criança e as pessoas que a rodeiam, mas somente mais tarde, ao se converter em linguagem interna, contribui para organizar o pensamento da criança, isto é, se converte em uma função mental interna. Afirma que a imaginação, como todas as funções do conhecimento, surge da ação. Ao atuar a criança imagina, e ao imaginar, brinca.

Para que comece a ocorrer um processo de comunicação, a criança deverá sentir-se motivada. Deverá existir o que se chama de *intenção comunicativa*. E essa intenção é favorecida pelo grupo, já que ele facilita a comunicação entre as crianças através da fala, e é somente através da prática do diálogo é que se aprende a dialogar, pois se a criança aprende a agarrar, agarrando; a saltar, saltando; entende-se então que dominar uma ação implica em agir sobre o objeto a ser conhecido – processo que também ocorre com a linguagem.

Justificativa

As alterações no desenvolvimento da fala e da linguagem podem causar sérios problemas no desenvolvimento cognitivo e socioemocional na idade escolar ou adolescência. Estudos demonstram (Costa, 2011) que a detecção de tais alterações aos dois a três anos reduz 30% a necessidade de acompanhamento terapêutico (fonoaudiologia, psicologia, educação especial, entre outros) aos oito anos de idade. Da mesma forma, reduz 33% o número de crianças com problemas na linguagem escrita (Costa, 2011). Tais dados reforçam a importância na detecção precoce dos atrasos e desvios no desenvolvimento da fala e da linguagem, sejam pelo pediatra, pelos pais,

enfermeiras, agente comunitárias, professores ou qualquer adulto que tenha convívio com a criança.

Muitos distúrbios da comunicação que ocorrem na infância poderiam ser evitados ou minimizados por meio de medidas simples de estimulação de linguagem, identificação precoce e orientação aos familiares. Sabe-se que as dificuldades de aprendizagem estão intimamente relacionadas à história prévia de alteração no desenvolvimento da linguagem. Desta forma, a identificação precoce dessas alterações no curso normal do desenvolvimento pode prevenir posteriores consequências educacionais e sociais desfavoráveis, pois causam impacto direto sobre a vida social da criança e sobre o sucesso acadêmico e ocupacional, sendo reconhecidos como importantes questões de saúde pública (COSTA, 2011).

Nos dias de hoje, devido às atribuições do dia-a-dia, as crianças acabam tendo um grande tempo de exposição à televisão e este fato está relacionado a atrasos no desenvolvimento da linguagem, pois contribui para a redução das oportunidades de interação entre ela e o adulto. A criança precisa de oportunidades para vivenciar o aprendizado da linguagem, com interações ricas com adultos e outras crianças, e é o adulto o responsável por fornecer o modelo adequado de fala.

Objetivos

- Criação do grupo infantil para o desenvolvimento da linguagem “*Fazendo Arte com a Linguagem*”;
- Ofertar às crianças situações lúdicas que facilitem e alavanquem seu desenvolvimento, essencialmente, através da atividade do brinquedo.
- Realizar brincadeira simbólica, que influenciará diretamente: na aquisição da linguagem; o aumento do repertório lexical; a melhora da inteligibilidade da fala; a adequação à percepção auditiva e trabalhar a produção fonológica (fonemas isolados, sílabas, frases e fala espontânea).

Desenvolvimento

A partir do atendimento inicial, a criança comparece no posto de saúde acompanhada da mãe (preferencialmente) ou do responsável para uma avaliação. Neste momento avaliam-se fatores como contexto social, familiar e histórico pré, peri e pós-natal da criança e, descartada qualquer questão orgânica, são passadas orientações aos pais ou responsável sobre alimentação e estimulação da fala. Constatando-se que a criança apresenta atraso de linguagem, ela fica no aguardo da formação do grupo e, se necessário, é encaminhada para avaliação audiológica.

O grupo *Fazendo Arte com a Linguagem* é coordenado pela fonoaudióloga e tem a participação fundamental da educadora física; e quando necessário, da psicóloga, e de todos membros da equipe NASF.

A psicóloga participa de alguns encontros para uma visão mais apurada quanto às questões de vínculo e dependência que algumas crianças apresentam.

Os encontros ocorrem num prédio anexo à Secretaria da Saúde onde há disponibilidade de uma sala ampla e confortável para a realização do grupo. São acordadas com os pais ou responsáveis algumas regras como o comprometimento em realizar as atividades em casa e assiduidade, sendo que com duas faltas não justificadas a criança é desligada.

Todas as atividades dentro da intervenção fonoaudiológica infantil são realizadas de forma lúdica, através de jogos/brincadeiras para que a criança sinta prazer nas técnicas propostas, que por sua vez, propiciarão a aquisição das habilidades que favoreçam seu desenvolvimento.

Os jogos/brincadeiras trazem grande vantagem de oferecer, aos que deles participam, excelentes oportunidades para o desenvolvimento físico, mental, emocional e social. Há jogos/brincadeiras que proporcionam o desenvolvimento psicomotor da criança que, através da exploração espacial e temporal dos jogos espontâneos e dirigidos, vai adquirindo automatismo e construindo seu esquema corporal.

No primeiro encontro são realizadas atividades com bola para que a criança possa se familiarizar com o ambiente e com as outras crianças, pois é uma atividade sempre bem aceita e todos participam.

Nos demais encontros são utilizadas brincadeiras com cordas, bolas de tênis, peteca, miniaturas para brincadeira simbólica, canto com exploração do corpo, bambolê para aquisição de conceito espacial, mímica facial para estimulação da musculatura, utilização de onomatopéias para instalação de fonemas, além de balão, bolinhas de sabão, língua de sogra, algodão, canudo, espátula, atividades com música para ritmo e organização temporal.



Finalizando trabalho no espelho

Como o foco é trabalhar a linguagem através do lúdico, procuramos tornar a brincadeira simbólica mais elaborada selecionando brinquedos que imitem objetos reais do dia-a-dia, utilizamos objetos para nomeação (animais, alimentos), atividades de pintura, massinha de modelar e encaixes visando o aumento do vocabulário. Trabalhar a discriminação auditiva também é muito importante para que a fala seja adequada, para isso associamos o som a onomatopeias e mostramos à criança o ponto articulatório do fonema-alvo e solicitamos que ela produza o fonema. Quando ela for capaz de realizar o som, iniciamos com sílaba e posteriormente nomeação de objetos. Na medida em que a criança atinge os objetivos propostos na terapia, orientamos os pais ou responsável para que deem segmento nas atividades realizadas no domicílio. Orientamos também aos pais quanto à forma de intervir em determinadas situações e quais comportamentos e atitudes devem ser estimuladas ou desestimuladas.

Como parte integrante das atividades do grupo, a orientação aos pais é importante no que tange aspectos da alimentação, que deverá apresentar textura e consistência adequadas nas diferentes fases para que a criança não se habitue a única textura, principalmente texturas moles e a não-existência de hábito de sucção de dedo ou chupeta, bem como uso de mamadeira além dos 02 (dois) anos. Todos esses fatores contribuem para uma musculatura orofacial adequada à produção da fala. Além disso, como forma de estimulação da linguagem, a família e educadores devem ser orientados a brincar com as crianças utilizando músicas, livros, desenhos de colorir, faz-de-conta, etc. A criança aprende brincando e suas atividades de vida diária, como tomar banho e comer, podem ser momentos de interação prazerosa e rica em aprendizagem.

O número de crianças e o tempo de duração de cada grupo dependem das necessidades dos participantes e de seu desenvolvimento no transcorrer das atividades. O grupo tem um encontro semanal variando entre 3 a 5 meses de duração.

No decorrer das atividades acompanhamos o desenvolvimento e a evolução da criança individualmente e em relação às outras crianças; e à medida que elas atingem os objetivos propostos nos encontros são encaminhadas atividades para realizar em casa com os pais.

Os pais e ou responsáveis são chamados e orientados em como proceder. Caso se perceba que alguma criança não esteja evoluindo da maneira esperada ou apresente dificuldades já superadas pelas demais crianças, são solicitadas outras avaliações, como neurológica ou psicológica.

Resultados

O primeiro grupo, formado em 2012, foi composto de 07 crianças na faixa dos 4 anos que ainda não estavam na creche, não tinham contato direto com outras crianças e apresentavam na sua maioria inteligibilidade de fala. As atividades visaram questões psicomotoras, de ritmo, lateralidade, organização espacial e temporal e motricidade fina. Junto com as atividades corporais eram inseridas atividades para correção dos desvios fonéticos e fonológicos. Em outro momento trabalhamos em roda, abordando questões de motricidade oral (para adequação da musculatura facial para a correta articulação do fonema). Este grupo teve duração de 3 meses de terapia, aproximadamente 10 encontros, realizados semanalmente, durante 45 minutos. Obtivemos êxito com todas as crianças quanto à correta articulação de fonemas tornando a fala inteligível. Uma das crianças que apresentou o desempenho um pouco aquém do restante do grupo foi diagnosticada, agora no segundo ano escolar, como disléxica. O restante apresenta desempenho satisfatório.

O segundo grupo, realizado em 2013, foi formado por 08 crianças na faixa dos 3 – 4 anos com as mesmas características das crianças do primeiro grupo, mas com o agravante de não terem linguagem oral. O trabalho desenvolvido envolveu bastante o corpo para que eles adquirissem conceitos até então não vivenciados nem internalizados por eles. Foram realizados exercícios para mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios e muita linguagem, centrada na expressão e recepção de linguagem. Este grupo precisou de mais tempo para atingir os objetivos propostos e ocorreu durante 05 meses, aproximadamente 20 encontros, no mesmo formato de 45 minutos de duração e periodicidade semanal. Das 08 crianças que iniciaram, uma não deu continuidade, pois foi encaminhada ao neurologista e a mãe não aceitou. Atualmente todos estão na escola com desempenho satisfatório e apresentam a fala de acordo com o esperado.

O terceiro grupo, realizado em 2015, foi formado por 10 crianças na faixa dos 03 – 04 anos, com o perfil bastante parecido com o segundo grupo – falta de linguagem oral. As crianças foram avaliadas e algumas encaminhadas para avaliação audiológica. Os que tiveram alteração detectada foram orientados a fazerem acompanhamento com médico otorrinolaringologista para que a audição não interferisse negativamente no processo da aquisição da linguagem. Tivemos um total de 18 encontros, onde percebemos uma modificação de padrões comportamentais e interesse na comunicação oral. O ambiente comunicativo permitiu às crianças uma base para o desenvolvimento sadio da linguagem, tanto na

forma, quanto no conteúdo e uso. Trabalhamos bastantes questões de discriminação auditiva para que as crianças fossem capazes de detectar, identificar, discriminar, reconhecer os sons da fala para, posteriormente, compreendê-los e produzi-los. Das dez crianças que iniciaram no grupo, duas não deram continuidade; uma das crianças que apresentou alteração auditiva precisou de intervenção cirúrgica para colocação de dreno e atualmente está em terapia individual para desenvolver adequadamente a fala; quatro crianças tiveram alta; três crianças iniciaram na creche, e conforme contato telefônico, com desempenho satisfatório e apresentam a fala de acordo com o esperado.

Considerações finais

Para que a criança desenvolva a linguagem no tempo devido, o ambiente deve oferecer estimulação suficiente. Existem casos de crianças no período crítico de aprendizagem que ficam o dia todo sozinhas, em frente à televisão ou muito restrita ao ambiente familiar e que pela falta de atenção ou de estimulação acabam significativamente atrasadas na aquisição da linguagem. Existem casos extremamente opostos em que a criança é superprotegida pelos pais ou babás que falam pela criança, não lhe dando nenhuma chance de praticar a fala e a linguagem. Esta questão é preocupante porque além de atrasar o desenvolvimento dentro das etapas esperadas esta criança tem grandes chances de quando chegar à idade escolar apresentar importantes e persistentes transtornos específicos de aprendizagem.



Profissional de educação física e fonoaudióloga do grupo

A criação do grupo Fazendo Arte com a Linguagem para a estimulação de linguagem infantil surgiu justamente da necessidade de inserir estas crianças em ambientes infantis, com companhias que tenham sua mesma faixa etária, os mesmos interesses e que o mundo de descobertas seja interessante a ponto de provocar a fala. A terapia individual não teria tanto sucesso quanto a terapia em grupo, pois a criança apenas trocaria de adulto, sairia os pais e entraria em cena o terapeuta e a riqueza que o ambiente infantil oferece, ser-lhe-ia novamente privada.

Com base nos resultados finais obtidos com cada criança que participou do grupo temos a certeza e a confiança de que ofertar este espaço lúdico é justamente o que falta na vida da criança para que sua linguagem e fala se desenvolvam e evolua de forma esperada.

Referências

- COSTA, L. P. Distúrbios da fala e da linguagem na infância. Revista Médica de Minas Gerais, 2011; 21 (4Supl 1): S54-S60.
- GORAIGORDOBIL, M. Juego y desarrollo infantil. Madrid, Editora Seco Olea, 1990.
- SPINELLI, M. Fatores Emocionais na Origem do Retardo da Linguagem. Revista Distúrbios da Comunicação, vol.1, n. 4, p. 168-178. 1986.
- WYGOTSKY, L.S. A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo, Martins Fontes, 1982.



Descarte Consciente e Uso Racional de Medicamentos

Fotos: Acervo da ESF do município

Autoria
Farmacêutica
Liziane Trombetta

Enfermeiras
Eliani Mortari
Silvana Dal Puppo

Agentes comunitários de saúde
Alexandra Selma Gastmann
Elisangela Veronese Rauber
Elizete Klassmann
Muriel Marta Weber
Roseli Gastmann
Sandra Piazza Vogt

Secretário de Saúde
Adriano José Krindges

Introdução

O município de Peritiba está localizado no Meio Oeste Catarinense e pertence à microrregião do Alto Uruguai Catarinense, cuja população, na grande maioria, é composta por descendentes de alemães e italianos. Conta com 3.013 habitantes (Siab/2014), sendo que destes, 652 são idosos. Com relação à residência, 446 famílias residem na área rural e 638 famílias na área urbana.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) do município foi construída inicialmente pela Secretaria de Estado da Saúde/SC e ampliada no ano de 1992 pela Prefeitura Municipal (186m²). Atualmente, está em construção uma nova UBS, totalizando uma área de 958 m².

Na UBS são prestados os serviços básicos de clínica médica, odontológica, serviços de enfermagem, farmácia, psicologia, nutrição, exame preventivo do câncer, visitas domiciliares, aplicação de vacinas, curativos, sinais vitais, teste do pezinho, coleta de material para exames, verificação de pressão arterial, glicemia capilar, entre outros.

Descarte de medicamentos

A descoberta e o desenvolvimento de novas tecnologias farmacêuticas possibilitaram grandes transformações e avanços na área de medicamentos. No entanto, na sociedade capitalista, estudos apontam que o crescimento expressivo do mercado farmacêutico somado a um modelo de atenção à saúde focado no tratamento de doenças, tornou o uso de medicamentos progressivo

e abusivo, devido inclusive, a “indução” desse consumo promovida pelo marketing da indústria farmacêutica, expondo à população aos riscos relacionados ao uso irracional dos mesmos (ALENCAR *et al.*, 2013 e AMARAL, 2008).

As “farmácias caseiras” são um problema de saúde pública no Brasil, (Bueno *et al.*, 2009). Grande parte da população brasileira não tem conhecimento dos malefícios que as substâncias químicas presentes nos restos de medicamentos descartados em pias, vasos sanitários ou mesmo no lixo doméstico, podem causar ao meio ambiente, a partir do contato com a água, solo e atmosfera (Storel *et al.*, 2014).

De acordo com Gasparini, Gasparini e Frigieri (2011) o destino das sobras de medicamentos de tratamentos finalizados e dos que são comprados em quantidades desnecessárias são guardados para serem utilizados novamente trazendo outro grave problema à saúde pública: a automedicação.

Justificativa

O presente trabalho pretende identificar, através de uma campanha de descarte de medicamentos com distribuição de pontos de coleta e conscientização da população sobre o uso racional de medicamentos, a quantidade de medicamentos vencidos e não vencidos recolhidos das “farmácias caseiras” e verificação das classes predominantes conforme a classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification).

Com isso, pretende-se identificar o nível de risco de automedicação, falta de adesão ao tratamento,

destinação incorreta de resíduos químicos, gastos indevidos com medicamentos. Além disso, este trabalho poderá vir a ser utilizado como instrumento norteador de desenvolvimento de políticas públicas e privadas para implementar o gerenciamento da logística reversa de medicamentos, estimular campanhas de conscientização sobre o uso racional e prevenção de descarte irracional de medicamentos por parte da população.

Objetivo geral

Identificar, através de uma campanha de descarte de medicamentos com distribuição de pontos de coleta, e conscientização da população sobre o uso racional de medicamentos, a quantidade e quais as classes predominantes de medicamentos vencidos e não vencidos recolhidos das farmácias caseiras conforme a classificação ATC.

Objetivos específicos:

- Realizar através de visita das agentes comunitárias de saúde nas residências, a entrega de um folheto com informações para conscientização e divulgação da campanha de descarte e uso racional de medicamentos;
- Distribuir lixeiras para coleta em cinco pontos de coleta no município;
- Distribuir cartões de medicação às pessoas em uso contínuo de medicação (hipertensos, diabéticos e crônicos respiratórios), com orientação farmacêutica para facilitar a ingestão de medicamentos nos horários estabelecidos;
- Coletar os medicamentos nos pontos de coleta semanalmente, com contagem e separação por classe conforme a classificação ATC;
- Divulgar os resultados com palestra de educação e conscientização nos grupos de uso contínuo de medicação, além de manutenção da campanha.

Desenvolvimento

O impacto do uso indiscriminado de medicamentos traz consequências nocivas para o paciente, sistema de saúde e para a sociedade como um todo. Estudos de utilização de medicamentos vêm sendo desenvolvidos pela indústria farmacêutica durante as últimas décadas e têm como principal função municiar a indústria com informações sobre o consumo dos medicamentos e do comportamento dos prescritores (médicos) (Falquetto; Kligerman, 2007).

No Brasil ainda não se tem uma legislação específica relacionada ao gerenciamento e destinação final ambientalmente adequada de resíduos de medicamentos descartados pela população (BRASIL, 2011). Porém o

descarte de resíduos no país é normatizado tanto pelo Ministério da Saúde quanto pelo Ministério do Meio Ambiente, pela lei 12.305 de 2010, pela RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004 da ANVISA, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, e a CONAMA por meio da Resolução nº 358, dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.

Em relação aos postos de saúde, os mesmos não podem aceitar os medicamentos para repasse entre usuários, mesmo dentro da data de validade, uma vez que não é possível controlar e saber como eles foram armazenados durante o período que ficaram fora da unidade de saúde (Storel *et al.*, 2014).

Metodologia

O presente trabalho foi realizado no município de Peritiba – Santa Catarina, e o período utilizado como base para o levantamento de dados para o presente foi de agosto a outubro de 2014.

A primeira campanha municipal de descarte consciente de medicamentos foi iniciada no mês de julho, contando com o auxílio das agentes comunitárias de saúde do município, as quais receberam um treinamento prévio. Foi distribuído um folheto de casa em casa em todo o município divulgando a campanha e pontos de coleta para o descarte dos medicamentos com orientações sobre uso racional de medicamentos e descarte consciente. A divulgação da campanha também se deu via rádio local, site do município e exposição de cartazes e folhetos nas farmácias, estabelecimentos de saúde e equipamentos da rede de assistência social do município.



Folheto distribuído pelas agentes Comunitárias de Saúde

Para o descarte dos medicamentos foram estabelecidos cinco pontos de coleta estratégicos, sendo estes: as duas farmácias comerciais do município, a farmácia da UBS, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e a Prefeitura Municipal. Alguns foram escolhidos por serem locais de fácil acesso a todos os munícipes e outros por se relacionarem diretamente à compra ou aquisição de medicamentos. Foram colocadas lixeiras identificadas e fechadas com lacre, apenas abertas na parte superior para que os usuários pudessem depositar os medicamentos.



Lixeira identificada para descarte de medicamentos

Os pontos de coleta foram acompanhados periodicamente e, quando as lixeiras estavam cheias, os medicamentos eram recolhidos e transportados em caixas até a unidade de saúde, onde eram separados por classe segundo a classificação Anatômico-Terapêutica e Química (ATC, 2008), contados e então encaminhados para a empresa responsável pelo recolhimento dos resíduos de saúde do município, nesse caso do grupo “B”, lixo químico. Essa separação por classe e contagem para o presente estudo ocorreu até o final de outubro, porém os pontos de coleta ainda existem e a campanha de descarte se mantém.

A segunda ação realizada ocorreu nos encontros dos grupos de hipertensos e diabéticos do município com a elaboração e confecção de cartões de medicação com espaço para preenchimento do nome e horários dos medicamentos utilizados pelos pacientes. Neste cartão consta a identificação do paciente, número do cartão SUS e do cadastro da família e nome do grupo, facilitando seu acesso às atividades na UBS.

Nome:	Horário:	Grupo:

NÃO SE ESQUEÇA DOS DEZ MANDAMENTOS PARA USO CORRETO DOS MEDICAMENTOS:

- 1- Nunca inclua um medicamento para outro paciente.
- 2- Não troque o medicamento por conta própria.
- 3- Mantenha os medicamentos fora do alcance das crianças.
- 4- Cuidador: A dose usual para adultos pode intoxicar uma criança ou um idoso.
- 5- Idúneos grávidas ou amamentando devem respeitar a prescrição médica.
- 6- Mantenha os medicamentos em local fresco, longe do sol, calor e umidade.
- 7- Medicamentos vencidos não devem ser utilizados.
- 8- Considere na sua embalagem original com o lacre.
- 9- Medicamentos não podem ser guardados no banheiro ou no cofre.
- 10- Em caso de dúvida consulte seu médico ou farmacêutico.

Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Pindamonhangaba
Secretaria da Saúde e Bem-Estar Social

PROGRAMA DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO

Nome: _____
Microscópio: _____
Nr. da Família: _____
CNE: _____

É importante fazer o seu controle de medicação e seguir corretamente as orientações médicas, farmacêuticas, nutricionais e das enfermagem. Faltas, erros e esquecimentos podem trazer sérias consequências, quando vier ao Posto de Saúde ou quando for a qualquer Serviço de Saúde.

Cartão de medicação distribuído nos Grupos de Hipertensão

O cartão foi preenchido individualmente pela farmacêutica nos encontros dos grupos, com a orientação quanto aos horários de uso, interações medicamentosas, armazenamento correto dos medicamentos, descarte correto dos não utilizados e vencidos. No verso do cartão foram impressas orientações simbolizadas como os “10 mandamentos do uso correto dos medicamentos”.

Ao final da campanha, foi realizada uma palestra educativa nas reuniões dos grupos de uso contínuo de medicamentos, com o objetivo de divulgar os resultados obtidos para conscientização da importância do uso racional e o descarte correto de medicamentos.

Resultados

Conforme ilustrado na tabela 1, através da campanha realizada no período de agosto a outubro de 2014, foram recolhidas um total de 7768 unidades de medicamentos, variando entre comprimidos, cápsulas, frascos de preparações líquidas, aerossóis, entre outras. Considerando que o município possui 3013 habitantes (Siab/2014), pudemos calcular uma média aproximada de 2,5 unidades recolhidas na campanha por munícipe, nesse período. No entanto, é preciso ressaltar que nem todos levaram seus medicamentos nesse período até os pontos de coleta, e mesmo os que levaram podem ter descartado apenas parte do que armazenam em suas residências.

Esse número elevado de medicamentos descartados nos leva a outro questionamento, o ônus financeiro gerado ao município, já que estes, em grande parte, são fornecidos na farmácia pública municipal, e poderiam estar sendo utilizados por outras pessoas, de forma correta e evitando retornos dos pacientes para novas consultas e outros tratamentos, muitas vezes mais dispendiosos.

TOTAL DE MEDICAMENTOS POR CLASSIFICAÇÃO

Antiinflamatórios e Produtos Reumáticos	922
Analgésicos	686
Antimicrobianos de Uso Sistêmico	560
Antihistamínicos de Uso Sistêmico	94
Antifúngicos de Uso Dermatológico	2
Fármacos para Distúrbios Funcionais do Trato Gastrointestinal	607
Hormônios Sexuais e Moduladores do Sistema Genital	260
Aparelho Respiratório	318
Oftalmológicos	24
Psicoanalépticos	729
Corticosteróides (Preparações Dermatológicas)	9
Psicolépticos	181
Corticosteróides de Ação Sistêmica	6
Fármacos com Ação Sobre o Sistema Renina-Angiotensina	1614
Antibióticos e Quimioterápicos de Uso Tópico	76
Vitaminas	563
Outros	1117
Total	7768

Tabela 1: Total de medicamentos por classificação

Considerações finais

Como pode ser observado no presente estudo, o elevado número de medicamentos recolhidos demonstra falta de conhecimento da população em relação ao uso racional de medicamentos, ao perigo que o armazenamento de medicamentos na “farmácia caseira” pode causar, e quanto ao descarte que antes da campanha era realizado de forma incorreta, prejudicando o meio ambiente e consequentemente a saúde da população.

O trabalho realizado nessa campanha se torna relevante, pois é de fácil aplicabilidade e apresenta baixo custo de execução e manutenção, e os resultados encontrados mostram a necessidade do desenvolvimento de campanhas educativas de arrecadação de medicamentos em desuso.

Fornecer informações para a população sobre as consequências do descarte indevido dos medicamentos contribui significativamente para a diminuição dos problemas socioambientais relacionados ao descarte inadequado de medicamentos.

Além disso, a contribuição para o resgate e ampliação da cidadania, para uma vida de mais qualidade para toda a população é inquestionável.

Referências

ALENCAR, Tatiane de O. S. et al.; Descarte de medicamentos: uma análise da prática no Programa Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva* 19(7):2157-2166, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02157.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2015.

AMARAL, Sabrina Martins de. Fatores que influenciam na tomada de decisão dos consumidores na compra de medicamentos isentos de prescrição. Porto Alegre, 2008.

Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16571/000685385.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

BRASIL, 2004. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 306. Dispõe sobre o regulamento Técnico de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/10d6dd00474597439fb6df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+306,+DE+7+D+E+DEZEMBRO+DE+2004.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 26 abr. 2015.

BRASIL, 2009. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 44. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2009/pdf/180809_rdc_44.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2015.

BRASIL, 2010. Lei Nº 12.305, de 2 de Agosto de 2010. Política Nacional de Resíduos Sólidos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm>. Acesso em: 26 abr. 2015.

BRASIL, 2011. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Descarte de Medicamentos: responsabilidade compartilhada. Brasília: ANVISA, 2011. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 26 abr. 2015.

BUENO, C.S. WEBER, D. OLIVEIRA, K.R. Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí – RS. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*. v.30, n.2, p. 75-82. 2009. Disponível em: <http://servbib.fcfa.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/601/826>. Acesso em: 23 abr. 2015.

FALQUETO, Elda. Resíduos relacionados à medicamentos sujeitos à controle especial pela Vigilância Sanitária – Estudo de caso do Diazepam utilizado no Município de São Mateus – ES. Rio de Janeiro s.n 2007 ix,125p. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5445>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

GASPARINI, J.C.; GASPARINI, A. R.; FRIGIERI, M.C. Estudo do descarte de medicamentos e consciência ambiental no município de Catanduva-SP. 2011. Disponível em: <<http://www.citec.fatecjab.edu.br/index.php/files/article/viewFile/10/11>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

STOREL, Ilse de L. A.; CASTILHO, Neide M. de; TAKENAKA, Edilene M. M.. Descarte inadequado de medicamentos: impactos negativos ao meio ambiente e à Saúde Pública. *Periódico Eletrônico Fórum Ambiental*, vol 10, n.12, 2014. Disponível em: <http://www.amigosdanatureza.org.br/publicacoes/index.php/forum_ambiental/article/viewFile/907/931>. Acesso em: 17 abr. 2015.

SYSTEM (ATC) NORDIC COUNCIL ON MEDICINES. 2008. Disponível em: <<http://www.whocc.no/atcddd/indexdatabase/>>. Acesso em: 19 abr. 2005.

Programa Saúde na Escola: construindo Redes Intersectoriais para desmedicalizar o ambiente escolar

Fotos: Acervo da ESF do município

Enfermeiras

Daiane Kutzepa Brambilla
Mari Ogliari Perondi

Psicóloga

Viviane Caon

Médica

Nádia Agostini

Cirurgiã-dentista

Júlia Maria Spessatto

Técnica de saúde bucal

Elisiani Neu

Fisioterapeuta

Matheus Chitolina

Farmacêutico

Marcos Galvão

Técnicos de enfermagem

Janaína Lowis

Jerry Schirmer

Solange Teske

Nutricionista

Franciele Balestreri Broetto

Agentes comunitários de saúde

Cleoni Buzatto

Diana Trentin

Elisandra Badia

Juliana de Souza

Marisa Correa

Marlei Klein

Sandra Carraro

Diretora de Educação

Márcia Adriani de Oliveira

Secretário Municipal de Saúde

Janir Luiz Bach

Introdução

Tigrinhos é um município pequeno do extremo oeste de Santa Catarina, no entanto, destaca-se pela qualidade da assistência prestada à saúde da população. No município, contamos com apenas uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com 757 famílias cadastradas, o que corresponde a 1991 pessoas acompanhadas pela ESF.

A equipe ESF do município norteia suas ações diretamente voltadas para melhoria da qualidade e do acesso da população aos serviços, seja em promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos e, recuperação da saúde. Em virtude de a equipe estar bem estruturada e com número de profissionais adequados para atender a demanda, consegue-se prestar assistência com qualidade à população, o que facilita a realização de um trabalho multiprofissional de qualidade.

Este presente trabalho consiste no relato da experiência de implantação do Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Tigrinhos, ressaltando as atividades intersectoriais desenvolvidas no contexto da saúde mental.

No município de Tigrinhos, o PSE foi implantado no final de 2013, ano em que as ações se intensificaram e ampliaram nas unidades escolares.

As ações pactuadas pelo Ministério da Saúde dividem-se em três componentes.

Componente I compreende as seguintes ações: avaliação antropométrica; avaliação em saúde bucal; saúde ocular; verificação da situação vacinal;

identificação de educandos com possíveis sinais de alteração na linguagem oral (BRASIL, 2015).

As ações do **componente II** compreendem: promoção da segurança alimentar e promoção alimentação saudável; promoção da cultura de paz e direitos humanos; promoção da saúde mental no interior escolar: criação de grupos intersectoriais para discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal (GTI-M); saúde e prevenção nas escolas (SPE): direito sexual e reprodutivo e prevenção das DST/AIDS; saúde e prevenção nas escolas (SPE): prevenção do uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; promoção das práticas corporais, atividades físicas e lazer nas escolas; promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável; prevenção das violências e acidentes; saúde e prevenção nas escolas (SPE): formação de jovens multiplicadores para atuarem entre pares nas temáticas do direito sexual e reprodutivo e prevenção das DST/AIDS (BRASIL, 2015).

O **componente III** destina-se ao processo de formação para as equipes de saúde e de educação, com vistas a qualificar as ações implementadas pelos profissionais. Ressaltasse que as ações implementadas nas escolas da abrangência da ESF têm o intuito de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação, por meio de ações de promoção de saúde.

OPSE, instituído para realizar ações interministeriais entre Saúde e Educação, constitui a possibilidade de suprimento de uma necessidade há tempos discutida: o fortalecimento da integração entre os setores educação e saúde, promovendo a intersectorialidade almejada pelo

Sistema Único de Saúde (SUS) e a corresponsabilização entre estes setores, habituados a trabalhar isoladamente.

A intersetorialidade permite trabalhar com uma concepção ampliada de saúde, a qual, esta regulamentada na legislação que sustenta o SUS (BRASIL, 1990). É importante pensar em saúde não apenas como a ausência de doença, mas como um processo de busca constante por qualidade de vida, e esta é resultante de fatores como: alimentação, moradia, transporte, acesso à educação, trabalho, lazer, saneamento básico, distribuição de renda, liberdade e bem estar físico e mental. Nesse contexto, o PSE serve como instrumento para a aplicação das diretrizes da Política Nacional de Promoção de Saúde, visando promover a saúde dos educandos e consequentemente melhorar sua qualidade de vida (BRASIL, 2010).

Considera-se que todas as ações pactuadas no PSE são importantes para o pleno desenvolvimento dos educandos, no entanto partindo de um conceito ampliando de saúde, há uma iniciativa que merece atenção especial, que é a promoção da saúde mental no ambiente escolar, através da criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI-M.

Essa iniciativa é de grande valia quando consideramos o processo de medicalização que vem se mostrando crescente entre crianças e adolescentes no âmbito municipal e em nível mundial. Nesse cenário surge a necessidade de trabalhar mais enfaticamente um projeto de promoção em saúde mental para o contexto escolar.

A medicalização é um processo político e cultural que transforma experiências de vida, reduzindo-as a uma racionalidade médica, patologizando-as. Pela lógica da medicalização, o sujeito possuidor de uma diversidade humana é visto como portador de uma doença. Com o público infantil, a medicalização tem encontrado explicações médicas para as dificuldades de aprendizagem das crianças, transformando essas dificuldades em doenças (SANCHES; AMARANTE, 2014).

O fato de uma criança ter dificuldades de aprendizagem tem sido traduzido como doença da criança, retirando do debate o desgaste que vive hoje o sistema educacional, por exemplo. Essa forma de olhar para as dificuldades escolares é o que se chama de medicalização do fracasso escolar. É tratar um problema social, como o ensino, fazendo-o parecer um problema médico (SANCHES; AMARANTE, 2014).

Justificativa

O município de Tigrinhos aderiu através do Termo de Compromisso ao Programa Saúde na Escola, o qual apresenta componentes das ações pactuadas, acima citadas, as quais para acontecerem precisam do trabalho

em parceria das secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social.

Para atender ao programa foi formado o GTI-M. Este grupo ao discutir as ações pactuadas no PSE, concluíram que a criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar poderia contribuir para promoção da saúde mental dos estudantes e, consequentemente melhorar as situações problemáticas vivenciadas neste contexto.

A iniciativa em questão pretende auxiliar a promover uma ressignificação no modo de ver a questão do não aprendizado ou dificuldade de aprendizagem na escola, uma vez que é preciso avaliar o contexto e não a dificuldade isoladamente, pois se sabe que a criança ou adolescente pode manifestar na escola apenas um reflexo de um conflito que não está conseguindo administrar sozinho. Neste caso, a criança necessita de apoio familiar, dos docentes e de toda uma equipe intersetorial devidamente capacitada e não de psicotrópicos como primeira escolha.

No entanto, é preciso planejar a transição para essa mudança de enfoque, isto é, para ressignificar é necessário ações de enfrentamento no âmbito integral. Neste sentido, acredita-se que com articulação de ações intersetoriais e uso de práticas complementares e integrativas discutidas e implementadas no âmbito do PSE, poder-se-ia contribuir para atender/organizar a demanda por atendimentos especializados na área de psicologia, fonoaudiologia, neurologia, assim como diminuir o consumo medicamentos da classe dos psicotrópicos entre os educandos (BRASIL, 2014).

Percebe-se que ações nesse sentido de criação de redes de apoio no âmbito da saúde mental para crianças e adolescentes ainda são escassas, portanto o presente relato de experiência almeja servir de referência a outros municípios da região preocupados com a formação integral na educação e com o futuro de seus educandos.

Objetivo geral

Promover a saúde mental no território escola do município de Tigrinhos a partir da criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI-M.

Objetivos específicos

- Elaborar um fluxograma de encaminhamentos de educandos a serem atendidos por equipe de profissionais multidisciplinar e de modo intersetorial, com vistas a diminuir a medicalização de crianças e adolescentes;
- Possibilitar o desenvolvimento dos educandos em corresponsabilização da escola e da família, para a integração ensino-aprendizagem;
- Organizar encontros, reuniões e palestras intersetoriais para refletir sobre as dificuldades no processo ensino-

aprendizagem, medicalização da infância e modos de enfrentamento, visando à formação integral do educando.

Desenvolvimento

A medicalização da infância é preocupação crescente no Brasil, uma vez que dados expostos na recomendação do Ministério da Saúde indicam que o Brasil se tornou o segundo mercado mundial no consumo do metilfenidato, com cerca de 2.000.000 de caixas vendidas no ano de 2010, e apontam para um aumento de consumo de 775% nos últimos 10 anos no Brasil (BRASIL, 2015). No município de Tigrinhos também há um número cada vez maior de encaminhamento de crianças pela escola para serviços de saúde mental, o que desencadeia o aumento da prescrição de psicofármacos.

A medicalização é fruto de um processo que transforma questões sociais em questões biológicas, reduzindo-se os problemas humanos ao mundo da indústria farmacêutica. A criança e o adolescente estão sendo vítimas de uma sociedade extremamente regrada e qualquer aluno que foge à regra no ambiente escolar é candidato à terapia com psicofármacos. Alimenta-se a crença de que as dificuldades de aprendizagem estão no aluno e são consequências de uma patologia (SANCHES; AMARANTE, 2014).

Esse fato tem movimentado um grande mercado de serviços por meio dos encaminhamentos a médicos feitos pelas escolas e unidades de saúde, de maneira equivocada. Avaliando a problemática, acredita-se que os dados abaixo expressam a gravidade da situação

vivenciada. Os mesmos foram obtidos no Sistema de Informação da AB, referente às consultas.

Segundo dados colhidos na UBS, o número de crianças e adolescentes em acompanhamento com neurologista, e em uso de medicamentos psicotrópicos é elevado, e esse número vem crescendo a cada ano.

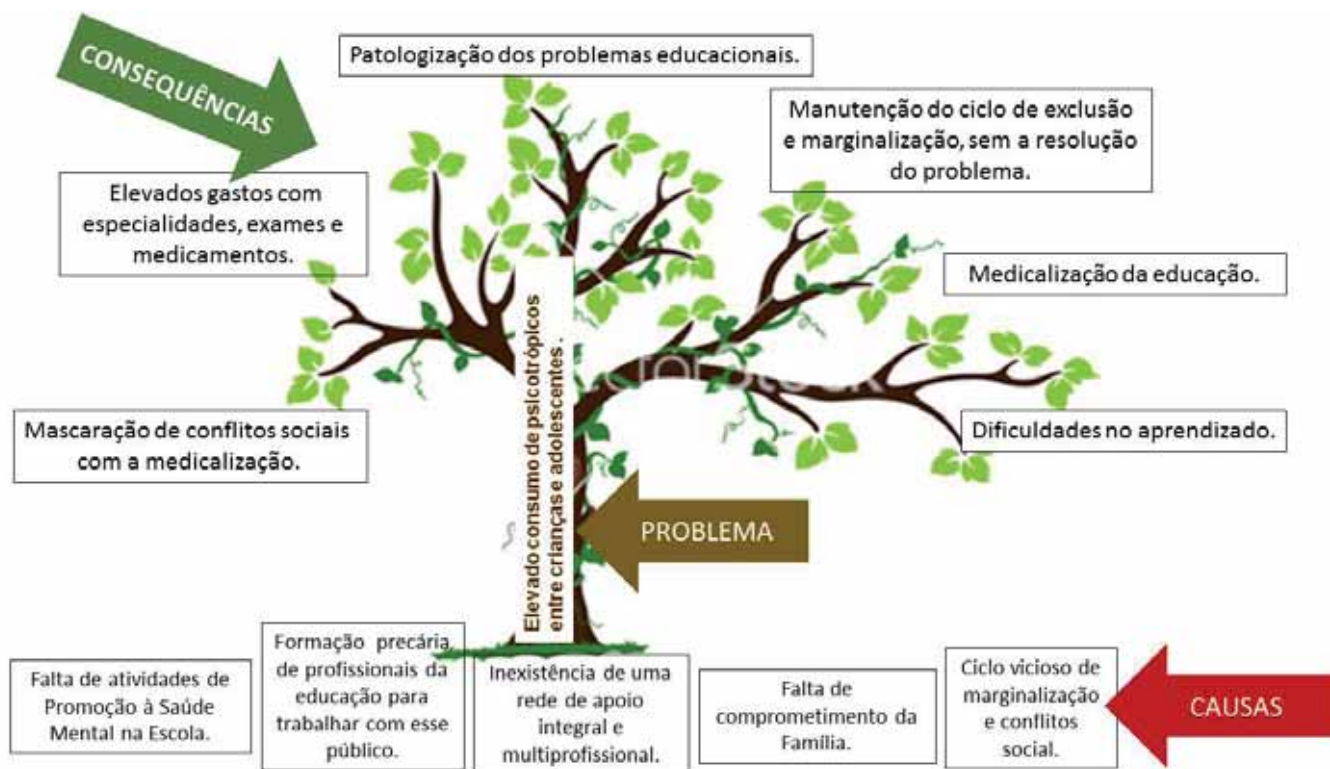
Aproximadamente 9,3% das crianças e adolescentes apresentam alguma dificuldade de aprendizado na escola, segundo levantamento realizado nas três escolas do município, no final do ano de 2014.

Primeiramente, deve-se levar em conta que muitas vezes o sintoma que o educando apresenta no ambiente escolar pode não ser sinal de uma doença e sim de uma tentativa de solução, de um problema maior que o mesmo vivencia. Muitas vezes, questões sociais, relacionamento familiar conturbado, perdas na família, são situações que levam os educandos a apresentarem alterações comportamentais, ou de comunicação. Nesse caso não é rotulando como doente a criança e medicando-a que o problema será enfrentado (MEIRA, 2012).

Sanches e Amarante (2014) ressaltam que é importante valorizar a capacidade que as pessoas têm para conhecer melhor seus problemas e participar ativamente do seu plano terapêutico, negociado em conjunto com o profissional de saúde, valorizando seu discurso, sua voz, seu potencial e, assim, poder usufruir melhor dos serviços de saúde quando eles realmente forem necessários, e não de maneira indiscriminada como vem ocorrendo entre as crianças e adolescentes.

Abaixo está exposto o desenho da rede explicativa do problema central deste estudo.

Observando-se a rede explicativa acima, é possível



Rede explicativa baseada no modelo disponibilizado pela Universidade Federal Fluminense, para o curso de Micropolítica em Saúde, 2015.

perceber que a inexistência de uma rede de apoio às crianças e adolescentes com dificuldades no processo ensino aprendizagem é uma grande falha do sistema, é preciso ver os mesmos de maneira integral, em todos os seus âmbitos, é preciso ter uma rede de apoio bem estruturada para que possa garantir um atendimento holístico e integral ao educando e sua família. Além disso, é preciso que a equipe de atenção básica desenvolva junto às escolas atividades de promoção a saúde mental dos educandos para que seja promovido o bem estar geral, e se esteja com o olhar atento a qualquer eventualidade.

Ressalta-se que no município há excessivos encaminhamentos na atenção básica de crianças para médico neurologista, a partir de pressão por parte da escola para que os educandos sejam encaminhados em decorrência da dificuldade de aprendizado. É importante salientar que esses encaminhamentos são frutos da educação baseada no modelar, no disciplinar e reforçar comportamentos adequados, seguindo uma lógica considerada “padrão” ou “normal”, isso contribui para que a criança se torne um adulto condicionado à normalidade social (LUENGO; CONSTANTINO, 2009). Esse modelo de educação é incompatível com a formação para autonomia e com o desenvolvimento de potencialidades do indivíduo.

A rede explicativa é importante para a reflexão e desenvolvimento de planejamento estratégico.

Proposta de intervenção

O município de Tigrinhos aderiu ao PSE e pactuou ações, iniciando com a formação de um GTI-M, para discutir, acompanhar e analisar as ações pactuadas para território escolar.

O GTI-M entendeu que a criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar seria uma possibilidade para o enfrentamento do problema vivenciado no município, em que há uma alta demanda da escola, que faz pré-diagnóstico e encaminha os estudantes para médico neurologista. A partir das discussões, o GTI-M criou um grupo intersetorial composto por uma equipe multiprofissional, com psicólogo, enfermeiro, assistente social, psicopedagogo, fonoaudiólogo, terapeuta floral, médico, professores, fisioterapeuta, entre outros profissionais, para assim contribuir no processo de desmedicalização do ambiente escolar, e conseqüentemente, auxiliar na questão do não aprendizado ou dificuldade de aprendizagem na escola.

Como as escolas e a unidade básica de saúde não possuem fluxograma para atender os encaminhamentos e realmente fazer uma avaliação integral do educando antes do encaminhamento para o neurologista, buscase com apoio da equipe intersetorial e multiprofissional

a construção deste fluxograma de acolhimento aos educandos que apresentem dificuldades escolares.

Esse grupo tem como o objetivo pesquisar e entender mais sobre o que leva ao uso do medicamento, ainda conhecer e discutir as origens e as causas dos encaminhamentos oriundos das unidades escolares, com vistas a diminuir o uso de medicamentos psicotrópicos entre crianças e adolescentes. O grupo intersetorial almeja o desenvolvimento dos educandos em corresponsabilização entre escola e família, para a integração ensino-aprendizagem.

Participantes do Projeto: profissionais da Atenção Básica, da Educação (três escolas) e do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) do município de Tigrinhos. Proposta: discutir casos de alunos que apresentem dificuldade de aprendizagem escolar, bem como crianças que apresentem dificuldades na fala, relacionamento interpessoal e demais intercorrências na vida escolar.

O professor é peça fundamental neste processo tendo em vista que é ele que identifica primeiramente o problema. Na escola, o docente ao identificar no seu dia a dia, dificuldades no processo ensino-aprendizagem de um aluno, preenche uma ficha de avaliação para encaminhar ao GTI-M. Essas fichas serão discutidas posteriormente por membros do grupo intersetorial, com a finalidade de estudar os contextos sociais de cada educando, quais as fragilidades que o mesmo apresenta e como enfrentá-las, também discutir possíveis e posteriores encaminhamentos.

Após a discussão da ficha de avaliação individual será realizada visita domiciliar para o educando, com vistas a obter uma anamnese mais completa do contexto biopsicossocial e cultural do educando. Nessa visita será entregue a família um livreto, intitulado *FAMÍLIA QUE BRINCA JUNTO APRENDE E PERMANECE JUNTO*. Esse livreto contempla sugestões de atividades que a família pode desenvolver com seu filho para estimular o desenvolvimento de suas habilidades, bem como melhorar a relação e os laços familiares. Durante a visita será realizado uma série de orientações à família quanto ao projeto desenvolvido.

Na maioria das situações, a criança ou adolescente que é inserido em grupos terapêuticos, levando em conta suas habilidades e dificuldades, será também avaliado juntamente com sua família pela equipe intersetorial, a citar: psicóloga, assistente social, enfermeira, terapeuta floral.

O CRAS é parceiro no desenvolvimento das ações, realiza atividades com o grupo familiar trabalhando em caráter continuado, se assim for necessário, visando o fortalecimento da função protetiva das famílias e prevenindo a ruptura de vínculos, realizará atendimentos domiciliares, visitas e grupos terapêuticos.

O CREAS terá como foco a família e a situação vivenciada, buscando a construção de um espaço de acolhida e escuta qualificada, fortalecendo vínculos familiares e comunitários, priorizando a reconstrução de suas relações familiares.

É de responsabilidade da equipe ESF a coordenação do projeto, o desenvolvimento de reuniões, a coordenação da entrega e recolha das fichas de avaliação. A psicóloga da secretaria municipal de saúde, a qual compõe a equipe do NASF, será responsável pelos atendimentos individuais dos educados de acordo com a necessidade. Serão oferecidas, por meio da secretaria, abordagens com práticas integrativas e complementares como é o caso da terapia com florais, que será realizada pela enfermeira da unidade especialista na área. À ESF também compete a realização de encaminhamentos para neurologista, fonoaudióloga ou outras especialidades se houver necessidade, e depois de devidamente avaliada a criança.

Resultados

Percebe-se que embora o PSE seja algo novo, os resultados alcançados com ele são inúmeros, e seus reflexos se darão em longo prazo. Através de um trabalho intersetorial estamos construindo redes para tornar as escolas do município de Tigrinhos promotoras de saúde, cujo objetivo é a formação de adultos saudáveis capazes de desenvolver seus potenciais e habilidades.

Ressalta-se o vínculo estabelecido com todos os educandos, das três escolas, e o envolvimento dos mesmos nas atividades propostas. Acreditamos que esse já representa um grande resultado, pois aproxima o educando dos serviços de saúde e abre espaço para o fornecimento de orientações e escuta das dúvidas, promovendo a promoção de saúde e a prevenção de doenças, das questões relacionadas não apenas à saúde individual, mas nos relacionamentos interpessoais e com a comunidade.

Um dos resultados mais significantes que alcançamos é a construção de uma rede de trabalho intersetorial, conseguimos unir diversos setores e uma equipe multiprofissional em prol de um trabalho coletivo a favor dos educandos do município. Assim foi possível estabelecer um fluxograma de encaminhamento e possibilitar alternativas de enfrentamento à dificuldade de aprendizagem, visando a formação integral do educando e a desmedicalização da infância e adolescência.

Conclusão

Com a implantação do Programa de Saúde na Escola foi possível melhorar o trabalho intersetorial, entre as secretarias de Saúde, Educação, e Assistência Social, o que possibilita desenvolvimento de um trabalho em rede e amplia as chances de sucesso das ações desenvolvidas.

Espera-se que esse relato de experiência possa contribuir para uma reflexão dos profissionais de saúde nas práticas de trabalho, no sentido de que estejam alerta para humanização nos atendimentos e para uma postura que permita que as crianças sejam o que são, contribuindo em seu desenvolvimento biopsicossocial.

Conclui-se com as ações do PSE que as soluções existem e, que embora sejam complexas e com seus resultados em longo prazo, vale a iniciativa de mobilizar a sociedade em prol da defesa dos direitos da criança e do adolescente. Esse plano de ação visa contribuir para que a rede de atenção à saúde do município de Tigrinhos se estruture e assumam uma postura de enfrentamento a esse modelo medicalizante de tratamento a saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação e acesso/Ministério da Saúde. Secretaria e Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

LUENGO, Fabiola Colombani; CONSTANTINO, Elizabeth Piemonte. A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância Revista de Psicologia da Unesp, v. 8, n. 2, p.122-126, 2009. Disponível em: <http://www2new.assis.unesp.br/index.php/revista/article/view/140/175>>. Acesso em: 20 set. 2015.

MEIRA, Marisa Eugênia Melillo. Para uma crítica da medicalização na educação. Psicologia Escolar e Educacional. v.16, n.1, p.136-142, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v16n1/14.pdf>. Acesso em: 20 Set. 2015.

SANCHES, Valéria Nogueira Leal; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. Saúde debate. v.38, n.102, p. 506-514, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0506.pdf>. Acesso em: 27 Set. 2015.

Reabilitação da Musculatura do Assoalho Pélvico em Mulheres com Cistocele grau I

Fotos: Acervo da ESF do município

Autoria

Médica

Anabel del Pilar de Dios Luis

Profissional de educação física

Nayara Elmisan Zolet

Fisioterapeuta

Karoline Marcelli Hardt

Enfermeira

Fabiane Cibele Machado de Figueiredo

Introdução

O município de Indaial está situado às margens da BR 470, no Médio Vale do Itajaí. Conta atualmente com 61 mil habitantes, sua colonização iniciou por volta de 1860, com os alemães, e posteriormente com italianos e poloneses. No ano de 1934 Indaial conquistou sua independência, sendo desmembrada da grande Blumenau. Seu nome tem origem na palavra “Indaiá”, uma palmeira muito comum no município na época da sua descoberta.

Indaial tem atualmente um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF 1), nove Estratégias Saúde da Família, sendo que uma delas com duas equipes de Saúde da Família e uma Estratégia Saúde da Família em fase de inauguração. A ESF Irineu Kienen, registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em março de 2002, está localizada no Bairro Encano Baixo, local onde foi desenvolvido o grupo. O NASF foi inserido no CNES em novembro de 2013.

Este relato pretende descrever a experiência realizada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) Irineu Kienen e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Indaial, através da realização de um grupo de mulheres apresentando prolapso genital com cistocele grau I.

O prolapso pode ser definido como o deslocamento caudal de um órgão da sua posição anatômica normal. O prolapso genital envolve um ou mais dos seguintes órgãos: útero, bexiga, uretra, reto e vagina. Também chamado prolapso de órgãos pélvicos (POP), o prolapso genital é uma condição comum e causa principal de cirurgia

ginecológica atualmente. Normalmente o prolapso inclui a cistocele que é o prolapso de bexiga através da vagina (OLIVEIRA e CARVALHO, 2007).



Autoras: integrantes das equipes NASF e ESF

Conforme Oliveira e Carvalho (2007), as possíveis causas do POP são: partos, fatores congênitos, fatores iatrogênicos (principalmente histerectomia), pressão intra-abdominal aumentada na obesidade e doenças respiratórias crônicas, lesões de tecidos conectivos e suporte neuromuscular do assoalho pélvico. Não necessariamente os sintomas podem estar relacionados ao grau do prolapso, mas inclui a sensação de pressão ou peso vaginal, dor no períneo ou na vagina, sensação de um “vulto” dentro da vagina, dor no baixo ventre e uso dos dedos no períneo ou na vagina para facilitar a defecação, entre outros. Os sintomas urinários que comumente acompanham o POP podem incluir frequência, urgência, noctúria, dificuldade em iniciar a micção, esvaziamento

prolongado, e uma sensação de esvaziamento incompleto.

O prolapso da bexiga pode ser classificado em cinco estágios, como se descrevem: 0 - quando nenhum prolapso é demonstrado; 1 - quando a porção mais distal do prolapso está > 1cm acima do nível do hímen; 2 - quando a porção mais distal do prolapso está a menos ou é igual a 1 cm proximal ou distal do nível do hímen; 3 - quando a porção mais distal do prolapso está > 1cm abaixo do nível do hímen, mas não ultrapassa mais que 2cm menos do que o total do comprimento da vagina; 4 - quando completa inversão do comprimento total do trato genital inferior (OLIVEIRA e CARVALHO, 2007).

Para Knorst et al (2012), o grau de continência e o grau de força muscular do assoalho pélvico, em geral, apresenta uma relação positiva, e pode ser mensurado pela perineometria e pelo teste bidigital. A perineometria é uma avaliação objetiva da função muscular do assoalho pélvico, que determina o valor da pressão exercida sobre o probe vaginal, através do aparelho perineômetro. Esta pressão seria a resposta da força de contração dos Músculos do Assoalho Pélvico (MAP). Também é possível verificar a duração da contração em segundos e conseqüentemente a capacidade de interiorização do períneo (PORTAL EDUCAÇÃO, 2012). Já o teste bidigital ocorre através da palpação vaginal, onde o avaliador introduz os dedos indicador e médio dentro da vagina. Este teste é de uso rotineiro devido à simplicidade de aplicação, ao baixo custo, à boa confiabilidade técnica e à boa aceitabilidade (OLIVEIRA E CARVALHO, 2007). A incontinência urinária (IU) é um sintoma que afeta mulheres de qualquer idade, podendo interferir seriamente no bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos afetados.

Trata-se de uma doença que pode levar a um grande impacto na qualidade de vida das pessoas acometidas, podendo levar à restrição do convívio social, a vivência previa de situações constrangedoras e ao receio de outras pessoas perceberem o odor de urina. Sendo que sua prevalência aumenta conforme a idade e diversos fatores podem contribuir para agravar o quadro: obesidade, ascite, deprivação estrogênica e cirurgias anteriores (SILVA; FREITAS; SCARPELINI; HADDAD, 2014).

O tratamento cirúrgico da IU pode não ser efetivo em todos os casos, podendo ocorrer recidiva antes dos cinco anos decorridos da sua realização. Dentre as modalidades de tratamento conservador, há o medicamentoso e o fisioterapêutico. Os recursos utilizados na fisioterapia incluem exercícios para os MAP e a eletroestimulação endovaginal. Os exercícios são recomendados como terapia de primeira escolha, pois oferecem uma opção menos invasiva e com baixo risco de complicações (KNORST et al, 2012).

Portanto, a proposta deste trabalho foi a realização de exercícios de fortalecimento da musculatura do

assoalho pélvico, para melhorar os sintomas causados pela cistocele grau I.

Justificativa

De acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no país, sendo uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram implantados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais da AB/ESF, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Mulheres que apresentam IU causada pelo prolapso de bexiga (cistocele) podem levar a um grande impacto na qualidade de vida das pessoas acometidas podendo interferir seriamente no bem-estar físico, psicológico e social. Se os sintomas forem brandos, o tratamento conservador da IU poderá melhorá-los e, se houver continuidade, poderá levar à remissão completa da IU tornando, nesses casos, as cirurgias desnecessárias (KNORST et al, 2012 e SILVA; FREITAS; SCARPELINI; HADDAD, 2014).

Desta forma a ESF Irineu Kienen juntamente com o NASF, formaram um grupo de mulheres apresentando cistocele grau I, com a realização de exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, para melhorar os sintomas causados pela cistocele.

Objetivo geral

O Grupo de Cistocele tem como objetivo principal proporcionar a melhora dos sintomas causados pela cistocele grau I, através da prática de exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico.

Objetivos específicos

- Analisar a relação entre a cistocele grau I, a multiparidade e o tempo que apresenta a incontinência urinária;
- Medir a força da musculatura do assoalho pélvico em

mulheres com cistocele grau I antes e após a intervenção de exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico;

- Avaliar os sintomas causados pela presença da cistocele grau I, antes e após a intervenção de exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico;
- Verificar a relação da cistocele grau I com a perda urinária;
- Estabelecer o número de sessões de exercícios para a musculatura do assoalho pélvico necessários para melhorar os sintomas causados pela cistocele grau I.

Desenvolvimento

No início do ano, a médica da ESF Irineu Kienen, Indaial/SC, através de exame ginecológico, verificou mulheres apresentando cistocele grau I, sendo selecionadas 06 (seis) mulheres, com idades entre 58 e 66 anos. Posteriormente convidou a profissional de educação física e a fisioterapeuta do NASF de Indaial/SC para desenvolverem um grupo de exercícios com mulheres que apresentavam fraqueza da musculatura do assoalho pélvico. Desta forma, essas mulheres foram convidadas a participar do grupo, que iniciou em abril de 2015.

Durante o primeiro encontro foi esclarecido sobre o funcionamento e objetivos do grupo, termo de consentimento livre e esclarecido, prolapso genital, incontinência urinária, sistema urinário, sistema genital, entre outros. Foram realizadas avaliações através de um questionário, com perguntas abertas, pela fisioterapeuta e pela educadora física do NASF, e através da medida da força de contração muscular do assoalho pélvico, pela médica da ESF.

Através do questionário no início do grupo, foram coletados dados de identificação: nome, data de nascimento, raça, endereço e telefone; dados sobre a história obstétrica: número de parto, tipo de parto, peso aproximado de cada filho, realização de cirurgia ginecológica ou de bexiga; dados sobre os sinais/sintomas da cistocele: se perde urina durante alguma atividade e qual atividade, há quanto tempo apresenta perda de urina, se é capaz de segurar o jato de urina, se a IU influencia no convívio social, se apresenta dor/desconforto durante a relação sexual. Ao final do grupo as mesmas perguntas foram aplicadas sobre os sinais/sintomas da cistocele, com a inclusão da pergunta se sentiu alguma melhora/benefícios desde que o grupo iniciou e a partir de qual encontro percebeu essa melhora.

A avaliação da medida da função de contração muscular do assoalho pélvico foi realizada pelo teste bidigital, por meio da palpação digital transvaginal. Conforme Oliveira e Carvalho (2007), a força de

contração é classificada de acordo com Fischer em: grau 1 - sem contração dos músculos do assoalho pélvico (MAP); grau 2 - contração leve dos MAP; grau 3 - contração moderada dos MAP; grau 4 - boa (mais que 3 segundos) contração dos MAP; grau 5 - excelente (mais que 10 segundos) contração dos MAP.

Na segunda semana, as mulheres iniciaram as sessões de exercícios de cinesioterapia para contração da musculatura do assoalho pélvico, com duração média de 45 minutos, em sessão presencial semanal, por 19 (dezenove) semanas.

Os exercícios que envolveram contrações isométricas do assoalho pélvico foram mantidos por 02 a 03 segundos na primeira semana até chegar a 11 segundos durante a última semana de exercícios. A cinesioterapia consistiu em exercícios de contração muscular do assoalho pélvico isoladamente e associado com exercícios de alongamento e fortalecimento muscular de membros inferiores e para a musculatura abdominal. Os exercícios foram realizados com o auxílio de bolas, colchonetes, cones de trânsito, fisioballs, arcos, entre outros.

Cada integrante do grupo recebeu semanalmente uma folha de exercícios informando sobre os exercícios de contração da MAP para realizar diariamente na sua residência, devendo seguir as orientações dos exercícios presenciais, executando-os três vezes ao dia.

No último encontro as pacientes foram reavaliadas, e os resultados obtidos estarão descritos a seguir.



Sessão de exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico

Resultados

Participaram do grupo de reabilitação da musculatura do assoalho pélvico seis mulheres com cistocele grau I, com idade entre 58 e 66 anos, cinco com descendência alemã e uma com descendência alemã e italiana. O número de filhos variou de 02 a 08 filhos, onde 05 participantes realizaram somente parto normal

e 01 participante realizou parto normal e parto cesárea. O peso aproximado de cada filho variou de 3.000 kg a 5.800 kg. Das 06 mulheres, duas já realizaram histerectomia.

A avaliação da medida da força de contração muscular do assoalho pélvico foi realizada pelo teste bidigital de Fischer, que classifica a força da musculatura do grau I ao grau V, apresentando o seguinte resultado:

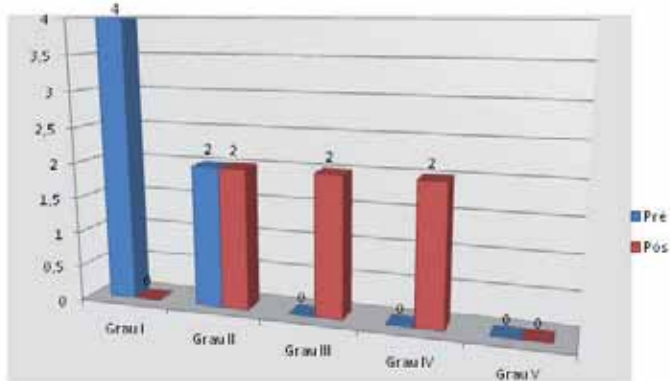


Gráfico 1: avaliação da força de contração dos músculos do assoalho pélvico pré e pós tratamento

De acordo com o gráfico 1, na comparação da avaliação da força de contração dos músculos do assoalho pélvico pré e pós tratamento, podemos observar que antes do tratamento 04 participantes apresentavam grau I e 02 grau II. Já na avaliação pós tratamento verificamos que 02 apresentaram grau II, 02 grau III e 02 grau IV. Comparando cada paciente pré e pós, observamos que quatro apresentaram melhora de 02 graus e duas melhora de 01 grau.

Em relação aos dados obtidos através de questionário aplicado antes e após o tratamento, as participantes quando questionadas se apresentavam incontinência urinária antes de iniciarem o tratamento, todas relataram apresentar o problema. Após a intervenção, apresentou-se o seguinte resultado:

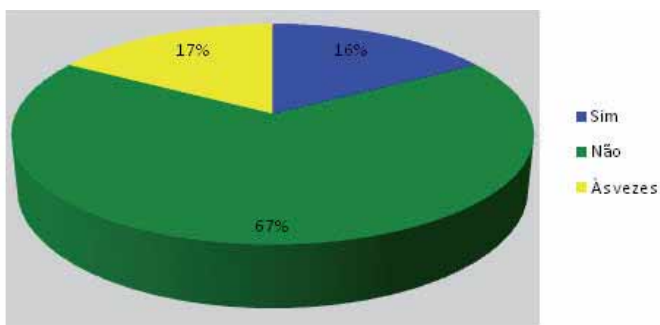


Gráfico 2: incontinência urinária ao realizar alguma atividade, pós-tratamento

De acordo com o gráfico 2, que mostra a presença de incontinência urinária após a intervenção, podemos observar que 66,7% das pacientes não apresentaram mais o problema, 16,7% ainda apresentam incontinência urinária e 16,7% apresentam somente às vezes.

Quando questionadas sobre o tempo que convivem com a incontinência urinária, observamos que 03 mulheres que participaram do estudo convivem com a incontinência urinária há menos de cinco anos, e 03 convivem com o problema entre 25 e 41 anos. Após a intervenção as participantes foram questionadas a partir de qual sessão de tratamento começaram a sentir melhora da incontinência urinária, e obtivemos o seguinte resultado:

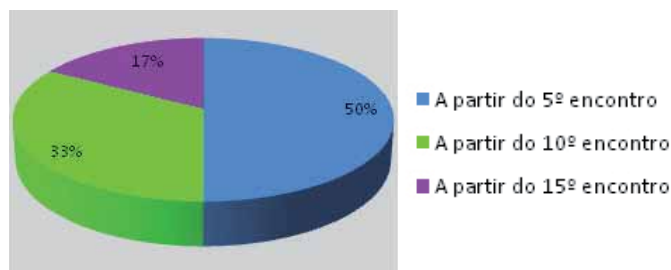


Gráfico 3: redução da incontinência urinária pós tratamento

Podemos observar no gráfico 3, que mostra a partir de qual sessão de tratamento que as participantes começaram a perceber melhora na incontinência urinária, que 50% das participantes perceberam melhora a partir do 5º encontro, 33% a partir do 10º encontro e 17% a partir do 15º encontro.

Quando questionadas se os sintomas de incontinência urinária atrapalhavam o convívio social antes da intervenção, das 06 participantes, 04 relataram que não atrapalhava e 02 sim. Após a intervenção apenas uma relatou que a incontinência urinária continua atrapalhando seu convívio social.

Sobre a capacidade de segurarem o jato de urina durante a micção, antes do tratamento, constatamos que 50% das mulheres participantes do grupo conseguiam segurar o jato de urina durante a micção, 33% não conseguiam segurar e 17% conseguiam segurar somente às vezes, conforme podemos observar no gráfico 4.

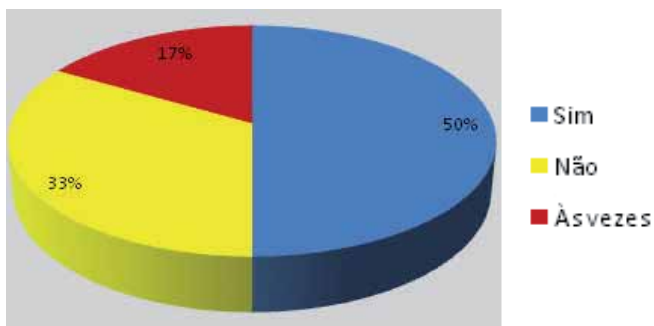


Gráfico 4: capacidade de segurar o jato de urina durante a micção, pré-tratamento

Com as sessões de exercícios para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, todas as participantes passaram a conseguir segurar o jato de urina durante a micção, atingindo 100%.

A cistocele muitas vezes cria um desconforto durante a relação sexual. Com isso, as mulheres foram questionadas se sentiam algum tipo de dor ou desconforto durante a relação sexual antes e após o tratamento. Verificamos que 50% das participantes não tem mais relação sexual, e das 50% que tem relação sexual, 33% sentiam alguma dor ou desconforto durante a relação e 17% não sentiam dor ou desconforto durante a relação sexual, mesmo antes do tratamento. Uma das participantes que relatou sentir dor ou desconforto durante a relação sexual, também comentou que sentia queimação e a sensação de ter uma “bolinha” na região da vagina. Após a intervenção, com as sessões de exercícios, das 33% que tinham uma vida sexual ativa e sentiam dor/desconforto durante a relação, todas elas passaram a não sentir mais a dor/ desconforto durante a relação.

Além dos dados apresentados nos gráficos, as participantes também foram questionadas se apresentaram melhoras/benefícios dos sintomas da cistocele ao término da intervenção, como se pode observar nas falas que seguem:

“Diminuí bastante a perda de urina”. A.L. 65 anos.

“Me sinto mais a vontade, tranquila, livre, leve e solta. Diminuí a barriga, corpo mais em movimento”. C.B. 58 anos.

“Sou capaz de segurar a urina até chegar ao banheiro. A perda de urina diminuiu bastante. Quando fico em pé não sinto mais a pressão da bexiga”. I.B. 66 anos.

“Quando tropeçava, escorregava e quando passava de deitada para em pé perdia urina e agora não perco mais”. J.G. 66 anos.

“Após a realização do grupo consigo evacuar diariamente, o que antes não acontecia (3 a 4 dias). Não perco mais urina quando carrego peso/neto, e não preciso me preocupar em levar calcinha quando saio de casa”. N.B.B. 59 anos.

“Não sinto mais a dor embaixo do abdômen. Não tenho mais perda de urina. Não sinto mais desconforto e queimação durante a relação sexual”. N.D. 64 anos.

Considerações Finais

Neste estudo foi verificado que todas as participantes do grupo tiveram parto normal, porém não foi encontrada

a relação entre número de partos normais, peso do filho ao nascer e tempo que apresenta a incontinência urinária. Visto que a participante que teve o maior número de partos normais (08), e a participante que teve o filho com o maior peso ao nascer (5kg800) apresentam incontinência urinária há aproximadamente três anos. Após as sessões de exercícios para fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, foi observado que todas as participantes obtiveram resultado positivo.

Ressalta-se a importância da inclusão do tratamento através da cinesioterapia, para melhorar os sintomas causados pela cistocele grau I, onde no início da intervenção a incontinência urinária foi o principal sintoma relatado. Após o tratamento verificou-se a melhora desse sintoma em todas as participantes.

Ao analisar os dados, constatou-se que a partir do 5º encontro algumas mulheres já relataram melhora dos sintomas causados pela cistocele grau I, porém algumas participantes perceberam a melhora a partir do 15º encontro. Desta forma é sugerido que, para alcançar resultados positivos, os exercícios sejam realizados por um período mínimo de 15 encontros semanais, sendo um encontro por semana.

Este trabalho foi de suma importância, pois é de fácil aplicabilidade, apresenta baixo custo, podendo ser aplicado com outros públicos, por exemplo, mulheres com incontinência urinária pós-parto ou pós-cirurgia ginecológica e homens pós-cirurgia de próstata.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

KNORST, M.R; CAVAZZOTTO, K; HENRIQUE, M; RESENDE T.L. Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v. 16, n. 2, p. 102-7, mar./abr. 2012.

OLIVEIRA, I.M; CARVALHO, V.C.P. Prolapso de órgãos pélvicos: etiologia, diagnóstico e tratamento conservador, uma metanálise. Revista Femina, n.5. vol. 35. Maio de 2007.

PORTAL EDUCAÇÃO. Perineometria. 2012. Disponível em:<http://www.portaleducacao.com.br/fisioterapia/artigos/22125/perineometria>. Acesso em: 16 jun. 2015.

SILVA, C.S; FREITAS, A.O; SCARPELINI, P; HADDAD, C.A.S. Tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária de esforço – Relato de caso. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa, Vol. 11. Nº. 25. Ano 2014.

A Interdisciplinaridade do Cuidado através das Práticas Integrativas e Complementares: união das equipes ESF, NASF e Telessaúde

Fotos: Acervo da ESF do município

Enfermeira
Suzana Pinotti Semmer

Marta Elisete Gelbke
Neusa Marciniak Pamfil

Fisioterapeuta
Tatiana Ferreira

Profissional de educação física
João Carlos da Silva

Técnicas de enfermagem
Gisa Oribka
Tânia Corso da Rosa

Médica
Alida Boubaire Velazquez

Nutricionista
Jussara de Fátima Antico

Fonoaudióloga
Flávia Soares dos Santos

Agentes comunitárias de saúde
Beatriz Grein Peres de Lima
Mariane Rodrigues
Marisa F. Korczagin

Cirurgião-dentista
Josnei Franzoi

Psicóloga
Adrina Dec

Assistente social
Sílvia Maria Mirek

Técnica de saúde bucal
Tatiane Ribeiro dos Santos

Introdução

O município de Itaiópolis está situado a 920 metros de altitude no Planalto Norte Catarinense e a 330 km de distância de Florianópolis, sendo o 7º em extensão territorial no Estado de Santa Catarina. Possui uma população de aproximadamente 20 mil habitantes e é conhecido como um rico mosaico de etnias, com seus descendentes de poloneses, ucranianos, alemães, italianos, caboclos e indígenas que conservam suas tradições e um estilo de vida tranquilo. Mais da metade da população vive na zona rural. As principais culturas de Itaiópolis são o tabaco, a soja, o feijão e a erva-mate. Pelas condições climáticas, dedica-se também ao cultivo de frutas diversificadas, destacando-se também na pecuária, com produção de leite e de mel. Na indústria, possui a confecção de malhas, cerâmica, material elétrico e alimentos, além de duas indústrias (GAIO & NEUDORE, 2002).

Na área da saúde destaca-se a atenção primária, organizada em forma de rede de atenção à saúde, onde a estrutura é organizada através da Estratégia Saúde da Família (ESF), com 100% de cobertura e subdividida em 08 equipes sendo 04 na área rural e 04 na área urbana, articuladas com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 04 equipes de Saúde Bucal, ações e serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, ambiental e assistência farmacêutica básica. As ESF oferecem atendimentos para demanda espontânea e agendada, com atendimentos básicos, procedimentos, acompanhamentos e cuidados,

distribuição de insumos, planejamento e execução de ações para portadores de doenças crônicas e grupos específicos como: crianças, gestantes, idosos, mulheres, trabalhadores, priorizando-se pessoas e grupos de maior risco.

A ESF Vila Nova representa uma das oito equipes de ESF do município, iniciando suas ações no ano de 2011. A equipe é composta por: 01 enfermeira, 01 médica, 02 técnicas em enfermagem, 01 dentista, 01 técnica em saúde bucal e 05 agentes comunitários de saúde. É responsável por aproximadamente 1.000 famílias em sua área de adscrição, divididas em três localidades: duas na área urbana (Centro e Vila Nova) e uma na área rural (Santo Antônio).

Desde sua criação, a equipe da ESF observou, no cotidiano das ações desenvolvidas, o uso irracional de medicamentos pelos seus usuários e, diante disso, realizou um trabalho no ano de 2013 tentando incentivar uso racional da medicação. Com este trabalho, a equipe e a comunidade elencaram algumas propostas com o intuito de reverter esta prática, sendo as principais delas: substituir algumas medicações por plantas medicinais utilizadas pela comunidade e favorecer o uso correto da fitoterapia. A proposta surgiu a partir de evidências de que, com a criação de novas opções terapêuticas, as situações clínicas apresentadas no cotidiano dos atendimentos torna-se possível a redução da medicalização excessiva. Observam-se, por exemplo, situações em que o medicamento sintético pode ser substituído pelos fitoterápicos, como nos estados leves de ansiedade e

depressão, dores crônicas, entre outros (FINTELMAN & WEISS apud BRASIL, 2012).

Somando-se a isso, observa-se que o Ministério da Saúde possui o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que visa “garantir à população brasileira acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, com vistas a promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais, fitoterápicos e remédios caseiros” (BRASIL, 2009).

Com o intuito de desenvolver ações diferenciadas na ESF, associadas às plantas medicinais, iniciaram-se estudos de evidências científicas com o auxílio de teleconsultorias com a equipe do Telessaúde SC, cursos com Serviço Nacional de Aprendizagem Rural de Santa Catarina (SENAR/SC) e o trabalho com a comunidade, que possibilitou, desde a confecção das mudas até a construção do horto didático da ESF Vila Nova no ano de 2013.

Todavia, não bastava ter o horto na ESF, precisávamos introduzir as plantas medicinais no cotidiano de atendimento da equipe. Foi através de reuniões de apoio matricial entre equipes ESF e NASF que surgiu a ideia de associar o uso da fitoterapia no tratamento dos participantes do grupo da dor crônica e ansiedade/depressão, da ESF/NASF, tendo em vista o número crescente de atendimentos para usuários com dor crônica e ansiedade que participam do grupo.

A equipe do NASF, que atua na ESF Vila Nova através de atendimento individual e em grupo, possui o intuito de apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão a saúde na ESF. Atualmente é composta por: 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista, 01 assistente social, 01 psicóloga, 01 educador físico e 01 fonoaudióloga.

A necessidade de trabalhar com a interdisciplinaridade do cuidado, de melhorar o atendimento no SUS, de qualificar a Atenção Básica e criar estratégias diferenciadas de atendimento, vem ao encontro do propósito do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que tem por objetivo implementar ações e serviços diferenciados no SUS, garantir a prevenção de agravos, a promoção e a recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, além de propor o cuidado continuado, humanizado e integral à saúde, contribuindo com o aumento da resolubilidade do sistema, com qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade, controle e participação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Existe uma tendência mundial de crescimento de práticas não convencionais no campo da saúde, pois se acredita que estas ações podem contribuir para a

desmedicalização parcial do cuidado profissional, além de serem socialmente valorizadas e desejadas.

A Portaria nº 971, do Ministério da Saúde, editada em 2006, prevê a inclusão de homeopatia, plantas medicinais/fitoterapia, acupuntura/medicina chinesa e termalismo social no SUS, prioritariamente na Atenção Primária à Saúde. O objetivo é fomentar o incremento de abordagens em saúde e tornar disponíveis opções promocionais, preventivas e terapêuticas diversas da biomedicina aos usuários do SUS (THIAGO & TESSER, 2011).

Todos esses aspectos, aliados a busca por um trabalho interdisciplinar entre ESF e NASF, apoiado pelos serviços de educação permanente à distância ofertado pelo Telessaúde SC, nos motivou a inserir as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no cotidiano do cuidado aos usuários da ESF Vila Nova.

Objetivo geral

Descrever o processo de inserção das Práticas Integrativas e Complementares unidas às ações interdisciplinares da equipe de ESF e NASF, para efetividade do tratamento de pacientes crônicos na ESF Vila Nova.

Objetivos Específicos

- Descrever a articulação entre NASF e ESF no cuidado de pacientes com dores psicossomáticas, por meio das práticas grupais e de atividade física;
- Incentivar a alimentação saudável e PICs para diminuir quadros álgicos e prevenir a obesidade;
- Descrever o processo de inserção das PICs (plantas medicinais, argiloterapia e auriculoterapia) como tratamento complementar no cuidado das dores crônicas, ansiedade e depressão, com apoio do Telessaúde SC;
- Relatar os resultados percebidos com a associação das PICs aos tratamentos convencionais da dor.

Desenvolvimento

Interdisciplinaridade do Cuidado: a união das equipes ESF e NASF

Em reuniões de apoio matricial realizadas entre equipe ESF e NASF, decidiu-se realizar um projeto que unisse as equipes de saúde para efetivar o tratamento de alguns paciente crônicos, utilizando PICs como tratamento complementar para reduzir o uso indiscriminado de medicamentos.

A primeira estratégia pensada foi aproveitar os encontros do Grupo Dor Crônica/Ansiedade/Depressão, que vinha sendo realizado com o apoio do NASF, e

associar algumas PICs no cuidado aos participantes deste grupo.

Nos encontros do Grupo Dor Crônica/Ansiedade/Depressão participam em média 15 pessoas com queixas de dores crônicas na coluna (cervical, dorsal e lombar), membros inferiores (quadril e joelhos) e queixa de ansiedade e depressão. Os encontros ocorrem conforme escala previamente estabelecida, geralmente de quinze em quinze dias e com duração aproximada de uma hora. Na ocasião são realizadas atividades com o intuito de favorecer a prática de atividade física, alimentação saudável, socialização, rodas de conversa, trocas de experiências, descontração, entre outras.

A fisioterapeuta do NASF é a responsável pelo grupo, sendo ela a idealizadora da maioria das atividades propostas, tais como alongamentos, fortalecimento, dinâmicas para descontração, relaxamento e massoterapia. Todas de fácil execução para que as mesmas sejam realizadas diariamente em casa, tanto deitado quanto em pé e sentado.

Além das atividades com a fisioterapeuta, ocorre um trabalho interdisciplinar com a presença de outros integrantes do NASF. A nutricionista atua em rodas de conversas sobre alimentação saudável e alimentos ricos em fibras, carboidratos complexos, vitaminas e números de refeições adequadas ao longo do dia. Também aborda os alimentos e chás ricos em serotonina e os que ajudam nos processos inflamatórios. A obesidade é outro ponto discutido nos encontros visto que interfere e contribui para os processos das dores e está diretamente relacionada aos quadros de ansiedade.

Orientações sobre a importância da atividade física como prevenção e auxílio no combate de doenças, estimulação de um perfil de estilo de vida saudável, com a união de uma alimentação adequada e a realização diária de práticas corporais, é o tema trabalhado pelo profissional de educação física.

A psicóloga trabalha sobre as dores psicossomáticas, orientando sobre a prevenção destas e sugerindo mudanças de hábitos para melhorar nos quadros dor, ansiedade, depressão e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos participantes.

A equipe da ESF participa dos grupos como organizadora das atividades, locais de realização, divulgação e encaminhamento dos usuários. É também a responsável pela inserção da fitoterapia no cotidiano do cuidado aos pacientes, sendo o elo para efetivação desse projeto, onde se uniu as ações grupais realizadas pelo NASF e a fitoterapia almejada pela ESF.



Atividades no Grupo Dor Crônica/Depressão/Ansiedade

Inserção das PICs com apoio do Telessaúde SC

Para dar início as práticas complementares que desejávamos inserir no contexto das atividades desenvolvidas pela ESF e NASF, utilizamos de uma ferramenta essencial, para nos conduzir nesse desejo: as teleconsultorias com a equipe do Telessaúde SC.

As teleconsultorias foram direcionadas para o tema PICs e ocorreram entre novembro de 2014 e março de 2015, com participação de alguns profissionais das equipes NASF e ESF, além de usuários do Grupo Dor Crônica/Ansiedade/Depressão. Esta atividade educativa permanente à distância objetivou a qualificação técnica e científica dos profissionais para inserir de forma adequada às PICs no cuidado de pacientes crônicos.

A capacitação foi feita por meio de ferramentas de educação permanente à distância ofertadas pelo TelessaúdeSC, tais como webconferência e teleconsultorias assíncrona e síncrona. As teleconsultorias aconteciam

após solicitação pelo portal do Telessaúde SC ou contato telefônico e ocorriam em datas e horários previamente estabelecidos. Os temas também eram escolhidos pelas equipes ESF/NASF e usuários, a partir das demandas observadas e possibilidade de utilização, e orientados pela equipe do Telessaúde.

Os temas trabalhados nas teleconsultorias foram plantas medicinais, argiloterapia, automassagem, acupuntura e auriculoterapia. Para a aplicação prática dos conhecimentos discutidos nas teleconsultorias, conforme o teleconsultor fazia a descrição das temáticas, as mesmas já eram aplicadas nos usuários, em tempo real, o que possibilitou exercitar a aplicação prática das técnicas, sob a orientação de profissionais capacitados da equipe do Telessaúde SC.

Plantas medicinais

De acordo com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) as plantas medicinais e fitoterapia podem ser definidas como:

“Terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”, cuja abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social (BRASIL, 2012).

Os estudos decorrentes das plantas medicinais foram os primeiros a serem realizados entre equipe ESF e Telessaúde S C e serviram para a organização e construção do horto didático da ESF Vila Nova e como forma de capacitação dos profissionais da ESF, para atuar como replicadores dessa prática, incentivando o uso correto das plantas medicinais. Foi o precursor das demais práticas e de fundamental importância para a implementação das PICs.



Construção do horto didático

Várias atividades grupais foram realizadas abordando o tema das plantas medicinais em diferentes espaços: escolas, grupos de hipertensos e diabéticos e principalmente no Grupo Dor Crônica/Ansiedade/Depressão, onde os chás eram abordados como tratamento complementar ao convencional.



Atividades educativas com plantas medicinais



Teleconsultorias sobre plantas medicinais



Atividades educativas com plantas medicinais

Hoje o horto fornece a matéria prima utilizada em algumas PICs, serve de cenário didático para reconhecimento das plantas e seu uso correto, além da fonte da planta fresca, in natura aos pacientes.

Argiloterapia

A argiloterapia, conhecida também como geoterapia, é a utilização de recursos minerais com finalidade terapêutica. De acordo com Souza (2014), “a argila é formada a partir da decomposição do solo e reações químicas que ao longo do tempo acumulam minerais como: ferro, silício, manganês, titânio, cobre, entre outros oligoelementos”.

Segundo a medicina chinesa, a argila tem poder de dissipar energia e quando derramados sobre a pele os minerais são absorvidos e passam a atuar em várias frentes, regenerando as células, agindo como anti-inflamatórios e estimulando a drenagem linfática.

Em associação com elementos naturais como a cebola, o gengibre, o alecrim e a erva baleeira, ajuda a reduzir a dor articular, pelos efeitos antissépticos e anti-inflamatórios destes.

As teleconsultorias sobre argiloterapia foram realizadas no mês de dezembro de 2014 com o intuito

de associar as plantas medicinais já existentes da ESF ao tratamento de pacientes com dor crônica. Ocorreram em tempo real, ou seja, conforme o teleconsultor fazia as explicações da técnica, a mesma já era aplicada pela equipe ESF e NASF em usuários, como ilustram as fotos abaixo.



Prática da argiloterapia: em tempo real com a teleconsultoria

Dando continuidade ao tema abordado na teleconsultoria, desde janeiro de 2015, estamos realizando a argiloterapia na ESF. Inicialmente os escolhidos foram os pacientes do Grupo da Dor Crônica, porém hoje os atendimentos não se restringem a esses usuários. Até o momento foram realizados 47 atendimentos com argiloterapia, sendo as principais queixas de dor lombar, perna e braço. As aplicações ocorrem uma vez na semana,

na unidade e nos demais dias pelos usuários em suas residências, seguindo orientações da equipe. A argila verde é a utilizada, juntamente com o chá de alecrim, a cebola e gengibre.

Auriculoterapia

A auriculoterapia trata-se de uma prática milenar da Medicina Tradicional China, aperfeiçoada por franceses. É uma técnica de acupuntura, que usa o pavilhão auricular para efetuar tratamentos terapêuticos, usando o reflexo que a aurícula exerce sobre o sistema nervoso central. Desta forma, qualquer estímulo ao pavilhão auricular envia uma informação ao tronco cerebral, que faz o reconhecimento do ponto estimulado enviando uma informação até o órgão específico, provocando reações imediatas ou demoradas, temporárias ou permanentes, passageiras ou definitivas, todas de natureza terapêutica.

De acordo com o Portal da Educação (2012), a auriculoterapia pode tratar cerca de 200 enfermidades, entre as quais estão: enfermidades de caráter funcional, neurótico, psicótico, cefaleias, neurastenia, insônia, dor, entre outras.

O estudo sobre a auriculoterapia surgiu após as teleconsultorias sobre automassagem e acupuntura, que ocorreram em janeiro de 2015. Todavia, como não possuíamos na equipe nenhum acupunturista, não conseguimos desenvolver a técnica. Desta forma, em fevereiro de 2015 iniciamos os estudos sobre auriculoterapia, sendo a primeira teleconsultoria realizada com toda a equipe, onde nos foi apresentada a técnica e aplicada em usuários. A segunda teleconsultoria foi realizada com a enfermeira da equipe e uma ACS que possuía formação em auriculoterapia, na qual foram discutidos casos de pacientes e protocolos a serem utilizados.

A partir daí iniciamos a aplicação da auriculoterapia nos usuários, utilizando sementes de mostarda para estimulação dos pontos. As queixas mais comuns dos usuários que procuram o atendimento são: ansiedade, depressão, insônia, dores (coluna, pernas e braços), problemas na garganta e ouvido, cefaleia, enxaqueca, rinite, sinusite e obesidade.



Auriculoterapia

Atualmente a procura dos usuários por essa terapêutica é muito grande, o que resultou na necessidade outros profissionais da equipe (enfermeira e técnica de enfermagem) se capacitarem para aplicar a técnica. Até o momento foram realizadas 67 sessões de auriculoterapia, sendo que cada paciente realiza uma sessão por semana, com uma média de 10 sessões, 36 usuários já receberam alta do tratamento, todos com excelentes resultados, e existe uma lista de espera com 18 usuários que aguardam vaga para iniciarem a terapêutica.

Resultados

A grande procura pelas PICs realizadas na ESF Vila Nova, tanto pela população adscrita à nossa área de abrangência, bem como de usuários de outras localidades, nos dá a percepção da importância dada pela população para estas práticas. Uma noção disso pode ser verificada através de alguns depoimentos de usuários que participam da terapêutica e que acreditamos ser a melhor forma de evidenciar os resultados desse trabalho. Todas as falas constantes nos depoimentos, bem como as fotos utilizadas para ilustrar este relato, tiveram autorização dos usuários



para serem divulgadas, através da assinatura de um termo de consentimento, arquivado na unidade de saúde.

M. L. C. 44 ANOS: “Fiz tratamento durante anos para ansiedade, tomando ansiolíticos e antidepressivos e nada resolvia....depois que iniciei com a auriculoterapia estou me sentindo 90% melhor, estou dormindo melhor, mais tranquila, não tenho mais aquela ansiedade e afobação, bem mais relaxada, mais calma, a noite durmo muito bem, a noite toda, o que antes eu não conseguia”.

M. G. A. 57 anos: “No começo eu sentia dor por tudo né, nos braços, nas pernas, na coluna né, na cabeça, por toda parte, agora já diminuiu bastante, se estou com as sementinhas não sinto nada, eu passo boa mesmo, agora quando começa a cair as sementinhas volta toda a dor de novo...e a argila desde que comecei eu me sinto bem diferente, bem melhor que antes, sentia fraqueza, tontura e um negócio ruim e agora não, quando coloco as sementinhas sinto alívio na hora...está sendo muito bom, eu dou graça quando chega terça-feira para fazer o tratamento, ah eu não deixo de vir aqui, pra mim tá sendo muito bom”.

R. K. G., 69 anos: “Então eu estava tomando fluoxetina porque é antidepressivo, eu não dormia direito à noite, agora eu já deixei de tomar a fluoxetina e estou dormindo bem melhor e o joelho está ajudando com a argila que também estou fazendo e o ouvido, os pontinhos na orelha eu acho que está ajudando bastante e eu não sei, mas acho que perdi uns quilos...”

L. G. 40 anos: “Eu procurei este trabalho, esta técnica né, porque eu tinha muitos problemas na coluna, problema de hérnia de disco, problema nas articulações, sentia muitas dores nas articulações, ansiedade e depois que eu comecei a fazer esse tratamento eu senti muita melhora mesmo, porque eu tinha muita dor na minha cervical e a partir do momento que eu comecei a fazer esse tratamento eu senti uma melhora muito grande, eu estou muito satisfeita, muito feliz e vou continuar”.

A. A. 56 anos: “Eu tô fazendo as sementinhas na orelha e estou me sentindo muito bem, no início eu tinha muita fome, tinha que estar sempre comendo e desde a primeira semana já não sinto mais isso...a agonia melhorou bastante, tô dormindo bem melhor, não me bato muito...até esqueço de tomar o Omeprazol, então eu acho que está fazendo efeito as sementinhas, eu achei que foi muito bom, eu podendo evitar de tomar remédio, aah...eu faço o que for preciso”.

Considerações finais

Observamos através deste estudo, que a associação das PICs ao tratamento convencional possibilitou um atendimento mais acolhedor e efetivo a população. Percebeu-se a diminuição da intensidade nas dores

crônicas, dos quadros de depressão e ansiedade, efetividade em casos de obesidade e tabagismo e a redução do uso abusivo e irracional de medicamentos, tal qual era nossa grande finalidade.

Entendemos que as práticas podem ser ampliadas, com inserção de outros profissionais, de outras técnicas e em outras unidades de saúde do município. Temos a percepção que os resultados estão sendo muito satisfatórios para equipe, que busca uma forma complementar de tratamento aos usuários e está se sentindo muito contente e realizada com os frutos colhidos, quanto para os usuários, que estão tendo a possibilidade de tratamentos alternativos e com resolutividade. Desta forma, podemos afirmar que a equipe da ESF Vila Nova/NASF, bem como os usuários observam os efeitos benéficos gerados a partir das PICs, como os supracitados neste trabalho.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

GAIO, Erci Oliveira; NEUDORF, Sirlene. Itaiópolis, passado e presente. RODY CZ, Wilson (organizador). Colônia Lucena Itaiópolis: crônica dos imigrantes poloneses. Florianópolis: BRASPOL, 2002. Pag 116 a 140.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 971, de 03 de março de 2006 - Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 18 set. 2015.

PORTAL DA EDUCAÇÃO. Auriculoterapia. Campo Grande: Portal da Educação, 2012. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/medicina-alternativa/artigos/15335/mecanismos-de-acao-da-auriculoterapia>. Acesso em: 19 set. 2015

SOUZA, Gení Mafra. Geoterapia ou argiloterapia: A cura pela terra. Florianópolis, 01 jul 2014. Disponível em: <http://magiadailha.blogspot.com.br/2010/02/geoterapia-ou-argiloterapia-cura-pela.html>. Acesso em: 19 set. 2015.

THIAGO, Sônia de Castro S; TESSER, Charles Dalcanale. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.45, n.2, p.249-257, Apr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000200003&script=sci_arttext. Acesso em: 19 set. 2015.

Projeto EmagreSER

Fotos: Acervo da ESF do município

Profissionais de educação física

André Luiz Schardon
José Gustavo de Azevedo Misurelli

Nutricionistas

Angélica de Vargas
Mirian Helma Breda

Psicólogas

Denise de Abreu
Inti de Mesquita Alt

Fisioterapeutas

Isaac Pittigliani Jorge
Tainá Polita

Fonoaudióloga

Luciana Brito Veiga

Assistente social

Leidiane de Souza

Agentes comunitários de saúde

Ana Lúcia Estevão
Cristina S. Pinto
Eliza Souza da Rosa
Lidiane de Souza Domingos
Natalia Raquel Neri
Sandra Regina Boltzan

Coordenadora da Atenção Básica

Gabriela Rodrigues Pereira

Introdução

No município de Garopaba, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi implantado em 2010, iniciando suas atividades com os profissionais das áreas de educação física, nutrição e psicologia, de acordo com as demandas identificadas no território, como: o grande número de hipertensos e diabéticos; a distância das comunidades até as unidades de saúde; o baixo poder aquisitivo das famílias; o aumento da população idosa; e os problemas físicos e mentais. Para minimizar estes problemas, definiu-se ampliar a oferta de profissionais qualificados para atuarem nas diversas áreas das Estratégias Saúde da Família (ESF) melhorando assim, o quadro de saúde da população. Desde então, os trabalhos são realizados em conjunto com as sete áreas da ESF, através dos matriciamentos mensais e da elaboração de atividades para atender as demandas levantadas.

Verifica-se que, no atual estilo de vida e os hábitos alimentares inadequados da população brasileira, surgem os problemas de saúde como as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), resultando em um aumento significativo de sobrepeso e obesidade nas últimas décadas.

O excesso de peso e a obesidade vêm apresentando proporções epidêmicas no mundo inteiro. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009) juntamente com o Ministério da Saúde, analisaram dados de 188 mil indivíduos brasileiros de todas as idades. Diagnosticaram que a obesidade e o excesso de peso aumentaram muito rápido nos últimos anos, entre todas as faixas etárias. Neste estudo, em 50% do sexo

masculino e 48% do sexo feminino encontrou-se com excesso de peso, sendo que 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres apresentaram obesidade.

Neste contexto, podemos verificar que ocorreu um processo de transição nutricional, no qual a população foi substituindo os hábitos alimentares e o estilo de vida, passando a consumir produtos industrializados e ultraprocessados ricos em açúcar, gordura e sódio, além de serem altamente calóricos, porém pobres em micronutrientes, juntamente com o sedentarismo, resultando consequentemente no ganho de peso e no aparecimento das DCNT.

Este trabalho apresenta a experiência vivenciada no município de Garopaba pela equipe do NASF com a colaboração da ESF do bairro do Campo D' Una, com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) através do Projeto EmagreSER, visando garantir à população promoção: prevenção e manutenção da saúde; conscientizá-la da importância da manutenção do peso saudável, das mudanças nos hábitos alimentares e do estilo de vida.

Justificativa

O aumento na porcentagem da população brasileira que se encontra na classificação de sobrepeso e obesidade é uma das grandes preocupações atuais na saúde pública brasileira. As mudanças que os hábitos alimentares sofreram ao longo das últimas décadas e o sedentarismo vêm trazendo consequências negativas para a população, que nos fazem remeter às medidas emergenciais para a mudança deste quadro. Atualmente, alimentos tradicionais como arroz e feijão, alimentos in natura como frutas,

vegetais e grãos integrais são substituídos por alimentos processados, boa parte deles de alta densidade energética, pobres em nutrientes e ricos em gordura, sódio e açúcar.

A consequência dessa mudança de hábito não podia ser diferente, mais de 50% dos brasileiros estão acima do peso e vários destes já obesos. Somando-se a isso, há diminuição de atividade física, maior estresse social e baixa qualidade ambiental. O enfrentamento dessa situação para uma possível reversão deve contemplar ações que envolvam: estratégias de reeducação alimentar, atividade física e controle de estresse, dentre outros fatores.

Neste cenário, as ESF têm papel fundamental nas comunidades, pois são a porta de entrada aos usuários do SUS e, através da territorialização, realizam diagnóstico precoce das condições de saúde da população e conseqüentemente, nas reuniões de matriciamento levantam as demandas específicas dos territórios, facilitando assim as ações de promoção e prevenção à saúde.

Desta forma, justifica-se este projeto, visto que as políticas públicas visam à saúde integral dos indivíduos através das ações e intervenções realizadas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Portanto, enquanto Núcleo de Apoio à Saúde da Família juntamente com a Estratégia Saúde da Família precisamos agir e garantir o acesso às informações e orientações sobre saúde e qualidade de vida aos indivíduos.

Objetivo geral

Sensibilizar os participantes quanto à importância de hábitos de vida saudáveis visando alcançar o peso ideal, através de um reaprendizado proposto pela equipe multiprofissional do NASF.

Objetivos específicos

- Estabelecer níveis adequados de desempenho físico corporal dos seus beneficiários, visando o bem-estar, qualidade de vida e emagrecimento;
- Conscientizar os participantes sobre os efeitos do estresse, depressão e outros fatores psicológicos sobre o ganho de peso;
 - Realizar reeducação alimentar;
 - Realizar avaliação nutricional e monitoramento para o restabelecimento do peso ideal;
 - Avaliar a situação socioeconômica dos participantes;
 - Oportunizar aos participantes esclarecimentos de dúvidas, promovendo assim um aprendizado em conjunto.

Desenvolvimento

O público alvo foram usuários adultos com pré-obesidade e obesidade ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) que pertenciam

ao município de Garopaba. Para avaliar a área com maior demanda foi realizado uma campanha com duração de 30 dias em todos os EFS do município, com o lema “Mais da metade dos brasileiros estão acima do peso. E você? Faça sua avaliação aqui.” A divulgação da campanha foi realizada pelas agentes comunitárias de saúde através de folheto da campanha.



Os dados coletados foram transferidos para o formulário de coleta de IMC. Todos os avaliados que estavam acima do peso foram questionados quanto ao interesse em participar do projeto de emagrecimento multiprofissional EmagreSER. Os interessados foram incluídos em uma lista de espera. Finalizados os 30 dias de campanha, analisaram-se as demandas das EFS e aquele que apresentou maior número de interessados foi escolhido para participar do programa, lembrando que usuários de outras ESF que estivessem interessados poderiam participar na ESF vencedora. As inscrições foram realizadas em um período de 15 dias na ESF do Campo D' Una, a qual obteve maior número de inscritos.

Os critérios de inclusão foram apresentar IMC acima de 25 kg/m^2 , ter idade entre 20 e 59 anos e assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 3), realizar a inscrição no período determinado, participar com comprometimento de todas as etapas da pesquisa. A pesquisa teve duração de dois meses, com a participação dos seguintes profissionais: nutricionista, educador físico, psicólogo, assistente social, fonoaudióloga e fisioterapeuta.

No que se refere aos aspectos éticos, as avaliações não tinham nenhum dado que identificasse o amostrado e que lhe causasse constrangimento ao responder. Dessa forma, os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque e na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados em todo o processo de realização desta pesquisa.

A avaliação nutricional foi realizada através de aferição de peso e estatura por meio de balança com estadiômetro marca Caumaq pelos profissionais nutricionista e educador físico. Foi aplicado um questionário sobre condições

socioeconômicas pela assistente social do NASF com o objetivo de avaliar se havia relação entre excesso de peso e condição financeira.

A avaliação da respiração foi realizada pela fonoaudióloga do NASF através do questionário da respiração, no qual os participantes responderam perguntas sobre sua respiração e problemas que envolvessem a mesma, durante a prática de exercícios.

Os psicólogos realizaram rodas de conversa sobre temas relacionados à obesidade, tais como: depressão, ansiedade, alterações de humor, entre outros.

Os participantes da pesquisa foram informados sobre o propósito da mesma com antecedência pela equipe. A coleta das assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi realizada no primeiro encontro com os participantes.

O projeto aconteceu durante dois meses, no período vespertino (14:30 – 16:30 horas), nas terças e quintas-feiras, no salão concedido por empresa particular. Assim, foi montado um cronograma com o número de encontros, atividades a serem desenvolvidas e profissionais envolvidos. Segue abaixo o cronograma:

1º encontro (terça-feira)	Apresentação do projeto e dos profissionais da equipe, avaliação IMC, teste da fonoaudióloga, leitura e assinatura do termo de consentimento.
2º encontro (quinta-feira)	Momento único: educador físico (atividade física)
3º encontro (terça-feira)	1º momento: nutricionista (palestra 10 passos da alimentação saudável). 2º momento: educador físico (atividade física)
4º encontro (quinta-feira)	Momento único: educador físico (atividade física)
5º encontro (terça-feira)	1º momento: psicólogo (roda de conversa: ansiedade e ganho de peso). 2º momento: educador físico (atividade física)
6º encontro (quinta-feira)	Momento único: educador físico (atividade física)
7º encontro (terça-feira)	1º momento: nutricionista (ilustração da pirâmide dos alimentos e roda de conversa). 2º momento: educador físico (atividade física)
8º encontro (quinta-feira)	Momento único: educador físico (atividade física)
9º encontro (terça-feira)	1º momento: assistente social (aplicação de questionário socioeconômico). 2º momento: educador físico (atividade física)
10º encontro (quinta-feira)	Momento único: educador físico (atividade física)
11º encontro (terça-feira)	1º momento: nutricionista (palestra sobre açúcares e gorduras nos alimentos industrializados). 2º momento: educador físico (atividade física)

12º encontro (quinta-feira)	Momento único: educador físico (atividade física)
13º encontro (terça-feira)	1º momento: fisioterapeuta (palestra sobre alterações no sistema músculo-esquelético). 2º momento: educador físico (atividade física)
14º encontro (quinta-feira)	Momento único: educador físico (atividade física)
15º encontro (terça-feira)	1º momento: nutricionista (cozinha experimental). 2º momento: educador físico (atividade física)
16º encontro (quinta-feira)	Momento único: educador físico (atividade física)
17º encontro (terça-feira)	Relaxe! Com a psicóloga, encerramento. Teste final da fonoaudióloga. Confraternização: lanche saudável com a participação de todos os profissionais e participantes.



Roda de conversa: encerramento do projeto



Atividades com o profissional de educação física

Resultados

Após o término do projeto EmagreSER podemos constatar que os resultados foram significativos. Dos 44 inscritos que iniciaram no projeto, 77,27% concluíram o período de desenvolvimento das atividades, e para uma melhor qualidade da análise,

este foi o grupo utilizado para o levantamento dos dados finais. Do total de participantes, 44,44% conseguiram reduzir o peso corporal, 33,33% mantiveram o peso inicial e 22,22% aumentaram insignificamente o peso corporal.

Os dados acima evidenciam que a maioria dos participantes conseguiu bons resultados, visto que o objetivo do projeto não era apenas a perda de peso isoladamente e sim mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida. Grande parte dos participantes relatou várias tentativas de emagrecimento anteriormente, com dietas distintas, mas que no final perdiam o foco e a determinação e voltavam a ganhar peso em consequência do consumo de alimentos industrializados em excesso e por não praticar atividade física.

O foco principal deste trabalho foi realizar um trabalho multidisciplinar aliando os conhecimentos da nutrição, psicologia, educação física, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, além da redução do peso corporal dos participantes, e principalmente, mantê-los motivados para uma vida mais saudável através da reeducação alimentar e da prática de atividade física.

Como forma de agradecimento pela aderência e interesse dos integrantes do projeto, a equipe NASF confeccionou uma camiseta com o logo do projeto EmagreSER para presentear os participantes, a qual foi entregue no dia do encerramento.



Equipe com participantes do EmagreSER

Considerações finais

Conclui-se que este foi um trabalho inovador em Garopaba por trazer resultados positivos em curto período de tempo e, desta maneira, faz-se necessária a reaplicação do mesmo em outros bairros do município, visto os benefícios e resultados obtidos.

Referências

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO. Atualização das Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da Obesidade e do Sobrepeso. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes> 2010.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. SUS amplia acesso a tratamento da hipertensão arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4901/162/ministerio-da-saudeamplia-acesso-a-tratamento-da-hipertensao-arterial.html>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Primária – Rastreamento. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/politica_alimentacao_nutricao.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dados estatísticos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=36868&janela=1>. Acesso em: 07 fev. 2013.

Anexo

Projeto EmagreSER

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é responsável aos direitos legais e à dignidade humana dos participantes do projeto EmagreSER. Aos voluntários desta pesquisa pedimos respeitosamente a autorização para que possamos fazer análise posterior e confecção de futuros resultados, de forma que se houver concordância, responsabilizamo-nos através deste termo a prestar toda a forma de esclarecimento para melhor atendimento do papel do indivíduo neste trabalho.

O objetivo é realizar o emagrecimento dos participantes do grupo através de atividade física, reeducação alimentar e controle de estresse através

de uma equipe multiprofissional. Os resultados da pesquisa deverão orientar intervenções na área da saúde, visando redução do excesso de peso e a melhoria da qualidade de vida e do desenvolvimento social.

O projeto terá duração de dois meses, com frequência semanal de duas vezes (segundas e sextas-feiras), com duração de duas horas (das 14h00min às 16h00min). Serão realizadas as seguintes avaliações: avaliação do estado nutricional através do IMC (peso/altura²), questionário sócio econômico, questionário sobre respiração com a fonoaudióloga e questionário com a fisioterapeuta. Cada encontro terão dois momentos: o primeiro momento atividade teórica e no segundo atividade prática.

Os procedimentos adotados neste projeto obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O participante não terá nenhum tipo de despesa ao participar deste projeto, bem como, nada será pago por sua participação. Entretanto, esperamos que este projeto traga informações importantes para melhorar seu estado de saúde, de forma que o conhecimento que será construído no projeto possa vir melhorar sua qualidade de vida.

Através deste documento, fica assegurado o direito do participante todos os esclarecimentos, incluindo a metodologia utilizada. A partir do momento que o indivíduo participante, não desejar mais fazer parte do projeto, reserva-lhe o direito de retirar o seu consentimento, livre de sofrer qualquer penalização ou danos quaisquer que sejam.

A garantia de sigilo é líquida e certa, ficando os dados disponíveis apenas aos pesquisadores responsáveis, e aos indivíduos participantes da pesquisa. Não haverá qualquer tipo de risco de saúde ao indivíduo. O método utilizado neste projeto, não oferecerá indenizações por que não há nenhum tipo de intervenção traumática.

Eu _____

_____ dou consentimento livre e esclarecido, que se façam as avaliações necessárias a este projeto. Assim como, a publicação dos dados nos relatórios parciais e conclusivos, a fim de que, estes sirvam para beneficiar a ciência e a humanidade.

Garopaba, data de mês de ano.

Atenciosamente, _____.

Como fazer uma dieta saudável não ser monótona

O segredo é variar! Isso significa **comer alimentos de todos os tipos**, como frutas, legumes, verduras, feijão e outras leguminosas, cereais integrais, castanhas e outras oleaginosas, ovos, leite e carnes frescas.

Também devemos variar dentro de cada grupo de alimento. **Por que comer somente feijão preto, se temos o feijão fradinho, cariquinha, vermelho, manteiga, de corda?**



O excesso de sal e alimentos com conservantes **devem ser evitados**.

Comer mais alimentos **in natura** ou minimamente processados, tirar o saleiro da mesa e temperar a comida com manjerição, orégano, coentro e outras ervas naturais podem ajudar a **reduzir o sal na sua alimentação**.



Como ter uma alimentação saudável, economizando nas compras

- ➔ Optar por alimentos **que estão na safra**
- ➔ Comprar alimentos em **locais onde há menos intermediários** entre o agricultor e o consumidor final, como "sacolões" ou "varejões"
- ➔ Comprar **diretamente dos produtores**, em feiras, ou por meio de grupos coletivos de compra
- ➔ Levar **comida preparada em casa** para o trabalho
- ➔ **Fazer uma horta em casa**, no apartamento, na praça do bairro etc
- ➔ **Estimular que toda a família cozinhe**, inclusive as crianças, dedicando um pouco de tempo ao preparo das refeições



#saúde
naresdes

SUS

/minsaude

INCA

Grupo Proseando: uma prática de promoção da saúde

Fotos: Acervo da ESF do município

Autoria
Cirurgiã-dentista
Elisete Fluck
Psicólogo
Jeovane Gomes de Faria

Agentes comunitários de saúde
Afonso Johann

Ana Maria da Silva
Cleusa Schroeder
Edna Muller
Rosana Aparecida Ribeiro
Maria Sônia Silva
Wanderlei Roberti

Auxiliar de saúde bucal
Margarete Johann

Enfermeira
Adalgisa Gaieski

Médico
José Jorge Fernandes

Técnicas de enfermagem
Celenira Resner
Lourdes Bertoldo
Sheila de Lima

Introdução

O Movimento Sanitário trouxe a proposta de uma nova concepção da saúde, contemplando a diversidade de tal fenômeno, ampliando a antiga visão restrita aos aspectos biológicos para uma noção que contempla os determinantes sociais da saúde (BRASIL, 1990; LEFEVRE & LEFEVRE, 2007; FARIA, 2009). Tal perspectiva inclui no cenário de possibilidades de atenção e ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade, condições de bem-estar físico, mental e social, considerando-se as características culturais, políticas e econômicas do território.

Após as conquistas da saúde na construção dos dispositivos constitucionais e legislativos, o Ministério da Saúde elaborou as diretrizes do modelo assistencial do Sistema Único da Saúde (SUS), que tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) seu dispositivo prioritário na regulação do acesso, com base territorial e interdisciplinar (CAMPOS, 2013; MORETTI-PIRES, 2009). Somase a esse processo a luta de desinstitucionalização e desmedicalização da vida promovida pela Reforma Psiquiátrica, que busca trazer a Saúde Mental cada vez mais para a cena da Atenção Primária (FARIA, 2009; CAMPOS, 2013), uma vez que queixas como a solidão e o isolamento social, bem como questões relacionadas às habilidades sociais e relações interpessoais, são constantes no contato com a população e, muitas vezes, limitadores na estruturação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) efetivos (CUTOLO, 2006).

O presente projeto insere-se na Rede de Atenção à

Saúde (RAS) do município de Jaraguá do Sul, situado na região nordeste do Estado de Santa Catarina, apresentando uma experiência de articulação intersetorial entre uma unidade da Atenção Básica à Saúde, Apoiador Matricial em Saúde Mental e atores sociais do território de referência. O município apresenta uma rede de saúde composta por 29 Unidades Básicas de Saúde (23 habilitadas como Estratégia Saúde da Família), 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPSad e CAPSi), 01 Policlínica de Especialidades, 02 Hospitais Gerais de médio porte de caráter filantrópico, 02 Academias de Saúde, além de programas como o DST-AIDS, Saúde da Mulher e Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD). A Equipe ESF Renato Pradi (CAIC) conta com um médico, uma cirurgiã-dentista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal e sete agentes comunitários de saúde. A área de abrangência da Equipe contempla um público-alvo de aproximadamente 4400 usuários cadastrados.

Justificativa

A partir de discussões surgidas das percepções dos profissionais da ESF CAIC no bairro São Luís, levadas para os encontros do Apoio Matricial em Saúde Mental, levantou-se a demanda por ações de acolhimento diferenciadas para um público com sintomas de solidão e depressão, na maioria mulheres com mais de cinquenta anos, apresentando quadro de uso de medicação psicotrópica, além de outras complicações clínicas, como diabetes e hipertensão. Como o número de pessoas com

esta vulnerabilidade era grande, fazia-se necessário criar um programa que pudesse suprir esta demanda. Paralelo a isso também se observou a presença de habilidades em trabalhos artesanais por parte de membros, tanto da equipe de saúde quanto por parte do público em questão. Dadas tais condições, após cerca de dois anos de discussões, a equipe resolveu estruturar uma ação que contemplasse a habilidade manual com a demanda existente no território de referência da unidade de saúde, criando uma Oficina/Grupo Terapêutico, agrupando a produção artística com a reflexão crítico-existencial dos participantes (DAVINI, 1994).

Objetivo geral

Promover a saúde através de ações preventivas e integrativas.

Objetivos específicos

- Promover ações de socialização com usuários da ESF CAIC;
- Estabelecer estratégias de Promoção e Prevenção da Saúde com o uso de produção manual e artesanal;
- -Estabelecer práticas integrativas que aproximem a Unidade de Saúde de seu território de referência;
- Promover a emancipação dos usuários em relação aos seus cuidados de saúde.

Desenvolvimento

Após o levantamento do público-alvo, foram confeccionados convites para o primeiro encontro, que contou com a participação de 05 usuárias e onde foram realizadas as pactuações referentes ao método de trabalho, bem como o esclarecimento acerca dos objetivos da atividade. Neste encontro ficou acordada a frequência quinzenal do grupo, com duração de uma hora, sendo que atualmente isso ocorre nas segundas-feiras. Após o esclarecimento dos objetivos, os participantes foram instigados a nomear o grupo, sendo acordado o nome Grupo Proseando, onde a interação se dá por meio de “prosa”, com intervenções e paradas para o compartilhamento de diversas situações da vida cotidiana.

Destaca-se nesse início o envolvimento de todos os profissionais da unidade de saúde na divulgação e construção da atividade, em específico os agentes comunitários de saúde (ACS), responsáveis pela divulgação externa, através das visitas mensais, onde puderam dimensionar o número de pessoas em vulnerabilidade e medir o nível de aceitação da proposta de atenção. A seguinte foto apresenta um dos primeiros encontros.



Sala inicial do grupo

No decorrer das semanas o grupo foi se configurando como um grupo com participação predominantemente feminina, focado na construção artesanal. Com a saída de cena do psicólogo responsável pelo Apoio Matricial na unidade de saúde, o grupo passou a ser conduzido pela cirurgiã-dentista e pelos ACS. O grupo passava assim, de forma singular, a produzir uma identidade focada nos interesses dos envolvidos (profissionais e comunidade). Em reunião de equipe, junto com Apoio Matricial, foram identificados os objetivos que ratificavam as diretrizes da ESF e como esta construção singular do grupo representava o exercício das competências previstas nas diversas portarias do SUS e sua convergência com as políticas transversais, como a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004).

Para viabilizar o projeto, a equipe necessitava de materiais que pudessem servir aos objetivos traçados. Em complementaridade ao material fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde, membros da equipe se dispuseram a recolher e classificar materiais que foram descartados por empresas que produzem itens de vestuário: retalhos de tecidos, botões, fitas, rendas etc. Houve ainda doações de materiais feitas pela equipe e pelas participantes do programa. A internet é uma ferramenta essencial no planejamento das atividades, sendo um fator positivo a existência de acesso em banda larga disponibilizado pela gestão municipal.



Grupo na sala de espera da unidade

Ao longo das semanas o grupo tem crescido cada vez mais, uma vez que há a iniciativa por parte das participantes em divulgar e convidar suas vizinhas e amigas para os próximos eventos. Não existe obrigatoriedade de confecção de artesanato, estando as participantes em total liberdade, podendo vir apenas para prostrar. A receptividade foi tão grande que o horário precisou ser estendido, passando de uma para duas horas e com tendência a aumentar, pois as mesmas não querem ir embora. O espaço físico inicial (sala dos agentes comunitários) ficou pequeno para acolher tantas participantes e precisou ser ampliado, passando para a sala de espera da unidade de saúde. Com isso, foi necessária a participação de todos os membros da equipe no sentido de conseguir apoio logístico para viabilizar a continuidade e bom andamento da atividade.

Como todo o material usado é reciclado, o custo para a gestão municipal é inexistente. Outrossim, como novas ideias foram surgindo e o grupo estava comprometido com a continuidade dos encontros, foi decidido criar um bazar onde os objetos confeccionados pudessem ser vendidos e a renda advinda dessas vendas revertesse para a compra de materiais que não são encontrados em descartes de empresas, possibilitando a auto sustentabilidade do grupo. O bazar foi marcado para o dia 17/10/15 e aconteceu no mesmo dia do Mutirão de Exames Preventivo de Câncer de Colo de Útero, que já estava agendado para esta data.



Materiais confeccionados nas atividades

Considerações Finais

Ao se aproximar da comemoração de um ano de atividade é possível identificar que o principal objetivo, a socialização dos usuários, foi atingido já nos primeiros encontros, pois promoveu a oportunidade de pessoas que moram na mesma rua virem a se encontrar e se conhecer aqui, firmando

laços de amizade e diminuindo a possibilidade de se sentirem solitárias. Através desta socialização e consequente satisfação, foi percebido a diminuição dos sintomas de depressão, isolamento e solidão. Em alguns casos, estas atividades apontam para uma diminuição da necessidade de uso de medicação antidepressiva. Concomitante a isso, a otimização do espaço físico da Unidade de Saúde e seu uso para promover saúde muda o paradigma onde só se deve procurá-lo em caso de doença, elevando os resultados para uma ressignificação do cuidado e uma nova relação dos profissionais para com a comunidade onde se encontram inseridos.

Atualmente, o grupo conta com a participação média de doze usuárias por encontro. São membros da comunidade que compõe a área de abrangência da ESF CAIC. Pelo menos dois participantes da equipe da ESF participam, alternadamente, dos encontros orientando e mediando as atividades propostas e incentivando a criação de laços de amizade entre os participantes. Os relatos do grupo apontam que o mesmo se apresenta como “importante combustível” para a equipe, fazendo com que esta se envolva cada vez mais na atividade, entendendo esse espaço como garantidor de direitos e qualificador da atenção à saúde, uma vez que todas as usuárias falam de sua satisfação em participar do encontro e da ansiedade com que esperam a realização dos próximos. Os relatos a seguir ilustram a afirmação anterior:

“Este grupo é um remédio” (M.J.F.F., 57 anos);

“Após conversar com outros participantes do grupo, vemos que nossos problemas não são tão sérios quanto julgávamos “ (S.A., 58 anos);

“Sempre espero que a segunda-feira chegue logo para poder ir no encontro do Grupo Proseando” (L.C.R., 53 anos).



Grupo na sala de espera da unidade

Os desafios atuais encontram-se na quantificação e qualificação dos indicadores em saúde (uso de medicação, pressão arterial, relacionamento interpessoal, etc.) promovidos pela atividade, com vistas a produzir informações em saúde que possam respaldar a manutenção da atividade, bem como ser uma contingência na emancipação dos usuários quanto ao próprio cuidado, além de ser um “gatilho” para que a equipe e a comunidade possam se reconhecer cada vez mais como produtos e produtores de saúde.

Referências

MORETTI-PIRES, R. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu-SP, v. 13, n. 30, p. 153-66, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. “Lei do SUS”, LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as Instâncias do SUS. Série B. Textos de Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

CAMPOS, R. O. Prefácio. In: PAULON, S. & NEVES, R. Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina. p. 7-9, 2013.

CUTOLO, L. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

CZERESNIA, D., & FREITAS, C. M. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências (2ª ed., Rev e Ampl.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2009.

DAVINI, M. Practicas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. Em J. Haddad Q., M. C. Roschke , & M. Davini, Educación Permanente de Personal de Salud , Serie Desarrollo de Recursos Humanos. Washington: Organización Panamericana de la Salud, p. 109-26, 1994.

FARIA, J. G. Territorialidade, Privacidade e Atenção em Saúde Mental. In: KUHNEN, A.; CRUZ, R. M. & TAKASE, E. Interações Pessoa-Ambiente e Saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009. p. 95-115.

LEFEVRE, F., & LEFEVRE, A. C. Promoção de Saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent. 2007.

HEPATITES

VOCÊ PODE TER E NÃO SABER

CUIDE DO SEU FÍGADO

PROTEJA-SE
CONTRA AS HEPATITES VIRAIS

PROCURE UMA
UNIDADE DE SAÚDE,
VACINE-SE
E FAÇA O TESTE!

SUS DIVE (Diretoria de Vigilância Epidemiológica) SUV (Superintendência de Vigilância em Saúde) GOVERNO DE SANTA CATARINA

Projeto “Agita Cidade Alta”: a ação é o movimento

Fotos: Acervo da ESF do município

Autoria

Enfermeira

Daiane Biff

Agente Comunitário de Saúde

Alice Maria Cervelin

Enfermeira

Gaby Izidra Mattos Crepaldi

Médico

Julio Oguihara

Técnico em enfermagem

Edna da Silva Duarte

Karla Bretz Pereira

Agentes comunitários de saúde

Daiane Mota

Joelma de Freitas

Jovânia Pereira Roldão

Michele Espíndula

Talita Cantelli

Fisioterapeuta

Daniel Tomáz da Silva

Farmacêutica

Cinara Michels da Costa

Nutricionista

Ana Carla Cruz

Psicóloga

Soraia Marcomim Rabelo

Introdução

Passados mais de 20 anos do surgimento do Programa Saúde da Família (PSF), vivenciamos no Brasil uma importante mudança no sistema de saúde. Isso significa dizer que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), nascida a partir das bases conceituais do Sistema Único do Saúde (SUS), tem conseguido modificar os ideais de modelo de atenção à saúde, tendo na Atenção Básica suas bases de sustentação (SOUZA; FRANCO; MENDONÇA; 2014).

Atualmente, a ESF conta com mais de 40.000 equipes de saúde da família (eSF) atuando em cerca de 63,41% da população e distribuídas em 5.477 municípios brasileiros. Em Santa Catarina existem, aproximadamente, 1900 ESF cadastradas e distribuídas nos 293 municípios (BRASIL, 2015), trabalhando para efetivar as diretrizes do SUS, visando contribuir com as práticas de saúde em todo o estado.

Um importante objetivo da ESF é incentivar a promoção da saúde e a integralidade da assistência, para os quais é proposta a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, juntamente com a perspectiva de promoção de ações intersetoriais (BRASIL, 2012; SORATTO et al, 2015). Os trabalhadores em saúde são “convidados a rever” suas práticas e concepções com o objetivo de exercer seu papel fundamentado nas práticas assistenciais que estimulem a prevenção e a promoção, antes mesmo do tratamento.

Dessa forma, buscar outros meios de implementar ações que visem essa “reorganização” do sistema torna-se papel fundamental, principalmente dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família. Assim como promover a saúde é fundamental para a continuidade da busca de qualidade de vida.

Diante do exposto, entende-se que as práticas corporais, como parte do processo de trabalho da ESF, podem contribuir com esses preceitos e ser um importante aliado na consolidação do “novo modelo assistencial” estimulado na atenção básica de saúde pela recente Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012).

A prática de atividades físicas traz diversos benefícios à saúde. Em relação ao corpo físico, auxilia na evolução da força, tônus muscular, flexibilidade, fortalecimento dos ossos e articulações. No ramo da qualidade de vida, seus benefícios são sentidos através da perda de peso e diminuição de gordura corporal, redução da pressão arterial, melhora do diabetes, diminuição do colesterol total e aumento do HDL-colesterol (o “colesterol bom”).

Pode também exercer efeitos no convívio social do indivíduo, tanto no ambiente de trabalho quanto no familiar. Todos esses benefícios auxiliam na prevenção e no controle de doenças, sendo importantes para a redução da mortalidade associada a elas (HAMER; STAMATAKIS; 2009; KEMMLER W et al, 2009; ZAGO, 2010; GERAGE et al, 2013).

Desta forma, a adoção de um estilo de vida ativo, mediado pela prática regular de exercícios físicos, tem sido considerada como a principal atitude para

melhorar a qualidade de vida e promover a saúde das pessoas.

A partir dessa análise, visando estimular as práticas corporais com foco na terceira idade no município de Araranguá, iniciou-se em 2012 a implantação de um grupo de caminhadas matinais em frente à Unidade Básica de Saúde.

Justificativa

Ao estimular a prática regular dos exercícios físicos, estamos estimulando a promoção da saúde e melhorias na qualidade de vida dos usuários do SUS, o que se traduz em maiores chances de adesão e respostas aos tratamentos realizados, além de promover maior interação e vínculo com os participantes do grupo. Também se justifica por ser uma prática de fácil replicabilidade, ou seja, um trabalhador da ESF que esteja estimulado para esta tarefa, pode conduzir um grupo de caminhada orientada e de alongamentos matinais. São práticas simples, mas que podem se materializar em importantes resultados, tanto na vida dos usuários quanto dos trabalhadores e, conseqüentemente, no sistema de saúde.

Objetivo geral

Incentivar a promoção da saúde, por meio de práticas corporais regulares, proporcionando benefícios aos usuários e comunidade do território de abrangência da unidade básica de saúde.

Objetivos específicos

- Estimular as práticas corporais.
- Promover a sensação de bem-estar nos participantes da caminhada orientada;
 - Melhorar e fortalecer o convívio e o vínculo com os usuários adstritos no território;
 - Melhorar a adesão aos tratamentos de saúde através de conversas realizadas durante a prática da atividade física;
 - Incentivar, através de exemplos concretos, a prática da atividade física nos outros usuários da ESF por meio de fotos e da constatação dos benefícios, ou seja, da “propaganda” realizada pelos próprios usuários participantes.

Desenvolvimento

Iniciou-se em 2012, no município de Araranguá, o programa denominado Agita Cidade Alta, que faz referência à ESF Cidade Alta e ao estímulo às práticas corporais.

Este programa conta com a participação do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), através dos profissionais de fisioterapia, psicologia, assistência social e nutrição. O fisioterapeuta auxiliava com as orientações iniciais dos exercícios de alongamento, a nutricionista com avaliação alimentar, já a psicóloga e a assistente social auxiliavam na construção dos grupos.



Exercícios matinais do grupo de caminhada

O médico da ESF realizou a avaliação clínica através de exames laboratoriais, contando com a ajuda da enfermeira e dos profissionais do NASF.

A maioria dos usuários inscritos no projeto já fazia acompanhamento de saúde com a equipe da ESF, desta forma, no primeiro encontro foi organizada uma roda de conversa, dos usuários com a equipe de saúde (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista e algumas agentes comunitárias de saúde) para troca de informações sobre os objetivos desta proposta e a identificação da possível necessidade de agendamento de consulta médica para avaliações individuais e solicitação de exames, tais como eletrocardiograma e exames laboratoriais, se necessário. Portanto, avaliou-se individualmente a situação de saúde de cada usuário inscrito e as condições destes em aderirem ao programa de atividade física. Neste caso, a participação nas caminhadas somente ocorreu após avaliação e liberação médica.



Orientações e avaliação clínica inicial no grupo

Ao longo destes 3 anos de implantação, muitas práticas já foram realizadas no grupo de caminhada, como por exemplo, o piquenique na praça do bairro. Este já se tornou símbolo anual de confraternização do grupo.



Piquenique na praça do bairro Cidade Alta

Atualmente, o grupo desenvolve suas atividades no período matutino, das 8:00 às 8:40h, 3 vezes por semana (segundas, quartas e sextas-feiras não chuvosas) caminhando em volta da praça Cidade Alta, em frente à Unidade Básica de Saúde.

Inicia-se com a caminhada em grupo, em ritmo moderado, por cerca de 30 minutos, seguida de alguns exercícios de alongamento durante 10 minutos, de simples e fácil execução.



Grupo em exercícios de alongamento

Desde a implantação do projeto em 2012, cerca de 20 pessoas ainda hoje realizam as atividades semanalmente.

Resultados

Ao longo de 3 anos de realização, muitos são os resultados já alcançados com a prática da caminhada

e dos alongamentos: fortalecimento da amizade e do vínculo entre usuários e equipe, a melhora nas dores localizadas, o estímulo para as atividades diárias, sensação de bem-estar, ambiente de troca e apoio, a conscientização da importância da prática do exercício físico regular, a diminuição da quantidade de medicamentos utilizados, entre outros.

Alguns desses resultados são explicitados nas falas de participantes do grupo, descritas a seguir:

“Senti bastante diferença porque a caminhada eu já fazia muitos anos, caminhava, mas sem orientação. Depois que entrei no projeto e comecei com o alongamento, melhorei mais que 100%. Melhorei da coluna, melhorei do joelho. Não tomo mais anti-inflamatório que eu sempre tomei. Emagreci 6 quilos. Porque me doía as juntas. Mesmo quando não é dia de caminhada do projeto, eu faço as caminhadas e os alongamentos. Melhor do que fazer caminhada é fazer lá no grupo. Com mais gente. Principalmente para saúde, contribuiu muito. Às vezes a gente faz coisa sozinha sem orientação e não sabe o que tem que fazer. Faz bastante amizade, conversa e passa o dia feliz. Levanta de manhã e já vai pra lá contente e animada.

Fazendo os exames iniciais que eu descobri os problemas de coração que eu tenho. Só isso aí já valeu a pena... deve continuar, com dinheiro ou sem dinheiro, com ajuda ou sem ajuda, tem que ter a professora lá para ajudar a gente. Animar. Tudo que não tem coordenação e não tem alguém que coordene, tende a terminar. Tem que ter uma orientadora” – S.D.B. 60 anos.

“Ai imagina, melhorou bastante a minha saúde, a gente se sente bem mais leve. As dores saiu mais. A saúde é melhor. Tenho bastante disposição para trabalhar, para sair, para tudo. Deve continuar, as pessoas precisam se mexer, tem que se mexer para a vida, usar o cérebro, se movimentar” – S.T.S. 73 anos.

“Mudou muito na minha vida. A diferença é bem grande. Eu até nem tinha vontade de nada, não tinha mais nem ânimo. Esse projeto foi suficiente que eu até parei na hidroginástica, porque não me sentia bem. Basta essa caminhada. Além da disposição, me faz falta se eu fico uma semana sem ir. E a amizade que a gente faz com as pessoas. Acredito e aposto no projeto. Deve continuar com certeza, faz bem para as pessoas e é uma coisa que mais precisamos. Nota 1000” – S.C. 66 anos.

“Eu senti muita diferença, a gente vai ali e encontra as amigas, alonga sempre e caminha, é muito bom, eu tô velha mas a gente tem qualidade de vida. Melhorou minha

saúde em todos os sentidos, na parte física como intelectual, é bom pra cabeça. Trabalha com a cabeça porque tem que se concentrar. Eu acredito no projeto. Deve continuar e não parar nunca, enquanto está se movimentando tá melhorando a saúde a vida. A orientadora faz com que a gente se descontraia. É um alongamento com alegria. E é bom na praça porque a gente escuta os passarinhos, vê as pessoas, diferente de uma academia, fechado e desanima. Respira ar puro no meio das árvores. É maravilhoso. A gente conversa, se diverte” – E.B.V. 75 anos.

Através das falas, podemos identificar a importância deste projeto para o bem estar e qualidade de vida dos participantes. Entre os benefícios citados, a questão do vínculo e a preocupação com a garantia de continuidade do programa, apareceram fortemente nas falas dos participantes. Seus depoimentos enfatizaram o vínculo construído com a agente comunitária de saúde líder e orientadora dos exercícios, a relação de troca com os outros participantes do grupo e a melhora em vários aspectos da saúde, além de mostrar claramente a intenção de continuar participando e de ter uma pessoa que mantenha o grupo ativo.

Conclusões

A partir de todas as descrições do projeto desenvolvido podemos concluir que, ideias simples e de baixo custo financeiro, podem ser transformadoras e impactar positivamente no estilo de vida das pessoas. O comprometimento e a criatividade dos profissionais envolvidos são requisitos essenciais para a oferta do cuidado em saúde além das consultas realizadas no âmbito da unidade, gerando empoderamento e fortalecimento da cidadania e emancipação. Os agentes comunitários de saúde, devido à característica de pertencimento à comunidade onde atuam, podem se constituir em agentes transformadores de saberes e práticas de saúde, no cotidiano da comunidade. Caminhadas regulares, de modo coletivo e organizado, constituem-se numa importante estratégia de consolidação de novos hábitos em busca de melhoria de qualidade de vida.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011. Disponível em: <<http://www.brasilus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 05 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 446/2012, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 10 set. 2015.

GERAGE, Aline Mendes. et al. Cardiovascular adaptations to resistance training in elderly postmenopausal women. *International Journal of Sports Medicine*, Nova York, v. 34, n. 9, p. 806-813, mar. 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/235766514_Cardiovascular_adaptations_to_resistance_training_in_elderly_postmenopausal_women>. Acesso em: 10 set. 2015.

HAMER, Mark; STAMATAKIS, Emmanuel. Physical activity and risk of cardiovascular disease events: inflammatory and metabolic mechanisms. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, Indianápolis, v. 41, n. 6, p. 1206-1211, jun. 2009. Disponível em: <<http://journals.lww.com/acsm-msse/toc/2009/06000>>. Acesso em: 10 set. 2015.

KEMMLER, Wolfgang. et al. Exercise decreases the risk of metabolic syndrome in elderly females. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, Indianápolis, v. 41, n. 2, p. 297-305, fev. 2009. Disponível em: <<http://journals.lww.com/acsm-msse/toc/2009/02000>>. Acesso em: 12 set. 2015.

SORATTO, Jacks. et al. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 1-7, jan./mar. 2015. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/872>>. Acesso em: 12 set. 2015.

SOUZA, M. F; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos no espelho do futuro. São Paulo: Saberes, 2014.

ZAGO, Anderson Saranz. et al. Effects of aerobic exercise on the blood pressure, oxidative stress and eNOS gene polymorphism in pre-hypertensive older people. *European Journal of Applied Physiology*, Nova York, v. 110, n. 4, p. 825-832, nov. 2010. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00421-010-1568-6>>. Acesso em: 12 set. 2015.

SÃO BERNARDINO

Programa Sorriso Novo

Fotos: Acervo da ESF do município

Autoria

*Cirurgiã-dentista***Susanei Innig Pauly***Auxiliar de saúde bucal***Roclaudia Giroto***Técnica de saúde bucal***Clarice Garcia***Técnica em prótese dentária***Tânia Foschiera***Enfermeira***Daniela Echeveste dos Santos***Agentes comunitários de saúde***Beatriz Netto****Débora Bittencurt****Dilceu Prange****Lorena Frizon****Lúcia Roncalho****Márcia Knob****Mari Jane Zembrani***Nutricionista***Vanessa Bergamaski***Assessora de imprensa***Dieila Zanetti**

Introdução

O Município de São Bernardino conta com 01 unidade básica de saúde (UBS), que abriga a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), localizada na sede do município, com cobertura de 100% das famílias de seu território.

A unidade de saúde de São Bernardino está estruturada com a ESF desde 2001, com uma Equipe de Saúde Bucal tipo II, atendendo uma população de 2667 habitantes que, segundo dados do IBGE, devem acolher aproximadamente 800 famílias.

Apesar de todo o avanço na Odontologia, perda dentária ainda aparece com um alto índice de incidência. A perda dos dentes é considerada uma mutilação ao indivíduo. A saúde bucal e os cuidados com ela em um paciente edêntulo são importantes para manter uma adequada mastigação, fala, aparência e bem estar psicológico. A ausência dos dentes naturais leva à desarmonia do sistema estomatognático, que pode ser perpetuada pelo uso de próteses totais insatisfatórias, aumentando a possibilidade de desconforto, dor e dificuldade na utilização das mesmas, bem como o aparecimento de lesões na cavidade bucal (SILVA e GOLDEMBERG, 2001).

No Brasil, segundo dados do Ministério de Saúde (BRASIL, 2004), a gravidade do problema do desdentado total é aumentada com o incremento da faixa etária. Pode-se observar que os jovens (15 a 19 anos) não apresentam praticamente perda dos dentes que os levem ao uso de próteses totais, enquanto que para os adultos jovens (35

a 44 anos), 40% necessitam desse tratamento, e para os indivíduos mais velhos (acima de 50 anos), quase 80% da população necessitam de próteses.

Seja qual for o tipo de prótese dental utilizada, a reabilitação oral influencia psicossocialmente na vida do paciente. É verificado que a ausência de dentes influencia diretamente no cotidiano das pessoas, afetando a sua qualidade de vida. Assim, mais que restabelecer a função mastigatória, ao procurar o tratamento reabilitador, os pacientes buscam reconstituir sua imagem pessoal, social e sua qualidade de vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1995).

A qualidade das próteses totais tende a diminuir muito com o tempo de uso, principalmente a partir do quarto ano e que, após o oitavo ano de uso uma grande parte dos pacientes acabam apresentando problemas mastigatórios (YOSHIZUMI, 1964).

A saúde bucal é um fator primordial para a qualidade de vida do indivíduo e o fato deste ter perdido seus dentes reflete diretamente no convívio social e na sua auto-estima. Próteses com muito tempo de uso não exercem adequadamente as suas funções de mastigação, fonação e a estética.

Segundo Silva e Valsek Junior (2000), alguns problemas, como a diminuição da capacidade mastigatória, a dificuldade de deglutição, a secura na boca, as modificações no paladar e a perda de dimensão vertical (espaço medido da base do nariz à ponta do

queixo, quando os dentes estão cerrados, com a boca fechada) têm efeitos cumulativos negativos e prejudiciais para o indivíduo que utiliza próteses dentárias por um tempo de uso superior a cinco anos.

Justificativa

O programa denominado *Sorriso Novo* se deu principalmente em razão do número expressivo de pessoas que efetivamente necessitam desse tratamento, considerando os inúmeros benefícios à saúde que a troca de prótese proporciona ao paciente.

Verificamos que, apesar de oferecermos os serviços de prótese na unidade de saúde, havia muitos pacientes que não trocavam suas próteses com a periodicidade recomendada, em média de 5 anos, mantendo as mesmas, em alguns casos por até 40 anos.

Inúmeros são os motivos que levam os pacientes a se manterem com as mesmas próteses por um longo período de tempo, entre eles estão os fatores financeiros e por perda de autoestima. O programa busca renovar o sorriso e estimular para um novo olhar sobre a aparência, buscando fazer com que os pacientes se sintam bem, melhorando assim a qualidade de vida deles, reintegrando-os ao convívio social.

Objetivo geral

Substituir as próteses que tem tempo de uso igual ou maior a dez anos.

Objetivos específicos

- Realizar a reabilitação oral do paciente com próteses, melhorando as funções mastigatória, fonética e estética dos mesmos;
- Proporcionar ao paciente um aumento na sua autoestima com as *Tardes da Beleza*, proporcionando um novo olhar sobre a sua imagem;
- Reintegrar o paciente novamente ao convívio social, estimulando-o a participar de almoços, festas ou outras confraternizações.

Desenvolvimento

O Programa *Sorriso Novo* foi desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família do município de São Bernardino. A equipe de Saúde Bucal oferecia a população próteses dentárias totais e parciais, entretanto sem critérios específicos, seguindo simplesmente uma ordem de inscrição. Observou-se que havia um número expressivo de pacientes que não trocavam as próteses regularmente.

Os agentes comunitários de saúde realizaram um levantamento simplificado do número de pessoas

que utilizam próteses dentárias totais ou parciais e o seu tempo de uso. O programa priorizou aqueles que tinham um tempo de uso igual ou maior que dez anos.

Esse levantamento foi realizado com um questionário onde foi colocado o número do cadastro municipal da família, o nome do paciente, a idade e o tempo de uso da prótese. Também foi questionado o interesse do mesmo em substituir as próteses dentárias.

Através deste levantamento podemos constatar que 341 pessoas das famílias visitadas utilizam próteses dentárias totais e parciais. Destas, 115 com um tempo de uso maior ou igual a dez anos, representando aproximadamente 33,7% dos usuários. Com o diagnóstico obtido, foi realizada uma lista destes pacientes por ordem decrescente do tempo de uso da prótese, assim foram chamados por turmas de dez a quinze pacientes por mês para trocar as próteses. O tempo necessário para a confecção das mesmas é de quatro semanas, sendo feito atendimentos semanais aos pacientes. Além de fornecer próteses novas, o programa proporcionou *Tardes da Beleza* com muita descontração, em que os pacientes foram maquiados e penteados para uma sessão de fotos. Os mesmos também receberam camisetas com o logotipo do programa e, ainda ganharam da equipe um calendário com o mês dedicado ao programa.



Tardes da Beleza: penteados, maquiagens, novas próteses dentárias e elevada autoestima

Além da equipe de Saúde Bucal formada pela cirurgiã-dentista, auxiliar de saúde bucal, técnica de saúde bucal e técnica em prótese dentária, contamos também com a ajuda da enfermeira e das agentes comunitárias de saúde.

Também foram convidadas para colaborar com as *Tardes da Beleza*, a nutricionista e a assessora de imprensa, na maquiagem e sessão de fotos.



Equipe realizadora do Programa Sorriso Novo

Posteriormente enviamos as fotos para os pacientes e também as publicamos nas redes sociais da imprensa de nosso município.

Resultados e Conclusão

O Programa Sorriso Novo está conseguindo alcançar os objetivos quando, além de devolver as funções mastigatórias melhorando a qualidade de vida dos pacientes, previne que os mesmos desenvolvam doenças associadas ao desgaste natural das próteses pelo seu tempo de uso. Verifica-se também a alegria dos mesmos nas *Tardes da Beleza*, a qual pode ser vista em fotos.



Gratificante alegria do resultado

O Programa Sorriso Novo mostrou à ESF e, principalmente à ESB, que o mesmo trabalho



Todos com sorrisos belos e saudáveis

pode mudar muito a vida de usuários. Proporcionar algumas horas de alegria nas *Tardes da Beleza* muda a vida de pacientes e traz a todos da equipe uma grande satisfação em executar o trabalho.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 51 p.

OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*. v.41, n.10, 1995, p.403-409.

SILVA, S.R.C.; VALSEK JUNIOR, A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica/Pam Am J Public Health*, v.8, n.4, p. 26-271, 2000.

SILVA, Lilian Guisard; GOLDENBERG, Mirian. A mastigação no processo de envelhecimento. *Revista Cefac*, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 27-35, jan./jun. 2001.

YOSHIZUMI, Donald T. An evaluation of factors pertinent to the success of complete denture service. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. Kansas City, v. 14, n. 5, p.866-878, set./out. 1964.

Corpo em Movimento: grupo terapêutico para pacientes com dor crônica de origem musculoesquelética

Fotos: Acervo da ESF do município

Autoria

*Fisioterapeuta***Milton Ricardo de Medeiros Fernandes***Nutricionista***Daiane Cardoso***Profissional de educação física***Alini Dutra Mello***Farmacêutica***Mara Rubia Mendes***Assistente social***Maria Isabel Nietto***Psicólogo***Sérgio Leonardo Gobbi***Enfermeiras***Andresa Vicente Biff****Anny Caroline Dal Toé da Luz****Bruna Sávio****Cristiane De Villa****Fernanda Bovaroli****Graziela Gaspar Rodrigues****Graziela Macarini Zuchinalli****Janaina Prudêncio de Freitas****Lívia Leal Della****Magda Andréia de Brito****Maria Filomena Peruchi****Shirley Gazola Cardoso****Suelen Dagostin****Susana Novelli****Suzete Vieira Cardoso****Talita Correa Lima****Vanessa Cândido****Viviane Serafim**

Introdução

O município de Içara vem implantando, desde o mês de julho de 2010, uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que neste momento atende as dezoito equipes de Saúde da Família. A equipe NASF é composta por: fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutica, psicólogo, assistente social, fonoaudióloga e profissional de educação física. Atualmente, regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, se configura como equipe multiprofissional que atua de forma integrada com as equipes de Saúde da Família. Em 2014 foi inaugurado o Pólo de Academia da Saúde, localizada no bairro Jaqueline, e que passa a receber atividades relacionadas à saúde e atividades físicas.

A atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade Básica de Saúde (UBS) como nos atendimentos domiciliares, admite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde. Entre as demandas verificadas junto às equipes de Saúde da Família estão os quadros de dor crônica de origem musculoesquelética.

Entre os fatores que justificam a ocorrência de casos de dor estão os novos hábitos de vida ou o

comumente chamado “estilo de vida moderno”, a diminuição da tolerância ao sofrimento e o aumento da expectativa de vida dos indivíduos em geral (TEIXEIRA; MARCON; ROCHA, 2001). Conforme Pimenta e Teixeira (2000), dor é uma experiência subjetiva e pessoal, envolve aspectos sensitivos e culturais que podem ser alterados pelas variáveis socioculturais e psíquicas do indivíduo e do meio. A dor crônica pode ser definida como a dor contínua ou recorrente de duração mínima de três meses, tem a função de alerta e, muitas vezes, possui etiologia incerta, não desaparecendo com a utilização de procedimentos terapêuticos convencionais e é a causa de incapacidades e inabilidades prolongadas (SMITH; ELLIOTT; CHAMBERS, 2001).

A Associação Internacional para Estudo da Dor preconiza a dor crônica como aquela com duração maior que seis meses, de caráter contínuo ou recorrente, isto é, com três episódios no período de três meses (MERSKEY, 1994). A dor crônica perde a função de manter a homeostase e de ser sinal de alerta, causa comprometimento funcional, sofrimento, incapacidade progressiva e custo socioeconômico. Seja qual for a patologia de base, a dor crônica deve merecer a atenção dos profissionais de saúde, devido às suas implicações (MARTINEZ; MACEDO; PINHEIRO, 2004). Estima-se que mais de um terço da população brasileira considera a dor crônica como fator de comprometimento para as atividades habituais e mais de três quartos considera que a dor crônica é limitante para as atividades recreacionais,

relações sociais e familiares (TEIXEIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2001).

O grupo terapêutico Corpo em Movimento, organizado pelo NASF, vinculado à ESF e realizado na Academia da Saúde, surge para auxiliar as equipes no manejo dos pacientes com dor crônica de origem musculoesquelética.

Justificativa

Entre as responsabilidades compartilhadas entre a equipe NASF e as equipes de Saúde da Família está prevista a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2011). Deste modo, ao perceber que entre as principais demandas originadas nas UBS estava a grande quantidade de encaminhamentos represados pela pouca disponibilidade na oferta de consultas e procedimentos especializados no município de Içara, e ao analisar as solicitações, se constatou que grande parte dos pacientes apresentava quadro de dor crônica, e desta forma poderiam ser atendidos na Atenção Básica a partir da criação de um grupo terapêutico voltado para esta demanda. Desta forma, propiciaria um acesso mais rápido ao atendimento, sem necessidade de encaminhar para clínica especializada (TREVISANI; ATALLAH, 2015).

Objetivo geral

Ampliar a resolutividade da Atenção Básica nos encaminhamentos para atendimento por fisioterapeutas.

Objetivos específicos

- Reduzir o tempo de espera dos pacientes para fisioterapia;
- Reduzir gastos com tratamento fisioterapêutico;
- Fortalecer o vínculo dos usuários com as equipes de Saúde da Família;
- Oferecer ao paciente o conhecimento sobre seu corpo e a dor crônica;
- Atuar nos fatores biopsicossociais como causadores da dor crônica.

Desenvolvimento

A partir da análise dos encaminhamentos para fisioterapia, verificou-se que a maior parte eram

pacientes com dor crônica inespecífica, acometendo principalmente a coluna vertebral. Então, foi estruturada uma proposta de criação de um grupo terapêutico, tendo como princípio a realização de exercícios orientados de baixo impacto e intensidade leve a moderada, pois exercícios como alongamento, aeróbica de baixo impacto, caminhada, uso de bicicleta ergométrica, natação, etc., melhoram as dores subagudas ou crônicas e previnem a recorrência (nível de evidência 1, grau de recomendação A) (MARGO, 2000). Também objetivando prevenir a recorrência e a cronificação das dores, recomenda-se os chamados cursos de coluna (back schools) e orientações específicas de mudança de comportamento, (nível de evidência I, grau de recomendação A) (TREVISANI; ATALLAH, 2015).



Alongamentos

O grupo terapêutico acontece durante o período de um mês, onde são realizados oito encontros, duas vezes por semana, com duração de uma hora, cujo programa consiste em alongamento muscular, exercícios aeróbicos de baixo impacto, exercícios de fortalecimento muscular, princípios cognitivos-

comportamentais (MARGO, 2000). Além disso, também se emprega as Práticas Integrativas e Complementares, sendo utilizados exercícios que compõe o Lian Gong, e a inserção de agulhas conforme o método Yamamoto New Scalp Acupuncture.



Lian Gong

Os pacientes com dor crônica são agendados para o grupo terapêutico pelas enfermeiras das UBS onde atua a ESF, a partir da análise das solicitações para fisioterapia. Os demais pacientes, principalmente aqueles com dor aguda, acabam acessando o serviço de fisioterapia com maior brevidade, ampliando a resolutividade do caso.

Resultados

Entre os meses de maio a setembro de 2015, foram encaminhados 106 pacientes das Equipes de Saúde da Família Aurora, Cristo Rei, Jaqueline, Jardim Elisabete, Jardim Silvana, Liri, Nossa Senhora de Fátima, Presidente Vargas I e II, Primeiro de Maio e Raichaski. Destes, efetivamente participaram 49 pacientes, sendo 77,5% do sexo feminino e 22,5% do sexo masculino. A média de idade dos participantes foi 68,9 anos, distribuindo-se entre 16 e 85 anos. Entre as participantes do sexo feminino, a média de idade foi 52,2 anos, e entre os homens a idade média foi 57,6 anos.

Após oito atendimentos, os pacientes relatam diminuição da dor, mudança nas atividades de vida diária, modificações na forma de executar movimentos que antes poderiam causar danos, um melhor entendimento sobre dor crônica. A totalidade dos pacientes afirma realizar os exercícios propostos diariamente, e assim sentem-se com maior disposição, maiores amplitudes de movimento articular, flexibilidade e força muscular. Ao final do programa terapêutico, a

contrarreferência é preenchida e enviada para a unidade de saúde onde o paciente está cadastrado, a fim de informar para o restante da equipe quanto ao resultado obtido pelo paciente.

Neste período, 57 pacientes não compareceram no Polo de Academia da Saúde, apesar de encaminhados pela UBS. O principal motivo alegado para o não comparecimento foi a distância dos bairros de origem e o bairro Jaqueline, onde está localizado o Polo. Por isso, já está em estudo, pela Secretaria Municipal de Saúde, uma alternativa que facilite o deslocamento dos pacientes e assim ampliar a participação dos mesmos. Outro motivo é a redução ou ausência dos sintomas no momento em que as agentes comunitárias de saúde (ACS) comunicaram o agendamento. É comum às dores crônicas apresentarem ciclos, e justamente no ápice da dor o paciente procura atendimento na unidade de saúde. Nas semanas seguintes ocorre declínio da dor, e muitas vezes coincidem com o início do tratamento. Não havendo mais dor, o paciente acaba por desistir do tratamento. Portanto, é necessário ampliar o conhecimento da equipe para que haja um maior convencimento por parte do usuário quanto à importância da participação no grupo, mesmo nos períodos sem dor.

As demais UBS com ESF que não encaminharam pacientes não possuem demanda reprimida, mas de igual forma receberam orientação quanto à triagem e encaminhamento.

Considerações Finais

O grupo terapêutico Corpo em Movimento tem alcançado seus objetivos, tanto em ampliar a resolutividade como melhorar o acesso dos pacientes com dor crônica ao tratamento. Existe ainda uma tendência dos pacientes a preferirem o tratamento em clínica de fisioterapia, mas as evidências apontam que exercícios e terapia cognitivo-comportamental apresentam resultados superiores que os das modalidades terapêuticas clássicas. É necessária uma maior interação com as equipes de Saúde da Família, objetivando ampliar o número de participantes nos próximos meses.

Segundo Neto et al. (2010), recomenda-se que a abordagem ao paciente com dor crônica seja multiprofissional. Assim sendo, está previsto que a inclusão dos demais componentes da equipe NASF de Içara (assistente social, farmacêutica, nutricionista, profissional de educação física e psicólogo) nos próximos meses seja presencial nas atividades do grupo ou com a entrega de material informativo.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 20 set. 2015.

CAMARGO NETO, Aristeu de Almeida. et al. Recomendações para a abordagem de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde. *Rev Bras Clin Med.*, São Paulo, v.8, n. 5, p.428-433. set./out. 2010.

MARGO, Katherine. An 8 session exercise program was effective for subacute or chronic low-back pain. *ACP Journal Club*, Philadelphia, v. 132, n. 3, p. 99. mai./jun. 2000.

MARTINEZ, José Eduardo. et al. Perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor músculo-esquelética crônica acompanhados nos três níveis de atendimento de saúde de Sorocaba. *Acta Fisiatrica*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 67-71. ago. 2004.

MERSKEY, Harold; BOGDUK, Nikolai (Eds.). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. 2. ed. Seattle: IASP Press, 1994. 222 p.

PIMENTA, C.A.M.; TEIXEIRA, M.J. Dor no idoso. In: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. *Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu: 2000. p. 373-387.

SMITH, Blair H. et al. The impact of chronic pain in the community. *Family Practice*, Grã Bretanha, v. 18, n. 3, p. 292-299. jun. 2001.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. et al. Epidemiologia clínica do dor músculo-esquelética. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 80 (ed. esp. pt. 1) p. 1-21. 2001.

TEIXEIRA, M.J.; MARCON, R.M.; ROCHA, R.O. Epidemiologia da dor. In: TEIXEIRA, M.J.; FIGUEIRÓ, J.A.B. *Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento*. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Júnior, 2001. p. 1-7.

TREVISANI, Virgínia Fernandes Moça; ATALLAH, Álvaro Nagib. Lombalgias: evidência para o tratamento. *Revista Diagnóstico & Tratamento*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 17-19. 2002. Disponível em: <http://www.centrocochranedobrasil.org.br/cms/apl/artigos/artigo_513.pdf>. Acesso em: 11 out. 2015.



Ensinando Saúde: Programa Saúde na Escola

Fotos: Acervo da ESF do município

Médicos

Carlos Eduardo Sigwalt
Cezar Augusto Suchard
Michele Caroline dos Santos Garcia

Enfermeira

Gíslayne Buzzi Becher

Técnica de enfermagem

Ivani Filippi Weber

Nutricionista

Júlia Maria dos Anjos

Fisioterapeuta

Renato de Sena

Profissional de educação física

Sérgio de Souza

Fonoaudióloga

Lidiane do Rosário Pereira

Secretária Municipal de Saúde

Adriana Barni Boing

Coordenadora da atenção básica

Luana Eifler

Coordenadora da ESF

Raquel Rhoden Kreuzsch

Agente de combate a endemias

Cídia Cristini de Souza

Agentes comunitários de saúde

Adriana Dognini

Evani Steinheuser de Souza

Janaina Kuntz

Maria de Fátima Bichinock

Marivone Ferreira

Merian Lemos Franzem

Patrícia Martins Bózio

Paula Muller Jacinto

Rosane Back Voltolini

Rozi Maria Constantino

Silvanir Boll de Souza

Vanessa Chaiane Back Raimundo

Introdução

O município de Vidal Ramos, localizado no Alto Vale do Itajaí, possui população de 6,372 habitantes com diversas etnias, porém com predomínio dos descendentes de alemães, italianos e poloneses.

A população dispõe de três equipes de Estratégia de Saúde da Família, vinte Agentes Comunitários de Saúde e uma equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família tipo II cuja implantação se deu em 2012, com percentual de 100% de cobertura no município. Possui também um hospital filantrópico que recebe recursos do SUS, uma parte do MS, mas a maioria é de recursos municipais.

As relações entre os diversos setores públicos existentes é um grande diferencial, destacando as parcerias entre os setores da saúde e da educação, já que estes possuem afinidade no campo de políticas públicas por servirem para nortear e universalizar os direitos fundamentais dos cidadãos de qualquer lugar do país.

Além disso, a parceria entre saúde e educação deve procurar ser ampla para a construção de um território, comunidade e escola mais saudáveis. Isto abrange creches, ensino fundamental e médio, oferecendo a possibilidade de educar por meio da construção de diferentes saberes, sejam eles científicos, culturais, experiências de vida, entre outros.

Para tanto, as atividades realizadas nas escolas de Vidal Ramos tem como base o modelo Programa Saúde na Escola (PSE), formulado pelo Ministério da Saúde, que tem a *Semana de Saúde na Escola* como incentivo das ações do PSE.



Semana de Saúde na Escola: importância da atividade física

Os atendimentos são realizados pela Equipe de Saúde da Família da área I, para todas as crianças e adolescentes do município que frequentam as escolas municipais ou estaduais, independente do local onde residem.

Estas ações iniciam após parceria entre as Secretarias de Saúde e Educação, acontecem em torno de temas de mobilização social para demonstrar a importância das boas condições de saúde no desenvolvimento dos educandos, servindo como intervenções nos diagnósticos realizados através de outros programas disponibilizados pelo Governo Federal, garantindo ainda o acesso do usuário aos serviços de atendimento especializado, orientação e resolução dos problemas elencados.

A inscrição do Município de Vidal Ramos ao PSE do Ministério da Saúde ocorreu em fevereiro de 2013 e, desde então, as ações de saúde na escola são realizadas semestralmente.

Justificativa

O projeto *Ensinando Saúde* tem, entre as principais características, o fortalecimento das ações realizadas entre a saúde e a educação com o intuito de orientação e atendimento a todas as crianças e adolescentes referente à obesidade, por meio de avaliação antropométrica; e saúde ocular, por meio do teste de Snellen. Ambos com encaminhamentos às especialidades, quando necessário, além de orientação sobre os temas relevantes como alimentação saudável, higiene, álcool, drogas e sexualidade.



Conhecendo o corpo humano, orientações sobre higiene

Desta forma é necessário e importante criar o hábito do cuidado com a saúde desde a infância para que esta geração de pessoas possa viver com mais qualidade de vida e estimular os pais através de boas orientações advindas da escola.

Objetivo geral

Introduzir o Programa Saúde na Escola no município de Vidal Ramos, de modo diferenciado, já que o projeto municipal busca a participação de todas as escolas e de todos os educandos.

Objetivos específicos

- Executar as ações de triagem da acuidade visual do Programa Saúde na Escola;

- Colaborar nas ações de avaliação antropométrica do Programa Saúde na Escola;
- Inserir o aluno nas ações da rede da Estratégia de Saúde da Família;
- Fortalecer a comunicação e estimular a participação das escolas com a Equipe de Saúde da Família;
- Realizar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, levando em consideração as vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento das crianças e dos jovens.

Desenvolvimento

Os atendimentos nas escolas são realizados pela equipe responsável pela área I da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município e acontecem de acordo com cronograma definido pelos profissionais da saúde e da educação, todas as sextas-feiras nos dois períodos do dia e, quando necessário, no período noturno.

O transporte dos profissionais até as escolas é realizado com o veículo pertencente à ESF, através de agendamento prévio do mesmo.

A triagem da acuidade visual é realizada de acordo com o manual do Ministério da Saúde, usando-se a escala de Snellen, que deve ficar situada a uma distância de 5 metros da pessoa testada e de 1,5 metros do chão. A pessoa testada deve ficar sentada e segurando um ocluser, primeiramente no olho direito e depois no olho esquerdo. As avaliações antropométricas são realizadas pelos educadores físicos das escolas e posteriormente analisadas pela nutricionista do NASF.



Avaliação antropométrica

As crianças e adolescentes que apresentam redução da acuidade visual no Teste de Snellen são encaminhados ao oftalmologista contratado pela Prefeitura Municipal, para avaliação específica. Já os que apresentam alterações na avaliação antropométrica

são encaminhados primeiramente à nutricionista e, se necessário, ao médico, de acordo com a indicação da profissional.

As escolas e localidades dos atendimentos são: Escola de Educação Básica Cacilda Guimarães – Centro; Escola Municipal Francisco Feifareck – Comunidade de Rio das Pacas; Escola Municipal Germano Schaefer – Centro; Creche Maria Ramos Will e Pré-escola – Centro; Escola Municipal João Alberto Schmid – Comunidade de Campestre; Escola Municipal Rodolfo Fink – Comunidade de Chapadão do Tigre; Escola Municipal Padre Eriberto Hartmann – Centro; Creche Cecília Peixe Frutuoso – Centro; Escola Municipal Rio Bonito – Comunidade Fazenda Rio Bonito.

Resultados

O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído no território nacional no ano de 2007. No município de Vidal Ramos a adesão ocorreu no ano de 2013, onde todas as instituições de ensino municipais ou estaduais participam desde então das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, de acordo com cronograma acertado com os responsáveis pelas escolas e com temas sugeridos pelo programa.

A equipe trabalha com uma média de 1500 alunos por ano. Em 2013, a equipe realizou avaliações antropométricas, avaliação da acuidade visual, palestras com temas de mobilização social como: sexualidade, DSTs, drogas, alimentação saudável, o corpo humano, dengue, todos de acordo com a faixa etária e indicação, e foram distribuídos jornais educativos, material este que serviu como complemento das atividades realizadas, contendo diversas matérias sobre os temas trabalhados e jogos educativos. Das 8 instituições atendidas pela equipe nas avaliações de acuidade visual, foram realizados 110 encaminhamentos para o oftalmologista e destes, 80 realizaram a consulta custeada pela secretaria municipal de saúde. Infelizmente no primeiro ano do programa não foram realizadas anotações precisas do número de crianças e adolescentes que necessitaram de óculos, que tiveram que alterar o grau, ou que tiveram que realizar algum procedimento por exemplo. Com relação ao estado nutricional, foram visitadas 9 escolas e creches com diagnóstico final de 61 crianças e adolescentes com obesidade, 101 apresentando sobrepeso e 17 com baixo peso. Todas essas crianças foram encaminhadas à Unidade de Saúde para consulta com a nutricionista, sendo acompanhadas pelos pais ou responsáveis.



Orientação sobre a vacina anti-HPV nas escolas

No ano de 2014 as ações continuaram em 8 instituições visitadas. Da avaliação dos alunos das diversas faixas etárias tivemos um total de 123 encaminhamentos para o oftalmologista, e destes, 102 realizaram a consulta paga pela Secretaria Municipal de Saúde. Destas 123 crianças, 83 tiveram alteração nos óculos que usavam ou passaram a utilizar óculos, apenas 1 foi encaminhada para a cirurgia. As avaliações antropométricas foram realizadas pelos profissionais de educação física e avaliadas posteriormente pela nutricionista do NASE, onde se constatou o diagnóstico de 50 crianças e adolescentes com obesidade, 115 com sobrepeso e 4 com baixo peso. Para finalizar os trabalhos do ano, a equipe composta por enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitárias de saúde trabalharam com o tema alimentação saudável, dando ênfase à importância das porções diárias segundo a pirâmide alimentar. Realizou ainda, com a orientação da Pastoral da Criança, um curso sobre sucos naturais e ofereceram aos alunos juntamente com a entrega das receitas para levarem aos seus lares, para que os pais possam usufruir e colaborar na alimentação da família.

Para o ano de 2015 a equipe já realizou a distribuição de folders como forma de enfatizar as orientações por escrito para pais e crianças a respeito do piolho. Realizou também no primeiro semestre, avaliações antropométrica e oftalmológica, e segue com os encaminhamentos a consultas conforme necessidade. A equipe planeja trazer uma equipe de teatro no mês de outubro com temas relacionado à sexualidade para adolescentes de todas as escolas estaduais do município. Além disso, pretende dar continuidade aos trabalhos dos sucos naturais e ainda atuar com o tema tabagismo aproveitando a implantação do grupo antitabaco no município.



Realização da pirâmide alimentar

Considerações finais

O trabalho desenvolvido com alunos do município nos mostra o quanto é interessante assisti-los integralmente, daí a importância das relações em conjunto entre os setores da saúde e da educação e de equipe multiprofissional.

As práticas de educação em saúde sobre os diversos assuntos de mobilização social, bem como de atendimentos e encaminhamentos, garantem ainda mais o vínculo entre as equipes de saúde com a escola, alunos e pais, além de colaborar para o bem estar dos estudantes.

Vale ressaltar a importância do trabalho de promoção de saúde proposto e prevenção de doenças, buscando assim minimizar as ações de recuperação de saúde e garantir as informações necessárias para auxiliar uma geração de pessoas a viver com mais qualidade de vida.

Nota: alguns responsáveis optaram por estar pagando as consultas para seus filhos com intuito de agilizar a espera, já que se torna impossível a realização de todas as consultas em um mesmo momento. Porém sempre é ofertada a opção aos pais de esperarem a vez do seu filho, de acordo com a necessidade individual de cada estudante.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo PSE / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Educação. Programa Saúde na Escola. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817 Acesso em: 30 abr. 2013.

Prefeitura Municipal. Prefeitura Municipal de Vidal Ramos. Vidal Ramos, 2015. Disponível em: <http://www.prefeituravidalramos.com.br/municipio/index/codMapaItem/20219>. Acesso em: 11 set. 2015.

Alimentação Saudável

LEGUMES E VERDURAS

São plantas ou parte de plantas que servem para o consumo humano, como folhas, flores, frutos, caules, sementes, tubérculos e raízes.

VERDURA: as partes comestíveis do vegetal são folhas, flores e hastes.

LEGUMES: as partes comestíveis são os frutos, as sementes ou as partes que se desenvolvem na terra.

São boas fontes de vitaminas, sais minerais, fibras e água, auxiliando na promoção da saúde e prevenção de doenças.

FRUTAS

São fontes de vitaminas, sais minerais, fibras e água. Importantes para o funcionamento intestinal e no equilíbrio das funções vitais do corpo, na prevenção da obesidade e outras doenças crônicas, como o diabetes, doenças do coração e alguns tipos de câncer.

Para uma alimentação adequada e saudável, é importante consumir frutas variadas diariamente.

#saude nasredes SUS + /minsaude

Horto & Saúde: relato de experiência

Fotos: Acervo da ESF do município

Autoria
Médico

Marcos Marques Moreira –

Farmacêutica

Ana Paula Pan Scarton

*Farmacêutica e consultora
do Núcleo de Telessaúde SC*

Gisele Damian Antonio Gouveia

Secretária municipal de saúde
Ileia Iaroszeski de Souza

Enfermeiras

Daiane Cristina Teixeira

Mara Arlete Müller

Técnicas de enfermagem

Mirna Maria Felissitti Petter

Jusilei Petter Magioni

Atendente de farmácia
Irici Staudt

Psicóloga

Cíntya Dutra Post

Fisioterapeuta

Josilene Conceição Karminski

Auxiliar de saúde bucal

Dalvair de Lara Ongaratto

Agentes comunitários de saúde

Ângela Dalmagro

Eliane Schafer

Frida Kuerten Lisiak

Janete Provin

Sistemas de informação

Dirlei Bendlin

Controle interno

Vanessa Julia Kluge Warnyziack

Introdução

O município de São Miguel da Boa Vista localiza-se na região do extremo oeste catarinense, distante 626 km da capital do estado, Florianópolis. É um município pequeno, com 71 km² de território e 1.880 habitantes, sendo que 77 % destes residem no interior do município, tendo como principal atividade econômica a agricultura familiar. Este município tem uma única Equipe de Saúde da Família que cobre 100% do território municipal.

No trabalho rotineiro da equipe de saúde no município percebeu-se que a população mais idosa fez, com muita frequência, referências ao uso de diversas plantas medicinais por diversos motivos e de diversas formas. Já a população mais jovem mostrou certo desconhecimento em relação à cultura tradicional do uso das propriedades medicinais das plantas. Com esta percepção, o questionamento quanto ao uso prévio de plantas medicinais pelos pacientes foi incluído na abordagem clínica dos mesmos. Feito isto, verificou-se que o uso de ervas e plantas medicinais era ainda maior do que o imaginado, mas muitas vezes omitido pelos usuários, geralmente referindo pensar que este fato não seria valorizado pela equipe de saúde ou que o uso de plantas medicinais não teria nenhuma interação com a associação ao uso de medicamentos alopáticos.

Justificativa

A utilização da natureza para fins terapêuticos é tão antiga quanto a civilização humana e, por muito tempo, produtos minerais, plantas e animais foram fundamentais

para a área da saúde. Historicamente, as plantas medicinais são importantes como fitoterápicos e na descoberta de novos fármacos, estando no reino vegetal a maior contribuição de medicamentos (ANTONIO *et al.*, 2013; 2014).

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a OMS tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza estas plantas ou preparações delas no que se refere à Atenção Primária de Saúde (APS) e, por meio de seu Programa de Medicina Tradicional, recomenda aos Estados Membros a elaboração de políticas nacionais voltadas à integração/inserção da medicina tradicional e medicina complementar e alternativa aos sistemas oficiais de saúde, com foco na APS (BRUNING *et al.*, 2012).

A APS, definida como o primeiro contato do usuário com a rede assistencial do sistema de saúde, é complexa e demanda intervenção ampla em diversos aspectos para que possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, exigindo um conjunto de saberes para ser eficiente, eficaz e resolutive. Caracteriza-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, coordenação da assistência dentro do próprio sistema, atenção centrada na família, orientação e participação comunitária e competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2004).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa a reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde

como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011).

No Brasil, estima-se que cerca de 82% da população brasileira utiliza produtos a base de plantas medicinais nos seus cuidados com a saúde, seja pelo conhecimento tradicional popular, de transmissão oral entre gerações, ou nos sistemas oficiais de saúde, como prática de cunho científico, orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (OPAS, 2011).

Para atender a estas demandas da Organização Mundial de Saúde e da população brasileira, assim como a necessidade de normatização e harmonização dessas práticas na rede pública de saúde, foram aprovadas em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). Essas políticas definem as diretrizes e ações para inserção de serviços e produtos relacionados à fitoterapia (BRASIL, 2006a, b), cuja proposta foi construída seguindo o modelo da fitoterapia ocidental, entendida como “terapia caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas”, cuja abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social, em virtude da quase totalidade dos programas no país se basearem nesse modelo. Nesse sentido, visa ampliar as opções terapêuticas aos usuários do SUS com garantia de acesso aos produtos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, bem como estimular o resgate e valorização do conhecimento tradicional e a troca de informações entre atores sociais detentores de conhecimento tradicional com pesquisadores, técnicos, trabalhadores em saúde e representantes da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2006a,b).

A partir do exposto, a equipe de saúde de São Miguel da Boa Vista criou o projeto Horto & Saúde que visou organizar um painel didático, uma vitrine de espécies *in natura* e folder educativo para orientar sobre o uso adequado de plantas medicinais no município, com os objetivos abaixo descritos.

Objetivos

- Conhecer melhor o uso de plantas medicinais pela população adstrita;
- Associar o conhecimento popular ao conhecimento técnico-científico;

- Desfazer a crença de muitas pessoas de que os profissionais de saúde desvalorizam as terapias alternativas e complementares;

- Resgatar na população jovem e urbana do município a tradição do uso de plantas medicinais;

- Estimular o reconhecimento correto de cada planta, haja vista que existe uma grande variedade de nomes populares usados;

- Otimizar a relação custo-benefício para o paciente e para sua comunidade com relação à disponibilidade e uso criterioso de medicamentos alopáticos;

- Promover o uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS.

Desenvolvimento

Levantamento das plantas medicinais na população

Este trabalho é um relato de experiência da Equipe de Saúde da Família do município de São Miguel da Boa Vista. Muitos municípios mantêm hortos medicinais onde as plantas são cultivadas, colhidas, preparadas, embaladas e fornecidas aos usuários da APS. Em algumas reuniões de equipe de saúde local esta ideia foi lembrada como uma opção a ser seguida, mas constatou-se ser inviável devido às limitações de recursos humanos e financeiros para manter um controle de qualidade correto destas plantas assumido pelo poder público, levando-se em consideração o porte do município.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) editou e publicou, em 2010, uma lista de plantas medicinais encontradas no Brasil, padronizando-as por seus nomes científicos e populares, indicações e contra indicações e formas de preparo e uso correto das mesmas (BRASIL, 2011). Este documento apresenta uma vantagem por propiciar o aproveitamento da nossa própria biodiversidade local, motivando a participação popular e o controle social, ao estimular as pessoas a adquirirem e/ou difundirem este conhecimento além da boa relação custo benefício para o preparo das plantas.

Esta lista foi impressa e estudada em reunião da equipe de atenção básica. As agentes comunitárias de saúde, por estarem inseridas nas comunidades onde trabalham, são o principal elo entre os profissionais da saúde e sua população adstrita. Desta maneira, a participação delas foi fundamental ao selecionar, dentre as várias plantas constantes no documento da ANVISA, quais estão disponíveis no nosso território *in natura*. Ao final da reunião, de um total de 66 plantas do documento, foram selecionadas 41 plantas de interesse para o presente projeto, descritas no quadro a seguir:

NOME POPULAR	NOME CIENTÍFICO	INDICAÇÃO
Açafrão-da-terra	<i>Curcuma longa</i>	Distúrbios digestivos e anti-inflamatório
Alcachofra	<i>Cynara scolymus</i>	Distúrbios da digestão
Alecrim-pimenta	<i>Lippia sidoides</i>	Inflamações da boca e garganta
Alho	<i>Allium sativum</i>	Colesterol elevado, expectorante e como antisséptico
Anis estrelado	<i>Illicium verum</i>	Bronquite (expectorante)
Arnica	<i>Arnica montana</i>	Traumas, contusões, hematomas, torções e inchações (compressas)
Bardana	<i>Arctium lappa</i>	Distúrbios digestivos, diurético, anti-inflamatório, dores articulares.
Boldo-do-Chile	<i>Peumus boldus</i>	Distúrbios da digestão de alimentos gordurosos
Calêndula	<i>Calendula officinalis</i>	Inflamações e lesões de pele, contusões e queimaduras (compressas)
Camomila	<i>Matricaria recutita</i>	Cólicas intestinais, calmante, ansiedade leve
Canela	<i>Cinnamomum verum</i>	Falta de apetite, distensão abdominal e para cólicas digestivas leves
Carqueja	<i>Baccharis trimera</i>	Distúrbios digestivos
Catinga-de-bode	<i>Ageratum conyzoides</i>	Dores articulares
Cavalinha	<i>Equisetum arvense</i>	Inchaços por retenção de líquidos
Cidreira	<i>Cymbopogon citratus</i>	Cólicas intestinais e menstruais, calmante suave.
Dente-de-leão	<i>Taraxacum officinale</i>	Distúrbios digestivos, estimulante do apetite e como diurético
Erva doce	<i>Pimpinella anisum</i>	Distúrbios digestivos, cólicas intestinais e expectorante
Erva-de-bicho	<i>Polygonum punctatum</i>	Varizes e úlceras varicosas
Erva-de-bugre	<i>Casearia sylvestris</i>	Distúrbios digestivos, gastrite e mau-hálito
Espinheira santa	<i>Maytenus ilicifolia</i>	Distúrbios da digestão, azia e gastrite.
Eucalipto	<i>Eucalyptus globulus</i>	Gripes, resfriados, obstrução de vias aéreas, bronquite e asma
Falsa-erva-cidreira	<i>Lippia alba</i>	Calmante suave para ansiedade e insônia, cólicas intestinais.
Falso-boldo	<i>Plectranthus barbatus</i>	Distúrbios da digestão e hipotensão
Garra-do-diabo	<i>Harpagophytum procumbens</i>	Dores articulares
Gengibre	<i>Zingiber officinale</i>	Enjoo, náusea e vômito por viagens e distúrbios digestivos.
Goiabeira	<i>Psidium guajava</i>	Diarreias
Guaco	<i>Mikania glomerata</i>	Gripes, resfriados e bronquite (expectorante)
Hortelã-pimenta	<i>Mentha piperita</i>	Cólicas e gases. Problemas hepáticos
Laranja-amarga	<i>Citrus aurantium</i>	Calmante suave para ansiedade e insônia
Macela	<i>Achyrocline satureioides</i>	Má digestão e cólicas intestinais
Malva	<i>Malva sylvestris</i>	Contusões e inflamações da boca e garganta
Maracujá	<i>Passiflora incarnata</i>	Calmante suave para ansiedade e insônia
Melissa	<i>Melissa officinalis</i>	Cólicas abdominais e calmante suave
Mil folhas	<i>Achillea millefolium</i>	Falta de apetite, perturbações digestivas, febre, inflamação e cólicas.
Picão	<i>Bidens pilosa</i>	Icterícia
Pitangueira	<i>Eugenia uniflora</i>	Diarreia
Poejo	<i>Mentha pulegium</i>	Expectorante, estimulante do apetite, distúrbios digestivos e cálculos biliares
Quebra-pedra	<i>Phyllanthus niruri</i>	Cálculos renais
Romã	<i>Punica granatum</i>	Inflamações e infecções da boca e faringe como anti-inflamatório
Tansagem	<i>Plantago major</i>	Inflamações da boca e faringe
Unha-de-gato	<i>Uncaria tomentosa</i>	Dores articulares e musculares agudas

Esse levantamento do uso popular de plantas medicinais realizado pelos agentes comunitários de saúde no município estimulou uma discussão entre os profissionais da equipe ESF, do Núcleo de Apoio a Saúde da Família NASF, educadores e técnicos agrícolas sobre a importância da inserção da fitoterapia no contexto dos serviços de atenção básica do município, conforme recomendado pela Política Nacional de Prática Integrativas e Complementares e a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006a, 2006b). No entanto, observou-se uma insegurança por parte dos profissionais de saúde em relação à forma de prescrição, dispensação e orientação sobre o uso adequado de plantas medicinais como recurso terapêutico, devido à falta de conhecimento científico e formação no tema. Após a sensibilização, foi reconhecida a diversidade local e a cultura popular do uso de plantas medicinais presentes no município. O fato motivou o município a organizar uma capacitação à distância para os profissionais, como descrito a seguir.

Capacitação dos profissionais de saúde e reuniões nas comunidades

A capacitação dos profissionais de saúde visou incentivar os mesmos a questionar a população sobre o uso de plantas medicinais e, assim, conciliar o conhecimento técnico-científico ao saber popular ou tradicional.

No mês de novembro de 2013, cerca de um ano antes do início deste projeto, o ambientalista, pesquisador etnobotânico e coordenador da Farmácia Viva Itinerante em Florianópolis visitou o município para a realização de uma oficina aberta aos profissionais de saúde e população interessada em plantas medicinais. Aproveitou-se esta atividade como uma das ferramentas de capacitação dos profissionais, adicionada ao uso do Caderno de Atenção Básica n.31 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).



Painel impresso de plantas medicinais

Além disto, recebemos uma contribuição substancial do Núcleo Telessaúde Santa Catarina, por meio de diversas teleconsultorias.

O município também realiza reuniões descentralizadas mensalmente, ocorrendo de forma rotativa em diversas comunidades do município, onde são discutidos temas de interesse público relacionados à promoção de saúde e prevenção de doenças. Para auxiliar na difusão do conhecimento das plantas medicinais junto à população adstrita, o tema “Plantas medicinais: suas formas de preparo e uso correto” foi incluído como uma das pautas das reuniões. Além disso, optou-se pela elaboração de duas ações educativas: o painel e vitrine de plantas medicinais e o folder educativo para abordar o tema com a comunidade.

Organização do painel didático e vitrine das plantas

Para estimular o reconhecimento correto de cada planta medicinal, visto que há situações de um mesmo nome ser usado para várias plantas diferentes ou de haverem vários nomes para uma mesma planta, foi criado um painel impresso e uma vitrine viva. Essas duas ferramentas didáticas ajudaram no reconhecimento e orientação adequada das plantas medicinais, no município. Ambos foram expostos na parede do corredor da unidade básica de saúde (UBS), que é a única via interna ligando as duas alas da UBS.

O painel impresso ilustra imagens da planta inteira (como são encontradas no meio ambiente) e as partes da planta que são utilizadas para fins terapêuticos (folhas, caule, flor, raiz, por exemplo). Junto a essas imagens existem informações sobre o nome científico e nomes populares, formas de preparo e uso, indicações e contra indicações, além de outras informações importantes, usando como referência a lista da ANVISA.





Vitrine viva das plantas com finalidade terapêutica

Para tornar mais claras e didáticas estas informações, também foi organizado um armário de vidro com as plantas *in natura* ou partes delas com propriedades medicinais. Este armário, anexo ao painel impresso no corredor da UBS, despertou interesse de um grande número de pessoas que diariamente passam por ali.

A partir daí começou a haver um aumento espontâneo da participação popular no projeto: ajudando a identificar certas plantas; detectando e mostrando diferenças existentes entre o conhecimento científico e o conhecimento popular; mostrando nomes alternativos pelos quais as plantas eram conhecidas; começaram a trazer amostras das plantas à unidade de saúde para tirar dúvidas do seu uso, da correta identificação das mesmas ou até mesmo para compartilhar com os profissionais de saúde um pouco mais sobre o conhecimento popular delas; além de ajudarem a equipe na reposição das amostras que pereciam. As plantas expostas na unidade de saúde causavam certo estranhamento para algumas pessoas, pois muitos imaginavam não ser possível por acreditarem que o conhecimento técnico e o saber popular fossem incompatíveis e excludentes entre si. Este projeto recebeu um nome que tenta sintetizar a associação entre estas duas vertentes. O nome escolhido foi “*Horto & Saúde*”.

Divulgação e elaboração do folder educativo

Para a divulgação da estratégia educativa sobre plantas medicinais e abranger uma parcela maior da população foi incluído um momento de divulgação da ação denominada “Fitoterapia, terapias alternativas e complementares e uso adequado de plantas medicinais



conforme indicações de uso e forma de preparo” nas reuniões mensais da equipe de saúde, nas diversas comunidades do município. Também foi elaborado um material instrutivo sobre orientações básicas das plantas expostas e as finalidades da estratégia *Horto & Saúde* o qual é fornecido para os usuários que comparecem à consulta médica. Além da divulgação da estratégia em outros meios de difusão, como: rádio, jornal, internet (fóruns e redes sociais) e Conselho Municipal de Saúde.

Horto & Saúde

O uso de plantas como remédio é uma prática antiga e difundida em todos os grupamentos humanos, transmitidos através de gerações, sendo que cerca de 80% da população mundial faz uso de ervas medicinais, principalmente em países desenvolvidos. Tanto a Organização Mundial de Saúde quanto o Ministério da Saúde orientam que as Unidades de Saúde estimulem o uso de plantas medicinais.

Ao contrário do que muitas pessoas pensam, as plantas e ervas medicinais tem sim eficácia comprovada para vários distúrbios e transtornos de saúde, desde que utilizadas de maneira criteriosa e nas doses adequadas.

A Estratégia Saúde da Família de São Miguel da Boa Vista, através do projeto *Horto & Saude*, busca a difusão de informações de várias plantas medicinais disponíveis naturalmente no interior do município, ou seja, de fácil acesso para a nossa população. Essas informações estão relacionadas às indicações, às formas de preparo e ao uso correto e seguro destas plantas, de acordo com as orientações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil (ANVISA) e estão expostas no corredor de acesso interno à nova ala da Unidade de Saúde do município, com a presença de exemplares destas plantas para facilitar seu reconhecimento e identificação corretos.

O Horto não tem como objetivo preparar ou fornecer plantas medicinais para os cidadãos, mas sim estimular as pessoas a conhecerem e usarem da rica diversidade de plantas que temos no território de nosso município.

Veja abaixo a lista de plantas medicinais, expostas na Unidade de Saúde, e que podem ser encontradas no nosso território:

Açafrão-da-terra: distúrbios digestivos e como anti-inflamatório;

Alcachofra: distúrbios da digestão;

Alecrim-pimenta: inflamações da boca e garganta (gargarejo);

Alho: colesterol elevado, expectorante e anti-séptico;

Anis-estrelado: bronquite como expectorante;

Arnica: traumas, contusões, hematomas, torções e inchaços devido a torções (compressas);

Bardana: distúrbios digestivos, como diurético e como anti-inflamatório, dores articulares;

Boldo-do-chile: distúrbios da digestão, facilita digestão de alimentos gordurosos;

Calêndula: inflamações e lesões de pele, contusões e queimaduras (compressas);

Camomila: cólicas intestinais, calmante em ansiedade leve;

Canela: falta de apetite, gases e estufamento. Cólicas digestivas leves;

Carqueja: distúrbios digestivos;

Catinga-de-bode: dores articulares (nas juntas);

Cavalinha: inchaços por retenção de líquidos;

Cidreira: cólicas intestinais e menstruais. Calmante suave para ansiedade e insônia;

Chapéu-de-couro: inchaço por retenção de líquidos e processos inflamatórios;

Dente-de-leão: distúrbios digestivos, estimulante do apetite e como diurético;

Espinheira-santa: distúrbios da digestão, azia e gastrite;

Erva-de-bicho: varizes e úlceras varicosas;

Erva-de-bugre: distúrbios digestivos, gastrite e mal-hálito;

Erva-doce: distúrbios digestivos, cólicas intestinais e como expectorante;

Eucalipto: gripes e resfriados, obstrução de via aéreas, bronquite e asma como adjuvante (inalação);

Falsa-erva-cidreira: calmante suave para ansiedade e insônia. Cólicas intestinais, gases, expectorante;

Falso-boldo: distúrbios da digestão. Pressão baixa;

Garra-do-diabo: dores articulares (nas juntas);

Gengibre: enjôo, náusea e vômito por viagens e problemas digestivos em geral;

Goiabeira: diarreias;

Guaco: gripes e resfriados, bronquite como expectorante;

Hortelã-pimenta: cólicas e gases. Problemas hepáticos;

Laranja-amarga: calmante suave para ansiedade e insônia;

Macela: má-digestão e cólicas intestinais, como sedativo leve e como anti-inflamatório;

Malva: contusões. Inflamações da boca e garganta. (gargarejo e compressas);

Maracujá: calmante suave para ansiedade e insônia;

Melissa: cólicas abdominais. Calmante suave para ansiedade e insônia;

Mil-folhas: falta de apetite, perturbações digestivas, febre inflamação e cólicas;

Picão: icterícia (amarelão);

Pitangueira: diarreia;

Poejo: expectorante, estimulante do apetite, distúrbios digestivos e cálculos biliares;

Quebra-pedra: cálculos renais;

Romã: inflamações e infecções da boca e faringe como anti-inflamatório (gargarejo);

Tansagem: inflamações da boca e faringe;

Unha-de-gato: dores articulares (nas juntas) e musculares agudas como anti-inflamatório.

Observação: este informativo não se configura em receita, e sim em prestar serviço público de esclarecimentos quanto à importância das ervas e plantas medicinais para tratamento ou como complemento de tratamento de distúrbios e transtornos de saúde. Evite o uso abusivo ou sem critérios de chás. Qualquer dúvida entre em contato com o Serviço de Saúde do município. Esteja atento para a identificação correta de cada planta, pois assim como há uma mesma planta com nomes diferentes, também existem plantas diferentes com o mesmo nome.

Considerações finais

A estratégia *Horto & Saúde* é um projeto em caráter permanente, ou seja, está em constante construção e aperfeiçoamento, sendo que muitos de seus resultados somente poderão ser observados a longo prazo. Ainda assim, neste curto período de tempo, desde o início das ideias relacionadas a este tema até a formulação deste trabalho, já temos uma nítida impressão de que as mudanças objetivadas já estão em andamento. À medida que o *Horto & Saúde* consolida-se, um número maior de cidadãos vão o conhecendo e familiarizando-se com seus objetivos, buscando novos saberes e ideias e utilizando-se dos benefícios do uso, de maneira criteriosa e adequada, das plantas medicinais.

O maior desafio para o futuro, que terá retorno mais significativo e gratificante, será o aumento da participação popular na estratégia, para que o cidadão passe a ter a sensação de pertencimento na estratégia Horto & Saúde, assumindo sua corresponsabilidade pelo seu cuidado.

Referências

ANTONIO, G.D.; TESSER, D.C.; PIRES, R.O.M. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária à saúde. Interface (Botucatu), v.17, jul/set. 2013b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2013nahead/aop2113.pdf>> . Acesso em: 16 mar. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf. Acesso em: 16 mar. 2015.

_____. Fitoterapia na atenção primária à saúde. Rev. Saúde Pública [online]. 2014, v.48, n.3, p. 541-553. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v48n3/pt_0034-8910-rsp-48-3-0541.pdf. Acesso em: 16 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no . 971, de 03 de maio de 2006. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. 2006a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Decreto Presidencial nº 5813, 26 de junho de 2006. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. 2006b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf. Acesso em: 16 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC 10, de 9 de março de 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0010_09_03_2010.html. Acesso em: 16 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, v. 4, Brasília : Ministério da Saúde, 2011b, 60p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 16 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n. 31, 2012a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_31.pdf. Acesso em: 16 mar. 2015.

BRUNING, MCR; MOSEGUI, GBG; VIANNA, CMM. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades

básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu - Paraná: a visão dos profissionais de saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, v.17, n.10, p. 2675-2685. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/17.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2015.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 16 mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The rational use of drugs: report of the conference of experts. Nairobi 1985 Jul 25-29. Geneva: WHO; 1987. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. The world medicines situation 2011: tradicional medicines global, issues and challenges, Genebra, 2011 Disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch6_wPricing_v6.pdf. Acesso em: 16 mar. 2015.

Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

POR QUE ESCOLHER O PROGRAMA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA?

- ▶ Os estágios serão na melhor atenção básica do país.
- ▶ A rede de atenção a saúde é ampla e bem organizada o que proporciona integração com outros níveis de cuidado.
- ▶ Possui corpo técnico com expertise na gestão de serviços e educação permanente.
- ▶ Conselho Consultivo constituído por três consultorias:
 - 1 - Consultoria Acadêmica formada por tutores do corpo docente da UFSC;
 - 2 - Consultoria em MFC em cooperação com Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade;
 - 3 - Consultoria da Prática em Atenção Primária composta por médico com larga experiência neste cuidado.
- ▶ Conta com ferramentas próprias para Ensino a Distância (AVATAR) e tem parceria colaborativa com o Telessaúde SC.
- ▶ Para desfrutar das belezas naturais e riquezas culturais de um estado com 27 cidades com o melhor IDH do país.

Mais informações: (48) 3664-7247
residenciamedica@saude.sc.gov.br
mfcses@gmail.com

GOVERNO DE SANTA CATARINA | Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade | SUS | Telessaúde SANTA CATARINA | ACMFC

Educação em Saúde na sala de espera

Fotos: Acervo da ESF do município

Autoria
Enfermeira
Daiane dos Santos

Enfermeiras
Mariane Halpin
Milia Simieli Rocha

Agentes comunitários de saúde
Adelite de Brito Santos
Beloni Martendal
José Bizerra da Silva Filho
Joyce Helena Colvara
Marcia Regina Berejuk

Rosana Barbosa
Rosane Mari Wander
Tatiana Cristina de Souza
Terezinha Ribeiro Pereira

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), novas estratégias foram criadas e implantadas, visando criar políticas que atendam à saúde como uma dimensão de qualidade de vida e não simplesmente de ausência de doença. Uma dessas políticas norteadoras é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual tem como papel principal a reorientação da atenção básica, buscando, assim, a integralidade da assistência. (RODRIGUES *et al.*, 2009).

Segundo a Lei Orgânica da Saúde no 8.080, a atenção à saúde pelo SUS deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, e prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. (CARVALHO; SANTOS, 2002).

A atenção primária caracteriza-se pelo atendimento integral e longitudinal, tendo em vista o indivíduo inserido no seu contexto social e cultural. (ALVES, 2005).

A educação em saúde (BRASIL, 2007) se constitui em ferramenta essencial para a participação de todos em busca de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

A Atenção Básica pode se constituir num cenário privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde, pois esses serviços são caracterizados pela maior proximidade com a população, com ênfase nas ações de proteção e promoção da saúde. (VASCONCELOS, 1999).

A educação em saúde se configura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família (ESF)

para a identificação de situações de risco à saúde e enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, com o objetivo de desenvolver processos educativos em saúde. (BRASIL, 1997).

A sala de espera pode se constituir numa estratégia fundamental para o compartilhamento de experiências, para sanar dúvidas e desmistificar crenças, fortalecendo o vínculo entre equipe de saúde e população. Neste espaço estão presentes as subjetividades e as pluralidades (cultura, etnia), que emergem através do processo interativo, que ocorre por meio da linguagem. (TEIXEIRA; VELOSO, 2006).

Segundo orientações do Ministério da Saúde, na ESF, as ações são estruturadas a partir do trabalho em equipe e buscam humanizar as práticas de saúde, com o objetivo de obter a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade. (BRASIL, 2001).

A sala de espera pode ser considerada como um mecanismo de acolhimento, para além do entendimento de espaço físico, onde as pessoas assumem uma postura ética, que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas sim para o compartilhamento de saberes, angústias e informações. (BRASIL, 2006).

Um dos maiores problemas enfrentados pelo SUS é a realidade das filas e do longo tempo de espera para o atendimento. Espera-se estar contribuindo para a transformação desta realidade, através da responsabilização e comprometimento de todos.

Objetivo geral

Promover na sala de espera da unidade de saúde momentos de educação permanente em saúde para troca de informações entre profissionais e usuários, possibilitando a melhoria da assistência, com acolhimento e humanização do atendimento, procurando organizar e abordar os assuntos de forma criativa e dinâmica.

Objetivos específicos

- Promover um aprendizado mútuo entre profissionais e comunidade sobre a realidade local;
- Ampliar o entendimento dos profissionais sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, para além do consultório;
- Estimular o empoderamento de usuários a partir das discussões de temas relacionados à promoção e prevenção de doenças.

Metodologia

O primeiro tema a ser abordado na sala de espera foi sobre o funcionamento da unidade de saúde, por verificar que os usuários desconheciam os fluxos internos de organização da oferta e continuidade da atenção. Muitas vezes aconteciam situações conflitantes entre profissionais das equipes e usuários, por conta destas desinformações constantes.

Foi elaborado um texto explicativo sobre o funcionamento da unidade, o qual englobava todo o atendimento, desde a porta de entrada com oferta do acolhimento, agendamento de consultas, realização de procedimentos, grupos e demais atividades.



Usuários e profissionais: criação de vínculo e troca de saberes

Os agentes comunitários de saúde, com escala predeterminada diariamente, organizavam uma conversa na sala de espera sobre este documento.

Após alguns meses, outros temas relacionados à saúde foram incorporados, como por exemplo, sobre prevenção e promoção da saúde, já utilizando o calendário de datas comemorativas da saúde, a partir do calendário anual.

Resultados e discussões

A sala de espera vem sendo um espaço utilizado por diversos profissionais da equipe da unidade de saúde, como um dispositivo de gestão da clínica e de processo de trabalho, contribuindo para o desenvolvimento propositivo do processo de cuidado. A partir disso, esta atividade pode ser incorporada como uma estratégia de resgate da humanização do cuidado, constituindo-se em ferramenta de democratização das relações entre profissionais e comunidade.

Conforme Ronzani e Silva (2008), a atenção básica caracteriza-se por ações de atenção à saúde, valorizando e compreendendo o sujeito nas dimensões bio/psico/social. Nesta perspectiva, as atividades de sala de espera podem contribuir para a reflexão sobre promoção da saúde, prevenção de doenças e para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular, além de facilitar o encaminhamento dos usuários para outros níveis do sistema de saúde, quando indicado.

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 a população. Trata-se de um momento de conversa, oportunizando a livre expressão, troca de experiências, da singularidade, favorecendo o verdadeiro diálogo que possibilita o compartilhamento do saber popular e técnico.



Equipe pronta: o tema é tuberculose na sala de espera

Desta forma, as atividades de sala de espera propiciaram a qualificação e humanização das práticas de atendimento. Neste espaço é permitido ao profissional o conhecimento das reais necessidades da população, bem como a busca por soluções para uma melhor

qualidade de vida. Assim, realiza-se um contato estreito com a cultura e as representações dos sujeitos sobre saúde, doença e cuidados com o corpo. O profissional de saúde é levado também a refletir sobre suas práticas e saberes para prestar um atendimento cada vez mais resolutivo e respeitoso.

Diante deste cenário pudemos observar que as atividades de sala de espera possibilitaram a aproximação entre profissionais de saúde e comunidade, estreitando os vínculos e aproximando o profissional da realidade de vida desta comunidade, para o melhor manejo de cada situação relacionada ao cuidado. Além disso, quando o profissional sai do conforto de seu consultório, ele tem a oportunidade de, no encontro com as falas das pessoas, rever seus métodos e abordagens.

Para a população, pudemos perceber que as atividades de sala de espera proporcionaram satisfação aos participantes, pois esse era o momento para tirar dúvidas, para serem ouvidos, minimizando conflitos e superando dificuldades de forma horizontalizada. A comunidade se sentiu valorizada a partir do estabelecimento de um canal ativo de comunicação. Além disso, observou-se a melhoria no entendimento sobre o funcionamento da unidade e processo de trabalho, com diminuição de reclamações e situações estressantes.

As atividades realizadas na sala de espera foram registradas e documentadas em caderno específico

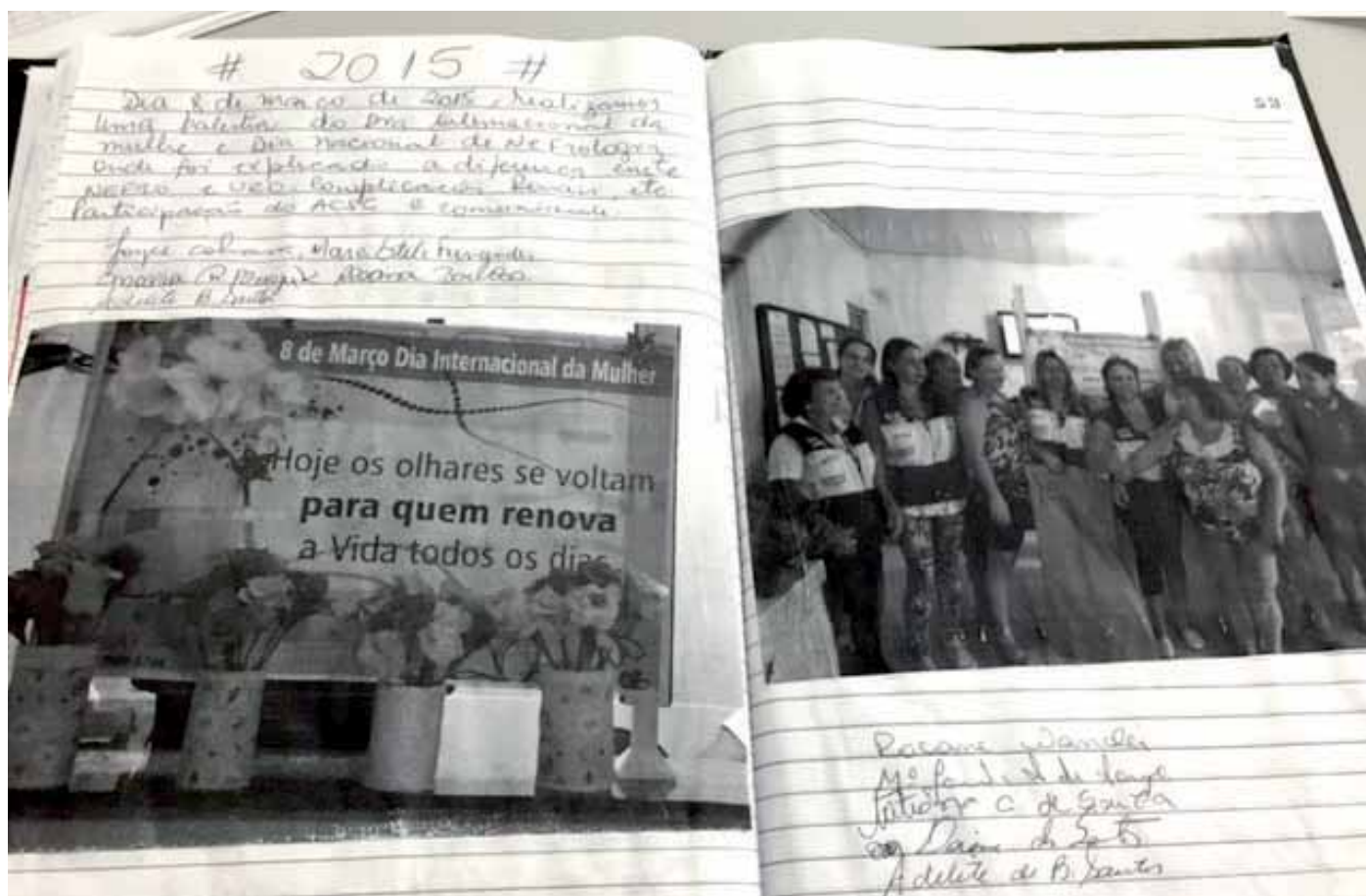
utilizado para este fim, com descrição dos temas abordados e registro fotográfico.

Conclusão

Concluímos que por meio da sala de espera pudemos comprovar resultados positivos em relação à educação em saúde, pois foi a partir da participação dos usuários que se tornou possível desenvolver ações que visam à prevenção de doenças, promoção e recuperação de saúde, proporcionando melhor qualidade de vida a população, bem como para a troca de informações e conhecimentos compartilhados entre usuários, familiares e profissionais.

Com isso, os temas discutidos na sala de espera estimularam os profissionais para a busca de novos conhecimentos e alternativas criativas capazes de empoderar a todos. Além disso, a alegria e a satisfação demonstrada pelos agentes comunitários de saúde, durante a realização dessas atividades, contagiaram a todos e contribuiu favoravelmente para a promoção do autocuidado. A participação proativa dos usuários durante as atividades desenvolvidas na sala de espera proporcionou a valorização da cidadania e solidariedade.

Atividades como essas fortaleceram o vínculo entre profissionais e comunidade, tornando o diálogo mais próximo e produtivo para ambas as partes.



Cadernos com registros das atividades realizadas

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. Botucatu: Interface, 2005. 39-52p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Guia prático do programa de saúde da família. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. O acolhimento como uma diretriz da política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/ Departamento de Atenção à Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de educação popular e saúde. Serie B. Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica de saúde. 3 ed. Campinas: Ed. Unicamp, 2002. 33-53p.

PIMENTEL, A. F.; BARBOSA, R. M.; CHAGAS, M. A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência, autonomia e protagonismo. [s.l.] 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300010&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 19 mai. 2015.

POTTER, C. et al. Educação em saúde em sala de espera: ampliando o coeficiente de autonomia dos usuários sobre a temática câncer. 3º jornada interdisciplinar em saúde. Promovendo Saúde na Contemporaneidade: desafios de pesquisa, ensino e extensão. Santa Maria, 2010

RODRIGUES, A. D. et al. Sala de espera: uma ambiente para efetivar a educação em saúde. [s.l.] Vivências, 2009. 101-6p.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. [s.l.] Ciência & Saúde Coletiva, 2008. 23-34p.

TEIXEIRA, E.R. Estética e subjetividade no cuidado com o corpo. São Paulo: Atheneu, 2001.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde.. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: Texto & Contexto Enfermagem, p. 320-325, V. 15, n. 2, 2006.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

Equipe de Consultório na Rua

Fotos: Acervo da ESF do município

Enfermeira

Grasiela Deboita Gregório

Introdução

O Consultório de Rua (CR) é uma experiência que surgiu no início de 1999, em Salvador, na Bahia, realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Este projeto foi arquitetado pelo Professor Antônio Nery Filho com uma resposta ao problema das crianças em situação de rua e uso de drogas. (BRASIL, 2010).

Em 2009, o Ministério da Saúde propõe, como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD), expandir as equipes de Consultório de Rua a outros municípios. (BRASIL, 2010).

Em 2010, com a criação do Plano Integrado de Enfrentamento ao uso de Crack e outras drogas, surgem os projetos de Consultório de Rua, vinculados a priori às equipes de Saúde Mental, com a finalidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas através de ações de rua.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) começa a estabelecer novos formatos para o atendimento de populações com demandas específicas e constitui as equipes de Consultório na Rua, que tem como objetivo ampliar o acesso da PSR à rede de atenção e ofertar, de maneira mais oportuna atenção

integral à saúde, bem como responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua. (BRASIL, 2012).

Em 2012, o Ministério da saúde, primando por um atendimento mais amplo, decide unir duas propostas para criar então as Equipes de Consultório na Rua: uniu os Consultórios de Rua – equipe itinerante com foco na Saúde Mental ao ESF sem domicílio – equipes que atendiam moradores de rua dentro da lógica da Estratégia de Saúde da Família. As eCnaR são equipes itinerantes que prestam cuidados integrais à população em situação de rua (PSR). Como a atenção básica é um espaço prioritário para o fortalecimento do cuidado e a criação de vínculo na rede de atenção à saúde, as eCnaR fundamentadas neste contexto possibilitam a inserção efetiva no SUS àquelas pessoas que, por vezes, são esquecidas à margem da sociedade. (BRASIL, 2012).



Neste contexto, o município de Criciúma cria o projeto de Consultório de Rua, que em 2014 passa a atender a PSR vinculado a Atenção Básica do município. A eCnaR, assume legitimamente a responsabilidade da promoção da equidade, garantindo o acesso dessa população às outras possibilidades de atendimento no SUS, em consonância com as diretrizes da atenção básica e a lógica da atenção psicossocial com sua proposição de trabalhar a redução de danos. (BRASIL, 2012).

A eCnaR passa a atender os diferentes bairros do município com história de moradores em situação de rua com a visão integral e voltada para a melhoria de qualidade de vida dos sujeitos. Como serviço que atende uma população itinerante e com fluxo variado no decorrer do ano, as propostas de trabalho da equipe permitem apenas determinar meses e ações que podem ser desenvolvidas, não se podendo estimar dias, salvo as ações que podem ser realizadas em parceria com outros serviços da rede de Atenção Básica do município. Com o credenciamento na Atenção Básica em outubro de 2014, a meta principal da equipe foi a divulgação do serviço, bem como na criação de vínculos e fomentação da rede.

Justificativa

A População em Situação de Rua historicamente foi negligenciada pelas políticas públicas no país. Os primeiros atendimentos voltados a esta população foram desenvolvidos pelas igrejas entre as décadas de 1970 e 1980 que, frente ao sofrimento humano, não puderam cruzar seus braços e criaram em São Paulo e Belo Horizonte as primeiras Pastorais do Povo da Rua. (BRASIL, 2012).

Essas Pastorais tinham caráter assistencialista, mas fundamentaram o embrião de criação e organização de Serviços voltados ao atendimento da PSR, implantando casas de assistência, organizando movimentos de representação popular, sobretudo em relação aos catadores de material reciclável, e realizando eventos e comemorações de mobilização social de cunho local. (BRASIL, 2012).

Uma Política Pública começa a ser desenvolvida a partir do Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e cria o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da referida política nacional. Esta política define a PSR como grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas

degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (BRASIL, 2012).

Em Criciúma, a criação de uma equipe que atende a PSR surgiu da necessidade de inserir estes atores sociais no Sistema de Saúde.

Objetivo

O objetivo deste relato é evidenciar o trabalho executado pela eCnaR do município de Criciúma, bem como observar o perfil desses sujeitos, suas necessidades e seus problemas de saúde mais importantes. Por meio deste relato, busca-se diminuir o estigma em relação à população em situação de rua, os mostrando como realmente são: pessoas em situação de vulnerabilidade que necessitam de atendimento integral.

A história do Consultório 'de e na' Rua em Criciúma

A necessidade de atender a PSR cria um novo serviço com características peculiares: os Consultórios na Rua – uma modalidade de atendimento extramuros que visa acolher os usuários que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. (BRASIL, 2010).

Essas equipes ofertam cuidados em saúde aos usuários in loco, respeitando seus contextos de vida, amoldados para as especificidades de uma população complexa, promovendo a acessibilidade à rede, assistência integral e promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço para o exercício de direitos e cidadania. (BRASIL, 2010).

A estrutura de funcionamento conta com uma equipe volante mínima com formação multidisciplinar constituída por profissionais da saúde mental, da atenção básica, de pelo menos um profissional da assistência social, podendo estar incluso médico, assistente social, psicólogo, outros profissionais de nível superior, redutores de danos, técnicos de enfermagem e educadores sociais. (BRASIL, 2010).

Outro aspecto relevante das eCnaR diz respeito a um ponto fixo onde devem se instalar em cada área de atuação previamente definida. Como a população alvo é flutuante, é necessário que se estabeleça um local, dia e hora para os encontros, mantendo-se a regularidade da presença da equipe de forma constante, de modo

a criar uma referência e tornar os contatos mais acessíveis para os usuários. (BRASIL, 2012).

O Consultório na Rua é uma proposta de clínica na rua e implica em ofertar onde ainda não há uma demanda de ajuda explicitada. Diferentemente do trabalho dentro de uma instituição, na rua os processos de trabalho precisam ser construídos a partir da vivência e da posição em que os profissionais se colocam para os usuários. A equipe deve apontar o que se propõe a realizar e o que motiva sua presença, bem como as características do seu trabalho, diferenciando-o de outras ações desenvolvidas na rua, como ações de cunho caritativo. Assim, gradativamente, vai-se demarcando o lugar do Consultório na Rua enquanto um dispositivo do campo da saúde. (BRASIL, 2010).



Em 2010, o município de Criciúma contava com uma equipe bem estruturada no que tange a saúde mental. Neste período, o Ministério da Saúde por meio do Plano de Enfrentamento ao Crack, lança um edital que possibilitava aos municípios a implantação do então consultório de rua – serviço itinerante, ligado à Saúde Mental, com foco principal em usuários com transtornos mentais, dentre eles o uso de substâncias psicoativas. (BRASIL, 2010).

A criação do Projeto do Consultório de Rua surgiu da necessidade evidenciada pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSIIad) que, dentro das suas possibilidades, não conseguia atender a PSR do município.

Através de um processo seletivo realizado em janeiro de 2012, a equipe foi formada e convocada para iniciar as ações em junho do mesmo ano, mês em que foi implantado no município de Criciúma. A equipe do CR de Criciúma inicialmente foi composta por: uma coordenadora, uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social, uma técnica de enfermagem e três agentes redutoras de danos.

Antes de iniciar as atividades em campo, a equipe participou de diversas capacitações junto aos serviços de saúde mental do município, bem como em grupo de estudo das legislações e cartilhas que regem o CR. Após a capacitação, em outubro de 2012, iniciaram-se as atividades nos bairros.

Desenvolvimento

Atualmente a equipe atende todo o município de Criciúma, deslocando-se para os bairros mais vulneráveis e com maior demanda. Primeiramente, seguindo as determinações do Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua, a equipe iniciou o diagnóstico dos bairros com o mapeamento, a cartografia e a aproximação das pessoas em situação de rua. O diagnóstico é focado em um tripé: território, grupo social e singularidade do sujeito; e é dividido em duas etapas, a cartografia e aproximação das pessoas que compõem o campo de atuação do território cartografado e escuta suas demandas manifestas.

“A primeira etapa da construção do diagnóstico é a cartografia do campo de atuação das Equipes dos Consultórios na Rua. O diagnóstico possibilita aos profissionais aproximarem-se do território, sistematizando suas percepções acerca das condições geográficas, epidemiológicas, culturais, sociais e econômicas que repercutem no modo de vida daqueles que habitam esse espaço (BARCELLOS; MONKEN apud FONSECA, 2007). E, ainda, entender os processos e fatores que constroem esse território da maneira como ele nos apresenta.” (Ministério da Saúde, 2012, p.37).

Nos bairros, a cartografia foi elaborada a partir dos mapas territoriais, disponibilizado pelo Setor de Infraestrutura da PMC. Neste mapa foram registrados

os estabelecimentos de saúde, social, educação, igrejas, bares, mercados e outros pontos relevantes para a atuação do CR, como possíveis pontos e locais de uso de substâncias. Foram também marcados locais de grande vulnerabilidade social.

A cartografia foi realizada com o auxílio das equipes de saúde dos bairros. As agentes comunitárias de saúde acompanharam no reconhecimento da área adscrita da ESF.

Logo após foi iniciada a segunda etapa, que consiste em aproximação da equipe com a comunidade do bairro. A comunidade demonstrou-se aberta às atuações do CR, colaborando em algumas atividades dentro do bairro, como visitas, busca de paciente e identificação de locais de uso e pacientes usuários de SPA. A PSR demonstrou-se interessada nas atividades propostas pelo CR.



Em 2014, após um processo de migração demorado, a equipe passa a responder à Atenção Básica e é cadastrada como eCnaR Modalidade II. Este processo de migração foi muito importante para a construção de um novo olhar sobre a saúde da PSR, haja vista que a atuação agora acontece de forma mais ampla e com maior suporte. Durante o processo de migração, a eCnaR permaneceu durante quase um ano sem suporte interno, não pertencíamos mais a Saúde Mental e a Atenção Básica ainda não havia nos inserido. Neste período a equipe trabalhou praticamente sozinha, dentro de suas possibilidades.

Atualmente 180 pacientes (em situação de rua e/ou vulnerabilidade social) estão formalmente cadastrados em prontuários específicos do serviço, a abordagem diária é realizada conforme a demanda, por isso não há precisão de um número diário de abordagens. Durante todo o período de atendimento da equipe, a rede de serviços de saúde, social e educação já foi ativada diversas vezes. Alguns serviços que a equipe utiliza e as relações estabelecidas com os mesmos:

SERVIÇO	QUANT. DE ENCAMINHAMENTO	POSITIVO	NEGATIVO
AFASC	4	X	
CAPS II	1		X
CAPS III	1		X
CAPSII ad	22	X	
Cartório	6	X	
Casa de passagem	12	X	
Centro POP	18	X	
CEO	12	X	
CES	6	X	
Clínica de exames	8	X	
Comunidades terapêuticas	22	X	
Conselho tutelar	4	X	
CRAS	2	X	
CREAS / Serv. Migrante	6	X	
Cruz Vermelha	1	X	
ESF	67	X	
Farmácia Solidária /UNESC	1	X	
GAPAC	1	X	
Hospitais	24	X	
IGP - Documentação	4	X	
Laboratório Conveniado	1	X	
Laboratório Municipal	13	X	
Nuprevips	1	X	
PAMDHA	44	X	
Polícia militar – boletim de ocorrência	2	X	
Receita Federal – Documentação	3	X	
SAMU	3		X
Saúde da mulher	3	X	
Unidade de 24 horas Próspera e Boa Vista	35	X	
Vigilância Epidemiológica	12	X	

Quadro 1 – dados de julho de 2015

Infelizmente nem todas as equipes compreendem o que é o trabalho da eCnaR e muitas têm dificuldades em lidar com a PSR dificultando o acesso desses sujeitos e burocratizando por vezes questões de fácil resolução.

Os usuários em situação de rua nem sempre são aceitos na Casa de Passagem e, as abordagens das equipes diferem em relação ao morador de rua. Alguns especialistas prescrevem medicações não condizentes com a realidade econômica dos usuários. Algumas unidades têm dificuldade no atendimento ao morador de rua, inibindo o acesso do sujeito aos serviços de saúde.

A articulação em rede é, sem dúvida, o maior problema no atendimento a PSR, haja vista que os serviços atendem de formas diferentes aqueles que necessitam de forma igualitária. Com alguns serviços, no entanto, percebem-se a aceitação do diferente e a criação de vínculo vem se fortalecendo a cada dia de atendimento. As ações de cuidado em saúde com ênfase na redução de danos propiciou a criação e o fortalecimento de vínculo também e principalmente com a PSR. Isto é percebido pela aproximação espontânea dos pacientes à equipe do eCnaR. Partindo da demanda do usuário e não da necessidade dos profissionais em “salvar vidas”.

Dentre as ações de redução de danos que são mais executadas, cita-se a confecção e distribuição de cachimbos para o uso de crack, orientações sobre formas de uso menos nocivas, orientação sobre higiene – distribuição de sabonetes para o banho, encaminhamentos para alimentação, entre outras ações.

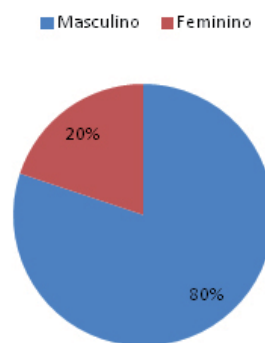
Perfil dos usuários

A PSR do município de Criciúma, como as demais do país é itinerante, com um fluxo maior de usuários advindos do Rio Grande do Sul e dos municípios vizinhos, destacando-se a presença masculina maior que a feminina. O município a priori não possui famílias inteiras nas ruas, limitando-se a adultos jovens, com problemas no uso de drogas e que não conseguem retornar para casa, ou que preferem ficar na rua.

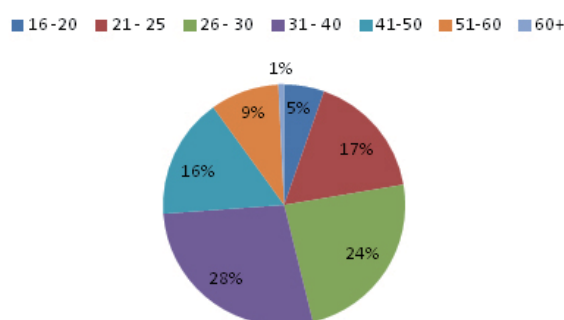
A equipe levantou os seguintes dados de pesquisa: sexo, idade, estado civil, escolaridade, município de origem, bairro de permanência, tipo de droga de abuso e tempo em situação de rua ou de vulnerabilidade.

Os dados descritos através dos gráficos a seguir estão baseados nos usuários cadastrados, catalogados nos prontuários da eCnaR.

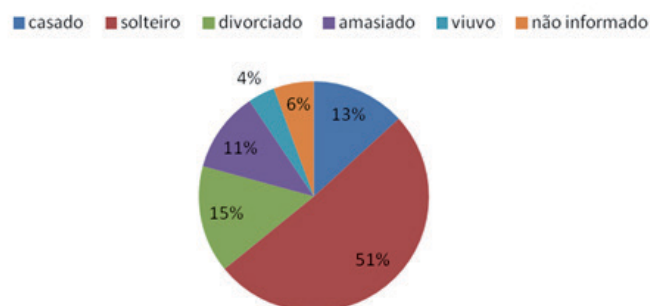
Usuários atendidos pela eCnaR por sexo



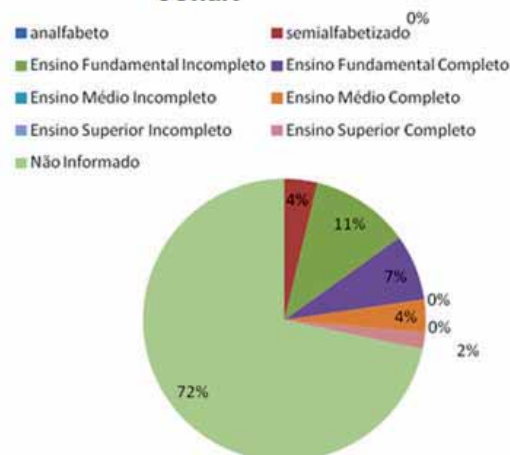
Usuários atendidos pela eCnaR por idade



Usuários atendidos pela eCnaR -Estado Civil



Escolaridade dos usuários atendidos pela eCnaR



sendo acompanhados pela equipe e um caso está sem tratamento, por resistência do usuário.

A gravidez de alto risco: apenas o fato de pessoas usarem a rua como local de moradia e permanência já se configura em caso de alta vulnerabilidade social e, em especial as mulheres tornam-se também vulneráveis às circunstâncias relativas à sua condição de gênero (violências físicas, psicológicas, abuso sexual, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada e/ou indesejada). Entende-se toda a gravidez em rua como um risco, tanto para a mãe como para o feto, devido à drogadição e outras comorbidades. A eCnaR atendeu duas gestantes em situação de rua ao longo destes três anos – ambas passaram por duas gestações e não realizaram o primeiro pré-natal.

Na segunda gestação, as gestantes realizaram acompanhamento pré-natal, um bebê continua com a mãe que retornou para casa e o outro será entregue aos cuidados da avó. O uso de álcool e outras drogas é sem dúvida o maior problema encontrado na população de rua de Criciúma. Diante desta realidade, as estratégias de redução de danos tornam-se uma importante ferramenta para contribuir e enriquecer a abordagem da equipe. Nesse sentido, um dos desafios atuais é a necessidade de aperfeiçoar a abordagem com pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso de droga.

Segundo o Ministério da saúde, as propostas atuais de tratamento destacam a motivação como aspecto de grande importância para as pessoas decidirem se tratar. Para isso, é importante considerar a ambiguidade como condição quase sempre presente nas suas etapas iniciais. (BRASIL, 2012). A saúde bucal é outra situação frequente no atendimento desta população. Infelizmente a abordagem neste quesito é estreita e segmentada, separando o sujeito em “boca” e corpo. Atualmente a eCnaR encaminha a PSR para atendimento especializado ao Centro Especializado em Odontologia (CEO), porém possuímos apenas um horário semanal e, com a possibilidade de se restringir o acesso por falta de Cartão Nacional do SUS.

Cabe ressaltar que o não cuidado com a saúde bucal pode acarretar patologias sérias, tais como doença coronária, câncer, diabetes e doenças bucais. A eCnaR realiza ações de redução de danos oferecendo ao usuário formas alternativas que possibilitem o cuidado em saúde bucal, bem como distribuindo os kits de Higiene Bucal, quando disponíveis.

Considerações finais

A criação de um serviço específico para atender a PSR é um avanço político e social para o município, haja

vista que como citado anteriormente sempre sofreu com a negligência e o preconceito relacionados a sua condição.

A migração para a Atenção Básica nos conferiu um novo olhar sobre a condição humana, bem como abriu um leque de possibilidades para o atendimento integral desses atores sociais.

Nesta nova fase a equipe adquire um telefone celular para efetuar as chamadas necessárias para o bom atendimento do usuário, uma sala para elaboração das ações e para as reuniões de equipe, tanto as diárias quanto as semanais e, recentemente, adquirimos um veículo que receberemos após os trâmites legais de emplacamento, seguro, plotagem, entre outros.

Recentemente conseguimos uma liberação por parte da Secretaria de saúde para a aquisição de mantimentos para ofertar aos usuários juntamente com os insumos de Redução de Danos, bem como estamos aguardando a resposta sobre a liberação de protetor labial para compor nosso kit junto à população em situação de rua.

Essas conquistas são de fundamental importância para o melhor atendimento ao usuário em situação de rua, visando minimizar o sofrimento desses sujeitos e restabelecer um mínimo de dignidade e cuidado, bem como estimular a Redução de Danos e subsequentemente a proliferação de patologias e agravos em quadros de saúde, que geram internações muito mais onerosas à Secretaria de Saúde.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ : Brasília, setembro 2010, 48 p.

Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua / organizador Antônio Nery Filho, Andréa Leite Ribeiro Valério. – Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010. 89 p.: il.

Programa Dente de Leite: o sorriso nas escolas

Fotos: Acervo da ESF do município

Autoria
Cirurgiã-dentista
Pamela Strube

Cirurgiã-dentista
Nathalia Thais Maciel

Auxiliares de saúde bucal
Maria Alesandra Novack Duarte
Rafaela Simiano

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se deu início através do Ministério de Saúde para a mudança do modelo de assistência em andamento no país, surgindo para expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, reorganizando o processo de trabalho mediante operações intersetoriais e ações de promoção e prevenção à saúde.

Com o intuito de juntamente promover relações de vínculo de afetividade e confiança entre os usuários e profissionais, garantindo assim a continuidade e resolutividade das ações em saúde.

Justificativa

A implantação do *Programa Dente de Leite*: o sorriso nas escolas é fruto da necessidade da atenção continuada voltada para crianças, da melhoria nos índices de higiene bucal e conscientização da importância da saúde bucal para uma boa manutenção da saúde em geral.

Há um esforço em atender a solicitações e potencializar o trabalho desenvolvido pelas escolas do município, no momento da escovação após o lanche, reforçando por meio de brincadeiras, palestras e atividades educativas à escovação correta, alimentação saudável e curiosidades sobre as doenças que acometem a saúde bucal das crianças nesta faixa etária.



Plateia de escolares no teatro de fantoches

Ainda com base na demanda do consultório odontológico, percebe-se que a população carece de hábitos que contribuam para melhor qualidade da saúde bucal e compreende-se desta forma que este pode ser um espaço de grande valia para a aprendizagem e fixação de costumes mais saudáveis, atingindo de maneira indireta os educadores e familiares das crianças com quem o trabalho será desenvolvido.

Objetivo geral

Atingir todas as crianças de 6 a 10 anos de idade do município de Vidal Ramos com atividades lúdicas e educativas sobre os bons e corretos cuidados com a saúde bucal, visando melhorar índices de higiene bucal e mudar os hábitos das crianças hoje, para futuramente termos uma população saudável e melhor instruída.



Kit odontológico



Orientação à escovação correta com macromodelo

Objetivos específicos

- Realizar um trabalho multidisciplinar com escolas e professores, para atingir indiretamente os familiares;
- Coletar dados epidemiológicos para estudo;
- Informar ao aluno sobre a importância da higiene bucal;
- Inserir os alunos nas ações da rede da Estratégia de Saúde da Família;
- Fortalecer a comunicação e estimular a participação das escolas e dos pais com a Equipe da Estratégia de Saúde da Família;
- Obter uma melhor relação entre dentista e criança.

Desenvolvimento

O trabalho será desenvolvido através de visitas em todas as escolas municipais de Vidal Ramos. As ações serão: coleta de *ceo-d* (cariados, extração indicada e obturados); *IHOS* (Índice de Higiene Oral Simplificado) no início dos trabalhos e no final, para que seja possível um comparativo; escovação supervisionada; entrega

de kit odontológico (estojo, creme dental, fio dental e escova); palestras, brincadeiras e atividades educativas.

Pretende-se um trabalho continuado, com visitas mensais que possibilitem o cumprimento do cronograma proposto.



Exames *IHOS* e *ceo-d* na coleta de dados epidemiológicos

ENCONTRO	MÊS	AÇÃO
1º	Março	Coleta de Dados: Índice <i>ceo-d</i> e <i>IHOS</i> (Revelação de placa + escovação supervisionada).
2º	Abril	Palestra + demonstração de higiene oral; Entrega de folder sobre higiene bucal; Atividades para resolver e colorir; Entrega de kits de higiene bucal.
3º	Maiο	Palestra sobre a cárie e doença periodontal; Brincadeira relacionada a palestra.
4º	Junho	Jogos educativos.
5º	Agosto	Palestra sobre trauma; Atividades de exercício.
6º	Setembro	Palestra sobre alimentação; Atividade de exercício.
7º	Novembro	Índice <i>IHOS</i> (Revelação de placa + escovação supervisionada); Entrega de certificados.

Resultados

Ao final do trabalho realizado, surge à necessidade de expor o resultado obtido com relação à melhora da escovação bucal. Resultado baseado nos índices coletados no decorrer das atividades.

O primeiro índice realizado foi o *IHOS* (Índice de Higiene Oral Simplificado) que se refere à qualidade da higiene bucal, em que a coleta de dados é realizada com o auxílio de evidenciador de placa. Os exames foram realizados no início e no final das atividades em 2014, para serem obtidos resultados comparativos que servirão para estudo. Cada valor final segue uma classificação, como abaixo:

- Higiene bucal satisfatória = 0 à 1
- Higiene bucal regular = 1,1 à 2
- Higiene bucal deficiente = 2,1 à 3
- Higiene bucal péssima = 3,1 em diante

O segundo índice coletado, que demonstra a prevalência de cárie, é chamado *ceo-d* (Dentes Cariados, Indicação para Extração e Obturados – Decíduos). Neste, igual ao índice anterior, quanto maior o valor final menor é a qualidade da saúde bucal da amostra, com a seguinte escala de severidade de acordo com a OMS:

- Prevalência muito baixa = 0,1 à 1,1
- Prevalência baixa = 1,2 à 2,6
- Prevalência moderada = 2,7 à 4,4
- Prevalência alta = 4,5 à 6,5

Segue tabela com resultados:

NOME DA ESCOLA	<i>IHOS</i> INICIAL	<i>IHOS</i> FINAL	<i>CEO-D</i>
Escola Municipal Germano Schaefer	1,46	1,71	3,44
Escola Municipal Rodolfo Fink	1,71	1,61	3,31
Escola Municipal João Alberto Schmidt	1,52	1,72	3,31
Escola Municipal Francisco Feifareck Junior	1,96	1,79	3,47
Escola Municipal Pe. Heriberto Hartmann	1,66	1,68	2,44
Escola Municipal Fazenda Rio Bonito	0,84	1,85	6,20

Ressalta-se que na Escola Municipal Fazenda Rio Bonito o índice foi coletado por duas profissionais odontólogas diferentes e que não foram calibradas igualmente, sendo assim houve discrepância no resultado final devido aos critérios adotados por ambas.

Referências

Portal de saúde, Estratégia Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php Acesso em: 14 mai. 2015.

Elisabeth Niglio de Figueiredo, A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf Acesso em: 14 mai. 2015.

Anexo

Ficha utilizada nos exames *IHOS* e *ceo-d*



Programa Farmácia Viva: plantando chás colhendo saúde

Fotos: Acervo da ESF do município

Enfermeira
Luciana da Silva

Fisioterapeuta
Gisele Dallagnol

*Farmacêutica e teleconsultora do
Núcleo de Telessaúde SC*
Gisele Damian Antonio Gouveia

Prefeito municipal
Claudio Sartori

Cirurgiã-dentista
Caroline Poyer

Agentes comunitários de saúde
Braulia Cadore
Tatiane Borsati

Pedagogas
Leila Frigo Bet
Lucimara Frigo Machado

Vice-prefeita municipal
Marisa Talini

Médica
Priscila Savaris

Neusa Ackermann
Valdecir Matiollo

Nutricionista
Luciane Nunes Magalhães

Introdução

O município de Presidente Castello Branco localiza-se na macrorregião meio oeste do estado de Santa Catarina. Apresenta uma população de 1.725 habitantes, sendo 67,9% população rural e 32,1% urbana. O modelo de Gestão Municipal Intersetorial, proposto por Sartori (2012), pauta-se em ações técnicas, administrativas, ambientais, intersetoriais voltadas para a sustentabilidade e qualidade de vida da população (SARTORI, 2012).

O *Programa Farmácia Viva: plantando chás colhendo saúde* de Presidente Castello Branco surgiu em discussões envolvendo educadores, gestores públicos, entidades sociais, comunidade local, profissionais de saúde no ano de 2006. Posteriormente, envolveu parceiros como o Núcleo Telessaúde SC, Horto Didático do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Empresa de Pesquisa Agropecuária, Extensão Rural de Santa Catarina (EPAGRI), Associação dos Municípios do Alto Uruguai Catarinense (AMAUC) e profissionais liberais.

Em 2013, foi sancionada a Lei Municipal nº 1763/2013, de 20 de dezembro de 2013, que institucionalizou o Plano Intersetorial de Desenvolvimento Sustentável (PIDS) regulamentando no capítulo IV, artigo 5º e parágrafo I da referida lei, o *Programa Farmácia Viva: plantando chás colhendo saúde* de Presidente Castello Branco. Trata-se de uma proposta intersetorial para inserção da fitoterapia na Atenção Básica (AB); inovadora e pioneira no

meio oeste catarinense. O objetivo desse programa é garantir a população acesso e uso adequado das plantas medicinais e fitoterápicos, contribuindo para ampliação das opções terapêuticas, ações educativas, bem como estimular o desenvolvimento econômico, a pesquisa e a sustentabilidade da cadeia produtiva de espécies medicinais na região.

Neste sentido, o presente trabalho teve por objetivo, descrever a articulação intersetorial para estruturação dos serviços relacionados à fitoterapia na AB, referente ao período de 2010 a 2014. Apesar de atualmente a literatura científica apresentar vários relatos sobre o desenvolvimento de ações com plantas medicinais do SUS (ANTONIO, TESSER, MORETTI-PIRES, 2013; 2014), a articulação intersetorial para inserção da fitoterapia ainda é pouco discutida no âmbito dos serviços de AB.

Estruturação dos serviços relacionados à fitoterapia na AB

A estruturação dos serviços aconteceu no período de fevereiro/2010 a setembro/2014, compreendendo as seguintes etapas:

- Levantamento do uso popular de plantas medicinais pelos agentes comunitários de saúde e reconhecimentos fotográfico das espécies vegetais existentes no município;
- Capacitação dos profissionais da atenção básica à saúde via webconferências e teleconsultorias, por meio do Núcleo Telessaúde SC;

- Elaboração da relação municipal, memento terapêutico e a legislação municipal para viabilizar a prescrição/recomendação e dispensação das mesmas na unidade básica de saúde;

- Construção do Horto Didático e matriseiro de plantas medicinais na UBS para orientação, sensibilização e para cultivo de plantas medicinais;

- Ações educativas no ambiente escolar e na unidade de saúde voltadas a orientação do uso adequado de plantas medicinais à comunidade em geral.

A gestão, câmara municipal, equipe intersetorial (composto por representantes de diferentes setores do município), comitê terapêutico interdisciplinar (composto por psicólogo, assistente social, enfermeira, técnica de esporte, professores, veterinário, engenheira agrônoma e gestores municipais) e a comunidade tiveram papel importante no processo de estruturação dos serviços relacionados à fitoterapia na atenção básica, no que diz respeito ao apoio às iniciativas firmadas pelo grupo multiprofissional.

O levantamento sobre o uso de plantas medicinais

O levantamento sobre o uso de plantas medicinais foi realizado durante as visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde em março de 2014. O levantamento sobre o uso de plantas medicinais foi realizada através de uma entrevista. Os usuários relataram as plantas utilizadas ou plantadas no quintal com finalidade terapêutica. No total, foram entrevistadas 637 famílias. Do total de participantes, 100% relataram utilizar plantas medicinais na forma de chá.

O total de 43 espécies foi utilizado pelas famílias entrevistadas. Dentre as plantas mais utilizadas encontra-se a cidreira (*Cymbopogon citratus*), eleita planta símbolo do município, como pode ser observado na tabela a seguir.

Nome popular	Nome científico	N	%
Cidreira*	<i>Cymbopogon citratus</i>	120	18,83%
Marcela*	<i>Achyrocline satureioides</i>	108	16,95%
Camomila*	<i>Matricaria recutita</i>	64	10,04%
Manjerona	<i>Origanum majorana L.</i>	58	9,10%
Funcho*	<i>Foeniculum vulgare Mill.</i>	43	6,75%
Malva	<i>Malva parviflora L.</i>	32	5,02%
Boldo*	<i>Plectranthus barbatus</i>	27	4,23%
Alecrim*	<i>Rosmarinus Officinalis L</i>	22	3,45%
Poejo	<i>Cunila microcephala Benth</i>	20	3,13%
Endro	<i>Anethum graveolens</i>	14	2,19%

Plantas medicinais mais utilizadas na forma de chá, município Presidente Castelo Branco. 2014. Espécies listadas na Resolução RDC 10, de 9 de março de 2010 ou Formulário Nacional Fitoterápico, 2011. Fonte: entrevista com população.

Esse levantamento do uso popular de plantas medicinais realizado pelos agentes comunitários de saúde no município estimulou uma discussão entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), educadores e técnicos agrícolas sobre a importância da inserção da fitoterapia no contexto dos serviços de atenção básica do município, conforme recomendado pela Política Nacional de Prática Integrativas e Complementares e a Política Nacional de Plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2013). No entanto, observou-se uma insegurança, por parte dos profissionais de saúde, em relação à forma de prescrição, dispensação e orientação sobre o uso adequado de plantas medicinais como recurso terapêutico, devido à falta de conhecimento científico e formação no tema. Após a sensibilização, foi reconhecida a diversidade local e a cultura popular do uso de plantas medicinais presentes no município. O fato motivou o município a organizar uma capacitação à distância para os profissionais com o apoio do Telessaúde SC, com descrito a seguir.

Capacitações em plantas medicinais para os profissionais de nível superior, médio e agentes comunitários de saúde

A capacitação em plantas medicinais foi realizada entre janeiro a dezembro de 2014, com participação da médica, duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem, duas dentistas, cinco agentes comunitários de saúde, um nutricionista, um fisioterapeuta, uma farmacêutica, a secretária municipal de saúde, um técnico agrícola, uma orientadora escolar e uma professora. Esta atividade educativa objetivou a qualificação técnica e científica dos profissionais para difundir o uso adequado de plantas medicinais na comunidade.

O encontro foi mensal com duração de uma hora. A capacitação foi feita por meio de ferramentas de educação permanente à distância ofertadas pelo Telessaúde SC - webconferência, teleconsultoria assíncrona e síncrona. A seleção das plantas para a capacitação levou em consideração alguns critérios, tais como: planta presente no levantamento de uso popular realizado pelos ACS, plantas que constavam nas listas, Formulário Nacional Fitoterápico e Farmacopeias recomendadas pela ANVISA, bem como plantas com estudos clínicos ou estudos etnobotânicos / etnofarmacológico disponíveis.



Amostras de algumas plantas medicinais: 1 - Alecrim; 2 - Guaco; 3 - Funcho; e 4 - Tanchagem

As teleconsultorias aconteciam em dois momentos: uma vez ao mês, reunia-se toda a equipe de saúde e os profissionais do NASF; e a cada dois meses a reunião envolvia a secretaria de agricultura e educação. Cada profissional ficou responsável pelo estudo de uma planta. O profissional de saúde, inicialmente, realizava o reconhecimento da espécie vegetal por meio de fotos e pesquisava com a comunidade os nomes e as indicações populares. Estas informações eram enviadas pelo portal do Telessaúde SC para certificação do nome científico e as evidências científicas que complementassem os conhecimentos populares identificados, pois algumas espécies apresentavam o mesmo nome popular e tratavam-se de diferentes variedades, e/ou plantas distintas.

Após o reconhecimento, era agendado um momento síncrono entre a equipe e o teleconsultor por skype (teleconsultoria síncrona). Neste momento, o profissional apresentava para o grupo as informações pesquisadas, apresentava um exemplar da espécie medicinal

reconhecida e o teleconsultor do Núcleo Telessaúde SC complementava as informações/evidências científicas e etnofarmacológicas disponíveis para construção de uma ficha técnica da planta medicinal.

A ficha técnica fazia parte do memento terapêutico municipal referente às plantas medicinais incluídas na relação municipal. Ela contemplou informações sobre aspectos botânicos, agrônômicos, etnobotânicos e químicos (nome científico, família botânica, origem, nomes populares, uso popular, características da planta, forma de cultivo, composição química) e aspectos terapêuticos e toxicológicos (parte da planta utilizada, indicação, via e modo de uso, efeitos adversos, contraindicações e interações medicamentosas). Essas informações foram consideradas importantes para orientar a prescrição e dispensação por profissionais da AB. Foram estudadas 22 plantas medicinais entre 2012 a 2014, o quadro a seguir lista algumas das plantas utilizadas no município após a orientação do Núcleo do Telessaúde SC.

Nome popular	Nome científico	Família	Indicações
Gengibre	<i>Zingiber officinale</i>	Zingiberaceae	antiemética, antidiarréico e expectorante.
Malva	<i>Malva parviflora L.</i>	Malvaceae	antiinflamatórias e antisséptica, afecções bucais.
Funcho	<i>Foeniculum vulgare Mill.</i>	Apiaceae	dispepsias, Antiflatulento, antiespasmódico, antidiarréico, antihistúria.
Babosa	<i>Aloe barbadensis Mill.</i>	Xanthorrhoeaceae	Cicatrização.
Guaco	<i>Mikania laevigata Schultz Bip</i>	Asteraceae (1)	broncodilatadora e expectorante.
Manjerona	<i>Origanum majorana L.</i>	Lamiaceae (Labiatae) ^{1,3,4}	tratamento de feridas, queimaduras, dor de cabeça, insônia, antiespasmódico, emenagoga.
Carqueja	<i>Baccharis spp.</i>	Asteraceae (Compositae)	digestivo, diurética, úlceras, gengivite, afta, garganta.
Tansagem	<i>Plantago major L.</i>	Plantaginaceae	antiinflamatórias e antisséptica, afecções bucais.
Alecrim	<i>Rosmarinus Officinalis L.</i>	Lamiaceae	antiinflamatório, cicatrizante, dispepsias, tônica da circulação sanguínea.
Hortelã	<i>Mentha sp.</i>	Lamiaceae (Labiatae)	cólicas, dispepsias, antiespasmódica, antiflatulento.
Poejo	<i>Cunila microcephala Benth</i>	Lamiaceae	antiespasmódico, tosse, resfriado, gripe, febre.

Listas de algumas plantas do memento terapêutico de Presidente Castelo Branco

Foram confeccionadas as exsiccatas das plantas estudadas. Cada planta era coletada em dia não chuvoso, na época em que a planta tinha flor e semente. A coleta foi realizada na escola de Linha Imigra, no horto didático da unidade de saúde ou na comunidade. Foram criadas três exsiccatas de cada planta. Essa exsiccata era prensada, secada em secadora e permaneciam 30

dias no congelador. As partes da planta foram coladas em cartolina medindo 15x35 cm acompanhadas por uma ficha com as especificações da planta.

O estudo de plantas medicinais pelos profissionais de saúde fortaleceu a ideia da organização do Horto Didático na UBS e oferta de plantas in natura no município.

Organização do Horto Didático e do matrizeiro de plantas medicinais

A organização do Horto Didático na UBS foi pensada como um recurso didático para educação em saúde e o matrizeiro como um espaço para cultivo e beneficiamento de matéria prima vegetal de qualidade. O planejamento do Horto Didático e do matrizeiro iniciou em 2010, articulado com o Programa Educando para a sustentabilidade e seus subprojetos e outros programas municipais, tais como: Programa Castellense de Coleta Seletiva do Lixo, Natal de Bem com a Natureza, Oficinas do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Programa Biocompostores.

Em 2014, iniciou-se a construção do Horto Didático na Unidade Básica de Saúde baseado nos canteiros em formato de horta mandala. A horta em mandala é uma das propostas do movimento de permacultura, criado pelo ambientalista Bill Mollison, na Austrália. Estes

canteiros apresentam-se tanto na unidade básica de saúde quanto na unidade escolar, e estes espaços têm um caráter pedagógico, de sensibilização e de orientação do uso adequado e para o reconhecimento de espécies com finalidades medicinais.

O Horto Didático foi construído pelos funcionários da Secretaria Municipal de Transportes, Obras e Urbanismo nos fundos da UBS. Possui um canteiro em forma de Mandala com oito canteiros no formato de fechadura e dois canteiros ondulados. Neste espaço foi organizado um quiosque para atender os grupos terapêuticos e a comunidade em geral em ações educativas. Além disso, foram construídos doze canteiros em propriedades das famílias, onde os professores das escolas e os profissionais da saúde visitam e estudam uma planta em específico. Também é disponibilizando mudas de plantas medicinais em parceria com a Secretaria Municipal de Agricultura. A manutenção é realizada pelos técnicos agrícolas e auxiliares de serviços gerais.



Etapas da estruturação do Horto Didático de Presidente Castello Branco. Fonte: Programa Farmácia Viva: plantando chás colhendo saúde, 2014

O Horto Didático auxilia no reconhecimento das plantas medicinais pelos profissionais de saúde e usuários que participam dos grupos terapêuticos, bem como da comunidade em geral.

O cultivo foi realizado de forma orgânica, utilizando o composto e caldas produzidos nos princípios da permacultura, respeitando calendário de plantio, poda e adubação pelos técnicos agrícolas no viveiro e matrizeiro municipal (espaços públicos destinados ao plantio de matrizes de ervas medicinais e reprodução de muda).

Estas plantas cultivadas são resgatadas nas famílias castellenses em visitas, reuniões e encontro de orientação com a comunidade em geral, incentivando trocas de espécies entre a população.

Cabe ressaltar que foram distribuídas 2.308 mudas de plantas medicinais para a comunidade durante a realização da Mostra Científico-Cultural, em grupos terapêuticos, oficinas com a comunidade e para visitantes. Estas mudas foram produzidas no viveiro e matrizeiro municipal pela Secretaria Municipal de Agricultura.

Ações educativas no ambiente escolar e na unidade de saúde

As ações educativas com plantas medicinais em Presidente Castello Branco tiveram início no ambiente escolar no ano de 2010. O Horto Didático da UBS baseou-se no modelo de relógio biológico/mandala desenvolvido na Escola Imigra. O

objetivo das ações educativas no ambiente escolar era de resgatar o saber cultural da comunidade e aprofundar o estudo científico sobre o tema, incentivando o uso adequado e sustentável de plantas medicinais na promoção e cuidados em saúde. Além disso, buscava-se estimular a formação de cidadãos conscientes com o meio ambiente, conforme ilustrada no quadro.

Programas, projetos e ações desenvolvidos	Responsável	Objetivos	Número de pessoas envolvidas
Horta Permacultural: valorizando a alimentação olericultura	Escola Municipal Taquaral	Sensibilizar a comunidade escolar objetivando o cultivo de olerícolas e o manejo de uma horta escolar diferenciada como apoio aos preceitos da sustentabilidade, buscando uma maior qualidade de vida, tornando a horta ao mesmo tempo uma ferramenta de ensino aprendizagem para os alunos.	São aproximadamente 40 famílias envolvidas no projeto
Pomar Escolar: uma proposta de agrofloresta	Escola Municipal São Luiz	Utilizar o pomar escolar sendo uma proposta de agrofloresta como diferente espaço educativo de aprendizagens significativas acerca da saúde e nutrição, alimentos naturais, preservação e lazer, intercalando esses conhecimentos com toda a comunidade escolar.	São aproximadamente 30 famílias envolvidas no projeto
Lavoura Familiar: valorizando a alimentação saudável	Escola Municipal Banhadão	Sensibilizar alunos, comunidade escolar e demais Instituições sobre a importância da alimentação saudável, valorizando, incentivando, resgatando o plantio, cultivo e consumo de alimentos naturais através da implantação da Lavoura Familiar na Escola e nas famílias da comunidade, priorizando qualidade de vida através de ações sustentáveis.	São aproximadamente 10 famílias envolvidas com o projeto
Farmácia Viva: conhecendo e utilizando ervas medicinais no nosso dia a dia	Escola Municipal Imigra	Realizar experiência de uma Farmácia Viva, partindo dos conhecimentos culturais para os científicos na utilização de ervas medicinais em nosso dia a dia, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida Castellense.	São aproximadamente 40 famílias envolvidas com o projeto
Biodegradáveis: uma alternativa sustentável Programa Biocompostores	Centro Educacional de Ensino de 1º Grau	Utilizar-se dos benefícios de produtos biodegradáveis e de técnicas de compostagem, e seu uso no cotidiano possibilitando assim a melhoria da qualidade de vida da população castellense.	São aproximadamente 100 famílias envolvidas com o projeto.
Construindo brinquedos e jogos pedagógicos com material alternativo	Centro de Educação Infantil Acalanto	Reutilizar materiais alternativos na confecção de jogos pedagógicos proporcionando um ensino aprendizagem significativo e que desmistifique o consumo de brinquedos industrializados.	São aproximadamente 80 famílias envolvidas

Ações educativas no ambiente escolar envolvendo plantas medicinais e educação ambiental, desenvolvidas no município de Presidente Castello Branco, 2010

As atividades educativas com plantas medicinais no âmbito dos serviços da AB foram inseridas em grupos de idosos, mães, gestantes, tabagistas, grupo de saúde mental, grupo de cuidadores. Foram realizadas diferentes dinâmicas envolvendo as plantas medicinais, por exemplo, atividades no matizeiro, entrega de mudas frutíferas, confecção de traveseiro de macela, cristais de gengibre, sal temperado com alecrim e orientações sobre o uso adequado das plantas. Também foram criados boletins informativos com uma linguagem clara e acessível, para estimular o uso adequado de plantas medicinais.

Para divulgação do Programa Farmácia Viva: plantando chás colhendo saúde foi elaborado banner com logo marca, anúncios em programas da rádio, palestras para educadores, profissionais da saúde, agricultores, benzedeiros, massagistas e a comunidade em geral abordando a construção de canteiros mandala, princípios da permacultura, cuidados e conservação do solo, uso de ervas medicinais, higienização, colheita, secagem armazenamento e comercialização. Também, foram feitas ações utilizando práticas integrativas e complementares e plantas medicinais em grupo caminhada, gestantes,

de tabagismo, cuidadores, grupos de idosos e mães e outros grupos do CRAS e estimulou-se a, visitação de outros municípios interessados a inserir a fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS). Encontra-se em processo de planejamento a implantação de homepage específica do Programa dentro do portal oficial do município.

Como destaca Thiago e Tesser (2013) é essencial fomentar um efetivo processo educativo interdisciplinar que oportunize capacitações aos profissionais da saúde de acordo com as diretrizes das políticas públicas de promoção da saúde, bem como a valorização da dimensão territorial e as redes sociais, potencializando processos participativos que ampliem a perspectiva intersetorial dessas políticas, estimulando a ativação do sujeito nos processos decisórios.

Por outro lado, a qualificação dos profissionais por meio da educação permanente também fortalece a inserção da fitoterapia na prática clínica da atenção básica, pois desmitifica a postura negativa dos profissionais quanto ao reconhecimento dos saberes e práticas populares sobre plantas medicinais muitas vezes desconsideradas e/ou omitidas no momento do diálogo entre profissional e usuário (ARAÚJO, 2000). Além disso, a visão tecnicista e biomédica dos profissionais de saúde se opõe, no geral, à legitimação de práticas alternativas e complementares, a não ser que tal legitimação se faça mediante o saber científico (ROSA et al., 2013). Muitas vezes isso ocorre porque os profissionais não tiveram na sua graduação disciplinas sobre plantas medicinais e desconhecem possíveis indicações, interações, toxicidade, contraindicações para instrumentalizar o profissional na orientação e prescrição das plantas medicinais à população (GRAÇA, 2004).

As ações educativas e reuniões entre trabalhadores assinalam na direção da educação permanente em saúde e das equipes de trabalho, por constituírem ferramentas aplicadas por meio da comunicação e da interação entre os profissionais - construção de espaços de troca, negociação e busca de consensos (CARNEIRO, 2012).

Considerações finais

As ações intersetoriais, interdisciplinares integradas à educação ambiental promovem um democrático diálogo com a comunidade e com instituições de pesquisa científica para construção dos

saberes e valores sob os preceitos da sustentabilidade social, econômica, ecológica, cultural, política e ambiental, transformando posturas e atitudes da comunidade e possibilitando a melhoria da qualidade de vida da população.

O aspecto intersetorial do programa fortaleceu parcerias exitosas entre os setores da Administração Pública Municipal e outras organizações públicas, tais como: Epagri, Consórcio Lambari e Universidade Federal de Santa Catarina, possibilitando intercâmbio de informações com embasamento teórico e acesso ao conhecimento científico para divulgação e qualificação das ações realizadas no município.

E por outro lado, usufruindo-se de ações intersetoriais durante a implantação, planejamento e execução deste programa, é importante destacar a importância de se utilizar ferramentas de gestão constantemente para avaliar e replanejar distribuições de tarefas acerca das competências e responsabilidades de cada setor perante o trabalho de intersetorialidade; necessidade de caracterizar o contexto; pactuação e alinhamento em relação a conceitos, objetivos, diretrizes, metas e avaliação dos projetos, programas e políticas; constituição de redes de trabalho e comunicação entre os diversos atores.

A sensibilização e capacitação dos profissionais foi o ponto principal para uma efetiva participação e adesão às práticas alternativas e complementares, em especial à fitoterapia, para promover uma clínica ampliada na AB e o uso racional em Presidente Castello Branco/SC. Além disso, fomentar e estimular, por meio da transposição didática e partindo dos conhecimentos prévios e culturais à construção de conhecimentos científicos sobre o uso eficaz de plantas medicinais utilizados pela comunidade através de socialização com a população em boletins informativos, destacaram-se como aspectos primordiais durante todo o processo.

Considerando que o desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares na rede pública de saúde brasileira está em lento processo de expansão e, mesmo se utilizando de normatizações existentes que regulamentam a sua implantação na unidade básica de saúde, algumas interfaces dificultam a inserção da fitoterapia e práticas integrativas no âmbito do SUS, tais como: a legalidade dos conselhos profissionais amparando ou não os atendimentos dos pacientes, a formação profissional

carentes de disciplinas sobre este assunto, a falta de incentivo financeiro que fomente a inserção, o custo elevado de medicamentos fitoterápicos e as exigências para o processamento e distribuição de drogas vegetais. Tais aspectos foram encontrados durante o processo e estão sendo gerenciadas perante legalidade, porém sem apresentar-se como um motivo determinante para o cancelamento ou término do programa.

Os momentos de ações educativas tanto para os profissionais quanto para a comunidade em geral servem para promover uma maior aceitação da inserção da fitoterapia na AB, aumentando a procura da comunidade no Horto Didático da UBS para solicitar orientações sobre as plantas no seu autocuidado. Estes aspectos ressaltam o alcance da sensibilização da população e demonstrando-se parte do processo.

De acordo com a perspectiva do SUS e da transformação das práticas de saúde, coloca-se a necessidade de ampliação do debate em torno da Educação Permanente em Saúde como política pública. Esta permissão nos faz entender que as práticas educativas necessitam estar orientadas ativamente em direção à promoção da saúde no sentido de fortalecimento da autonomia na gestão dos processos de saúde, da participação social e do emprego de abordagens dialógicas de ensino. Entretanto, em um ano apenas de efetiva implantação do programa pode-se perceber que o objetivo de sensibilizar e envolver os profissionais em ações sobre práticas integrativas e complementares foi alcançado e este resultado está intrinsecamente relacionado às ações exitosas de educação permanente oportunizadas na USB.

Por fim, percebe-se a necessidade da avaliação e replanejamento contínuo das ações, através de encontros quinzenais com os membros da comissão específica, com a participação de agentes públicos e sociais promovendo o diálogo democrático e garantindo assim a promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida da população castelense.

Referências

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC 10 de 09 de março de 2010.

_____. Formulário Nacional Fitoterápico, 2011.

ANTONIO, Gisele Damian; TESSER, Charles Dalcanale

and MORETTI-PIRES, Rodrigo Otavio. Phytotherapy in primary health care. Rev. Saúde Pública [online]. 2014, vol.48, n.3, pp. 541-553. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600021>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

ANTONIO, Gisele Damian; TESSER, Charles Dalcanale and MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. Interface (Botucatu) [online]. 2013, vol.17, n.46, pp. 615-633. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000014>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

ARAUJO, M. A. M. de. Bactrins e quebra-pedras. Inteface (Botucatu), v. 4, n. 7, p.103-110, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n7/08.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

BRASIL. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Cad. At. Basica, n.31, p.27-84, 2012. (Série A, Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_31.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2013.

CARNEIRO, Angélica Cotta Lobo Leite et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. Rev Panam Salud Publica [online]. 2012, vol.31, n.2, pp. 115-120. ISSN 1020-4989. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012000200004>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

GRAÇA, C. Treze anos de Fitoterapia em Curitiba. Saúde debate, v. 30, p. 36-41, mar. 2004

PRESIDENTE CASTELLO BRANCO. Lei Municipal nº 1.763, de 20 de dezembro de 2013.

ROSA, C.; CÂMARA, S.G.; BÉRIA, J.U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. Cienc. Saude Colet., v.16, n.1, p.311-8, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100033>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

SARTORI, C.; Presidente Castello Branco-SC: um novo olhar para a gestão pública municipal através do trabalho intersetorial em rede. Saúde & Transformação. Health& Social Change. Florianópolis, 2012

THIAGO, C.S.; TESSER, C.D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. Rev. Saude Publica, v.45, n.2, p.249-57, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000002>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

PASSO-A-PASSO PARA AS VERSÕES ON-LINE DA REVISTA

1 No menu lateral da página inicial, do portales.saude.sc.gov.br, clique em **Atenção Básica**.

2 Já na página da **Atenção Básica**, no menu lateral, clique em **Publicações**.



3 Entre as duas opções, clique em **Publicações GEABS**.



4 Entre as Publicações GEABS, clique em **Revista Catarinense de Saúde da Família**.



5 Agora é clicar na **edição da revista** que você deseja ler, pesquisar ou baixar (salvar o arquivo em PDF).

Integração do Telessaúde no fluxo entre Atenção Básica e Atenção Especializada no Município de Joinville – SC

Marcos Aurélio Maeyama: *Odontólogo / Doutor em Saúde Coletiva / Consultor do Núcleo de Telessaúde SC / Professor do curso de Medicina da UNIVALI;*

Ana Luiza Scholl Giaretta: *Acadêmica do curso de Medicina da UNIVALI;*

Barbara Pupim: *Médica / Especialista em Ortopedia / Secretária Municipal de Saúde de Joinville;*

Douglas Calheiros Machado: *Enfermeiro / Coordenador da Atenção Básica do Município de Joinville;*

Grasiele Kristiane Lunardelli: *Acadêmica do curso de Medicina da UNIVALI;*

Luana Gabriele Nilson: *Enfermeira / Mestre em Saúde Coletiva / Consultora do Núcleo de Telessaúde SC;*

Maria Cristina Marino Calvo: *Odontóloga / Doutora em Saúde Coletiva / Coordenadora do Núcleo de Telessaúde SC / Professora do Departamento de Saúde Pública da UFSC;*

Marlene Bonow Oliveira: *Nutricionista / Especialista em Gestão em Saúde / Coordenadora do PROGESUS do município de Joinville;*

Tanise Balvedi Damas: *Médica / Especialista em Endocrinologia / Secretária Municipal de Saúde de Joinville.*

Introdução

Após o período de ampliação e consolidação da Atenção Básica à Saúde (ABS) como estratégia estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), a preocupação dos gestores nas três esferas de governo, também se volta para a qualificação da atenção à saúde.

O Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de desenvolver ações de apoio às equipes de ABS por meio da educação permanente, visando mudanças nas práticas de saúde e melhoria na qualidade da atenção, instituiu em 2007, o Programa Telessaúde Brasil (BRASIL, 2007).

Inicialmente foram constituídos nove Núcleos de Telessaúde no Brasil, financiados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do MS, sendo um deles em Santa Catarina, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Secretaria Estadual de Saúde (SES) (BRASIL, 2012).

Em 2011 o MS, por meio da portaria nº 2546/GM/MS, redefine e amplia o Programa Nacional de Telessaúde, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (BRASIL, 2011). A portaria define que o Telessaúde Brasil Redes deverá ofertar os seguintes serviços:

- Teleconsultoria: consulta registrada e solicitada por trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, realizada por meio de telecomunicação bidirecional, nas modalidades síncrona (em tempo

real), ou assíncrona (por meio de mensagem *off-line*);

- Telediagnóstico: serviços de apoio ao diagnóstico, que se utilizam de tecnologias de informação e comunicação, com coleta do exame em serviços do município e execução de laudo à distância nos centros de referência;

- Tele-educação: conferências, aulas e cursos, realizadas à distância por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação; e

- Segunda Opinião Formativa (SOF): respostas prontas sistematizadas, disponíveis publicamente na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), construídas a partir de perguntas originadas das teleconsultorias, com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas.

Com a ampliação do escopo dos serviços de Telessaúde, o MS ampliou o financiamento por meio do Departamento de Atenção Básica, induzindo principalmente o desenvolvimento das teleconsultorias clínicas, com a finalidade de aumentar a resolubilidade da ABS.

Esse direcionamento é justificado por dados extraoficiais, que demonstram que a resolubilidade na ABS no Brasil, gira em torno de 70%, sendo que a capacidade resolutiva da Atenção Primária à Saúde em países com sistema consolidado fica entre 85% e 90% (MENDES, 2012; GÉRVAS; FERNANDES, 2011). Em levantamento realizado em 70 unidades de saúde de 19 estados, observou-se um excessivo número de encaminhamentos, acarretando uma sobrecarga para a Atenção Especializada, com transferência de

responsabilidades em casos que poderiam ter resolução na ABS (GÉRVAS; FERNANDES, 2011).

A dificuldade de acesso à Atenção Especializada é ainda corroborada pela oferta insuficiente de consultas em algumas especialidades e pelo processo de regulação ainda incipiente em muitas regiões do país (BRASIL, 2015).

Desta forma, o processo de educação permanente ganha importância central para a qualificação da atenção, em especial no âmbito da ABS, permitindo assim, que esta atinja seu máximo potencial de resolubilidade.

O Núcleo Telessaúde SC já oferecia desde 2009 teleconsultorias para profissionais da ABS, porém, mesmo com divulgação em órgãos colegiados, como a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), Comissão Intergestores Regionais (CIR), encontros e congressos de ABS realizados no estado, e ainda divulgação por meio eletrônico, a utilização de teleconsultoria sempre foi pequena, mesmo com o quadro aparente de baixa resolubilidade na ABS e excesso de encaminhamentos para a especialidade. A mesma dificuldade de uso fora relatada por outros Núcleos de Telessaúde, quando da modalidade de utilização espontânea (ARAÚJO; CORREIA; SILVA, 2013).

O município de Joinville – SC, não diferente de outros cenários no Brasil, apresentava um quadro de grande demanda para a Atenção Especializada, com grandes filas de espera em diversas especialidades. Além disso, a regulação do município constatava tanto a falta de informações sobre o caso, quanto à possibilidade de manejo na ABS em alguns encaminhamentos, quadro muitas vezes confirmado pelo especialista.

Neste sentido, o município iniciou atividades presenciais de especialistas em unidades básicas de saúde, realizando matriciamento para os médicos da ABS, e mesmo com resultados positivos, muitos casos ainda eram encaminhados ao especialista sem necessidade, especialmente pelo fato de não haver fluxo definido.

A partir desta limitação, o município em parceria com o Núcleo Telessaúde SC, estabeleceu fluxo compulsório de teleconsultoria, anterior ao encaminhamento, como forma de qualificar a Atenção Básica e aumentar sua resolubilidade, iniciando como projeto-piloto na especialidade de Endocrinologia.

Objetivos

O projeto apresenta como objetivo principal, melhorar a atenção e o cuidado do usuário dos serviços de saúde de Joinville, com os seguintes objetivos específicos:

- Qualificar a Atenção Básica por meio da educação

permanente;

- Melhorar a resolubilidade dos médicos da Atenção Básica por meio do apoio da teleconsultoria clínica;
- Qualificar o acesso à Atenção Especializada;
- Qualificar o processo de regulação e classificação de risco;
- Diminuir o tempo de espera na rede de serviços ambulatoriais especializados, para atendimento em tempo oportuno;
- Construir expertise para fluxos entre Atenção Básica e Atenção Especializada.

Processo metodológico

O trabalho remete-se a um relato de experiência, realizado com o intuito de publicizar o conhecimento e inspirar outras iniciativas que auxiliem na qualificação da atenção à saúde.

O relato de experiência é um documento em que se identifica todo o caminho percorrido, com registro das situações relevantes que ocorreram na sua construção (ABNT, 2003).

Num primeiro momento a aproximação do Telessaúde com a Secretaria de Saúde de Joinville foi realizado pela Área de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PROGESUS), que já incentivava a participação dos profissionais, tanto nas atividades de tele-educação quanto nas teleconsultorias, desde 2010.

A partir da experiência de matriciamento presencial, foi discutida a possibilidade de apoio por meio da teleconsultoria. Pelo histórico de baixa adesão da teleconsultoria pela modalidade de oferta e utilização espontânea, foi discutida a possibilidade de fluxo compulsório para algumas especialidades.

O MS orienta que, para escolha da especialidade com fluxo compulsório de teleconsultoria devem ser considerados os seguintes aspectos: demanda reprimida e tempo excessivo de espera para a consulta; especialidade com casos clínicos sensíveis à ABS e à teleconsultoria; disponibilidade de profissionais potencialmente teleconsultores (BRASIL, 2015b).

A especialidade que apresentava tais características era a Endocrinologia. Após reunião com os médicos especialistas do município, com apresentação da proposta destacando o caráter formativo da teleconsultoria e potencialidade de qualificação da rede, a especialidade foi eleita para o projeto-piloto.

O município se prontificou em disponibilizar carga horária para os médicos endocrinologistas para a realização das teleconsultorias, seguindo sugestão do próprio MS, que aponta a preferência por profissionais vinculados à rede de serviços do município, pelo

conhecimento da realidade loco-regional, e acumulação de expertise para a sustentabilidade das ações de teleconsultoria (BRASIL, 2011b).

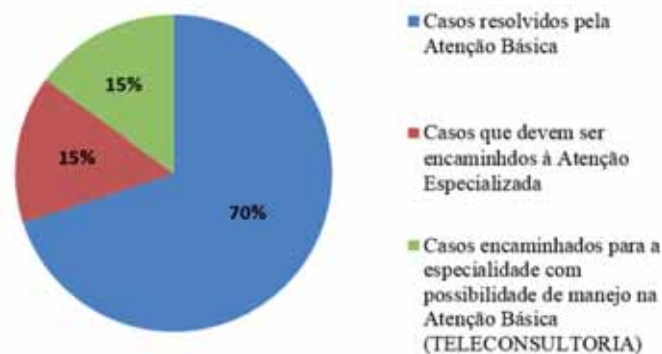
Foi realizado treinamento para os profissionais teleconsultores, incluindo: papel dos especialistas para o fortalecimento da ABS como coordenadora do cuidado; objetivos e serviços do Programa Telessaúde Brasil Redes; utilização do portal do Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde; e ênfase na formulação de respostas das teleconsultorias quanto a sua estrutura, objetividade, evidências e caráter formativo.

O Telessaúde SC assumiu como contrapartida a realização de apoio técnico-científico para formação de teleconsultores, monitoramento e qualificação das respostas, elaboração de relatórios de utilização dos serviços, capacitação dos profissionais para utilização dos serviços de Telessaúde, monitoramento de campo para os profissionais da ABS, suporte na construção dos fluxos e integração com o Telessaúde, cessão para utilização da plataforma virtual, suporte técnico-científico na elaboração de protocolos clínicos e de acesso, elaboração de atividades de tele-educação para suporte das atividades desenvolvidas no município e a telerregulação das teleconsultorias (distribuição das teleconsultorias para os teleconsultores, de acordo com o tipo de pergunta).

Posteriormente, foi discutida a definição do fluxo de integração entre o Telessaúde e a Secretaria Municipal de Saúde, envolvendo a participação da coordenação de ABS do município, regulação, o PROGESUS, os endocrinologistas teleconsultores e a equipe do Telessaúde.

A etapa seguinte consistiu na sensibilização dos médicos da ABS para o projeto-piloto e apresentação do novo fluxo. Um aspecto importante que deve ser considerado, para legitimação do processo, refere-se ao resgate da responsabilidade sanitária que o profissional da ABS deve ter pelo usuário no sentido da coordenação do cuidado, pois em muitas situações, o encaminhamento representa o término da responsabilização. Por outro lado, também é importante ratificar o potencial de resolubilidade de 85% da ABS, confrontando com o cenário visto na regulação e na Atenção Especializada, de excesso de encaminhamentos. Também é fundamental esclarecer que o profissional não está sendo impedido de encaminhar seu paciente, e que a teleconsultoria não representa barreira para o acesso ao especialista. Apenas os casos sensíveis ao manejo na ABS serão “devolvidos” em forma de teleconsultoria, com o suporte necessário para o médico ter condições de resolver o problema, conforme gráfico 1.

Gráfico 1 - Resolubilidade na Atenção Básica e Atenção Especializada, e interface da teleconsultoria.

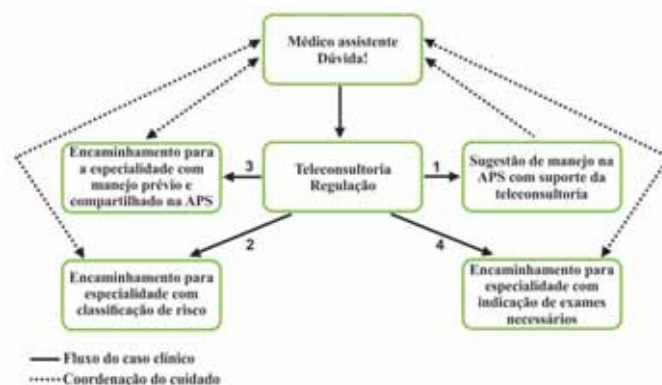


Fonte: Telessaúde - SC

Portanto, a teleconsultoria tem o potencial de ampliar a capacidade resolutiva de quem solicita, pois trata-se de apoio com caráter educacional, e ainda capaz de melhorar e qualificar o acesso à Atenção Especializada, pelo fato de evitar encaminhamentos desnecessários (BRASIL, 2015).

A partir da escuta dos vários atores envolvidos na gestão e atenção à saúde, a última etapa de organização foi o estabelecimento dos possíveis fluxos, com a integração da teleconsultoria aos serviços propriamente ditos, conforme figura 1.

Figura 1: Integração da teleconsultoria no fluxo entre Atenção Básica e Atenção Especializada.



Fonte: Telessaúde SC / Secretaria Municipal de Saúde de Joinville

A partir da dúvida postada, existem quatro possibilidades de fluxos:

- Situação 1: o médico teleconsultor especialista poderá devolvê-la em forma de teleconsultoria quando o caso for passível de resolução na ABS, podendo desta forma, evitar o encaminhamento para o especialista e ainda qualificar o médico assistente, para este e outros casos similares futuros, sem necessidade de encaminhamento ou mesmo de nova teleconsultoria. O especialista se orienta pelo risco em cada caso, de acordo com as evidências científicas na área, e pelas necessidades de cada usuário, oportunizando o manejo seguro na ABS pelo médico assistente, com seu apoio e respaldo ao propor cuidados possíveis;

- Situação 2: quando o médico teleconsultor especialista considerar que o acompanhamento deve ser realizado no nível especializado, classificando o risco e já realizando a regulação do caso, de acordo com a necessidade.

- Situação 3: quando o médico teleconsultor especialista considerar que o acompanhamento deve ser realizado no nível especializado, porém, pelo baixo risco do caso, utilizando o critério da equidade, pode sugerir por teleconsultoria, o manejo provisório pelo médico da ABS, indicando as condutas possíveis e seguras durante o período em que o usuário aguarda a consulta com o especialista.

- Situação 4: quando o médico teleconsultor especialista considerar que o acompanhamento deve ser realizado no nível especializado, e pode indicar ao médico da ABS a solicitação prévia de exames necessários para a avaliação do caso para quando do acesso ao especialista, este já possa ter em mãos informações que facilitem o diagnóstico e tratamento, evitando uma nova consulta de confirmação de exames complementares.

A modalidade escolhida para a teleconsultoria foi o formato assíncrono, na qual as respostas devem ser enviadas em até 72 horas, baseadas na melhor evidência científica disponível, adaptada para as realidades locais e seguindo os princípios do SUS e da ABS (BRASIL, 2013).

No fluxo estabelecido, o teleconsultor ao avaliar o caso já inicia o trabalho de regulação, uma vez que em caso de necessidade de Atenção Especializada, é realizada a classificação de risco, determinando o acesso em tempo oportuno. Esta forma de organização se aproxima do modelo sugerido pelo MS, na qual uma central de regulação realiza tanto a regulação dos casos de encaminhamentos à Atenção Especializada, quanto atende as solicitações de teleconsultoria (BRASIL, 2012).

A ressalva é que o teleconsultor, apesar de realizar a classificação de risco e indicar a necessidade e o tempo do acesso, encaminha para a regulação que realiza o agendamento do paciente. Há nesse processo mais um fluxo de comunicação necessário, mas que, se for articulado e cooperativo, pode de fato qualificar o acesso do paciente à Atenção Especializada.

Entende-se que a articulação do Telessaúde com a regulação assistencial (enquanto fluxos e proposta de rede) representa um grande passo para que a Regulação seja efetivamente uma Tecnologia de Gestão, que tem suas aplicações no âmbito do cuidado, dos serviços e do sistema de saúde, envolvendo a regulação do acesso e a microrregulação (coordenação do cuidado) (BRASIL, 2015).

Resultados e discussão

Apesar de bastante recente, o processo de implantação do novo fluxo envolvendo Telessaúde e Regulação, nos permite apresentar alguns resultados preliminares e algumas reflexões.

O fluxo compulsório da teleconsultoria para a endocrinologia iniciou em abril de 2015 e estimulou a implementação de um processo semelhante também no acesso à ortopedia, a partir de janeiro de 2016.

Fluxo das dúvidas

No que se refere às dúvidas (ou pretensões de encaminhamento) propriamente ditas, tanto nos casos relacionados à Endocrinologia (255 casos) quanto da Ortopedia (831 casos) tiveram resultados significativos com a implantação do novo fluxo envolvendo a Teleconsultoria, como mostram os gráficos 2 e 3, referentes aos meses de janeiro, fevereiro e março de 2016.

Gráfico 2 - Fluxo das dúvidas da especialidade de endocrinologia



Fonte: Telessaúde SC / Secretaria Municipal de Saúde de Joinville

Gráfico 3 - Fluxo das dúvidas da especialidade de ortopedia



Fonte: Telessaúde SC / Secretaria Municipal de Saúde de Joinville

Embora o número absoluto de teleconsultorias realizadas não represente a mesma quantidade de encaminhamentos evitados, eles significam que na opinião do especialista, o caso pode ser manejado na Atenção Básica, sendo devolvido em forma de teleconsultoria em 43% e 39% do total de solicitações para a Endocrinologia e Ortopedia, respectivamente.

Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Castro Filho et al. (2012), que demonstraram que na experiência do Telessaúde RS, a cada duas teleconsultorias solicitadas por profissionais médicos, um encaminhamento de paciente para outros níveis de atenção foi evitado.

Uma diferença importante da experiência do Telessaúde RS é que a solicitação se deu de forma espontânea pelo médico da ABS, o que a priori, sinaliza

que este compreende que o caso potencialmente pode ser resolvido na ABS.

No caso de Joinville, foi estabelecido o fluxo compulsório, que a priori, implica dizer que o médico da ABS, quando da solicitação tem o desejo de encaminhar para o especialista, portanto, considera que deveria ser resolvido neste nível de atenção e não na ABS, o que torna os resultados preliminares ainda mais significativos.

O estabelecimento do fluxo compulsório da teleconsultoria implicou também em mudança na descrição dos casos, que necessitaram ser melhor relatados. Nos casos com informações incompletas, houve devolução para o médico com pedido de informações complementares, servindo inclusive como processo educativo para o solicitante. Na Ortopedia, aconteceu em 2% do total de solicitações, e na Endocrinologia por se tratar de processo já iniciado a mais tempo, não houve nenhuma devolução para pedido de maiores informações.

A descrição adequada do caso permite ainda que todos os casos sejam de fato regulados, com classificação de risco, quando necessário o acesso ao especialista, cumprindo assim o papel de qualificação do acesso à Atenção Especializada, suprimindo a lógica de agendamento por ordem cronológica de solicitação, para um formato que considere o risco e respeite a equidade no acesso.

Outra forma de qualificar o acesso à Atenção Especializada descrita no fluxo, se refere à solicitação de exames complementares previamente à consulta do especialista. Esta possibilidade ainda requer o desenvolvimento de protocolos que facilitem a comunicação, orientação, decisão sobre a necessidade e fluxos que otimizem o processo de atenção. Ainda assim, nas duas especialidades, os teleconsultores recomendaram aos médicos da ABS a solicitação prévia de exames complementares em 7% dos casos para a Endocrinologia e 11% para a Ortopedia, evitando a necessidade de uma primeira consulta com o especialista apenas para solicitação de exames.

A qualificação do acesso à especialidade pode ser realizada ainda com manejo prévio do médico da ABS com apoio do teleconsultor especialista. Esta modalidade foi bastante significativa para a Endocrinologia representando 21% do total de solicitações e 4% para a Ortopedia. Essa possibilidade implica na melhoria da atenção, uma vez que o paciente não fica desassistido até o momento da consulta com o especialista. Além disso, o manejo provisório e compartilhado também qualifica o profissional da Atenção Básica para problemas de difícil manejo.

Uma combinação de solicitação prévia de exames e manejo provisório também se mostrou como possibilidade em 1% das solicitações, tanto na Endocrinologia quanto na Ortopedia.

Em outros países que utilizam o Telessaúde como serviço de apoio, a teleconsultoria tem contribuído para reduzir encaminhamentos desnecessários, por meio da qualificação dos médicos da Atenção Primária à Saúde, integrada aos serviços especializados (OLIVEIRA et al, 2015), ratificando os resultados do projeto-piloto realizado no município.

Processo de implantação

O início do processo de implantação sofreu algumas resistências de profissionais, com alegações sobre a legalidade do processo e ainda do acúmulo de responsabilidades dos médicos da ABS.

Em relação à legalidade, a teleconsultoria é autorizada tanto pelo Ministério da Saúde quanto pelo Conselho Federal de Medicina, ficando impedida apenas a modalidade de teleconsulta, que se refere à interação à distância entre profissional e paciente (BRASIL, 2012). Nesse sentido, a coordenação de Atenção Básica do município, a partir de questionamentos pontuais, realizou visita e conversa com os profissionais para esclarecimentos quanto aos aspectos legais e éticos da teleconsultoria, e sobre a qualificação da atenção com oferta de teleconsultoria como instrumento de educação permanente e apoio ao profissional.

Quanto ao acúmulo de responsabilidades, é importante que o profissional de saúde entenda que buscar a máxima resolubilidade possível, é de fato aumentar a responsabilidade, que é inerente ao processo de trabalho da ABS, portanto, não representa mais trabalho, representa apenas assumir de fato a responsabilidade que lhe é devida, no sentido de contemplar a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado. Em Joinville este trabalho de sensibilização tem sido realizado tanto pela coordenação da Atenção Básica quanto pelo PROGESUS.

Outra limitação que teve que ser superada foi quanto ao acesso à internet nas unidades de saúde. Inicialmente, nem todas as unidades possuíam acesso, o que não inviabilizou a implantação do novo fluxo.

Para as unidades sem acesso à internet, as solicitações de teleconsultoria eram realizadas em papel e devolvidas da mesma forma, pois ainda que acarretasse em maior tempo e trabalho, a decisão de gestão foi no sentido de legitimar o novo fluxo. Ocorreu que a implantação do fluxo nestas condições, obrigou a aceleração do provimento de acesso à rede, o que representou um tensionamento positivo para a qualificação da estrutura das unidades de saúde.

A introdução do Telessaúde na rotina dos serviços tem favorecido a inclusão digital de diversos municípios, tanto na aquisição de equipamentos quanto no acesso à internet (MARCOLINO et al, 2014), o que significa que a falta de estrutura inicial não pode ser um fator impeditivo, mas sim um aspecto a ser superado.

Quanto à disponibilidade de carga horária destinada para as teleconsultorias, inicialmente foi baseada na série histórica de solicitações de encaminhamentos, utilizando como base 20 minutos para cada teleconsultoria. O total de carga horária distribuída entre os vários profissionais teleconsultores deverá frequentemente ser revista, uma vez que depois de um período de adaptação inicial, a tendência é que haja uma estabilização na solicitação de teleconsultorias, quando os profissionais já adquirem maior segurança e autonomia para solucionar os casos, que anteriormente, apresentavam dúvidas ou insegurança (HADDAD, 2012).

Existe sempre o temor de que “tirando” parte da carga horária de assistência do especialista para realizar a teleconsultoria, a fila ou tempo de espera irá aumentar. Porém, o tempo dispensado para a teleconsultoria, pode evitar vários encaminhamentos, e mesmo com uma oferta menor de tempo de assistência, a tendência é que ocorra uma diminuição da fila de espera, fato consumado no fluxo da Endocrinologia. O ideal nos casos de demanda reprimida ou grande tempo de espera, é que se inicie a oferta de teleconsultorias, sem diminuir o número absoluto de ofertas de consultas, até que o acesso ao especialista seja dos casos que já foram regulados.

Essa organização do trabalho do especialista proposta pelo município segue a sugestão do MS, o qual indica que quando da integração com os núcleos de Telessaúde, os profissionais especialistas podem exercer funções de consulta direta, de regulação e apoio à ABS, entre outras possibilidades (BRASIL, 2015).

Primeiras repercussões na atenção

Os primeiros reflexos positivos desde a implantação do novo fluxo foram quanto ao tempo de espera pela consulta com o especialista. No caso da Endocrinologia, com fluxo compulsório de 1 ano, atualmente não existe fila de espera, sendo que anterior à introdução da teleconsultoria, esse período girava em torno de 4 meses. Na Ortopedia, pelo fato de ter iniciado muito recentemente e também de possuir uma grande demanda reprimida, ainda não foi possível mensurar os resultados sobre a fila de esperas.

Ter o acesso em tempo oportuno, como no caso da Endocrinologia, que lida em sua grande maioria com problemas crônicos, significa ter um melhor monitoramento da situação de saúde, o que implica também na melhoria da qualidade na assistência.

Outro aspecto interessante que tem sido percebido pelos especialistas endocrinologistas é que os casos que tem chegado para a Atenção Especializada são de fato problemas complexos, cujo manejo exige conhecimentos mais específicos da especialidade.

Estes fatos demonstram que a teleconsultoria tem cumprido seu papel de aumentar a resolubilidade da ABS e qualificar o acesso do usuário ao serviço de Atenção Especializada, que implica em encaminhar o usuário que de fato necessita, no momento certo e com as informações suficientes (BRASIL, 2015).

Avaliação do processo

Para avaliar o processo de implantação, na própria plataforma do Telessaúde, ao receber a resposta do teleconsultor, o médico solicitante pode realizar a avaliação da resposta, indicando se ela foi suficiente para resolução do caso. O Telessaúde é responsável pela avaliação da qualidade das respostas, em especial as que são apontadas como insuficientes. O desdobramento desta avaliação é uma devolução para os teleconsultores, apontando possíveis inconsistências no padrão de respostas, de acordo com as diretrizes do MS e do Núcleo Telessaúde SC.

A implantação do fluxo compulsório de teleconsultorias envolve vários setores da Secretaria Municipal de Saúde, como ABS, Regulação, Atenção Especializada, setor de informática, PROGESUS, gestão municipal, além do próprio Telessaúde e usuários. Inerente à qualquer processo de mudança, várias dificuldades apareceram ao longo do processo de implantação e consolidação dos novos fluxos. A autonomia conferida a cada um dos setores e atores, ao mesmo tempo se apresenta como potência, como também dificulta por vezes a resolução de problemas aparentemente simples. Neste sentido, após algumas reuniões e discussões, o município criou uma referência municipal, que pudesse responder mais ativamente as demandas do Telessaúde, e sempre que necessário, acionar os setores envolvidos nas dificuldades, sem lhes tirar a autonomia no desenvolvimento das atividades rotineiras.

Papel formativo da teleconsultoria

No curto prazo, a teleconsultoria tem a capacidade de evitar encaminhamentos de forma direta; uma

teleconsultoria pode evitar um encaminhamento. Porém, no longo prazo, por meio do seu processo formativo, com informações complementares não só “do que fazer”, mas “por que fazer” e “como fazer”, ela tem o potencial de evitar tantos outros encaminhamentos futuros que seriam gerados, caso o profissional não recebesse apoio e formação para tal; nesse sentido, uma única teleconsultoria pode evitar vários outros encaminhamentos.

Abaixo um exemplo de teleconsultoria que evitou encaminhamento para a especialidade, com grande potencial formativo.

Dúvida – Médico Solicitante
Caso: Mulher, 60 anos, 79 kg, DN: 17/04/1955, história de hipertensão, asma e diabetes mellitus tipo II. Em tratamento com: hidrocortizida 25mg, AAS 100mg, beclometasona 250mcg, salbutamol spray, ibesartana 300mg, zanidip 10mg, glifage xr 500mg 2 comp. após café e 2 comp. após jantar. Tratamento anterior com metformina 500mg, apresentando episódios de cólicas abdominais e diarreia. Troquei a metformina 500mg por glifage xr, continuando com os mesmos sintomas, sugerindo uma intolerância à metformina. Glicemia (exame sangue): 176mg e Hemoglobina glicosilada (HbA1c): 8,70%. Como manejar? A paciente prefere utilizar a insulina como última opção. É aconselhável iniciar o tratamento com sulfonilurêias ou biguanidas? Elas promoverão o controle da glicose?
Resposta – Teleconsultor
O caso é de um paciente diabético sem controle com sintomas de intolerância a metformina mesmo quando tentado o XR com liberação prolongada. Uma possibilidade para essa paciente é reduzir a dose do glifage xr deixando somente 1 g/dia e associar uma sulfonilurêia disponível na UBS como gliclazida. De acordo com a HbA1c para chegar na meta glicêmica é preciso deixar dose 90 a 120 mg (3-4 cprs de 30 mg por dia - pode fracionar 2 antes do café e 2 antes do almoço). Se mesmo assim a paciente persistir com queixas gastrointestinais com glifage, tentar substituir por outro anti diabético VO como os inibidores de DPP4 (trayenta 5mg, galvus 100mg, januvia 100mg, ongliza 5mg, nesina 25mg) ou inibidores de SGLT2 (forxiga 10mg, invokana 300mg ou jardiance 25mg), estes últimos além de promover controle glicêmico também levam à perda de peso, mas só podem ser utilizados se clcre > 60ml/min, porém nenhuma dessas classes está disponível no SUS e teria que conversar com paciente sobre a possibilidade de comprá-los. Caso esta possibilidade não seja viável manter gliclazida com uma dose de insulina bed time também promoveria o controle. Após introduzir medicações, repetir os exames em 3 meses para avaliar melhora na HbA1c. Lembrar da importância da triagem das doenças microvasculares solicitando mapeamento de retina, microalbuminúria e exame dos pés anualmente. Sempre estimular controle dietético e prática de atividade física, medidas essas, que ajudam muito no controle da doença. Se após realizar tais medidas HbA1c mantiver acima de 7% pode reencaminhar o caso via teleconsultoria para que possamos reorientar o tratamento.
Evidências e Referências:
1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015. São Paulo – AC Farmacêutica, 2015. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/ .
2. Macedo G, Moura F, Soriano EA, Ribas DF, Andrada NC. Projeto Diretrizes: Insulinização, 2011.

Considerações finais

A experiência de implantação da teleconsultoria no fluxo entre Atenção Básica e Atenção Especializada

tem se mostrado muito importante na qualificação dos profissionais, pois tem oportunizado aprendizado significativo, no tempo e nas necessidades do serviço.

O processo de qualificação dos médicos da Atenção Básica realizado pela teleconsultoria, tanto aumenta a resolubilidade na Atenção Básica, quanto qualifica o acesso à Atenção Especializada (seja pela regulação do caso com classificação de risco, solicitação prévia de exames ou manejo compartilhado). Além disso, a qualidade da comunicação entre os pontos de atenção se potencializa, pois ela passa a ser estratégica na definição do fluxo do usuário, tanto para a referência, quanto para a contrarreferência, com aprendizado mútuo e funcionamento que de fato caracteriza uma rede de cuidados.

Esse conjunto de aspectos tem impacto positivo no tempo de espera para Atenção Especializada, e mais do que isso, tem impacto no cuidado do usuário que tem suas necessidades atendidas e acompanhadas, seja na Atenção Básica ou na Atenção Especializada.

E por fim, o estabelecimento de fluxo compulsório de teleconsultoria, ainda que tenha causado alguns desconfortos no início do processo, se mostrou fundamental, pois as solicitações de teleconsultorias clínicas que eram insignificantes numericamente falando, atualmente ultrapassam de 400, somando apenas a Endocrinologia e a Ortopedia. Nesse sentido, o município de Joinville tem a intenção de gradativamente ampliar a integração da teleconsultoria no fluxo de outras especialidades para qualificar toda a rede de atenção.

Referências

ARAUJO, K. S.; CORREIA, I. B.; SILVA, K. C. L. Integração Telessaúde e Regulação no apoio à Atenção Primária. In: XIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2012, Curitiba. Anais do XIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6022: informação e documentação: artigo em publicação periódica científica impressa. Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde. Protocolo de resposta à teleconsultorias / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 35 de 4 de Janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional do Programa Telessaúde Brasil Redes. Nota Técnica nº 5/2015 – DEGEG/SGTES/MS. Diretrizes para oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Custeio dos núcleos de telessaúde: manual instrutivo [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.546, de 27 de Outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.554, de 28 de Outubro de 2011. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

CASTRO FILHO, E. D., HARZHEIM, E., SCHMITZ, C. A. A., SIQUEIRA, A. C. SILVA. Telessaúde para Atenção Primária. v. 1. In: GUSSO, G., LOPES, J. M. C. (Org.) Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 395-403.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. Como construir uma atenção primária forte no Brasil: É possível transformar o círculo vicioso de má qualidade em um círculo virtuoso de boa qualidade, no trabalho clínico e comunitário na atenção primária no Brasil. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro, 2011.

HADDAD, A. E. Experiência Brasileira do Programa Nacional Telessaúde Brasil. Ana Estela Haddad. In: MATHIAS, I.; MONTEIRO, A. (orgs). Gold book [recurso eletrônico]: inovação tecnológica em educação e saúde. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2012.

MARCOLINO, M. S.; ALKMIM, M. B.; ASSIS, T. G. P.; SOUSA, L. A.P.; RIBEIRO, A. L. P. Teleconsultorias no apoio à atenção primária à saúde em municípios remotos no estado de Minas Gerais, Brasil. Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 35(5/6), p. 345–52, 2014.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

OLIVEIRA, D. G.; FRIAS, P. G.; VANDERLEI, L. C. M.; VIDAL, S. A.; NOVAES, M. A.; SOUZA, W. V. Análise da implantação do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco, Brasil: estudo de casos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31(11), p. 2379-2389, 2015.

Experiência Projeto QualiSUS - Rede na Região Metropolitana de Florianópolis: Apoio Institucional Estadual

Elisia Puel: *Assistente Social / Mestre em Serviço Social / Secretaria de Estado da Saúde (SES-SC);*

Angela Maria Blatt Ortiga: *Enfermeira / Doutora em Saúde Coletiva / Secretaria de Estado da Saúde (SES-SC);*

Gisele Damian Antonio Gouveia: *Farmacêutica / Doutora em Saúde Coletiva / Telessaúde SC;*

Maria Fraga: *Enfermeira / Secretaria de Estado da Saúde (SES-SC).*

O Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede) foi implantado em 15 regiões do Brasil (Brasil, 2011). Em Santa Catarina, o QualiSUS-Rede foi desenvolvido na Região Metropolitana de Florianópolis (RMF), compreendendo os 22 municípios integrantes desta região. Para o desenvolvimento dos trabalhos foi formado um Grupo Conductor, (portaria estadual nº 442 de 10/05/2012) com a participação de representantes dos municípios da região, apoiadores do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), com atribuições de planejar, coordenar e monitorar todas as etapas de elaboração, execução e avaliação deste subprojeto (Santa Catarina, 2012).

O apoio institucional estadual foi realizado por meio de três oficinas de Fortalecimento da Atenção Básica em parceria com a Gerência de Coordenação da Atenção Básica (GEABS), 18ª Gerência Regional de Saúde (GERSA), do Ministério da Saúde e Núcleo Telessaúde SC.

As Oficinas de Fortalecimento da Atenção Básica da Região Metropolitana de Florianópolis foram organizadas com dinâmicas participativas com o objetivo de promover debates temáticos, atividade em grupo, troca de experiência, atividades de dispersão e estímulo do uso do Telessaúde.

Participaram 402 profissionais de saúde nas Oficinas, criados 21 grupos de condução municipal, da Rede de Atenção à Saúde (RAS), 19 Planos de Fortalecimento da Atenção Básica dos municípios

da RMF e 10 encontros de apoio institucional para 147 profissionais visando a elaboração das atividades de dispersão. Além das oficinas, foram realizadas no período de março de 2014 a abril de 2015, 22 capacitações abrangendo 4 mil profissionais para discutir temas relacionados ao: pré-natal, práticas integrativas e complementares no parto e puerpério, cuidado em HIV/AIDS e sífilis, prevenção e detecção precoce do câncer de colo uterino, pessoa em situação de violência sexual, atenção à saúde da pessoa com deficiência, saúde bucal, saúde mental na atenção primária, urgência em saúde mental, judicialização em saúde mental, criança e adolescente em sofrimento psíquico, álcool e outras drogas, processo de trabalho da Enfermagem, e-SUS, Núcleo de Apoio a Saúde da família (NASF), Programa Saúde na Escola.

Em relação ao uso do Telessaúde SC, as atividades presenciais do sub-projeto QualiSUS-Rede Região Metropolitana de Florianópolis estimularam no período de jun/2014 à mar/2015 a realização de 205 teleconsultorias e participação de 225 acessos no momento da realização e 1573 acesso na forma *off-line* pelos profissionais da RMF em webpalestras de diversos temas: e-SUS, saúde do homem, plantas medicinais, sistemas de informação, segurança alimentar, manejo de pacientes hipertensos, vigilância de óbito materno e infantil, saúde mental, prevenção e tratamento em situação de intoxicação entre outros. Também, houve adesão de 445 profissionais no curso de acolhimento com classificação de risco ofertado à distância.

Esta experiência mostrou a potencialidade do apoio institucional estadual para o planejamento de suas ações. Os municípios apontam como indutor a criação do grupo de condução das redes no município, para funcionar como elo no processo de articulação entre gestores e equipes de saúde, além de aumentar a adesão nas atividades promovidas pela SES e pelo Telessaúde de Santa Catarina.

Referências

ALMEIDA PF, FAUSTO MCR, GIOVANELLA L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica. 2011;29(2):84-95. Disponível: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>. [Acesso em 20 abr.2016]

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM no 396, de 4 de março de 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0396_04_03_2011.html [Acesso em 20 abr.2016]

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Rev. Med. Minas Gerais: 2008.

SANTA CATARINA. Portaria Estadual no 442, de maio de 2012. Disponível em: <http://www.doe.sea.sc.gov.br/Repositorio/20120518/Materias/42292/42292.html> [Acesso em 20 abr.2016]

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Coordenação da Atenção Básica. Relatórios de avaliação de capacitações da Atenção Básica e RAPS – Projeto QUALISUS Rede. Florianópolis: 2015.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Escola de Saúde Pública. Introdução para Estratégia da Saúde da Família. Módulo 5. Avaliação e monitoramento. 2013.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Plano de Redes de Atenção à Saúde e de Qualificação do Cuidado e da Gestão em Saúde na Região Metropolitana de Florianópolis. Florianópolis: 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância. Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família [Recurso eletrônico]. Florianópolis.: UFSC. 2010; p. 57-72. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/191/Modulo4_Completo.pdf?sequence=1 [Acesso em 28 mai. 2015].

SAÚDE DO VIAJANTE | **Cuidado com picadas de mosquitos**

É PRECISO FICAR ATENTO AO RISCO DE INFECÇÃO POR DOENÇAS TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS, COMO MALÁRIA, DENGUE, FEBRE AMARELA, CHIKUNGUNYA E VÍRUS ZIKA. PARA SE PREVENIR, SIGA ALGUMAS MEDIDAS SIMPLES:

- Aplique **repelente** nas áreas expostas da pele, seguindo a orientação do fabricante;
- Hospede-se em locais que disponham de **telas de proteção** nas portas e janelas, especialmente se estiver longe das capitais, ou **leve o mosquitoir/cortinado** como alternativa;
- Em passeios ecoturísticos, utilize **roupas** que protejam o corpo **contra picadas de insetos e carrapatos**, como camisas de mangas compridas, calças, meias e sapatos fechados;
- Em localidades com transmissão de Malária (Região Amazônica), **permaneça**, principalmente no período entre o **anoitecer e o amanhecer**, em locais com **barreiras** para entrada de insetos como telas de proteção, mosquiteiros, ar-condicionado ou outras disponíveis.



SAÚDE DO VIAJANTE | **Intoxicações acidentais**

- **MANTENHA EM LOCAL SEGURO, FORA DO ALCANCE DE CRIANÇAS: MEDICAMENTOS, SABONETES LÍQUIDOS, XAMPUS, CONDICIONADORES, PERFUMES, TALCOS E REPELENTE.**
- Os principais **produtos químicos** que resultam em **intoxicação** são medicamentos, **desinfetantes sanitários**, abuso de drogas, produtos químicos industriais e agrotóxicos de uso agrícola.
- **No caso de exposição** a esses produtos ou mal-estar, alergia ou desconforto após o uso de repelente **ligue para Disque Intoxicação 0800-722-6001**. A ligação é gratuita em todo o Brasil



#saúde nasredes SUS /minsaude

Refletindo sobre o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)

Marcos Aurélio Maeyama: *Odontólogo / Doutor em Saúde Coletiva / Consultor do Núcleo de Telessaúde SC / Professor do curso de Medicina da UNIVALI;*

Fábio Roberto Gioppo Toledo Montagner: *Acadêmico do curso de Medicina da UNIVALI;*

Hian Schiefler Kleis: *Acadêmico do curso de Medicina da UNIVALI;*

Maria Cristina Marino Calvo: *Odontóloga / Doutora em Saúde Coletiva / Coordenadora do Núcleo de Telessaúde SC / Professora do Departamento de Saúde Pública da UFSC;*

Mirvaine Panizzi: *Odontóloga / Doutora em Saúde Coletiva / Gerência de Coordenação da Atenção Básica / Secretária de Estado da Saúde – SC.*

Por que PMAQ?

A Atenção Básica (AB), desde sua criação em 1994, sob a designação Programa Saúde da Família (PSF), teve importante repercussão na saúde da população brasileira.

Uma pesquisa demonstrou que a melhoria dos indicadores de saúde no Brasil, do período entre 1998 e 2004, esteve associada à implantação do PSF (BRASIL, 2006). Em estudo realizado no período entre 1996 e 2004, em 721 municípios que receberam o PSF, a mortalidade infantil diminuiu de 26,6 para 16,1 mortes por cada mil nascidos vivos (AQUINO et al apud MENDES, 2012).

Outra pesquisa realizada em Minas Gerais demonstrou que eventos sensíveis à AB tiveram reduções significativas no período entre 2007 e 2010, que coincide com o período de priorização da AB na política estadual, com grande diminuição de internação hospitalar por desidratação e pneumonia, diminuição da taxa de baixo peso ao nascer, e diminuição de óbito por infecção respiratória aguda em crianças menores de um ano (JUNQUEIRA, 2011).

Essa melhoria dos indicadores de saúde no Brasil se deu em grande parte pelo expressivo aumento de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF). No período de 1998 à 2006, a cobertura populacional, saltou de 7% para 46%, sendo bastante significativa em áreas historicamente desprovidas de serviços de saúde e com indicadores sociais desfavoráveis. Em 2015, a cobertura da ESF era de aproximadamente 61% da população brasileira, e atingiu 76% no estado de SC (BRASIL, 2016).

Apesar da melhoria dos indicadores de saúde de forma geral, o desenvolvimento da AB no Brasil não se deu de maneira uniforme e homogênea (BRASIL, 2006), com grandes diferenças na organização do processo de trabalho, algumas com caráter seletivo de ações e outras focadas majoritariamente na assistência médica (MENDES, 2012).

Diferente de outros países que adotam a nomenclatura Atenção Primária à Saúde, a designação Atenção Básica objetiva, o posicionamento do governo brasileiro de resgatar a proposta político-ideológica de uma Atenção Primária abrangente, de caráter universalista e de reorientação do modelo assistencial, apontando a necessidade de envolvimento de outros setores para a atenção integral e melhoria dos indicadores de saúde (PEREIRA et al., 2012).

Embora a AB tenha ocupado lugar central na agenda federal, ainda há numerosos desafios a serem enfrentados para que ela se consolide como porta de entrada preferencial e resolutiva do sistema de saúde e, ainda, para que se constitua como ordenadora da rede de atenção (PEREIRA et al., 2012).

As questões que dificultam a qualificação e consolidação da AB estão relacionadas com a carência de infraestrutura adequada nas unidades de saúde, baixa densidade tecnológica agregada, falta de profissionalização da gestão, ausência de equipes multiprofissionais, precarização nas relações de trabalho, fragilidade do modelo de atenção integral com fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde, e subfinanciamento (MENDES, 2012).

Além disso, pesquisa realizada em 70 unidades de AB no Brasil, apontou os seguintes problemas: persistência de visão vertical sobre programas e protocolos, que mecanizam a prática clínica e o próprio processo de trabalho; excesso de encaminhamentos aos serviços especializados e de urgência, que poderiam ser manejados na AB; seguimento excessivo de protocolos e programas, instituindo rotinas rígidas que criam sensação artificial de cumprimento dos objetivos, alheios às necessidades das comunidades; e precarização das relações de trabalho, com grande rotatividade, baixos salários e falta de cumprimento do horário, principalmente do médico (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2011).

Este conjunto de dados e informações revelam dificuldades tanto relacionadas ao processo de gestão / coordenação, como no processo de atenção à saúde, que fragilizam a AB e impedem sua consolidação como política de saúde estruturante, e ainda, impedem que a população tenha suas necessidades de saúde atendidas, evidenciadas pelos indicadores de saúde.

Neste cenário, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) foi criado como uma das iniciativas do Ministério da Saúde (MS), para valorizar e qualificar a AB, com o objetivo principal de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade na AB por meio da institucionalização da avaliação (BRASIL, 2011).

Como é o PMAQ?

O PMAQ tem como propósito a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Para tanto, lança mão especialmente da inovação e qualificação da gestão da AB, através do fortalecimento dos processos de autoavaliação, monitoramento, avaliação, educação permanente e apoio institucional, nas três esferas de governo (BRASIL, 2012).

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e conformam um ciclo contínuo para melhoria do acesso e qualidade da AB: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; Recontratualização (BRASIL, 2012).

A primeira fase do PMAQ consiste na adesão ao programa. Ocorre mediante a contratualização de compromissos a serem firmados entre as equipes de AB e os gestores municipais, e destes com o MS. Esse processo implica a gestão dos recursos financeiros em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados. Envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social, contribuindo com o aprimoramento da cultura de negociação e pactuação no âmbito do SUS (BRASIL, 2012).

No momento da adesão, equipes e gestão municipal realizam a contratualização de um conjunto de indicadores de desempenho e de monitoramento (BRASIL, 2012).

Entre os compromissos assumidos pelas equipes, vale destacar a instituição dos processos de autoavaliação como mecanismos disparadores de reflexão sobre a organização do processo de trabalho em conformidade com os princípios da AB para melhoria do acesso e da qualidade, com a participação de todos os membros da equipe (BRASIL, 2011).

Em relação aos compromissos dos gestores municipais, além da instituição dos processos de autoavaliação da própria gestão, estes devem garantir todos os processos que facilitem a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade na AB realizado pelas equipes, inclusive realizando ações de educação permanente, monitoramento e avaliação, para acompanhamento do processo (BRASIL, 2011). As esferas estaduais e o MS têm papel semelhante no sentido de favorecer todos estes processos.

A segunda fase do programa é o momento de desenvolvimento das estratégias relacionadas com a melhoria do acesso e da qualidade. É estruturada em quatro dimensões para indução dos movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, quais sejam: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (BRASIL, 2012).

A autoavaliação é o ponto de partida nesse processo, sendo entendida como dispositivo de reorganização da equipe e da gestão. É nesse momento que os atores avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho, tendo como referência os padrões de qualidade e os indicadores pactuados. As necessidades de educação permanente e de apoio institucional podem ser evidenciadas para que a melhoria dos padrões de qualidade possa ser atingida. Para este processo o MS disponibilizou um instrumento denominado Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) (BRASIL, 2011; 2013).

A terceira fase do PMAQ consiste na avaliação externa, na qual se averiguará as condições de acesso e de qualidade dos municípios e equipes de AB participantes do programa. Destaca-se que os padrões de qualidade presentes no instrumento de certificação, guardam similaridade com os padrões de autoavaliação utilizados pela equipe e gestão do AMAQ (BRASIL, 2012).

A quarta e última fase do programa é o momento de recontratualização do processo, realizada a partir das realidades evidenciadas na avaliação externa. Essa etapa dá concretude à característica incremental da melhoria

do acesso e da qualidade adotada pelo programa, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoria dos padrões e indicadores que envolvem a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes da AB (BRASIL, 2012).

O que costuma acontecer?

A primeira ressalva é quanto à motivação para adesão ao PMAQ. No seu primeiro ciclo, ocorrido entre 2011 e 2013, o PMAQ teve adesão de mais de 17.000 equipes de AB no país, sendo que em Santa Catarina (SC) foram 1.107 (78,7%) equipes. No segundo ciclo, de 2013 a 2015, a adesão no país foi de mais de 30.000 equipes de AB, sendo 1.471 (96,1%) em SC. Apesar de ser desejável a adesão das equipes, boa parte pode ter realizado pela possibilidade de receber recursos financeiros adicionais previstos pelo programa, e não pelo desejo de utilizar a avaliação como instrumento de gestão, planejamento e melhoria da atenção. Essa preocupação de certa forma pode ser comprovada pelo lançamento, ainda em 2005, do projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família (AMQ) pelo MS, também de caráter voluntário, porém, sem bonificação financeira, cuja adesão foi insignificante.

Em oficinas do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), realizadas em todas as macrorregiões do estado de SC após o primeiro ciclo do PMAQ, com participação de técnicos, coordenadores e gestores, ficou evidenciado que muitos municípios e equipes, aderiram ao PMAQ por motivação financeira, seja por desejo do gestor municipal ou mesmo das próprias equipes, sem conhecimento crítico do programa.

Esta falta de clareza sobre o programa pode ter tornado as etapas seguintes mera burocracia de cumprimento. A pactuação de indicadores em geral foi realizada por um único membro da equipe, apenas como formalização contratual, sem reflexão profunda sobre o compromisso com a melhoria dos indicadores de saúde.

Da mesma forma, o questionário de autoavaliação em alguns municípios também pode ter sido respondido por um único membro da equipe (em geral o enfermeiro), o que por si, já deslegitima o processo, uma vez que só a partir da discussão em equipe é possível gerar reflexões e mudanças necessárias para a melhoria do acesso e da qualidade no processo de trabalho.

A etapa de preenchimento de planilha de intervenção é que em geral teve maior participação de todos os membros da equipe. Porém, sem a discussão anterior do instrumento de autoavaliação, o planejamento de mudanças e a realização de ações, podem ficar desconectados da realidade e das necessidades de saúde. O que nota-se é que as ações planejadas têm muito mais

a preocupação de responder à avaliação externa do que propriamente ter impacto nos indicadores de saúde e no cuidado da população. Um exemplo bastante citado nos encontros foi a construção do mapa territorial, que é um dos elementos comprobatórios da avaliação externa de um padrão de qualidade, mas que na prática, nunca foram utilizados como instrumentos de diagnóstico comunitário, portanto, sem valor de uso.

Além disso, existe uma superestimação de que se cumprem os padrões de qualidade sem discussão do valor das ações. Por exemplo, no padrão de qualidade que cita o acompanhamento da criança no 1º ano de vida, descreve a realização de no mínimo 7 consultas neste período. Ainda que seja uma meta a ser alcançada, ela por si não garante qualidade, pois a forma como as consultas serão realizadas é que atribuirá valor a elas. Estes valores correspondem aos atributos da AB, e que, portanto, devem estar presentes no processo de discussão e reflexão.

Ressignificando o PMAQ

A etapa inicial de adesão deve ser amplamente discutida com a equipe sobre os objetivos do programa e as responsabilidades a serem assumidas. O benefício financeiro deve ser tratado de forma secundária e como consequência de todo o processo, enfatizando que a motivação deve ser a melhoria do processo de trabalho.

Esta clareza não deve se restringir a equipe de AB, mas deve partir especialmente do gestor municipal e das coordenações de AB, pois as mudanças implicam em apoio de recursos financeiros, organizativos e institucionais, colocando desta forma a gestão e coordenação como instâncias facilitadoras do processo de mudança das equipes.

A partir do consenso sobre a adesão, a etapa seguinte é de pactuação dos indicadores de saúde. Ainda que seja uma formalização de compromissos entre as equipes, gestão municipal e MS, pactuar indicadores significa assumir o compromisso de melhorias em áreas estratégicas da AB, como a saúde da criança, saúde da mulher, doenças crônicas, doenças transmissíveis e saúde mental. Os indicadores elencados representam de certa forma, as metas que desejamos alcançar, e estão relacionados tanto ao desempenho (resultado) quanto ao monitoramento (processo).

Esta pactuação de indicadores deve ser lembrada no momento em que a equipe responde o questionário de autoavaliação e realiza o planejamento de ações, pois desta forma, existe uma clareza quanto aos objetivos a serem alcançados, e não simplesmente a organização de ações que contemplem um determinado padrão de qualidade com vistas à avaliação externa.

O objetivo sanitário deve ser criticamente discutido, pois os próprios indicadores elencados no PMAQ, por si garantem a desejada qualidade. Por exemplo, os indicadores de desempenho de saúde da criança, estão relacionados com a média de consultas de puericultura por criança cadastrada, proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento materno e vacinação em dia, entre outros, ainda que sejam metas a serem alcançadas, elas não correspondem ao objetivo final, pois o que se deseja de fato com estas ações é a diminuição da morbimortalidade infantil.

Esta clareza quanto aos objetivos sanitários facilita todo o processo de resposta do instrumento de autoavaliação, pois assim, a equipe passa a entender que o padrão de qualidade está relacionado com um objetivo sanitário maior, e consequentemente as intervenções planejadas ganham mais sentido.

Porém, isso não se dá de forma automática, e por este motivo devem ser amplamente discutidas, tendo como referência os atributos da Atenção Primária / Atenção Básica, que devem estar criticamente presentes no momento da autoavaliação, no planejamento de ações e na construção da mudança.

Outra questão importante é que o processo de autoavaliação, construção de planilha de intervenção e realização das ações não devem ter períodos definidos, e não devem se restringir ao período de visita da avaliação externa. Elas devem ser realizadas de forma contínua pela equipe, pois o processo de melhoria nunca acaba, uma vez que constantemente novas demandas e necessidades de saúde aparecem nos territórios.

Outro ponto de confusão tem relação com a nota que a equipe atribui a si mesma no instrumento de autoavaliação. A nota atribuída pela equipe não interfere na certificação, ou seja, se a equipe se der uma nota melhor ou pior, isso não muda seu conceito final, pois a nota desta etapa é atribuída simplesmente pelo fato da equipe preencher o questionário. Isso significa que quanto mais rigorosa a equipe for na autoavaliação, mais chances de evoluir ela terá, não mascarando ou superestimando ações que ainda não correspondem a qualidade desejada.

A partir da autoavaliação e discussão de estratégias para melhoria do acesso e da qualidade, podem ficar evidentes a necessidade de educação permanente para a equipe, pois as mudanças são movidas fundamentalmente pelo processo educativo.

As atividades de educação permanente devem estar em consonância com princípios, diretrizes e objetivos do SUS, em especial a AB, de forma a aproximar os elos de concepção e execução do trabalho, permitindo uma maior capacidade de intervenção e autonomia dos profissionais de saúde (BRASIL, 2011).

A educação permanente deve desenvolver reflexão crítica sobre a prática, e ser orientada para a mudança

do processo de trabalho, a partir de necessidades de aprendizagem das equipes e valores da comunidade (PAULINO et al., 2012).

As atividades de educação permanente podem ser realizadas pela própria equipe, por outros profissionais do município, ou por agentes externos, como por exemplo, o Telessaúde e a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES).

Além da educação permanente, a resolução dos problemas e dificuldades podem extrapolar a capacidade técnica e/ou autonomia das equipes. Nesse sentido o apoio institucional se apresenta como proposta inovadora de gestão para facilitar o processo de mudança dentro das instituições.

Para tanto, o apoio institucional deve ser capaz de reformular o modo tradicional de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, transformando os modelos verticalizados de gestão em relações horizontais que propiciem democratização, autonomia e solidariedade (BRASIL, 2011).

Entre as instâncias e atores que podem compor o apoio institucional no âmbito do PMAQ estão o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a Gerência de Coordenação da Atenção Básica do Estado de Santa Catarina (GEABS), o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), a Gestão e Coordenação de Atenção Básica dos municípios, o Telessaúde, todos facilitadores para as equipes de AB, podendo tanto ser a partir de demandas da equipe para os apoiadores, ou mesmo por oferta dos apoiadores para as equipes.

A terceira etapa do programa que diz respeito à avaliação externa e certificação da equipe quanto ao padrão de qualidade, devem ser encaradas apenas como consequência de todo o processo. A instituição da avaliação no processo de microgestão, independente de existir o programa e o repasse financeiro, é fundamental para qualquer serviço de saúde, por este motivo a avaliação deve ser institucionalizada (utilizada como ferramenta indispensável de gestão).

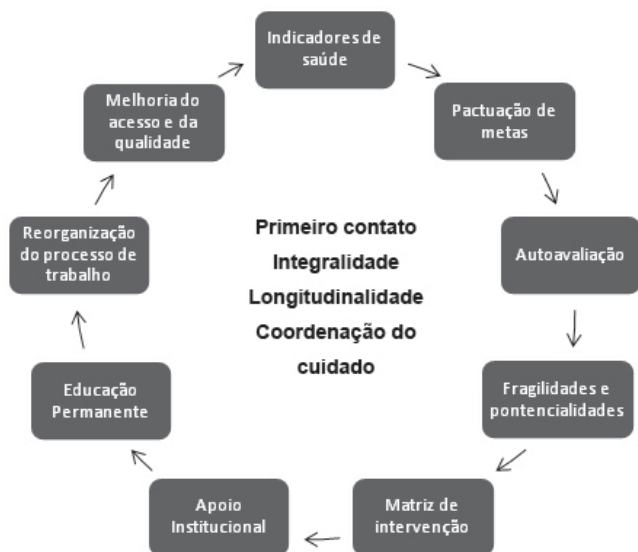
Ainda que possa haver subjetividade e divergências entre avaliadores, o PMAQ ainda está em fase de maturação e a cada ciclo, seu próprio processo de avaliação também deve permitir melhorias ao longo do tempo. Por outro lado, existe o desejo das equipes de terem sua qualidade reconhecida, e a certificação de qualidade parcial não deve ser motivo de desânimo ou desistência, muito pelo contrário, deve ser estímulo para buscar cada vez mais atingir os padrões de qualidade, e ainda, auxiliar no processo de melhoria do próprio programa.

A última etapa que corresponde a reconstrução é o momento não apenas de pactuar novamente os indicadores e compromissos, mas, sobretudo, de rever

todo o processo de construção de melhorias e dificuldades encontradas ao longo do processo.

O ciclo contínuo, do PMAQ, pode ser demonstrado, conforme figura 1.

Figura 1 – Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica.



Fonte: Elaborado pelos autores.

O valor das ações – Os atributos da Atenção Básica

Como já dito anteriormente, os atributos da AB referem-se ao valor que pode ser agregado à organização e execução das ações e correspondem ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado.

O primeiro contato, diz respeito à unidade de saúde ser a porta preferencial de entrada do usuário. Para tanto ela deve ser acessível, o que implica na capacidade do usuário obter cuidados facilmente sempre que necessitar (BRASIL, 2012a). Além disso, o acesso deve se dar de forma acolhedora, o que implica um atendimento humanizado e garantia de uma escuta qualificada com o compromisso de atender às necessidades expressas pelo usuário (MERHY, 1997), o que nem sempre se resume a uma consulta médica ou atendimento na unidade.

Esse sentido de porta preferencial implica refletir e superar uma série de questões. A primeira delas é pensar em organizar o acesso pensando na facilitação para o usuário e não no que é adequado para a equipe. Por exemplo, o limite de atendimentos em demanda espontânea estabelecido em algumas Unidades Básicas de Saúde, muitas vezes faz com que as pessoas se dirijam as Unidades de Pronto Atendimento, e esta se torne a porta preferencial. Outro exemplo que por vezes dificulta a participação do usuário é horário de

realização das atividades educativas, quase sempre inviável para quem trabalha.

Já a longitudinalidade corresponde a transversalidade do cuidado. Pressupõe a continuidade da relação, com a criação de vínculo entre os profissionais e usuários, ao longo do tempo e de forma permanente, independentemente do tipo de problema e até mesmo da ausência de problemas (BRASIL, 2012a). É uma relação de corresponsabilização dos cuidados, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias (STARFIELD, 2002).

Essa responsabilidade pode ser vista na unidade de saúde em casos que historicamente foram sendo agregados na rotina da equipe como, por exemplo, o acompanhamento sistemático da criança no crescimento e desenvolvimento em seu primeiro ano de vida. Em contrapartida, não existe acompanhamento para o idoso no processo de envelhecimento, neste caso se restringido ao atendimento de queixas pontuais, pelo fato de não haver protocolo orientador para acompanhamento permanente. O mesmo acontece com o planejamento familiar, que apesar de ser ofertado pelas equipes, grande parte das gestações não são planejadas, o que demonstra pouca responsabilização e ausência de longitudinalidade.

A integralidade é um dos pilares da construção do SUS e possui várias dimensões: o sentido mais imediato é o de atender às necessidades do outro (CECILIO, 2001). Essas necessidades devem ser vistas dentro de um contexto ampliado de saúde que considere, a partir da determinação social, a interferência do condicionante ecológico-ambiental e do desencadeador biológico (MAEYAMA; CUTOLO, 2010).

Apreender essas necessidades implica na superação da clínica tradicional reducionista para uma clínica ampliada que considere a singularidade e o contexto (CUNHA, 2004). A apreensão de necessidades ampliadas exige respostas também ampliadas, considerando ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação (MAEYAMA; CUTOLO, 2010). Exige, assim, trabalho em equipe e abordagem intersetorial para a melhoria das condições de vida (CUTOLO, 2006).

A integralidade é o atributo que confere maior valor para a mudança de modelo de atenção e conseqüentemente para os padrões de qualidade. Por exemplo, qualidade na atenção pré-natal vai além de seguir os protocolos clínicos estabelecidos em manuais. Integralidade implica ainda em considerar se a gravidez foi planejada e desejada; se a mulher está feliz; se tem parceiro; se trabalha; qual sua escolaridade; qual sua condição de vida, etc.; pois este contexto (a vida da pessoa) pode influenciar positivamente ou negativamente no desenvolvimento

da gravidez, e seja qual for a situação, a equipe deve ter abordagem adequada que atenda as necessidades específicas desta pessoa.

A comprovação de que é necessário avançar na integralidade pode ser vista em todas as unidades de saúde, quando nos deparamos com a quantidade de pessoas com diagnóstico de depressão e ansiedade, e que recebem como único tratamento, o medicamento, sem consideração a história de cada pessoa, portanto, sem singularização e sem resolução do problema.

E por fim, a coordenação do cuidado corresponde à gestão do processo de trabalho da equipe que otimiza os demais atributos, que dinamiza os fluxos, que acompanha, que encaminha, que produz ações integradas, que acolhe e promove resolubilidade (CUTOLO, 2009).

A coordenação do cuidado implica no reconhecimento de que muitos problemas requerem seguimento constante seja no domicílio, na unidade

Um exemplo no processo de autoavaliação

O contexto de implantação dos padrões de qualidade é totalmente particular para cada equipe, e em consequência as soluções para melhoria não podem ser reproduzidas por meio de cartilhas ou protocolos. Porém, como exemplo a partir de uma situação particular hipotética, demonstraremos uma possibilidade de preenchimento da planilha de intervenção. Vale a

básica de saúde ou em outros serviços, e cabe à equipe garantir a continuidade do cuidado.

A coordenação do cuidado diz respeito, portanto, a responsabilidade da equipe de organizar e ofertar tudo que é necessário e possível para o cuidado de determinada pessoa. Uma das evidências da falta de coordenação do cuidado que vemos constantemente nas unidades de saúde são as pessoas com diabetes mellitus que realizam o tratamento há anos, mas que apresentam uma série de complicações (evitáveis) decorrentes do problema, mesmo com tecnologia acessível e disponível para o cuidado.

Portanto, no processo de reflexão dos padrões de qualidade, a referência dos atributos é que pode conferir valor às ações planejadas, tornando o processo muito mais crítico, assim com potencial de melhoria real dos indicadores de saúde.

ressalva que inúmeras estratégias podem ser pensadas e discutidas coletivamente pela equipe, de acordo com as necessidades de cada local, bem como de suas potencialidades e recursos.

O primeiro passo é a discussão do padrão de qualidade a partir de sua descrição (quadro 1) e também de sua relação com os atributos da AB.

Quadro 1: Descrição do padrão de qualidade 4.13 do instrumento da AMAQ.

4.13	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea durante todo o período de funcionamento da UBS. Oferece acolhimento humanizado a todos os usuários do seu território com: escuta qualificada, classificação de risco e vulnerabilidades, com utilização de protocolos e definição de critérios para agendamento de consultas. A equipe realiza o primeiro atendimento dos usuários que precisam ser atendidos no dia e realiza atendimento às primeiras urgências, referenciando para outros pontos da rede de atenção, quando necessário. Assim, garante o acesso e resolatividade. A equipe utiliza os dados do acolhimento para orientar/reorientar o planejamento das ações.		

Fonte: Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade – Ministério da Saúde (2013).

Posteriormente a leitura, a equipe deve discutir os pontos consolidados e os não consolidados de acordo com a descrição do padrão, e descrevê-la como forma

de registro e atribuir nota de acordo com o nível de desenvolvimento atual, conforme quadro 2, para auxiliar na construção futura da planilha de intervenção.

Quadro 2: Descrição hipotética da situação de saúde referente ao padrão de qualidade 4.13 do instrumento da AMAQ.

A equipe ao discutir o padrão de qualidade, percebe que o entendimento sobre acolhimento não é uniforme, sendo que alguns membros da equipe acham que realizam acolhimento e outros não concordam. Além disso, existe uma quantidade de pessoas que procuram pelo atendimento na unidade de saúde. Um dos motivos identificados pela equipe é que não existe sistema de agendamento e muitos usuários que realizam acompanhamento de problemas crônicos, se misturam com pacientes que se apresentam em situação de urgência por meio de distribuição de fichas para o acesso, e sem critério de risco ou vulnerabilidade definido. Ausência de grupos educativos e de gestão do cuidado de pessoas com problemas crônicos ou situações de saúde que requerem acompanhamento. Nota: por conta deste contexto descrito pela equipe, decidem que a nota para o padrão de qualidade é 2, e que, portanto, muita coisa deve ser transformada.

Fonte: elaborado pelos autores.

De acordo com os pontos não consolidados e os recursos disponíveis, a equipe realiza o planejamento por

meio da planilha de intervenção, à luz dos atributos da AB e do referido padrão de qualidade, conforme quadro 3.

Quadro 3: Planilha de intervenção hipotética referente ao padrão de qualidade 4.13 do instrumento da AMAQ.

ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS / METAS	ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHAMENTO)	RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	MECANISMOS DE AVALIAÇÃO E ALCANCE DE RESULTADOS
Alinhamento da equipe sobre o entendimento de acolhimento	Realização de minicurso do Telessaúde sobre acolhimento e classificação de risco. Reunião de planejamento sobre acolhimento na unidade.	Liberação de atividades para realização do minicurso e para reunião posterior de discussão e planejamento.	Visão crítica sobre acolhimento e organização do processo de trabalho segundo esta lógica.	Certificados do Telessaúde.
Identificação das causas pela procura da demanda espontânea	Mapeamento de todos os atendimentos da demanda por 30 dias.	Criação de planilha para identificação dos tipos de atendimentos.	Identificação das situações que podem ser agendadas e das situações que podem ser evitadas na procura pela demanda espontânea.	Planilha de fluxo.
Identificação das causas pela procura da demanda espontânea	Formação de grupos que favoreçam o autocuidado e evitem o descontrole da situação de saúde e a busca de atendimento na demanda espontânea, com apoio do Telessaúde na organização e planejamento.	Discussão com a comunidade interessada sobre a criação dos grupos. Verificação de local para a realização da atividade. Identificação dos profissionais participantes de cada grupo. Solicitação de teleconsultoria para organização dos grupos.	Melhoria do autocuidado e diminuição da demanda espontânea.	Documento de planejamento.
Organização de atividades educativas de acordo com as necessidades identificadas	Implantação de agendamento programado para pessoas com problemas crônicos ou situações de saúde que requerem acompanhamento.	Levantamento do número de pessoas com hipertensão, diabetes, crianças menores de 1 ano, crianças até 12 anos, mulheres em idade reprodutiva, idosos, pessoas que fazem uso contínuo de antidepressivos, ansiolíticos, entre outros. Estudo do período ideal de retorno de cada grupo populacional para organização de agenda.	Término da distribuição de fichas e garantia do acesso em tempo oportuno nas situações de acompanhamento longitudinal sem necessidade de tentar consulta na demanda diária da unidade.	Fichas de cadastro e de acompanhamento, e planilha de fluxo.
Utilização de agendamento para pessoas que necessitam de acompanhamento	Oficinas de capacitação, construção e validação de classificação de risco para Atenção Básica.	Utilização dos cadernos de Atenção Básica n. 28 e n. 29 do Ministério da Saúde. Validação de protocolos. Impressão de Banner orientador de classificação de risco na recepção da unidade de saúde.	Orientação da demanda espontânea com classificação de risco e vulnerabilidade.	Protocolos escritos.
Implantação de classificação de risco	Discussão com a gestão municipal e o conselho municipal de saúde sobre a implantação da proposta de acolhimento na unidade de saúde.	Oficinas de sensibilização para demonstração da situação atual e perspectivas de organização.	Legitimação da proposta de nos espaços decisórios do município.	Ata de reuniões.
Sensibilização da comunidade para reorganização do acesso na unidade de saúde	Ciclo de reuniões com a comunidade para discussão da proposta, incluindo a escola, a associação de moradores, lideranças do bairro, líderes religiosos, conselho local de saúde. Divulgação na rádio comunitária.	Agendamento dos encontros com as pessoas interessadas para discussão da proposta.	Legitimação da proposta pela comunidade.	Ata de reuniões.

Fonte: elaborado pelos autores.

A matriz de intervenção pode ser complementada indicando os prazos para cada estratégia, bem com os responsáveis envolvidos nas atividades, para que numa próxima reunião, a equipe possa discutir o desenvolvimento dos padrões de qualidade, bem como suas dificuldades.

Considerações Finais

A consolidação do SUS, especialmente no que se refere ao direito à saúde no seu sentido mais amplo, depende fundamentalmente do fortalecimento da AB, para que esta de fato seja coordenadora do cuidado e ordenadora da atenção à saúde, para que possa ser resolutiva e atender as necessidades de saúde da população.

Neste sentido, a preocupação com acesso e qualidade torna-se premente, e deve ser prioridade nas três esferas de governo. Pensar em melhoria em qualquer tipo de serviço prescinde de um sistema contínuo de avaliação, pois do contrário, não é possível avançar, ou sequer conhecer o impacto das ações de saúde realizadas.

O PMAQ, ainda bastante jovem, representa uma oportunidade para que gestores e equipes de saúde iniciem seu processo de institucionalização da avaliação, como ferramenta de gestão e planejamento.

Este artigo pretendeu lançar um olhar crítico sobre o PMAQ e seu papel enquanto ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade na AB, discussão que permanece relevante no terceiro ciclo do PMAQ, que teve seu início em 2015 e está na sua fase de desenvolvimento.

A consolidação destas propostas não depende apenas da equipe fazer a sua parte e a gestão fazer a sua parte. Ela depende de ambas fazerem parte de um único processo no sentido da cooperação, que vise à atenção integral para a população. Esse processo de mudanças, além da avaliação, tem como elementos fundantes, a educação permanente e o apoio institucional.

O Telessaúde, por meio da tele-educação, com minicursos e webpalestras, e da teleconsultoria, pode auxiliar as equipes e gestão no processo de melhoria do acesso e da qualidade. Da mesma forma, a GEABS, por meio das coordenações de macrorregiões, também apoia as gestões municipais no processo de qualificação da AB no estado.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados, 1998-2004 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica - AMAQ / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Manual Instrutivo. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do acesso e da Qualidade (AMAQ) – Material de apoio para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, AB parametrizada e Saúde Bucal) / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

CECILIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta Pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. (p. 113-126).

CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2004.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. Arquivos Catarinenses de Medicina, Florianópolis, vol. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

CUTOLO, L. R. A. Estratégia saúde da família: bases conceituais. Texto elaborado para a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), 2009. (mimeo).

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. Como construir uma atenção primária forte no Brasil: É possível transformar o círculo vicioso de má qualidade em um círculo virtuoso de boa qualidade, no trabalho clínico e comunitário na atenção primária no Brasil. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro, 2011.

JUNQUEIRA, M. G. Regulamentação da Emenda 29: financiamento da saúde, em busca de soluções. Belo Horizonte: COSEMS de Minas Gerais, 2011.

MAEYAMA, M. A.; CUTOLO, L. R. A. As concepções de saúde e suas ações consequentes. Arq. Catar. Med., Florianópolis, vol. 39, n. 1, p. 89-96, 2010.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho vivo em saúde, in: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (org). Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

PAULINO, Valquiria Coelho Pina et al. Ações de educação permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.312-6, jul/set. 2012.

PEREIRA, A. M. M.; CASTRO, A. L. B.; OVIEDO, R. A. M.; BARBOSA, L. G.; GERASSI, C. D.; GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-499, jul./set. 2012.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.



Teleconsultoria
Telessaúde
Santa Catarina

O Telessaúde SC oferece o serviço de teleconsultoria para você tirar suas dúvidas sobre casos clínicos, processos de trabalho e outras demandas que surjam no seu dia a dia de trabalho. O Telessaúde SC é parceiro do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e do Programa de Residência Multiprofissional da UNIVALI.

Em 2016, já foram respondidas mais de 9 mil perguntas!

Para solicitar auxílio de teleconsultoria basta acessar a área restrita do portal do Telessaúde SC com o login e a senha cadastrados, clicar no ícone "teleconsultoria" e fazer a solicitação. Participe!

Cadastre-se no Telessaúde SC e receba por e-mail o cronograma de webpalestras, oferta de minicursos e fóruns de discussão.

Entre em contato através do e-mail cadastrotelessaudeSC@gmail.com, solicite o seu cadastro e tenha acesso a todos os serviços do Telessaúde SC.

Mais informações:

telessaude.sc.gov.br
[facebook.com/TelessaudeSC](https://www.facebook.com/TelessaudeSC)
[youtube.com/TelessaudeSC](https://www.youtube.com/TelessaudeSC)
(48) 3721-4448



Yoga Gestacional na Atenção Básica de Saúde

Amanda Faqueti: *Farmacêutica / Mestre em Saúde Coletiva / Teleconsultora do Núcleo Telessaúde de Santa Catarina.*

Gabriella de Almeida Raschke Medeiros: *Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Coletiva / Supervisora do Serviço de Cadastros do Núcleo Telessaúde Santa Catarina.*

Sônia Natal: *Médica / Mestre e Doutora em Saúde Coletiva - Epidemiologia / Professora na Universidade Federal de Santa Catarina.*

A gestação promove diversas mudanças na vida da mulher, manifestadas pela ação de hormônios, alterações da biomecânica do corpo e pelos laços de afeto entre a mãe e o bebê. A inclusão de atividade física neste período traz benefícios à gestante, tanto durante a gestação como durante o trabalho do parto.

Gestantes, principalmente com histórico de complicações médicas ou obstétricas, necessitam de avaliação clínica antes de iniciar um programa de atividade física. Apesar de a gravidez gerar modificações anatômicas e fisiológicas, estudos demonstram que a prática de exercícios neste período tem risco mínimo e benefícios confirmados para a maioria das mulheres (ARTAL; O'TOOLE, 2003).

Neste momento de tantas transformações, os profissionais da Atenção Básica podem envolver e estimular as gestantes a participar de programas de atividade física objetivando uma gestação mais saudável e confiante. É recomendável que as gestantes sejam acompanhadas periodicamente pelos profissionais da Atenção Básica para avaliar os efeitos dessa atividade, de modo que alguns ajustes possam ser feitos, se necessário.

Entre as atividades físicas o yoga é reconhecido como um conjunto de práticas psicofísicas recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002). Realizam-se posturas físicas, respiratórias e meditativas e pode ser uma boa escolha para manutenção e promoção da saúde da mulher durante a gravidez, visto que as posturas podem ser facilmente modificadas para atender às necessidades e habilidades da mulher grávida (SUN *et al.*, 2010).

Alguns desconfortos comuns na gravidez, como tendência à formação de varizes, inchaço das pernas e pés

e, dores nas costas podem ser aliviados com um programa regular de exercícios do tipo yoga. A prática regular pode aumentar a resistência física e auxiliar no trabalho de parto, através do fortalecimento e tonificação dos músculos da pelve, abdominais e lombo dorsais - mais requisitados durante a gravidez (ALMEIDA, TUMELERO, 2003; SUN *et al.*, 2010).

Um bom programa de yoga pode ainda melhorar a postura que apresenta adaptações devido ao crescimento do útero e expansão do abdome, como a inclinação anterior da pelve, responsável pelo aumento da curva lombar e a sobrecarga desta região. Os exercícios para fortalecer os músculos das nádegas, coluna e ombros ajudam a manter o corpo alinhado e reduzir o desconforto associado às adaptações posturais (ALMEIDA; TUMELERO, 2003).

Outras técnicas utilizadas no yoga, como os exercícios respiratórios e meditação, aumentam a sensação de bem-estar, controle e consciência corporal, ajudando a gestante a se sentir confortável com o seu corpo à medida que o bebê cresce. Além disso, há melhora da resposta autonômica adaptativa ao estresse, permitindo que a mulher mantenha-se mais tranquila durante toda a gestação e também durante o trabalho de parto (SATYAPRIYA *et al.*, 2009).

A sequência da prática de yoga pode envolver posturas na posição sentada, em pé e deitada. Os exercícios objetivam trabalhar o fortalecimento da coluna (principalmente região lombar), melhorar o equilíbrio e o alongamento, estimular a concentração e empoderamento da gestante. Abaixo seguem alguns exercícios do yoga que podem ser recomendados pelos profissionais da atenção primária em grupo de gestantes.

Postura meditativa	Objetivos da postura	
	<p>Trazer a atenção para o momento presente e ampliar a capacidade respiratória.</p> <p>Descrição do exercício: O exercício pode ser feito na posição sentada com os olhos fechados, colocando as mãos sobre a barriga. Na inspiração (puxando o ar) conta-se mentalmente 1,2,3,4,5 e na exalação (soltando o ar) a contagem é 5,4,3,2,1.</p> <p>Repetição do exercício: Repetir o exercício durante três ciclos respiratórios. A cada ciclo a contagem pode ficar um pouco mais lenta, equalizando a respiração e ampliando a capacidade pulmonar.</p>	
Postura de rotação lateral		Objetivos da postura
		<p>Alongar a extensão da coluna, desde a região lombar até a cervical.</p> <p>Descrição do exercício: Sentada no chão com as pernas cruzadas, a mão direita se posiciona no joelho esquerdo e a mão esquerda fica atrás das costas (apoiada no chão) e o pescoço gira para o lado esquerdo. Na inspiração (puxando o ar), a coluna cresce em direção ao teto e na exalação (soltando o ar) girar a coluna para o lado esquerdo lentamente.</p> <p>Repetição do exercício: Repetir o exercício uma vez para cada lado.</p>
Postura do gato		Objetivos da postura
		<p>Trabalhar a mobilidade da coluna e da pelve</p> <p>Descrição do exercício: Inicia-se na posição de quatro apoios ou postura do gato, com os joelhos e mãos tocando o chão. Os joelhos ficam afastados na largura do quadril e as mãos viradas para frente na linha dos joelhos, na largura dos ombros (A). A coluna deve ficar alinhada e o movimento é coordenado pela respiração. Na inspiração (puxando o ar), o quadril é impulsionado para cima, aumentando a curvatura da lombar, o peito se abre e o pescoço se eleva em direção ao teto (B). Na exalação (soltando o ar), o movimento é oposto: o quadril é empurrado para dentro, o peito se fecha e a cabeça vai em direção ao peito (C).</p> <p>Repetição do exercício: Repetir o exercício de três a seis sequências respiratórias.</p>
Postura C		Objetivos da postura
		<p>Trabalhar o equilíbrio e o fortalecimento da coluna</p> <p>Descrição do exercício: A coluna permanecerá alinhada do início ao final do movimento (quadril na linha do ombro). Retirar a perna direita do chão mantendo o joelho esticado e o braço esquerdo será alongado para frente mantendo a linha da orelha como referência. Manter essa postura por três ciclos respiratórios.</p> <p>Repetição do exercício: Repetir o exercício uma vez para cada lado.</p>
Postura da criança		Objetivos da postura
		<p>Alongar e relaxar a coluna</p> <p>Descrição do exercício: A postura de descanso é sentar sobre os calcanhares com o tronco inclinado à frente e as mãos repousadas ao lado dos pés. Se possível tocar a testa no solo. Para acomodar a barriga da gestante, sugere-se afastar os joelhos e colocar uma almofada ou toalha dobrada abaixo da testa.</p> <p>Repetição do exercício: Repetir o exercício de três a seis ciclos respiratórios.</p>

<p>Postura da deusa</p> 	<p>Objetivos da postura</p> <p>Trabalhar o alongamento das pernas e abertura do quadril</p> <p>Descrição do exercício: Partindo da postura anterior, passar para a posição de joelhos. Levar a perna direita à frente tocando o pé direito no chão, manter o joelho flexionado tocar as duas mãos no joelho direito. A perna esquerda será alongada para trás mantendo o joelho esquerdo e o dorso do pé no chão.</p> <p>Repetição do exercício: Repetir o exercício durante três ciclos respiratórios.</p>
<p>Postura da palmeira</p> 	<p>Objetivos da postura</p> <p>Promover o alongamento lateral da coluna e abertura do tórax</p> <p>Descrição do exercício: Em pé, com os joelhos afastados na largura do quadril e os dedos dos pés virados para fora, entrelaçar as mãos na frente do corpo (A). Na inspiração (puxando ao ar), os braços se elevam acima da cabeça e a coluna se alonga (B). Manter esta postura por dois ciclos respiratórios. Em seguida, inclinar o tronco para a direita, manter o equilíbrio e respirar nesta postura por dois ciclos respiratórios (C).</p> <p>Repetição do exercício: Repetir o exercício uma vez para cada lado.</p>
<p>Postura do arco e flecha</p> 	<p>Objetivos da postura</p> <p>Ampliar a capacidade respiratória, proporcionando a abertura do tórax.</p> <p>Descrição do exercício: Em pé com os pés paralelos na largura do quadril, os braços se elevam para frente na altura dos ombros e as mãos se fecham (A). Na inspiração (puxando o ar), a mão direita vem em direção ao peito, flexionando o braço para trás (como se fosse usar um arco e flecha - B) e o pescoço acompanha o movimento para o lado direito (C). Manter esta postura por três ciclos respiratórios.</p> <p>Repetição do exercício: Repetir o exercício uma vez para cada lado.</p>
<p>Postura do guerreiro</p> 	<p>Objetivos da postura</p> <p>Fortalecer as pernas e ativar a coragem interna.</p> <p>Descrição do exercício: Partindo-se da postura anterior, dar um passo a frente com o pé direito e um passo largo para trás com o pé esquerdo (A). O joelho direito deve estar flexionado até não enxergar mais o dedão do pé. O dedão do pé esquerdo fica virado para a esquerda e o quadril é direcionado para frente. Os braços ficam alongados acima da cabeça, unindo as mãos (A). Na inspiração (puxando o ar), a coluna e os braços crescem em direção ao teto. Manter a postura por três ciclos respiratórios. Na próxima postura (B), o quadril é direcionado para o lado esquerdo, o braço direito se alonga à frente e o esquerdo se alonga para trás. O joelho tenderá a cair para dentro, para que isso não aconteça mantenha o joelho alinhado com o pé. Na inspiração, a coluna cresce em direção ao teto e os braços se estendem para as laterais. Manter a postura por três ciclos respiratórios.</p> <p>Repetição do exercício: Repetir o exercício com o pé esquerdo à frente.</p>

<p>Postura do equilíbrio em pé</p> 	<p>Objetivos da postura</p> <p>Estimular o equilíbrio</p> <p>Descrição do exercício: Em pé, colocar o pé direito à frente do pé esquerdo, joelhos esticados, braços alongados acima da cabeça cruzando as mãos. Na inspiração (puxando o ar), a coluna e os braços crescem em direção ao teto, manter a postura por três ciclos respiratórios.</p> <p>Repetição do exercício: Realizar o exercício uma vez de cada lado.</p>
<p>Postura de ponte</p> 	<p>Objetivos da postura</p> <p>Trabalhar flexibilidade da coluna e a consciência corporal</p> <p>Descrição do exercício: Inicia-se o exercício deitada com as costas e os pés tocando o chão, joelhos afastados na largura do quadril e os braços ao longo do corpo (A). Na inspiração (puxando o ar), o quadril se eleva contraindo o glúteo. Atentar para que a gestante não prenda a respiração (B).</p> <p>Repetição do exercício: Repetir o exercício duas vezes.</p>
<p>Postura de abertura de quadril</p> 	<p>Objetivos da postura</p> <p>Trabalhar a abertura da pelve</p> <p>Descrição do exercício: A postura é realizada sentada, com os pés unidos e as mãos apoiadas no chão (atrás das costas). Na inspiração (puxando o ar), a coluna se alonga e os joelhos são direcionados para o chão, favorecendo a abertura pélvica.</p> <p>Repetição do exercício: Repetir o exercício por três ciclos respiratórios.</p>
<p>Postura de descanso lateral</p> 	<p>Objetivos da postura</p> <p>Auxiliar a gestante a sentir os benefícios da prática do yoga, aliviando a ansiedade e possibilitando o equilíbrio emocional</p> <p>Descrição do exercício: Deitada sobre o lado esquerdo, na posição fetal, pode-se colocar uma almofada entre as pernas e abaixo da barriga. Nesse momento orienta-se que a gestante sinta seu corpo relaxar, soltando as tensões e preocupações a partir da cabeça, passando pelos ombros, braços, quadril, pernas e pés.</p> <p>Repetição do exercício: Não há repetição, o profissional que irá conduzir o relaxamento pode propor a permanência na postura durante de cinco minutos.</p>

Recomenda-se que as posturas sejam inseridas durante os encontros de grupo com as gestantes, ou que o material seja disponibilizado para que as usuárias realizem os exercícios em casa. Os profissionais da Atenção Básica interessados em ministrar aulas de yoga podem procurar capacitação e formação ou realizar parcerias com instrutores do município. A introdução da prática de yoga nas unidades de saúde é uma maneira de promover saúde, gerar vínculo e pode servir como porta de entrada dos usuários no SUS.

Referências

ALMEIDA J. D. N.; TUMELERO S. Prática de Yoga durante o período de gestação. Revista Digital v.1, n.63, 2003. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd63/yoga.htm>>. Acesso em: 06 out. 2015.

ARTAL, R.; O'TOOLE, M. Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. British journal of sports medicine, v. 37, n. 1, p. 6-12, 2003. Disponível em: <<http://bjsm.bmj.com/content/37/1/6.full>>. Acesso em: 06 out. 2015.

SATYAPRIYA M. et al. Effect of integrated yoga on stress and heart rate variability in pregnant women. Int J Gynaecol Obstet v.104, n.3, p.218-22, 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729208005158>>. Acesso em: 06 out. 2015.

SUN Y. C. et al. Effects of a prenatal yoga programme on the discomforts of pregnancy and maternal childbirth self-efficacy in Taiwan. Midwifery, v.26, n.6, p.31-36, 2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613809000096>>. Acesso em: 19 out. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Traditional Medicine Strategy 2002-2005. Geneva: WHO; 2002. 74p. [Internet]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

SÍFILIS

CONHEÇA A DOENÇA E PROTEJA O SEU BEBÊ

A Sífilis congênita é transmitida da mãe infectada para o filho durante a gravidez. O tratamento adequado previne o bebê de cegueira, doença neurológica e nos ossos, inclusive a morte fetal e abortamento.



PREVENÇÃO

- * Use sempre camisinha;
- * Não compartilhe seringas ou agulhas;
- * Assim que souber da gravidez, faça o pré-natal e leve junto o seu parceiro;
- * Caso o exame dê positivo para Sífilis, a gestante e o parceiro devem ser tratados corretamente.



Toda gestante tem direito à realização de **DOIS TESTES** de SÍFILIS durante a gravidez. **FALE COM SEU MÉDICO.**



Revista Catarinense de Saúde da Família

**OLÁ PESSOAL!
VAMOS PUBLICAR
TRABALHOS NA REVISTA?**



Os trabalhos deverão ser *relatos de experiências* desenvolvidas em **municípios catarinenses** pelas equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Programa Saúde na Escola, Atenção Domiciliar, Consultório na Rua e Pólos de Academia da Saúde.

O arquivo (word) do texto com imagens (jpg) inseridas deverá ser enviado ao Conselho Editorial da Revista - revistasfsc@saude.sc.gov.br - quando os trabalhos serão analisados e selecionados para publicação.

Mais informações: (48) 3664-7282.

Quem coordenar a equipe ou for responsável pelo envio, disponibilizará telefone e e-mail para possíveis contatos.

Acesse os **Critérios para Publicação** e as **edições on-line publicadas**, seguindo as etapas abaixo, no site oficial da SES/SC.

portales.saude.sc.gov.br ▶ **Atenção Básica**
▶ **Publicações** ▶ **Publicações GEABS**
▶ **Revista Catarinense de Saúde da Família**
Critérios para publicação de trabalhos

Revista Catarinense de Saúde da Família



IMPRESSÃO: DIOESC ADP-02/2017

Mantendo o foco na Atenção Básica



ATENÇÃO BÁSICA
Santa Catarina

