MEMORIAL

II MOSTRA NACIONAL DE PRODUÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE

II Mostra Nacional de Produtos de Saúde da Família

Trabalhos Premiados

Brasília – DF
2006

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

II Mostra Nacional de Produtos de Saúde da Família

Trabalhos Premiados

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Brasília – DF
2006

© 2006 Ministério da Saúde
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 1.ª edição - 2006 -3.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, 6.º andar, sala 655
70058-900, Brasília - DF
Tels.: (61) 3315-2497 / 3315-3587
Fax: (61) 3226-4340
Home page: www.saude.gov.br/dab

Coordenação Geral
Luis Fernando Rolim Sampaio

Supervisão Técnica
Antônio Dercy Silveira Filho

Organização da Publicação
Célia Regina Gil Rodrigues - Consultora/DAB
Karina Calif - Consultora/DAB
Maria Angélica Cúria Cerveira - Consultora/DAB

Projeto Gráfico
Paulo Valério Pires Selveira

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
II Mostra Nacional de Produtos de Saúde da Família : trabalhos premiados / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
212 p. - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN 85-334-1097-2

1. Saúde da família. 2. SUS (BR). I. Título. II. Série.

NLM WA 308

Catalogação na fonte - Editora MS - OS 2006/0048

Títulos para indexação:
Em inglês: II National Exhibition of Family Health Products: works awards
Em espanhol: II Muestra Nacional de Productos de Salud de la Familia: trabajos premiados

Sumário

I. Apresentação 06

II. O Processo de Premiação 08

III. Divulgação da Premiação 10

IV. Recebimento dos Trabalhos 12

V. Fase de Seleção dos Trabalhos 13

VI. Classificação dos Trabalhos 14

VII. Comissão Organizadora 15

VIII. Trabalhos Classificados 19

IX. Cerimônia de Premiação dos Trabalhos 21

X. Considerações Finais 24

Anexos 25

Trabalhos Premiados – Relatos de Experiências 28

Trabalhos Premiados - Estudos 110

O Brasil comemorou, em 2004, dez anos de implantação da estratégia Saúde da Família, que vem se consolidando como um caso exemplar para a conversão do modelo de Atenção Básica em Saúde no Brasil e de reorientação das práticas profissionais. Esta estratégia traz um novo paradigma para a organização do trabalho em saúde, ao substituir o modelo tradicional de atenção centrado na rede hospitalar, para buscar resolutividade nas unidades básicas de saúde. Implementado em 1994, a Saúde da Família destaca-se na agenda nacional de saúde como instrumento de reforma da política de saúde brasileira, envolvendo mudanças não só no modelo de atenção como também na organização do sistema de saúde e nas modalidades de alocação de recursos e de remuneração das ações básicas de saúde.

A Saúde da Família tem possibilitado o acesso de milhões de brasileiros ao Sistema Único de Saúde na perspectiva da descentralização e integralidade das ações. Atualmente são mais de 25 mil equipes Saúde da Família atuando em todo o território nacional, acompanhando 45% da população, o que corresponde a 83 milhões e 500 mil pessoas. A estratégia Saúde da Família é pautada no trabalho de equipes multiprofissionais em tempo integral, na delimitação mais precisa e radical do território de atuação das equipes, na disponibilização dos serviços próximos ao local onde as pessoas vivem ou trabalham e na responsabilidade compartilhada entre os governos federal, estadual e municipal.

No decorrer destes dez anos, as experiências e resultados demonstrados por esta estratégia motivaram o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde(MS) , nas pessoas do então Secretário Dr. Jorge Solla e da Diretora Afra Suassuna Fernandes, a promover a II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família. O objeto principal deste evento, além da comemoração dos dez anos de Saúde da Família, foi dar continuidade ao debate sobre as possibilidades e limites desta estratégia, por meio da troca de idéias e experiências entre atores de diferentes níveis de gestão do SUS, profissionais dos serviços, instituições de ensino e sociedade.

I. Apresentação

Esta mostra contou com a participação de aproximadamente 4.500 pessoas de todas as regiões do país, que trabalham diretamente nos serviços municipais de saúde como gestores e profissionais, nas universidades como docentes e pesquisadores, além de alunos, e expressiva participação de aproximadamente 1000 Agentes Comunitários de Saúde.

Foram 1.618 trabalhos inscritos que se distribuíram em 38 comunicações coordenadas, nos 24 painéis e sessões de pôsteres em duas modalidades: interativos, com apresentação de 500 pôsteres, e expositivos com 854. Esses trabalhos revelam a vitalidade da produção científica da academia e dos serviços de saúde em torno da estratégia Saúde da Família.

A programação desenvolveu-se com a realização de mesas-redondas e diversas oficinas de trabalho que trouxeram temas de importância fundamental para a implementação da Saúde da Família no SUS.

A diversidade dos trabalhos apresen-tados e o envolvimento dos participantes neste encontro trouxeram ao Ministério da Saúde o compromisso de fomentar e disseminar, inicialmente, os trabalhos premiados, no intuito de estimular a produção e o debate acerca das diferentes possibilidades que esta estratégia proporciona para a reorganização e conversão do modelo.

Publicar esse Memorial é um importante passo para o reconhecimento desses trabalhos bem como do registro histórico do processo de consolidação da estratégia Saúde da Família e do Sistema Único de Saúde no país.

José Gomes Temporão
Secretário de Atenção à Saúde

Na II Mostra, o Departamento de Atenção Básica instituiu o Prêmio II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, inaugurando uma nova forma de incentivar a produção científica e as experiências inovadoras a partir e com os sujeitos envolvidos com a Saúde da Família, premiando diretamente os autores/apresentadores de trabalho e conferindo-lhes a prerrogativa quanto ao destino do prêmio. Esta iniciativa teve por finalidade valorizar e estimular a produção de conhecimento e disseminação das iniciativas inovadoras desenvolvidas na Atenção Básica do SUS. Os trabalhos classificados nos três primeiros lugares receberam a premiação em espécie, nos valores de R$ 15.000,00, R$ 10.000,00 e R$ 5.000,00, respectivamente, e os demais receberam Diploma de Menção Honrosa.

Para o processo de premiação, o Departamento de Atenção Básica designou uma comissão cujo desafio foi construir um desenho metodológico que contemplasse, sobremaneira, a diversificação dos trabalhos enviados. O movimento desencadeado por este processo avançou para além da premiação em si, pois possibilitou a disseminação e expansão de experiências criativas, inovadoras, factíveis e com potencialidade para enfrentar os desafios impostos pelo cotidiano de trabalho das equipes de Saúde da Família, destacando o mérito de profissionais e gestores dos serviços e de área de ensino.

O grande interesse demonstrado pela comunidade mobilizada para o fortalecimento da Atenção Básica no SUS e para a consolidação da estratégia Saúde da Família levou o DAB/MS a publicar os trabalhos premiados na II Mostra, como forma de continuar reconhecendo e estimulando, ainda mais, as iniciativas que promovam a melhoria da qualidade de vida, a redução do sofrimento humano e das desigualdades na atenção à saúde da população.

Os autores dos trabalhos premiados foram recebidos pelo presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva e sua esposa, Sra. Marisa Silva, em cerimônia realizada no Palácio do Planalto, no dia 2 de junho de 2004, com a presença do ministro da Saúde, Humberto Costa, e da Diretora do Departamento de Atenção Básica, Afra Suassuna Fernandes. Na ocasião, as autoridades destacaram a importância das iniciativas desta natureza, que buscam alternativas para melhorar a qualidade de vida e de

II. O Processo de Premiação

saúde da população.

Esta publicação apresenta, além do processo de premiação e desenho metodológico adotado pela comissão de premiação, os trabalhos premiados em sua versão integral. Os artigos aqui apresentados são originais e foram produzidos por seus respectivos autores como resultado do compromisso assumido coletivamente durante a realização da II Mostra, aos quais o DAB agradece, esperando que cada um deles atue como colaborador e multiplicador deste processo de estímulo ao desenvolvimento de novas experiências que sejam significativas para a Saúde da Família.

Da concepção da premiação à definição dos trabalhos premiados por ordem de classificação, foram muitas e muitas horas de trabalho vivo. Neste relato, procurou-se registrar esta trajetória, recuperando diretrizes e apresentando os instrumentos que foram sendo criados para vencer cada etapa do processo.

Momento 1

O "Prêmio II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família" foi aberto aos profissionais e equipes Saúde da Família, técnicos e gestores do SUS, professores e estudantes da área da saúde. Não se exigiu que os trabalhos fossem originais ou inéditos, porém deveriam ser referentes a experiências ou estudos desenvolvidos no âmbito da estratégia Saúde da Família, a partir de janeiro de 2002.

Critérios para apresentação e envio dos trabalhos

Para serem aceitos na modalidade de premiação, os autores dos trabalhos seguiram as normas publicadas e disponibilizadas pelo site do Ministério da Saúde, que foram:

- Resumo: até 2.500 caracteres, contando os espaços, letra Times New Roman 12, espaço simples. O conteúdo deveria atender ao roteiro preestabelecido para cada categoria de trabalho, conforme apresentado (Relato de Experiências ou Estudo).
- Palavras-chave: mínimo de 3 e máximo de 5 palavras-chave.
- Página de rosto contendo título, autores (destacando o apresentador do trabalho), instituição, categoria do trabalho; e-mail e telefone do autor principal para contato.
- Título do trabalho: claro e preciso, refletindo o conteúdo do trabalho.
- Corpo do texto: mínimo de dez e no máximo vinte laudas/folhas corridas (A4 210 X 297mm); letra Times New Roman, tamanho 12, espaço 1,5; sem identificação do(s) autor(es).

Roteiro para apresentação dos artigos na categoria Relato de Experiências:

- Introdução
- Objetivos
- Metodologia
- Produtos e resultados alcançados
- Lições aprendidas com a experiência
- Recomendações

Roteiro para apresentação dos artigos na categoria Estudo:

- Introdução

III. Divulgação da Premiação

- Objetivos do estudo
- Metodologia do estudo
- Apresentação e discussão de resultados
- Considerações finais com recomendações

Critérios de desclassificação dos trabalhos:

- Não ser enviado via on line.
- Ultrapassar a data limite estipulada para a inscrição.
- Não seguir as orientações estabelecidas.
- Tratar de experiências anteriores a janeiro de 2002.
- Não se referir à estratégia Saúde da Família.

Critérios de Veto:

- Inscrição de trabalhos de qualquer membro da Comissão Julgadora e do Grupo de avaliadores dos trabalhos, assim como de funcionários e prestadores de serviços do Departamento de Atenção Básica (DAB) e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges).

Momento 2

Os trabalhos para premiação foram recebidos apenas pela coordenadora geral da comissão organizadora da II Mostra e encaminhados à comissão de premiação. De posse dos trabalhos, esta comissão avaliou o cumprimento dos critérios estabelecidos pelo DAB, excluindo os que não seguiram as recomendações divulgadas on line.

A iniciativa da premiação foi muito bem recebida por todos, pois, do total de 1.618 trabalhos enviados por profissionais de todas as regiões, 477 deles, ou seja, 30% se inscreveram para concorrer à premiação.

Mapa dos Trabalhos Inscritos

Quadro 1 - Distribuição dos trabalhos inscritos por região do Brasil, 2004.

Região	Número de Trabalhos	% de Trabalhos
Norte	16	3,4
Nordeste	167	35,0
Centro-Oeste	51	10,6
Sudeste	124	26,0
Sul	91	19,1
Não especificado	28	5,9
Total	477	100

IV. Recebimento dos Trabalhos

Momento 3

Esta fase contou com a participação de expressivo número de avaliadores, uma vez que era preciso equacionar uma gama de fatores subjacentes a um processo desta envergadura, como tempo, sigilo, qualidade, responsabilidade, entre outros. Desta forma, a comissão de premiação, com o intuito de minimizar possíveis inconsistências no julgamento dos trabalhos, elaborou e definiu um conjunto de parâmetros que permitissem orientar as avaliações.

Primeira Seleção dos Trabalhos

Com a colaboração de um número expressivo de consultores ad hoc escolhidos por suas reconhecidas experiências ou contribuições na Atenção Básica, fez-se a primeira seleção dos trabalhos. A identificação destes consultores possibilitou a construção de um Cadastro de Consultor ad hoc (anexo 1) para o Departamento de Atenção Básica, identificando potenciais futuros colaboradores.

Para estes consultores, foi enviado um conjunto de trabalhos a serem analisados, dentro de um prazo previamente estipulado. A comissão da premiação enviou, junto com os trabalhos, os instrumentos elaborados para orientar as análises. Foram eles: Ficha de Apresentação do Trabalho (anexo2); Parâmetros para a Pontuação dos Trabalhos (anexo 3) e Matriz de Avaliação dos Trabalhos (anexo 4). Estes instrumentos foram bem recebidos pelos avaliadores, que fizeram considerações sobre sua contribuição para a análise e avaliação dos trabalhos.

Cada consultor, a partir dos seus conhecimentos especializados, analisou os trabalhos classificando-os em ordem decrescente de pontuação. Após análise do conjunto de trabalhos sob suas respectivas responsabilidades, cada consultor remeteu, à comissão de premiação, via sedex, o resultado da análise procedida com seus devidos comentários.

Para dar continuidade ao processo de premiação foram selecionados, de cada consultor, apenas os dois melhores trabalhos avaliados, sendo os demais arquivados. Esta primeira etapa resultou na classificação de um conjunto de 50 trabalhos considerados os melhores, sob a ótica dos consultores ad hoc, sendo 29 trabalhos na categoria Relato de Experiências e 21 na categoria Estudo. Estes 50 trabalhos foram encaminhados à etapa seguinte de avaliação.

V. Fase de Seleção dos Trabalhos

Momento 4

Uma nova dinâmica foi proposta para esta outra etapa de avaliação dos trabalhos, agora entrando na fase classificatória. Para tanto, foram identificadas entidades científicas, associações representativas e secretarias do Ministério da Saúde de reconhecida contribuição na área da saúde coletiva, que foram convidadas a constituir um grupo de trabalho com a finalidade de analisar e emitir parecer sobre os 50 trabalhos até então selecionados. Estas entidades encaminharam nominalmente seus representantes, formando uma nova comissão de avaliação.

VI. Classificação dos Trabalhos

COMISSÃO ORGANIZADORA

COORDENAÇÃO GERAL
Regina Coeli Pimenta de Mello

SUB-COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO
Aline Azevedo da Silva - Coordenadora
Martha Furlan

SUB-COMISSÃO DE INFRA-ESTRUTURA
Leilson Clei Vasconcelos - Coordenador.
Guilherme Cunha

SUB-COMISSÃO DE INFORMÁTICA
Ivan Carlos de Oliveira - Coordenador
Homar M. Mohamad
Nelson de Castro Pereira Filho
Rousicler de Jesus Oliveira

SUB-COMISSÃO DE PREMIAÇÃO
Célia Regina Rodrigues Gil - Coordenadora
Estela Márcia Saraiva Campos
Maria Angélica Curia Cerveira
Rosimeira Maria Peres Andrade
Vaneide Marcon Cachoeira

SUB-COMISSÃO DE PROGRAMAÇÃO CULTURAL
Denise Maia - Coordenadora
Edneusa Nascimento
Danusa Fernandes Benjamin

SUB-COMISSÃO DE PROGRAMAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas - Coordenadora
Andrea Leitão Ribeiro
Celina Setsuko Kawano
Cláudia Luciana de Sousa Mascena Veras
Cristiane Abdon Nunes
Egle Santos e Santos
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto
Marco Aurélio da Ros
Maria do Carmo Gomes Kell
Maria do Socorro Monteiro de Oliveira
Severino Ramos de Lima
Tomaz Martins Junior

SUB-COMISSÃO DE PUBLICAÇÕES
Karina Barros Calife Batista- coordenadora
Camilla Sá Freire
Tiago Grandi Chabude
Maria Cristina Turazzi
Otilia Simões
Clélia Neves Azevedo

VII. Comissão Organizadora

AVALIADORES AD HOC

Alcina Marta de Souza Andrade, Alexandre Alberto Freire Jorge, Alice Teles de Carvalho, Aline Azevedo Silva , Aline Ylka Shinike, Ana Amélia Correa de Araújo Veras, Ana Cecília Silveira Lins Sucupira, Ana Cláudia Figueiró, Ana Cristina Santana Araújo, Ana Luiza Vilas Boas, Ana Neuza Teixeira Pinto, Ana Maria Cavalcante e Silva, Andréa Leitão Ribeiro, Anelise Rizzolo, Auristela Maciel Lins, Berardo Augusto Nunan , Carlos Haroldo Piancastelli , Carlos Homero Giacomini, Carmem Lúcia de Simoni, Célia Regina Pierantoni, Célia Regina Rodrigues Gil, Celina Marcia Passos Cerqueira e Silva, Ceres Gonçalves de Faria Machado, Cintia Kalyne de Almeida Alves, Claudia Luciana de Sousa Mascena Veras, Cristiane Abdon Nunes, Daisy Maria Coelho de Mendonça, Deurides Ribeiro Navega Cruz, Edenice Reis da Silveira, Edna Aparecida de Castro, Eronildo Felisberto, Estela Márcia Saraiva de Campos, Feizi Masrour Milani, Gerluce Alves Pontes da Silva, Glicimar Bueno, Helena Eri Shimizu, Idiana Luvison, Heloiza Machado de Souza, Hésio Cordeiro, Ieda Maria Cabral da Costa, Inês Eugênia Ribeiro da Costa, Isabella Samico, Isaías Agrícola Silva Gonçalves, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, Jacira Salucy Antunes Ferreira, Jesuina do Socorro Mendes Castro, João Henrique Scatena, Jória Viana Guerreiro, José Felipe Riani Costa, José Luis Araújo, José Paranaguá de Santana, Judite Hennemann Bertoncini, Liete Francisco Marcelino, Luis Geraldo Domingues, Magda Duarte dos Anjos Scherer, Marcio José Martins Alves, Marco Antonio Mota Gomes, Marco Aurélio da Ros, Maria Angélica Cúria Cerveira, Maria Cecília Puntel de Almeida , Maria da Conceição Silva Cardoso, Maria de Fátima Costa Almeida, Maria de Fátima de Sousa, Maria das Mercês Aquino de Araújo, Maria do Carmo Gomes Kell , Maria Élida Machado, Maria Guadalupe Medina, Maria Ilk Nunes de Albuquerque, Maria José Cabral Grilo, Maria Natividade Gomes da Silva Teixeira Santana, Maria Raquel Gomes Maia Pires, Maria Rizoneide N. Araújo, Marina Ferreira de Medeiros

Mendes, Marta Inez Machado Verdi, Mônica de Castro Maia Senna, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Paulo Germano Frias, Paulo Gutierrez, Pedro Gilberto Alves de Lima, Pedro Miguel dos Santos Neto, Petrônio Marteli, Rodolfo Valentim Carvalho do Nascimento, Rodrigo Pinheiro de Toledo Viana, Rodrigo Pinheiro Silveira, Rosana Aquino Guimarães Pereira, Rosangela Cecim Albim, Roseana Barbosa Meira, Roseni Pinheiro, Rosimeira Maria Peres Andrade, Sarah Escorel, Severino Ramos de Lima , Suely Arruda Vidal, Sueli Maria dos Reis Santos, Tânia Cristina França da Silva , Tomaz Martins Junior

COMISSÃO JULGADORA DA PREMIAÇÃO

Maria Ângela Alves do Nascimento - Associação Brasileira de Enfermagem /Aben;
Lílian Marly de Paula - Associação Brasileira de Ensino de Odontologia / Abeno;
Álvaro Antonio Cabral de Mello - Associação Brasileira de Educação Médica / Abem;
Andréa Pólo Galante - Associação Brasileira de Nutrição / Asbran
Lenira Zancan - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva / Abrasco;
Sarah Escorel - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde / Cebes;
Solange Gonçalves Belchior - Conselho Nacional de Saúde / CNS;
Rita de Cássia Bertão Cataneli - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde / Conass;
Zuleica Portel Albuquerque - Organização Pan-Americana de Saúde / Opas;
Heloiza Machado de Souza - Organizações as Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura /Unesco;
Luciana Alves Pereira - Rede Unida;
João Werner Falk - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade / SBMFC
Maria do Socorro Alves Lemos - Secretaria de Atenção à Saúde / SAS/MS;
Mônica Samrsla - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos / SCTIE/MS
Linete Cunha de Souza Maia - Secretaria de

Educação e Gestão do Trabalho em Saúde / Sgets/MS;
Adriana Karla Nunes Barbuio de Oliveira - Secretaria de Gestão Participativa / SGP/MS;
Célia Medina - Secretaria de Vigilância em Saúde / SVS/MS;
Flavia Regina de Morais - Secretaria Executiva / SE/MS

Modalidade de Relato de Experiências

Classificação dos Trabalhos	Título do Trabalho	Município/Estado
1º LUGAR	SPA Comunitário: Uma experiência de reeducação alimentar e física no PSF de Santa Cruz - RN	Santa Cruz - RN
2º LUGAR	Saúde também se faz com Hip Hop (música, dança, grafite e esportes)	Mauá - SP
3º LUGAR	Alfabetizando com Saúde - usuários do SUS (re) escrevendo a vida	Curitiba - PR
MENÇÃO HONROSA	Atuação de uma equipe do PSF de Uberaba - MG no atendimento odontológico para bebês, em parceria com a comunidade	Uberaba - MG
MENÇÃO HONROSA	Programa Municipal de Controle da Asma de Londrina - uma estratégia dentro do PSF	Londrina - PR
MENÇÃO HONROSA	Implementação do acolhimento resolutivo na UBSF/PA - Jardim Macedônia, SP	São Paulo - SP
MENÇÃO HONROSA	Projeto Trevo de 4 Folhas: uma estratégia para a redução da mortalidade materna e infantil	Sobral - CE

VIII. Trabalhos Classificados

Modalidade de Estudo

Classificação dos Trabalhos	Título do Trabalho	Município/Estado
1º LUGAR	A educação popular em saúde na estratégia de Saúde da Família: primeiros resultados de um processo	Recife-PE
2º LUGAR	Análise da relação entre a situação de trabalho e a saúde dos profissionais da unidade Saúde da Família de Grotão II	João Pessoa - PB
3º LUGAR	Percepção da violência doméstica contra mulheres a partir dos profissionais do PSF	Salvador - BA
MENÇÃO HONROSA	Rastreamento do câncer bucal: aplicações no Programa Saúde da Família - São Paulo	São Paulo - SP
MENÇÃO HONROSA	Saúde Bucal no PSF de Mangabeira: uma análise quanti-qualitativa do impacto das ações	Macaíba - RN
MENÇÃO HONROSA	Roda de conversa: diálogo que (re) orienta a práxis na unidade de Saúde da Família da Cidade de Praia - Natal	Natal - RN
MENÇÃO HONROSA	Resíduos sólidos domiciliares das usuárias do PSF, Bairro das Cidades I - Campina Grande	Campina Grande - PB

A entrega dos prêmios foi feita ao final do primeiro dia de trabalho da II Mostra. Para a cerimônia de premiação houve uma programação especial e os prêmios foram entregues aos autores após breve apresentação dos mesmos. A seqüência de entrega dos prêmios partiu das menções honrosas aos primeiros colocados, alternando as modalidades de apresentação.

• Menção Honrosa para "Resíduos sólidos domiciliares das usuárias do PSF, Bairro das Cidades I - Campina Grande" - modalidade Estudo.
Entrega do prêmio feita pela Dra Sarah Escorel, presidente do Cebes
Autora: Helena Rufino de Ataíde Leal
Município de Campina Grande - Paraíba

• Menção Honrosa para "Programa Municipal de Controle da Asma de Londrina - uma estratégia dentro do PSF" - modalidade Relato de Experiência.
Entrega do prêmio feita pela Dra Lenira Zancam, Representante da Abrasco
Autor: Alcindo Cerci Neto
Município de Londrina - Paraná

• Menção Honrosa para "Saúde Bucal do PSF de Mangabeira: uma análise quanti-qualitativa do impacto das ações" - modalidade Estudo.
Entrega do prêmio feita pelo Dr Gilberto Pucca, coordenador da Saúde Bucal do DAB/MS
Autora:Jane Suely de Melo Nóbrega
Município de Macaíba - Rio Grande do Norte

• Menção Honrosa para "Implementação do acolhimento resolutivo na UBSF/PA - Jardim Macedônia, SP" - modalidade Relato de Experiência.
Entrega do Prêmio feita pela Dr Horacio Toro Ocampo, representante da OPAS/OMS no Brasil
Autora: Silvia Cristina Brenner Doria
Município de São Paulo - São Paulo

• Menção Honrosa para "Rastreamento do Câncer Bucal: aplicações no Programa Saúde da Família" - modalidade Estudo.
Entrega do prêmio feita pela Dra Rita Cataneli, representante do Conass
Autor: Luis Cláudio Sartori
Município de São Paulo - São Paulo

• Menção Honrosa para "Atuação de uma equipe do PSF de Uberaba - MG no atendimento odontológico para bebês, em parceria com a comunidade" - modalidade Relato de Experiência.
Entrega do prêmio feita pelo Dr. Luis Odorico

Monteiro de Andrade, na época, presidente do Conasems
Autora:Márcia Helena Destro Nomelini
Município de Uberaba - Minas Gerais

• Menção Honrosa para "Roda de conversa: diálogo que (re)orienta a práxis na unidade de Saúde da Família da Cidade de Praia - Natal"- modalidade Estudo.
Entrega do prêmio feita pela Dra Maria Luiza Jaeger, secretária de Gestão, Educação e Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde
Autora:Magna Celi Pereira Felipe
Município de Natal - Rio Grande do Norte

• Menção Honrosa para "Projeto Trevo de Quatro Folhas: uma estratégia para redução da mortalidade materna e infantil" - modalidade Relato de Experiência.
Entrega do prêmio feita pelo Dr Jarbas Barbosa, secretário de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde
Aurora:Francisca Julia dos Santos Sousa
Município de Sobral - Ceará

• Terceiro lugar para "Percepção da violência doméstica contra mulheres a partir dos profissionais do PSF" - modalidade Estudo.
Entrega do prêmio feita pela Dra Afra Suassuna Fernandes, Diretora do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
Autora:Edleusa Garrido Nery
Município da Região Metropolitana de Salvador - Bahia

• Terceiro lugar para "Alfabetizando com Saúde - usuários do SUS (re) escrevendo a vida" - modalidade Relato de Experiência.
Entrega do prêmio feita pelo Dr Antonio Alves de Souza, chefe de Gabinete do Ministro da Saúde
Autora:Marisa Marini Giacomini
Município de Curitiba - Paraná

• Segundo lugar para "Análise da relação entre a situação de trabalho e a saúde dos profissionais da unidade Saúde da Família de Grotão II" - modalidade Estudo.
Entrega do prêmio feita pelo Dr Gastão Wagner de Sousa Campos, na época, secretário executivo do Ministério da Saúde
Autora:Maria Janilce Oliveira Magalhães

Município de João Pessoa - Paraíba

• Segundo lugar entregue ao trabalho "Saúde também se faz com Hip Hop (música, dança, grafite e esportes)" - modalidade Relato de Experiência.
Entrega do prêmio feita pelo Dr Jorge Werthein, representante da Unesco no Brasil para
Autora:Iacy Millone Kovacsics
Município de Mauá - São Paulo

• Primeiro lugar para "A educação popular em saúde na estratégia de Saúde da Família: primeiros resultados de um processo" - modalidade Estudo.
Entrega do prêmio feita pelo Dr Humberto Costa,ministro da Saúde
Autora:Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Município de Recife - Pernambuco

• Primeiro lugar para "SPA Comunitário: uma experiência de re-educação alimentar e física no PSF de Santa Cruz - RN"- modalidade Relato de Experiência.
Entrega do prêmio feita pelo Dr Humberto Costa, ministro da Saúde
Autor:Francisco Américo Micussi
Santa Cruz - Rio Grande do Norte

A avaliação final do processo de premiação instituído na II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família mostrou que esta foi uma iniciativa que deu certo. Mobilizou profissionais de saúde e do ensino, equipes e unidades de Saúde da Família e gestores do SUS, que se sentiram motivados para registrar e divulgar suas experiências cotidianas de trabalho. Foram apresentadas alternativas criativas para superar os problemas e dificuldades que perpassam a Atenção Básica, em especial a Saúde da Família. Por sua vez, estas experiências, somadas às demais apresentadas durante todo o evento por meio dos pôsteres, painéis e comunicações coordenadas demonstram o compromisso e a seriedade dos atores e sujeitos sociais que trabalham para os avanços da Atenção Básica e da Saúde da Família no âmbito do Sistema Único de Saúde.

X. Considerações Finais

Anexo 1

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

CADASTRO DE CONSULTOR AD HOC

NOME: _____

CPF: _____ PROFISSÃO: _____

INSTITUIÇÃO DE TRABALHO: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

_____

_____

E-MAIL: _____

TELEFONE: _____

FAX: _____

DADOS BANCÁRIOS:
BANCO: _____
AGÊNCIA: _____
C/C: _____

DATA: ____/____/_____ _____
ASSINATURA

Anexo 2

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

FICHA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO

Título do Trabalho

CPF do Apresentador	Instituição	Modalidade*

Comentário Geral do Trabalho (Opcional)

* Campo obrigatório a ser preenchido pelo avaliador:
1- Relato de Experiências
2- Estudo (estudo de caso, *paper*, apresentação de monografia, dissertação de mestrado, tese de doutorado, entre outros)

Anexo 3

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

PARÂMETROS PARA PONTUAÇÃO DOS TRABALHOS - I

Os parâmetros apresentados são referências a partir das quais o avaliador deverá basear-se para pontuar, de 1 a 5, os trabalhos. As observações de relevância ou os parâmetros que sejam diferentes dos sugeridos deverão ser transcritos no campo referente aos "comentários gerais do trabalho", justificando o parecer conferido pelo avaliador. Ao final de todas as avaliações, o avaliador deverá preencher a Matriz de Classificação dos Trabalhos, transcrevendo, em ordem decrescente de classificação, a soma da pontuação obtida em cada parâmetro avaliado.

Parâmetro 1 – Apresentação geral do trabalho
A apresentação do trabalho deverá ser clara, coerente com o tema, ter consistência na exposição e argumentação das idéias e tratar de experiências ou estudos desenvolvidos a partir de janeiro de 2002.
Relato de Experiência: introdução; objetivos; metodologia; produtos e resultados alcançados; lições aprendidas com a experiência e recomendações e período em que foi desenvolvida da experiência.
Estudo: introdução; objetivos; metodologia; apresentação e discussão dos resultados; considerações finais e recomendações e período de desenvolvimento do estudo.
1 ( ) não atende 2 ( ) apresentação fraca 3 ( ) apresentação regular 4 ( ) apresentação boa 5 ( ) apresentação excelente

Parâmetro 2 – Contribuição para o fortalecimento da estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS
Contribuição do trabalho para: descentralização das ações; articulação com serviços de referência e contra-referência; integralidade da assistência; intersetorialidade; eqüidade; investimentos, adequação tecnológica para a operacionalização e controle social.
1 ( ) nada contribui 2 ( ) pouco contribui 3 ( ) regular 4 ( ) bom 5 ( ) muito bom

Parâmetro 3 - Contribuição para a reorganização dos serviços a partir da estratégia Saúde da Família
Contribuição do trabalho para: desenvolvimento das ações de promoção à saúde por ciclos de vida, ações de vigilância epidemiológica e sanitária, ações de vigilância à saúde; trabalho com a comunidade; territorialização; organização do trabalho a partir de problemas; reorganização do processo de trabalho; capacidade de resolução de problemas de saúde no âmbito das equipes; atendimento domiciliar; uso do sistema de informação para planejamento e avaliação local e implantação de protocolos de assistência.
1 ( ) nada contribui 2 ( ) pouco contribui 3 ( ) regular 4 ( ) bom 5 ( ) muito bom

Parâmetro 4 – Contribuição para a organização de novas práticas profissionais
Contribuição do trabalho para: desenvolvimento do trabalho em equipe; formação do vínculo entre profissionais das equipes de Saúde da Família e população de microárea; atenção integral à saúde voltada ao indivíduo no seu contexto familiar e social; acolhimento; humanização; processo de educação permanente; práticas de articulação entre ensino e serviço e integralidade do cuidado.
1 ( ) nada contribui 2 ( ) pouco contribui 3 ( ) regular 4 ( ) bom 5 ( ) muito bom

Parâmetro 5 – Contribuição para a aplicabilidade e sustentabilidade do trabalho
Possibilidade de aplicação e reprodução do trabalho pelos serviços de saúde (equipes de Saúde da Família, equipes gestoras municipais e estaduais), instituições de ensino, comunidade e demais interessados. Possibilidade do garantir sua viabilidade e sustentabilidade considerando os recursos já existentes.
1 ( ) nada contribui 2 ( ) pouco contribui 3 ( ) regular 4 ( ) bom 5 ( ) muito bom

Anexo 4

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA MATRIZ DE AVALIAÇÃO DOS TRABALHOS

Instruções para preenchimento:
Campo 1: ORDEM
Preenchimento da matriz por ordem decrescente de pontuação geral dos trabalhos sendo, primeiro lugar o que obteve maior pontuação na soma de todos os parâmetros avaliados e assim sucessivamente.

Campo 2: TÍTULO DA TRABALHO
Transcrever, na íntegra, o título de cada trabalho correspondente à ordem de classificação.

Campo 3: PONTUAÇÃO
Transcrever a pontuação dada (valor de 1 a 5) a cada parâmetro proposto e avaliado (P = parâmetro; P1 a P5)
Ao final, apresentar a soma total dos parâmetros de cada trabalho.

Obs: em caso de empate na pontuação dos trabalhos mais bem classificados, caberá, ao avaliador, enviar ao Ministério da Saúde sua opção de desempate com justificativa. Espera-se apenas um trabalho em primeiro lugar e um trabalho em segundo lugar, dos quinze encaminhados.
O material em papel deverá vir datado e assinado pelo avaliador para o endereço que consta no ofício.

Anexo 4 (cont.)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

MATRIZ DE CLASSIFICAÇÃO DOS TRABALHOS

ORDEM	TÍTULO DO TRABALHO	PONTUAÇÃO					
		P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	TOTAL
1º							
2º							
3º							
4º							

Data:____/____/_____

Nome e Assinatura:

_____

Anexo 5

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

Prêmio II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família
FICHA DE PARECER FINAL - ESTUDO

Título do Trabalho

Nº do Trabalho	Avaliador Principal	Segundo Avaliador

Comentário Geral sobre o Estudo:
Correlação entre:
Introdução (formulação do problema de estudo);
Metodologia (metodologia utilizada para abordagem do problema)
Resultados (resultados alcançados em relação ao problema de estudo formulado)

Anexos

Anexo 6

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE:

EIXO	CRITÉRIO	COMENTÁRIO
POLÍTICA	Fortalecimento da Estratégia de SF no SUS	
TRABALHO EM EQUIPE	Reforça a lógica do trabalho em equipe multiprofissional	
	Inovação das práticas profissionais (médico, enfermeiro, odontólogo, aux. enf., ACS).	
ATENÇÃO À SAÚDE	Inovação nas práticas de atenção à saúde individual.	
	Inovação na abordagem das práticas em Saúde da Família	
MODELO ASSISTENCIAL	Amplia a visão dos profissionais para além do modelo curativo	
	Estimula a articulação serviço/ profissionais/comunidade	

Anexo 7

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

Prêmio II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família
FICHA DE PARECER FINAL – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Título do Trabalho

Nº do Trabalho	Avaliador Principal	Segundo Avaliador

Comentário Geral sobre o Relato da Experiência:
Correlação entre:
Contexto da experiência (municipal, território de equipe, a partir da identificação de problemas).
Objetivo geral
Produtos e resultados alcançados
Lições aprendidas

Anexo 8

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE: EIXO	CRITÉRIO	COMENTÁRIO
POLÍTICA	Fortalecimento da Estratégia de SF no SUS	
	Institucionalização da experiência	
INOVAÇÃO	Originalidade; Criatividade.	
	Aplicabilidade (em outras realidades)	
ATENÇÃO À SAÚDE	Inova nas práticas de atenção à saúde individual.	
	Inova na abordagem das práticas em Saúde da Família	
TRABALHO EM EQUIPE	Reforça a lógica do trabalho em equipe multiprofissional	
MODELO ASSISTENCIAL	Contribui para a reorientação do modelo para além do modelo curativo	
	Contribui na articulação serviço/profissionais/comunidade	

Anexo 9

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

Prêmio II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família

FICHA DE PARECER AD HOC

Título do Trabalho

CPF do Apresentador	Instituição	Modalidade/Categoria*

Comentário Geral do Trabalho (Opcional)

* **Campo obrigatório a ser preenchido pelo avaliador (Modalidade/Categoria):**
1- Relato de Experiência
2- Estudo (estudo de caso, *paper*, apresentação de monografia, dissertação de mestrado, tese de doutorado, entre outros)

Parâmetros para a pontuação:

Os parâmetros apresentados são referências a partir das quais o avaliador deverá basear-se para pontuar, de 1 a 5, os trabalhos. As observações de relevância ou parâmetros que sejam diferentes dos sugeridos deverão ser transcritos no campo referente aos "comentários gerais do trabalho", justificando o parecer contendo pelo avaliador.

Ao final de todas as avaliações, o avaliador deverá preencher a Matriz de Classificação dos Trabalhos, transcrevendo, em ordem decrescente de classificação, a soma da pontuação obtida em cada parâmetro avaliado.

Parâmetro 1 – Apresentação geral do trabalho
A apresentação do trabalho deverá ser clara, manter coerência com o tema, ter consistência na exposição e argumentação das idéias e tratar de experiências ou estudos desenvolvidos a partir de janeiro de 2002.

Anexos

Anexo 9 (cont.)

Relato de Experiência: introdução; objetivos; metodologia; produtos e resultados alcançados; lições aprendidas com a experiência e recomendações e período em que foi desenvolvida a experiência.
Estudo: introdução; objetivos; metodologia; apresentação e discussão dos resultados; considerações finais e recomendações e período do desenvolvimento do estudo.
1 ( ) não atende 2 ( ) apresentação fraca 3 ( ) apresentação regular 4 ( ) apresentação boa 5 ( ) apresentação excelente

Parâmetro 2 – Contribuição para o fortalecimento da estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS
Contribuição do trabalho para: descentralização das ações; articulação com serviços de referência e contra-referência; integralidade da assistência; intersetorialidade; eqüidade; investimentos, adequação tecnológica para a operacionalização e controle social.
1 ( ) nada contribui 2 ( ) pouco contribui 3 ( ) regular 4 ( ) bom 5 ( ) muito bom

Parâmetro 3 - Contribuição para a reorganização dos serviços a partir da estratégia Saúde da Família
Contribuição do trabalho para: desenvolvimento das ações do atenção à saúde por ciclos de vida; ações de vigilância epidemiológica e sanitária; ações de vigilância à saúde; trabalho com a comunidade; territorialização; organização do trabalho a partir de problemas; reorganização do processo de trabalho; capacidade de resolução de problemas de saúde no âmbito das equipes; atendimento domiciliar; uso do sistema de informação para planejamento e avaliação local e implantação de protocolos de assistência.
1 ( ) nada contribui 2 ( ) pouco contribui 3 ( ) regular 4 ( ) bom 5 ( ) muito bom

Parâmetro 4 – Contribuição para a organização de novas práticas profissionais
Contribuição do trabalho para: desenvolvimento do trabalho em equipe; formação de vínculo entre profissionais das equipes de Saúde da Família e população da microárea; atenção integral à saúde voltada ao indivíduo no seu contexto familiar e social; acolhimento; humanização; processo de educação permanente; práticas de articulação entre ensino e serviço e integralidade do cuidado.
1 ( ) nada contribui 2 ( ) pouco contribui 3 ( ) regular 4 ( ) bom 5 ( ) muito bom

Parâmetro 5 – Contribuição para a aplicabilidade e sustentabilidade do trabalho
Possibilidade de aplicação e reprodução do trabalho pelos serviços de saúde (equipes de Saúde da Família, equipes gestoras municipais e estaduais), instituições de ensino, comunidade e demais interessados. Possibilidade de garantir sua viabilidade e sustentabilidade considerando os recursos já existentes.
1 ( ) nada contribui 2 ( ) pouco contribui 3 ( ) regular 4 ( ) bom 5 ( ) muito bom

Anexo 10

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

Prêmio II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família

JUSTIFICATIVA

Título do Trabalho

Justificativa de classificação ou desclassificação do trabalho

Parâmetros para a pontuação:

Os parâmetros apresentados são referências a partir das quais os membros da comissão deverão basear-se para pontuar, de 1 a 10, os trabalhos. As observações de relevância ou parâmetros que sejam diferentes dos sugeridos deverão ser transcritos na justificativa, explicitando o parecer conferido pelo avaliador.
Ao final das análises, cada avaliador deverá preencher a Matriz de Classificação dos Trabalhos, transcrevendo, em ordem decrescente de classificação, a soma da pontuação obtida em cada parâmetro avaliado.

Parâmetro 1 – Apresentação geral do trabalho
A apresentação do trabalho deverá ser clara, manter coerência com o tema, ter consistência na exposição e argumentação das idéias e tratar de experiências ou estudos desenvolvidos a partir de janeiro de 2002.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Parâmetro 2 – Contribuição para o fortalecimento da estratégia Saúde da Família

Contribuição do trabalho para a descentralização das ações; articulação com serviços de referência e contra-referência; integralidade da assistência; intersetorialidade; eqüidade; investimentos, adequação tecnológica para a operacionalização e controle social.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 10 (cont.)

Parâmetro 3 - Contribuição para a reorganização dos serviços a partir da estratégia Saúde da Família
Contribuição do trabalho para: desenvolvimento das ações do atenção à saúde por ciclos de vida; ações de vigilância epidemiológica e sanitária; ações de vigilância à saúde; trabalho com a comunidade; territorialização; organização do trabalho a partir de problemas; reorganização do processo de trabalho; capacidade de resolução de problemas de saúde no âmbito das equipes; atendimento domiciliar; uso do sistema de informação para planejamento e avaliação local e implantação de protocolos de assistência.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Parâmetro 4 – Contribuição para a organização de novas práticas profissionais

Contribuição do trabalho para: desenvolvimento do trabalho em equipe; formação de vínculo entre profissionais das equipes de Saúde da Família e população da microárea; atenção integral à saúde voltada ao indivíduo no seu contexto familiar e social; acolhimento; humanização; processo de educação permanente; práticas de articulação entre ensino e serviço e integralidade do cuidado.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Parâmetro 5 – Originalidade, criatividade e potencial de aplicabilidade
Apresentação de alternativas encontradas para superação de dificuldades e problemas, possibilidade de aplicação e reprodução do trabalho por outros serviços de saúde e equipes de Saúde da Família, equipes gestoras municipais e estaduais, instituições de ensino, comunidade e demais interessados.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Parâmetro 6 – Valorização do desenvolvimento do trabalho em equipe
Inserção das equipes de Saúde da Família no desenvolvimento do trabalho apresentado, demonstrando o envolvimento de toda a equipe. Analisar se o trabalho foi realizado junto com a equipe, usando dados ou o trabalho das equipes ou se ele foi um trabalho individual no território das equipes.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

MATRIZ DE AVALIAÇÃO DOS TRABALHOS

Instruções para preenchimento:
Campo 1: ORDEM
- Preenchimento da matriz por ordem decrescente da pontuação geral dos trabalhos, sendo primeiro lugar o que obteve maior pontuação na soma de todos os parâmetros avaliados e assim sucessivamente.

Campo 2: TÍTULO DO TRABALHO
- Transcrever, na íntegra, o título de cada trabalho correspondente à ordem de classificação.

Campo 3: PONTUAÇÃO
- Transcrever a pontuação dada (valor de 1 a 10) a cada parâmetro proposto e avaliado (P = parâmetro; P1 a P6)
- Ao final, apresentar a soma total dos parâmetros de cada trabalho.

SPA COMUNITÁRIO: UMA EXPERIÊNCIA DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR E FÍSICA NO PSF DE SANTA CRUZ-RN

Francisco Américo Micussi*

Maurício Roberto Campelo de Macedo**

Isa Maria Hetzel de Macedo***

Acácia Marília Cândido****

Flávio Lopes Alves

Resumo

Este trabalho teve como objetivo analisar a experiência de implantação de um SPA Comunitário na rede municipal de saúde do SUS de Santa Cruz-RN. Esta atividade foi uma iniciativa das equipes do PSF do bairro de Cônego Monte, daquela cidade, que identificaram na sua população a importância crescente da magnitude do sobrepeso e da obesidade, como problemas de saúde. Como as atividades tradicionais de orientação dietética e de estímulo às práticas de atividade física não tinham apresentado resultados positivos, estas equipes resolveram inovar na maneira de tratar essa questão. Assim, surgiu a idéia da criação de um espaço para reunir de forma intensiva e integral, durante uma semana, equipes de saúde e usuários portadores destes problemas para fins de re-educação alimentar e física, com atividades diversas, tais como caminhadas, hidroginástica, aeróbica, musculação, alongamentos, dança e relaxamentos, acompanhadas de dietas balanceadas e adequadas à cultura local. Durante estes SPAs, são realizadas atividades recreativas e voltadas para o estabelecimento de vínculos afetivos e de solidariedade no grupo, com reforço à auto-estima individual. Todos os participantes passam por exames físicos e de mensuração do peso, altura e tensão arterial. Além disso, os participantes dos SPAs se reúnem semanalmente com as equipes para dar continuidade ao processo de re-educação e monitoramento. Este trabalho consiste no relato da experiência de quatro SPAs Comunitários, inseridos num programa contínuo de reeducação alimentar e física. Os resultados mostram um impacto positivo que pode ser expresso em termos de perda ponderal, modificação dos hábitos de vida (alimentares, atividade física), prevenção de doenças crônico-degenerativas, melhora da auto-estima dos indivíduos, introdução de novas práticas de prevenção e promoção da saúde, formação de grupos de solidariedade na comunidade, estímulo à população da cidade para participar das atividades físicas executadas em praça pública. Esta experiência serve para demonstrar a importância das iniciativas locais para introduzir inovações nas práticas de saúde do PSF, de forma a responder de maneira mais eficaz às especificidades dos problemas de saúde da população, na busca de melhoria da qualidade de vida da população.

Palavras-chave

Obesidade; Educação alimentar; Educação física; Promoção da saúde; Qualidade de vida.

* Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz, médico, especialista em Pediatria, Infectologia e Intervenção Familiar Sistêmica. email: micussiped@ig.com.br ou macemauri@hotmail.com.

** Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), médico, doutor em Saúde Pública, professor do Departamento de Saúde Coletiva.

*** Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), médica, doutora em Saúde Pública, professora do Departamento de Saúde Coletiva.

**** Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte, psicóloga, especialista em Intervenção Familiar Sistêmica

INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos, o Brasil vem passando por mudanças econômico-sociais e culturais significativas que, no plano da saúde, são expressas por transformações no perfil epidemiológico dominante. Alguns autores (Possas, 1989; Laurenti, 1990; Prata, 1992; Monteiro et al., 1995) vêm apontando para uma "transição epidemiológica", com os velhos problemas de saúde prevalentes na população coexistindo com novos problemas, que, progressiva e rapidamente, vêm se tornando dominantes enquanto padrão de ocorrência de doenças. A obesidade e o sobrepeso são problemas de saúde que vêm apresentando uma magnitude crescente no mundo ocidental, atingindo indistintamente países desenvolvidos e em desenvolvimento, ambos os sexos e todas as idades, chegando a atingir valores epidêmicos (Popkin & Doak, 1998; WHO, 1998; Francischi et al., 2000; Repetto et al., 2003).

No Brasil, a obesidade e o sobrepeso vêm se constituindo como componentes exemplares da chamada "transição nutricional" (Monteiro et al., 1995; Batista Filho & Rissin, 2003), substituindo progressivamente e, finalmente, sobrepondo-se ao perfil epidemiológico anterior, dominado pela desnutrição energético-proteíca (DEP). No Nordeste do Brasil, estudos de prevalência de sobrepeso e obesidade nos últimos 20 anos mostram uma tendência secular crescente nos diversos estados com destaque para o aumento de obesidade nos estados, mais desfavorecidos socioeconômicamente (Gigante et al., 1997; Batista Filho & Rissin, 2003). Assim, no ano 2000, estes estudos mostram que os estados de Alagoas, Rio Grande do Norte e Ceará apresentam as maiores prevalências destes problemas na região (Vasconcelos & Silva, 2003).

No que concerne à obesidade, esta é uma doença crônica que resulta do desequilíbrio entre o gasto e o acúmulo de calorias, com saldo energético positivo, manifesto pelos depósitos excessivos de gordura corporal. O binômio sobrepeso-obesidade favorece o risco de adoecer de várias doenças severas como a diabetes tipo II, hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e outros problemas reprodutivos e respiratórios (Ades & Kerbauy, 2002; Francischi et al., 2000). A gênese do sobrepeso-obesidade e sua manutenção está relacionada com uma intrincada e complexa rede de fatores e dimensões que incluem aspectos biológicos (genéticos, endócrinos, nutricionais), aspectos socioeconômicos, culturais e psicológicos (Bouchard, 1991; Sobal, 1991; Stunkard & Wadden, 1992; Stunkard, 2000).

A partir dos anos 90, estudos salientam a importância das mudanças econômico-sociais e culturais ocorridas nos últimos decênios que influenciaram a estruturação de padrões alimentares e comportamentais que predispõem à obesidade e ao sobrepeso, constituindo fatores de risco de adoecer para a população (Mendonça & Anjos, 2004; Batista Filho & Rissin, 2003). Do bojo destas mudanças, ressaltam-se o intenso processo de urbanização decorrente do esgotamento do setor primário neste período, acompanhada de migrações, a entrada significativa das mulheres no mercado de trabalho e a universalização das

mídias, sobretudo da televisão. Entre as mudanças culturais, no plano dos hábitos alimentares, ressaltamos a generalização do consumo crescente de alimentos industrializados, em grande parte hipercal?ricos, e a alimentação apressada em restaurantes de fast food. Além disso, é preciso destacar a redução das atividades físicas expressa pelas horas diante da televisão e do computador, a utilização massiva de veículos automotores para a locomoção, entre outros fatores de vida sedentária presente em todos os paises ocidentais. Por seu caráter universal estas mudanças passaram a se configurar como um estilo de vida ocidental (Fischeler, 1995; Monteiro et al, 2000; Bleil, 1998; Mendonça & Anjos, 2004), que condiciona o saldo cal?rico positivo que resulta no sobrepeso-obesidade.

O aumento do fenômeno da obesidade e do sobrepeso nos grupos de baixa renda e o surgimento deste problema na infância e adolescência, correlacionados com a presença deste novo estilo de vida, têm chamado a atenção dos estudiosos (Batista Filho & Rissin, 2003; Abrantes, et al., 2002) e autoridades sanitárias (Ministério da Saúde, 2001) para a complexidade da gênese da obesidade e a necessidade do seu enfrentamento, enquanto problema de saúde pública. Uma preocupação com a redução do peso corporal para os níveis considerados normais, de acordo com a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), sobretudo com a sua manutenção e controle, além do tratamento das comorbidades, requer um acompanhamento sistemático e contínuo, a exemplo de outras doenças crônicas. No entanto, apesar de muitos estudos reconhecerem a multifatorialidade e a multidimensionalidade do problema sobrepeso/obesidade, as formas de tratamento e as práticas institucionais de saúde não têm conseguido obter resultados positivos.

As dificuldades do tratamento deste problema constituem um dos maiores desafios atuais para os serviços públicos de saúde, pois as abordagens dominantes têm, na sua grande maioria, apresentado resultados frustrantes para os pacientes e para os profissionais de saúde. Numa sociedade que cria as condições para a obesidade, paradoxalmente surgem as exigências pela adoção de um modelo estético onde a magreza é sinônimo de beleza. Esta nova exigência ratificada pela incorporação de novos valores em relação ao corpo e a baixa eficácia das formas de tratamento facilitaram a multiplicação de soluções mágicas e místicas. Estas podem ser observadas em vasta literatura na qual aparecem dietas do tipo "coma e emagreça"; chás ou sopas prometem emagrecimento seguro; produtos diététicos, poções, injeções ou agulhas milagrosas invadem a midia e o imaginário popular.

Mudar este cenário implica alterar as formas tradicionais de tratar a questão sobrepeso/obesidade, que se concentram no atendimento médico-clínico as comorbidades, no aconselhamento dietético e na prescrição de exercícios fisicos. Quando existe uma abordagem multiprofissional, os membros das equipes atuam de forma isolada, o que revela a utilização de um conhecimento fragmentado e analítico que não permite uma integração das múltiplas dimensões do problema no seu

todo, seja no plano individual dos casos ou no plano coletivo, nem as suas relações com os contextos em que este emerge. No contexto social mais amplo (que, além da estrutura social global, inclui a dinâmica social do bairro onde o indivíduo mora, dos lugares que freqüenta, do trabalho), estruturam-se as condições de acesso aos bens de consumo e de subsistência, da sua escolaridade, da sua escolha por uma religião, da constituição de interesses, valores e crenças. No interior deste contexto, encontramos os subcontextos da família e da escola, que devem ser ressaltados pela sua responsabilidade na reprodução de padrões de comportamento e de hábitos alimentares. Também merece ser destacado o subcontexto dos serviços de saúde, que condiciona as formas de tratamento do problema e o interesse dos profissionais em promover mudanças efetivas na qualidade dos cuidados de saúde.

A dimensão psicológica é fundamental para a compreensão da dinâmica da obesidade e do sobrepeso. Lacan ressaltava que a imagem corporal é construída pelos indivíduos ao longo de suas experiências de vida, na sua relação com o Outro (apud Kahtallan, 1992). O processo de identificação com figuras representativas do universo familiar pode causar conflitos entre o que se deseja ser, o que se é e o que se pode ser. Não levar em conta essa imagem corporal subjetivamente construída e introjetada desde a infância pode causar sabotagens ao tratamento, pois o inconsciente pode restaurar esta imagem com força suficiente para se impor à nova imagem real adquirida com a perda ponderal, que precisa ser incorporada na realidade psíquica destes indivíduos após o tratamento de emagrecimento.

Além de alguns elementos de sofrimento psíquico que predispõem ao aumento excessivo do peso corporal, como a ansiedade, o stresse e a insatisfação pessoal, encontramos alguns transtornos mentais que contribuem para este problema. Entre estes, podemos referir a bulimia, uma forma de comportamento compulsivo que leva a comer ansiosa e repetidamente, assim como a depressão, que também pode alterar o comportamento alimentar dos indivíduos nesta direção. Além disso, a obesidade e o sobrepeso contribuem para sentimentos de baixa estima, redução da libido, apatia e dificuldades de socialização.

A obesidade e o sobrepeso resistem às abordagens tradicionais, e a eficácia do seu tratamento exige a adoção de um novo olhar sobre estes problemas. Um olhar sistêmico que permita compreender a complexidade destes fenômenos e dar lugar à emergência de novas formas de agir no interior dos serviços de saúde. Este duplo movimento significa religar e integrar as diversas formas de conhecimento sobre o binômio sobrepeso/obesidade de forma a romper com as visões reducionistas, como as que privilegiam apenas uma dimensão do problema (biológica, socioeconômica, cultural ou psicológica), como também com as visões fragmentadoras do conhecimento, dominantes na ciência moderna e em nossas práticas institucionais. Este religar os conhecimentos (Morin & Le Moigne, 2000) e integrar práticas nos permite ampliar nosso olhar sobre esta problemática, não restringindo a obesidade ao acúmulo excessivo de tecido

adiposo, mas à combinação dos riscos coletivos que interagem de forma específica em cada indivíduo, expressa em sua biografia, enquanto sujeito singular portador de uma subjetividade que mantém relações com o mundo onde está inserido. Esta perspectiva sistêmica é necessariamente transdisciplinar ao integrar informações de várias áreas do conhecimento científico (clínica médica, nutrição, educação física, psicologia e antropologia, entre outras), pois a obesidade/sobrepeso é um problema complexo que está relacionado e que compromete a saúde em várias de suas dimensões.

Partindo dessa reflexão movida pela insatisfação com os fracos resultados das formas de tratar a obesidade e o sobrepeso numa Unidade de Saúde da Família (USF) do SUS no municipio de Santa Cruz, Rio Grande do Norte, as equipes desta unidade do bairro Cônego Monte decidiram inovar e desenvolver uma experiência em que problema de saúde fosse abordado em toda a sua complexidade e tratado de uma forma sistêmica. Neste artigo, o nosso objetivo é relatar a experiência do SPA comunitário de Santa Cruz e analisar os resultados positivos e animadores desta forma de intervenção no tratamento da obesidade e sobrepeso.

METODOLOGIA

Apesar de não ter sido planejado um estudo avaliativo, alguns cuidados metodológicos foram tomados para a realização da experiência. Como critério de inclusão no primeiro SPA comunitário foram selecionadas pessoas inscritas no PSF do bairro de Cônego Monte com sobrepeso e obesidade, sem problemas clínicos graves, com idades acima de 12 anos, de ambos os sexos. Mesmo que nossa prioridade fosse a população de Cônego Monte, a demanda crescente de outros bairros nos obrigou a ampliar o universo da população a partir do segundo SPA.

Ap?s a seleção dos participantes (que inclui sua aceitação das normas de funcionamento do SPA), são realizadas reuniões entre estes e as equipes multiprofissionais. Os exames laboratoriais especialmente as dosagens de lipídeos e de glicose são atualizados. O pulso, a pressão arterial e os IMC de cada participante são medidos no início e no final de cada evento, sendo comparados depois entre si. Ap?s cada SPA, para controlar o peso, a equipe realiza medidas periódicas mensais do peso e da pressão arterial. Estas são acompanhadas de exames clínico-laboratoriais a cada três meses para o controle das taxas dos lipídeos e da glicose. Além das medidas de controle e monitoramento clínico, são realizadas ações voltadas para o acompanhamento psicológico dos participantes dos SPAs e supervisão das atividades do programa, através de reuniões de grupos. A psicóloga voluntária do programa e um dos médicos introduziram a abordagem da terapia familiar sistêmica. A partir do terceiro SPA, introduzimos a técnica de grupos focais com o objetivo de identificar a percepção dos participantes sobre a experiência.

Todo o registro dos dados de peso, altura, pressão arterial por idade e sexo foi feito manualmente pelos membros da equipe numa planilha. Os resultados laboratoriais ficaram

registrados no prontuário do paciente. No período p?s-SPA são realizados registros do peso, da pressão arterial e dos resultados laboratorias para monitoramento e evolução de cada caso. Como o tempo de tratamento variou (de acordo com a entrada do usuário no SPA), as datas destes eventos guardaram uma periodicidade média de seis meses e, além disso, consideramos como positiva para a experiência apenas as perdas de peso que se mantiveram durante um ano (período de monitoramento), decidimos excluir de nossa análise todos os casos que não tivessem ainda completado este tempo de acompanhamento pelas equipes de saúde. Esta decisão excluiu deste artigo os resultados do quinto e sexto SPAs, ocorridos no segundo semestre de 2004 e início de 2005. Os grupos focais foram gravados e, durante as reuniões de grupo, foram tomadas anotações num diário por um membro da equipe. Estas gravações, depois de transcritas, foram analisadas através de temáticas principais (análise qualitativa dos discursos), que combinamos com os dados quantitativos para subsidiar nossas interpretações. Neste artigo apresentamos o relato da experiência e, apesar do seu caráter fundamentalmente descritivo, permitimo-nos fazer algumas reflexões sobre as mudanças produzidas pelo SPA Comunitário, a partir dos dados que sistematizamos durante a realização deste projeto. No entanto, estamos cientes do caráter provisório destas reflexões, na falta de um estudo de avaliação que nos permita tirar conclusões mais rigorosas.

O SPA COMUNITÁRIO DE SANTA CRUZ: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA

Santa Cruz é um município do estado do Rio Grande do Norte situado na região do Trairí e que conta, atualmente, com uma população estimada em torno dos 31.000 habitantes, sua maioria (81,8 %) vivendo em área urbana. O bairro Cônego Monte surgiu na década de 80, após uma inundação que ocorreu na cidade provocada pelo rompimento da parede do açude de Campo Redondo, cidade vizinha, deixando várias famílias desabrigadas. A igreja fez a doação de um terreno, localizado numa área mais alta da cidade, onde o governo construiu um conjunto residencial. As residências são todas de alvenaria, 100% delas contando com água encanada e 90% com sistema de saneamento público. Os moradores deste bairro apresentam uma situação socioeconômica diversificada, com alguns núcleos de pobreza, mas com a sua maioria trabalhando no comércio local, como pequenos comerciantes ou como servidores públicos municipais nas áreas de educação e saúde, predominando os trabalhadores assalariados. Com 10% de idosos em sua população, o aposentado tem uma contribuição na renda de algumas destas famílias.

Durante o ano de 2001, as 1.800 famílias do bairro de Cônego Monte contavam apenas com uma equipe do PSF, que, ao realizar os programas preconizados pelo Ministério da Saúde para a atenção básica, começou a observar que havia um número significativo de membros destas famílias

com excesso de peso. Desde então, decidiu-se que seria realizada uma avaliação desses indivíduos, que seriam classificados através da utilização do Índice de Massa Corporal (IMC), de acordo com a literatura existente e as normas internacionais. Uma vez identificados os casos de sobrepeso ou de obesidade, seriam adotadas, para estes problemas, medidas convencionais, como atendimento individualizado com orientações sobre alimentação saudável e atividades físicas, orientações coletivas, estimulação de caminhadas e encaminhamentos especializados a nutricionistas e, em alguns casos, a endocrinologistas.

Ao identificar na população do bairro o crescimento da magnitude do sobrepeso e da obesidade como problemas de saúde e como as atividades tradicionais de atendimento não tinham apresentado resultados positivos (quando voltavam a USF, os pacientes continuavam com o seu peso mantido e algumas vezes aumentado), esta equipe percebeu a necessidade de romper com o modelo de intervenção adotado. Resolveu-se inovar na forma de tratar essa questão, e múltiplas reuniões de equipe foram realizadas com o objetivo de refletir criticamente sobre o problema e sobre as estratégias de solução que poderiam ser efetivadas.

Após longas discussões, identificou-se a necessidade da implementação de um programa voltado para o controle da problemática sobrepeso/obesidade e da definição de uma estratégia de mobilização capaz de envolver a comunidade com o projeto. A natureza comunitária desta nova abordagem do problema não só era considerada fundamental para atribuir um novo significado à relação equipe de saúde/usuários, mas também, era necessária para a construção das condições de viabilidade do programa. Em meio a uma dessas discussões, em tom de brincadeira, o enfermeiro da equipe falou: - "E se nós criássemos um SPA público?". Assim, surgiu a idéia da criação de um espaço para reunir durante uma semana, de forma intensiva e integral, equipes de saúde e usuários portadores destes problemas, para, conjuntamente, desenvolverem atividades voltadas para o tratamento do sobrepeso/obesidade, seguidas de um processo de monitoramento na USF. Este espaço institucional voltado para incluir a comunidade local num programa intensivo de tratamento recebeu o nome de "SPA Comunitário".

A equipe de saúde começou então a elaborar o projeto do primeiro SPA, que foi realizado em janeiro de 2002. Os possíveis participantes foram identificados entre as pessoas da comunidade que estavam classificadas na condição de sobrepeso ou obesidade. Estes eram convidados a participar do SPA, e muitos se mostraram receptivos à idéia. Foram realizadas algumas reuniões preparatórias com alguns dos futuros participantes, enquanto progressivamente aconteciam novas adesões ao programa. No projeto inicial, os participantes eram da área de abrangência do bairro Cônego Monte, mas, ao saber do evento, alguns indivíduos de outras áreas solicitaram o seu engajamento ao grupo. Embora a maioria dos participantes fosse da própria comunidade, analisadas as possibilidades de operacionalização, optou-se pelo acolhimento de alguns indivíduos

de outras áreas diante do interesse demonstrado e sua importância para a difusão da experiência no município.

A proposta foi então levada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santa Cruz. Após as negociações com o gestor municipal, vencidas as resistências iniciais, este foi convencido pelo entusiasmo da equipe de saúde da USF de Cônego Monte a dar apoio institucional ao programa, e a prefeitura municipal concedeu o espaço de uma escola municipal para o alojamento dos participantes e a realização das principais atividades. O apoio voluntário do proprietário de uma academia de ginástica privada permitiu o acesso dos participantes à piscina (em particular para as atividades de hidroginástica) e aos equipamentos para musculação; alguns comerciantes locais doaram o material de limpeza e os alimentos para o cardápio programado pela nutricionista; os componentes do grupo emprestaram o material esportivo usado nos jogos e atividades recreativas; a balança profissional para pesar e medir as pessoas foi trazida da USF Cônego Monte. As condições materiais estavam dadas para a operacionalização do SPA comunitário de Santa Cruz.

Durante este primeiro SPA, foram realizadas práticas de reeducação alimentar e física, integradas com orientação psicológica e toda uma programação de atividades de lazer e de socialização. Os participantes passaram por exames clínicos e de mensuração do peso, altura e tensão arterial, e as múltiplas atividades físicas desenvolvidas (caminhadas, hidroginástica, aeróbica, musculação, alongamentos e relaxamentos) eram acompanhadas de uma alimentação balanceada e adequada à cultura local, sob supervisão da equipe de saúde que estava presente e participando ativamente de todos os momentos do SPA. As atividades recreativas e as dinâmicas de grupo eram voltadas para o estabelecimento de vínculos afetivos e de solidariedade no grupo, com reforço psicológico à auto-estima individual. Além disso, os participantes dos SPAs passaram a se reunir semanalmente com a equipe de saúde para dar continuidade ao processo de reeducação e monitoramento.

Antes de tudo, a experiência do SPA comunitário tem como objetivo mostrar aos participantes que é possível comer menos e melhor sem um grande sacrifício, além de praticar atividades físicas de forma prazerosa. Algo da ordem da demonstração prática, onde as pessoas tendo uma experiência de imersão num novo modo de vida, convivendo durante cinco dias e compartilhando a experiência de novos hábitos alimentares saudáveis, reaprendendo a movimentar seus corpos em atividades esportivas ou recreativas, refletindo sobre as questões relativas ao sobrepeso/obesidade de forma crítica e responsável. O SPA comunitário procura, então, disponibilizar aos seus participantes os elementos cognitivos necessários para desenvolver um processo de aprendizagem sobre estes problemas e mobilizar o desejo de mudança.

Independentemente da idade, do sexo e da existência ou não de patologias, despertava-se nos participantes dos SPAs comunitários o sentimento de que é preciso uma

mudança cultural, no sentido de uma mudança dos hábitos de alimentação, da adoção de atividades físicas cotidianas, da superação de preconceitos estigmatizantes, do resgate da auto-estima e do exercício da solidariedade como um valor. Enfim, é possível perder peso sem muito sacrifício, sem pressa, de forma gradual, mas sem perder de vista a possibilidade do controle efetivo do problema. Assim, dava-se ênfase às atividades de fácil realização e baixo custo (como as caminhadas), e estimulavam-se as práticas de grupo para promover a integração dos indivíduos e o desenvolvimento de ações solidárias e vínculos afetivos.

A partir do terceiro SPA, a USF de Cônego Monte recebeu o reforço de uma segunda equipe, e o êxito da primeira experiência difundiu-se no município, gerando uma maior demanda de pessoas de outras unidades de saúde. A montagem dos próximos SPAs comunitários requeria, então, a definição de algumas normas de funcionamento para nortear a sua realização:

1) A seleção dos participantes poderia ser realizada pelas equipes de saúde das oito USFs do município, encaminhando-os à do bairro Cônego Monte (unidade executora) para freqüentarem as reuniões semanais do programa.

2) As pessoas também poderiam procurar as equipes da USF Cônego Monte, individualmente, para solicitar sua inscrição no SPA comunitário, desde que contemplassem os critérios de seleção.

3) As pessoas seriam selecionadas segungo critérios aprovados pelo grupo. Antes de tudo, apresentar excesso de peso, sendo que as vagas seriam distribuídas de forma a contemplar 50% de pessoas novatas. Entre os membros que já participantes do grupo, a prioridade seria dada àqueles que freqüentassem assiduamente as reuniões, participassem de atividades físicas e estivessem ainda necessitando perder peso.

4. A faixa etária estabelecida para os participantes de ambos os sexos foi definida para os maiores de 12 anos.

5. A periodicidade dos SPAs Comunitários seria semestral, durando cinco dias e sendo obrigatório o pernoite dos participantes no espaço de sua realização.

Uma semana antes da realização de cada SPA, os candidatos passam por uma entrevista para avaliar os riscos potenciais de sua participação. Entre outras questões, procura-se identificar o uso de certos medicamentos ou a sensibilidade especial a alguma droga. Também é realizada uma aferição do pulso e da tensão arterial, e observam-se os resultados dos exames laboratoriais de rotina. Ao chegar ao local do SPA, geralmente num final de tarde de domingo, é realizada a primeira aferição do peso corporal, o acolhimento, a apresentação à equipe e aos objetivos e a programação do SPA. Na manhã seguinte, começam as atividades do evento, cuja programação segue alguns passos mais ou menos fixos, introduzindo-se, como a seguir:

Acolhimento da equipe

1. Turno matutino: caminhada, café da manhã, intervalo, hidroginástica/banho livre, lanche, intervalo, almoço;

2. Turno vespertino: descanso, aulas de dança ou ginástica aeróbica, lanche, intervalo, caminhada;

3. Turno noturno: jantar, atividades lúdicas, recreativas e/ou educativas.

Os intervalos eram destinados ao repouso, às trocas interpessoais e a atividades de alongamento e de relaxamento. A cada SPA, surgem atividades extras, como a caminhada do Cruzeiro, a Aeróbica na Praça e a Trilha ao Luar, o Passeio Intermunicipal, entre outras. A partir do segundo dia, geralmente às tardes, os psicólogos do programa realizam atividades, conforme o estado de espírito do grupo. Dntre as atividades lúdicas, recreativas e educativas, destacamos: o horário das visitas, as dramatizações, as dinâmicas de grupo e relaxamento, momentos de reflexão ou de espiritualidade, o Bingo da Solidariedade, a Noite da Beleza (com desfile dos participantes), Baile com concurso de dança e o Show da Reeducação Alimentar.

Show da Reeducação Alimentar

As atividades extras não são necessariamente destinadas a todos os participantes. Algumas são mais voltadas para grupos específicos, como a Caminhada do Cruzeiro, que exige dos participantes um bom preparo físico, pois se trata de um percurso íngreme, prestando-se a objetivos de desafio e superação de limites. Outras atividades são voltadas para a interação do grupo com a população geral da cidade, como a Aeróbica na Praça. Neste caso, à noite, após uma tarde de ensaio, todos os participantes do SPA vão para a maior praça da cidade com a intenção de chamar a atenção da população de Santa Cruz sobre a importância e a facilidade em desenvolver alguma atividade física, com a ajuda de instrutores. Um trabalho de mobilização da população é realizado, contando-se com um carro de som que durante mais ou menos uma hora e meia convida a população para assistir e/ou participar do evento.

Alguns eventos são montados a partir de situações que se colocam durante cada SPA, podendo ou não ser reproduzidos no próximo, dependendo da oportunidade. Por exemplo, durante o quarto SPA, aproveitando o apogeu da lua cheia, foi realizada a Trilha ao Luar, caminhada noturna de longo percurso, com o intuito de mostrar que não existe um horário específico para caminhar. Esta atividade pode ser realizada a qualquer hora, desde que de forma prazerosa, sem custo financeiro algum, aproveitando os fenômenos de natureza e valorizando a paisagem local. A partir de janeiro de 2004, começamos a realizar os Passeios Intermunicipais, viajando de ônibus até Jaçanã, cidade no alto da serra. Ao chegar a nesta cidade, foi organizada uma caminhada de 8 km até o município de Cuité, no estado da Paraíba.

Finalmente, o encerramento das atividades se dá com a pesagem final, as considerações dos profissionais e a avaliação dos participantes. Este é um momento no qual se destaca o fato de que o SPA é o primeiro passo de um processo no caminho do controle do sobrepeso/obesidade, numa perspectiva de promoção da saúde que implica mudanças culturais, e não apenas em tratamento médico, nutricional ou físico do problema, embora estas dimensões

sejam consideradas importantes e integradas na nova estratégia. Ressalta-se o papel fundamental da participação de todos durante as reuniões semanais do grupo na USF Cônego Monte, onde tem lugar o processo de monitorização.

RESULTADOS

O sexto e último SPA comunitário realizado em Santa Cruz teve lugar no Complexo Esportivo deste município, em janeiro de 2005, sob a coordenação da USF Cônego Monte. Por motivos de ordem metodológica já mencionados, apresentaremos neste artigo apenas os quatro primeiros SPAs. Estes contaram com a participação efetiva de 180 dos inscritos. Ap?s a sua realização, destacamos alguns resultados para discussão:

1. Dos 180 participantes, 86% eram do sexo feminino e 14 % do sexo masculino. Apesar de não termos realizado nenhum estudo de prevalência na cidade de Santa Cruz sobre a obesidade e o sobrepeso, é evidente que se trata de uma problemática que atinge ambos os sexos.

2. Levando em conta o IMC dos participantes, 70% foram classificados como Obesos e 30 % como portadores de Sobrepeso.

3. Do total dos participantes, apenas 4% desistiram; destes constam um caso por motivo de mudança da cidade, uma mastectomia e uma fratura de membro inferior.

4. Considerando o total de participantes obesos ou com sobrepeso, 93 % destes conseguiram perder peso com o tratamento.

5. Entre aqueles com sobrepeso, 47 % conseguiram alcançar o peso normal, após o acompanhamento do IMC durante um ano.

6. Entre os obesos, 35% alcançaram a classificação de sobrepeso, ap?s um SPA e no mínimo seis meses de tratamento.

7. Do total de obesos, 6% alcançaram a classificação de peso normal ap?s um ou dois SPAs e adesão ao tratamento de no mínimo um ano.

8. Do total de participantes, 3% não conseguiu manter a perda de peso obtida no SPA ou mantevem valores de emagrecimento pouco significativos durante o período de um ano de monitoramento.

9. Do total de participantes, 99% conseguiu normalizar seus níveis de TA, taxas de glicemia, colesterol e triglicérides.

Como a proposta do SPA comunitário não se resumia ao objetivo de uma simples perda ponderal, mas pretendia produzir mudanças culturais (na população) e institucionais (nas práticas de saúde), observamos alguns pontos que merecem registro:

1. A grande adesão dos participantes, com um aumento crescente da demanda a cada SPA, ampliando a clientela antes restrita a Cônego Monte para os demais bairros da cidade.

2. A participação ativa dos membros da equipe de saúde nas atividades do SPA comunitário, especialmente o médico e o enfermeiro, inclusive nos exercícios aeróbicos, nas caminhadas, nos jogos e dietas, foi importante para produzir confiança e credibilidade no programa.

3. A difusão das recomendações do programa para o controle do sobrepeso/obesidade junto a uma grande parcela da população geral de Santa Cruz, com a incorporação de suas propostas, em especial aquelas relacionadas com atividades físicas e mudança de hábitos alimentares.

A idéia de levar a prática de exercícios aeróbicos dos SPAs comunitários para as praças públicas e as caminhadas diárias realizadas pelos "spasianos" nas ruas da cidade, somadas aos efeitos no peso dos participantes, tiveram acolhimento junto à população e serviram como estímulo e modelo a seguir. Estas mudanças podem ser percebidas na demanda crescente por alimentos antes não consumidos na cidade, com grande variedade de verduras e legumes, como também pela procura por academias de ginástica. É sintomático o surgimento de uma academia privada no bairro Cônego Monte, onde nasceu o programa, além da inauguração de um estabelecimento especializado em frutas e verduras na cidade, devido à grande procura por uma alimentação mais saudável. Entre estes novos hábitos, chama a atenção de quem hoje chega na cidade a grande quantidade de pessoas que aderiram à prática da caminhada. Este novo item da agenda cultural dos cidadãos de Santa Cruz surgiu após a implantação dos SPAs comunitários, com seu programa de re-educação alimentar e física.

Também merece destaque entre os resultados da implantação deste programa sua influência sobre a dimensão psicológica dos "spasianos". Esta pode ser observada através da recuperação da auto-estima, das mudanças no humor, do surgimento de novos projetos de vida, de novos amores e, inclusive, de gravidez (quatro integrantes do grupo engravidaram após nítida perda de peso e mudanças em suas vidas), que vemos retratados em diversos depoimentos prestados durante os grupos focais realizados.

"Antes de participar do SPA estava me sentindo péssima, tentava emagrecer mais e não conseguia; ficava deprimida, mal humorada. Todos os dias, ao acordar, sentia dores nas pernas, indisposição para ir ao trabalho, tinha problema de colesterol alto, com dormência e dores de cabeça; não queria mais participar de eventos sociais, por me achar horrorosa. Após o SPA, comecei a emagrecer, me senti estimulada para ir à academia, mudei a minha alimentação, passei a me cuidar melhor, a refletir sobre determinadas atitudes, e, conseqüentemente, minha auto-estima melhorou" (Maria José, 30 anos).

"Antes do SPA me sentia gorda e não tinha forças para começar um regime. Agora, vejo que não sou muito gorda e que posso manter o meu corpo sem precisar fechar a boca" (Ana Paula, 16 anos).

O reconhecimento do programa pelas autoridades municipais trouxe para as equipes a certeza do sucesso da experiência, pois a prefeitura resolveu e efetivamente construiu um complexo esportivo de excelente qualidade, palco das atividades do último SPA. Nestes termos, no depoimento da autoridade sanitária da cidade, percebemos não só a clareza em relação aos objetivos do programa,

mas também o reconhecimento de sua importância para a promoção da saúde no município.

"Foi um programa que se expandiu muito e que não é um trabalho pontual. Integra uma concepção que temos de trabalhar: a saúde integral das famílias, saindo desse modelo puramente curativo. (...) melhora a auto-estima dos participantes, a introdução de novas práticas de prevenção e promoção da saúde, a formação de grupos solidários e o estímulo à população da cidade para participar das atividades físicas executadas nas praças públicas. É uma espécie de 'desintoxicação', inclusive mental" (Maria do Rosário de Carvalho, Secretária Municipal de Santa Cruz/RN).

É importante ressaltar a aprovação do programa do SPA comunitário pela Caixa Econômica Federal (CEF) como um projeto de relevância social, liberando recursos para a prefeitura pavimentar ruas da cidade.

Progressivamente, o programa começou a se difundir para fora das fronteiras da cidade de Santa Cruz com a implantação em Acari, cidade vizinha, do seu primeiro SPA comunitário, em julho de 2004, sob supervisão das equipes de Cônego Monte. Ainda em 2004, o CONASEMS considerou a nossa experiência de reeducação alimentar e física como projeto inovador na busca de qualidade de vida.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No período janeiro de 2002 a janeiro de 2004, foram realizados quatro SPAs comunitários e um encontro de avaliação, em setembro de 2003, durante um final de semana. Nesse intervalo de tempo, acompanhamos um total de 180 pessoas, sendo que apenas 4% desistiram. Se levarmos em conta que os tratamentos convencionais de obesidade e sobrepeso tem como grande obstáculo as desistências e as "recaídas", podemos considerar este valor como sendo fortemente animador.

Ao analisarmos as perdas de peso no grupo geral, incluindo obesos e sobrepeso de ambos os sexos e segundo a classificação do IMC, verificamos um percentual de 93% que perderam peso e conseguiram manter-se dentro do seu novo patamar por um período de monitoramento de no mínimo um ano. Considerando o fato de 47% dos portadores de sobrepeso e 6% dos obesos terem conseguido alcançar valores de normalidade (IMC entre 18,5 e 25), mantidos durante o período de monitoramento do programa, avaliamos como positivo o resultado desta experiência. Além disso, todos aqueles que conseguiram alcançar o padrão de normalidade preconizado também normalizaram seus níveis pressóricos, taxas de glicemia, colesterol e triglicérides. Compreendemos que este resultado não só sofreu influência do programa de reeducação alimentar e física do SPA comunitário, mas, também do próprio modelo assistencial da estratégia Saúde da Família, que valoriza o trabalho em equipe e na perspectiva de uma busca ativa dos casos. O fato de os membros

da equipe de saúde participarem de todas as atividades do SPA, servindo de exemplo e de espelho, também influenciou para imprimir maior credibilidade ao programa. Avaliamos como ponto alto da experiência, que superou nossos objetivos iniciais, a difusão destas mudanças culturais para além da clientela dos SPAs, com a participação ampliada da população de Santa Cruz e de cidades vizinhas.

No entanto, observamos também que 3% dos participantes não obtiveram perda de peso satisfatório, fato que merece nossa atenção para analisar em profundidade a complexidade do problema, identificando especificidades da sua clientela, que vão requerer maior flexibilidade do programa para redimensionar as estratégias adotadas. Nestes casos, a articulação das equipes das USF com os outros níveis de referência do sistema de saúde pode ser decisiva. Também observamos que a distribuição dos participantes por sexo aponta para uma proporção de 86 % de mulheres e 14 % de homens, portanto uma clientela majoritariamente do sexo feminino. Este fato corrobora os achados epidemiológicos da literatura, como também a maior disponibilidade das mulheres para participar das atividades, além da sua responsabilidade com a saúde da família, ratificada pela cultura. Mas é possível que este fato nos remeta também a uma resistência do subgrupo masculino da população para participar destas atividades. Este fato nos indica, portanto que precisamos adotar estratégias especificas para conseguir maior adesão dos homens ao programa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SPA comunitário é mais do que uma estratégia terapêutica, é também a oportunidade do encontro. Reunindo o grupo durante uma semana, criando as condições para a partilha de experiências, dificuldades, conquistas, foi possível desenvolver novos laços afetivos, exercer a solidariedade, aprender alguma coisa sobre o próprio corpo e suas possibilidades. A medida que compartilhamos espaço, comida, intimidade e cuidados, nos humanizamos. O SPA comunitário também é um espaço de participação e aprendizado no caminho de um modo de vida mais saudável, onde a reeducação física e alimentar e as atividades de assistência caminham juntas com a promoção da saúde. O que antes eram prescrições individualizadas de cada profissional, expressão de um conhecimento fragmentado, homogeneizado, descontextualizado, agora se humaniza e ganha corpo no âmbito de relações sociais de convivialidade. Estava aberto o canal para a reinscrição do problema numa outra percepção que religa os conhecimentos existentes, reconhece as suas múltiplas dimensões e procura construir o caminho da mudança a partir dos diversos atores da experiência. Acreditamos que o SPA comunitário é uma experiência emblemática de como podemos re-orientar nossas práticas no interior da estratégia de Saúde da Família: com abertura científica, compromisso social e criatividade.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de apresentar nossos sinceros agradecimentos aos membros das duas equipes do PSF do bairro de Cônego Monte, Santa Cruz-RN, por sua contribuição efetiva nas atividades dos SPAs comunitários realizados e na continuidade do atendimento aos participantes, à Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz, que nos deu apoio institucional, e ao Departamento de Saúde Coletiva da UFRN, pelo suporte acadêmico.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, Marcelo M., LAMOUNIER, Joel A. & COLOSIMO, Enrico A. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade nas Regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, In: Rev. Assoc. Méd. Bras., 49(2): 162-166, 2002.

ADES, Lia & KERBAUY, Rachel R. Obesidade: Realidades e Indagações, In: Psicologia USP, 2002, vol. 13, no. 1, p. 197-216.

BATISTA FILHO, Malaquias & RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais, In: Cadernos de Saúde Pública, 2003, vol. 19, supl. 1, p. 181-191.

BLEIL, S. I. O padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil, In: Cadernos de Debate, 1988, VI: 01-25.

BOUCHARD, C. Current understanding of the etiology of obesity: genetic and nongenetic factors, In: Am. J. Clin. Nutr., 1991, 53(6 Suppl): 1561S-1565S.

FISCHELER, C. Gastro-nomia y gastro-anomia: sabiduria del cuerpo y crisis biocultural de la alimentaci?n contemporánea, In: Contreras, J. (compilador). Alimentaci?n y cultura. Necessidad, gustos y costumbres. Barcelona: Universidad de Barcelona, 1995. pp. 357-380.

FRANCISCHI, Rachel P.P., PEREIRA, Luciana O., FREITAS, Camila S., KLOPFER, Mariana, SANTOS, Rogério C., VIEIRA, Patrícia & LANCHA JÚNIOR, Antônio H. Obesidade: Atualização Sobre sua Etiologia, Morbidade e Tratamento, In: Rev. Nutr., Campinas, 13(1): 17-28, jan./abr., 2000.

GIGANTE, Denise P., BARROS, Fernando C., PAVIN, Cora Luiza & OLINTO, Maria T.A. Prevalência da obesidade em adultos e seus fatores de risco, In: Revista de Saúde Pública, 31(3): 236-246, 1997.

KAHTALLAN, Alexandre. Obesidade: um desafio. In: MELLO FILHO, Júlio de et al. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 273-278.

LAURENTI, Rui. Transição demográfica e Transição Epidemiol?gica, In: I Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Anais. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1990.

MENDONÇA, Cristina P. & ANJOS, Luiz A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil, In: Cad. Saúde Pública, maio/jun. 2004, vol. 20, no 3, p. 698-709.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 10 passos para o peso saudável. Brasília, 2001.

MONTEIRO, C.A., MONDINI, I., SOUZA, A.L.M. & POPKIN, B.M. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil, In: MONTEIRO, C.A. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. 2ª Edição São Paulo, Hucitec, 1995.

MONTEIRO, Paulo O.A, VICTORA, César G., BARROS, Fernando C. & TOMASI, Elaina. Diagnóstico de sobrepeso em adolescentes: estudo do desempenho de diferentes critérios para o Índice de Massa Corporal, In: Revista de Saúde Pública, São Paulo, 34(5): 506-513, 2000.

MORIN, Edgar & LE MOIGNE, Jean-Louis. A Inteligência da Complexidade. Editora Fundação Peir?polis, São Paulo, 2000.

POPKIN, B.M. & DOAK, C.M. The obesity epidemic is a worldwide phenomenon, In: Nutrition Reviews, Washington D.C., 56(4): 106-114, Pt 1, 1998.

POSSAS, Cristina. Epidemiologia e Sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo, Hucitec, 1989.

PRATA, P.R. A Transição epidemiol?gica no Brasil, In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 8(2): 168-175. 1992.

REPETTO, Giuseppe, RIZZOLLI, Jacqueline & BONATTO, Cassiane. Prevalência, Riscos e Soluções na Obesidade e Sobrepeso: Here, There, and Everywhere, In: Arq. Bras. Endocrinol. Metab., São Paulo, 47(6): 633-635.

SOBAL, J. Obesity and socioeconomic status: a framework for examining relationships between physical and social variables, In: Med. Anthropol., 1991, 13: 231-247.

STUNKARD, A.J. & WADDEN, T.A. Psychological aspects of human obesity, In: BJÖRNTORP, P. & BRODOFF, B.N. Obesity. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1992. pp. 352-360.

STUNKARD, A.J. Factores determinantes de la obesidad: opini?n actual, In: La obesidad en la pobreza: un nuevo rato para la salud publica. Washington DC: Organizaci?n Panamericana de la Salud, 2000. p. 27-32. (Publicaci?n Científica 576).

VASCONCELOS, Vera L. & SILVA, Gisélia A.P. Prevalências de sobrepeso e obesidade e obesidade em adolescentes masculinos, no Nordeste do Brasil, 1980-2000, In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(5): 1445-1451, set.-out., 2003.

VASQUES, Fátima, MARTINS, Fernanda C. & AZEVEDO, Alexandre P. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade, In: Rev. Psiq. Clin., 31(4): 195-198, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995.WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: Preventing and managing the Global Epidemic. Geneva, 1998. (WHO Technical Report Series, 894)

SAÚDE TAMBÉM SE FAZ COM HIP HOP

Iacy Millone Kovacsics

Andréia Aparecida Gesteira Vitalle**

Julio César Santos***

Vitor Gomes de Oliveira****

Resumo

A Unidade de Saúde da Família do Feital localiza-se na cidade de Mauá - SP, sendo sua área de abrangência de 11,4 km², com 31.990 habitantes distribuídos em 8.083 famílias. Total de jovens entre 14 e 29 anos nesta área é de 17.974, sendo que 9.197 são do sexo feminino e 8.777 do sexo masculino.

Localiza-se numa área de manancial, ocupada em quase sua totalidade por sub habitações, aglomerada em morros, sendo 30% de área rural, destoando do aspecto densamente povoado do restante da área de abrangência. O difícil acesso, a proximidade com estradas propiciam práticas ilícitas, como desmanches de veículos, tráfico de drogas e eventuais fugas. Existem apenas uma área de lazer, três escolas e duas pré-escolas. No ano de 2003, ocorreram 18 óbitos ocasionados por causas externas e morte violenta, colocando o Feital entre os três bairros mais violentos de Mauá.

Ao assumir a gestão local de saúde, percebemos o baixíssimo número de jovens a procurar os serviços de saúde, tanto para consultas de rotina, como as atividades educativas ofertadas. Em contrapartida observávamos uma postura extremamente agressiva contra o patrimônio público demonstrada através de atos de vandalismo, como pichações, arrombamentos, quebra de vidros e retirada do portão de acesso à unidade.

Diante deste quadro e considerando que a definição de saúde não se restringe apenas a ausência de doença, e sim um estado de bem estar físico, mental e social, surge então o projeto Saúde também se faz com Hip Hop que veio ao encontro das necessidades de resgate da população na faixa etária entre 15 e 29 anos.

O projeto teve início com a identificação dentro da comunidade das lideranças jovens, independente do grupo social a que pertenciam. Estes contatos evoluíram através do fortalecimento dos vínculos já existentes, tornando possível a realização de uma série de ações próativas.

O objetivo principal do projeto é criar multiplicadores das ações de saúde na comunidade, tornando-os referência para o grupo e permitindo a abordagem de temas polêmicos, como o uso banalizado de substância psicoativas, a discussão de gênero, sexualidade, violência, inclusão social, resgate da auto-estima e valorização da vida.

* Coordenadora da Unidade de Saúde da Família do Bairro Feital - Município de Mauá, até 31 de dezembro de 2005, atualmente, Secretária de Saúde do Município de Jacupiranga - SP, e-mail: iacymillone@bol.com.br.

** Chefe da USF Feita).

*** Auxiliar de Enfermagem da Prefeitura Municipal de Mauá.

**** (Agente Comunitário da USF Feita).

Com essa estratégia, buscamos redução do índice de gestação na adolescência e mortalidade por causas externas.

Em três anos da duração do projeto, obtivemos uma sensível redução nos índices de gestação na adolescência, mas o mesmo não ocorreu com os indicadores de mortalidade por causas externas.

Palavras-chaves

Saúde da Família;Cultura Hip-Hop.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Saúde da Família do Feital localiza-se na cidade de Mauá - SP, fazendo divisa com os municípios de Ferras de Vasconcelos, Ribeirão Pires, São Paulo e Suzano. O município divide-se em cinco regiões de saúde, sendo a região do bairro Feital pertencente à Região V (cinco). A área de abrangência é de 11,4 km², com 31.990 habitantes distribuídos em 8.083 famílias. O total de jovens entre 14 e 29 anos nesta área é de 17.974, sendo que 9.197 são do sexo feminino e 8.777 do sexo masculino.

Localiza-se em área de manancial (Área de Proteção Ambiental), ocupada em quase sua totalidade por sub habitações, aglomerada em morros, sendo 30% de área rural, destoando do aspecto densamente povoado do restante da área de abrangência. O difícil acesso e a proximidade com estradas propiciam práticas ilícitas como o desmanches de veículos, tráfico de drogas, por facilitar eventuais fugas. Existem apenas uma área de lazer, três escolas e duas pré-escolas. No ano de 2003, ocorreram 18 óbitos ocasionados por causas externas e morte violenta, na faixa etária dos 15 a 29 anos, colocando o Feital entre os três bairros mais violentos de Mauá.

Ao assumir a gestão local de saúde, percebemos o baixíssimo número de jovens a procurar os serviços de saúde, tanto para atividades educativas, como para consultas. Porém, detínhamos a marca de 34,5% dos pré-natais ocupados por jovens entre 11 e 19 anos.

Diante este quadro, a equipe de Saúde da Família decidiu intervir de forma efetiva nesta situação. Elaborou um projeto que previa a elaboração de um diagnóstico completo do perfil dos jovens do bairro utilizando os agentes comunitários de saúde.

Constatamos que, devido à falta de recursos para se inserir nas atividades oferecidas pela municipalidade, que ocorrem distante da comunidade, os jovens desenvolveram uma forma de manifestação de suas expectativas através dos elementos da cultura hip hop.

Portanto, o caminho para atingir a população jovem deveria consolidar as tendências deste movimento que agregam skate, grafite, dança de rua e música.

Nasceu então o projeto Saúde também se faz com Hip Hop, como alternativa encontrada para ofertar os serviços de saúde a comunidade jovem com um linguajar acessível a esta faixa etária identificada como a de maior risco, tendo como base dados epidemiológicos.

O objetivo desta série de ações foi atrair população entre 14 e 29 anos para as atividades de promoção, proteção e

prevenção, oferecidas pela Unidade de Saúde Feital. Atividades visam orientar a juventude não de modo formal, mas partindo do conhecimento apresentado por eles, através do reconhecimento de sua cultura, de seus valores e de sua arte. O instrumento utilizado é principalmente a música e o grafite.

Uma vez estabelecido o vínculo, a construção do conhecimento é diária e conjunta, repleta de desafios, mas evidentemente engrandecedora tanto para os profissionais de saúde envolvidos, como para comunidade jovem.

O objetivo principal foi o de diminuir a incidência de morte violenta, gravidez na adolescência, utilização de substâncias psicoativas e busca de adrenalina através de atividades escusas. Penetrar na rotina destes jovens não mais como um delator, ou opositor, mas como um conhecedor da realidade vivida por eles e apresentar alternativas saudáveis e cidadania.

Outro fator importante foi o estímulo da organização dos mesmos em grupos, tendo como princípio a utilização das compatibilidades culturais e, a partir deste ponto, a presença multissetorial do poder público, com o objetivo de instrumentalizá-los e incentivá-los a discussões profundas em temas mais amplos. A intenção foi que estes grupos passassem a existir de forma autônoma e independente e que a saúde faça parte apenas como facilitador do processo.

METODOLOGIA

A metodologia seguiu o princípio de que primeiro deve-se conhecer a área de abrangência da USF Feital, e o processo escolhido foi o de territorialização, que visa a reunir profissionais de saúde, sociedade civil organizada, conselho gestor da unidade, para definir os limites de abrangência do território sob responsabilidade sanitária da equipe, definindo as barreiras geográficas, funcionais e sociais que limitam o acesso da população aos serviços de saúde. Deste processo, constatou-se que o aspecto territorial influencia de forma direta o mapa das atividades da comunidade, permitindo que ilícitos ocorram rotineiramente na região. Constatou-se também um número reduzido de escolas de 1° e 2° grau, bem como a inexistência de espaços públicos destinados à cultura e ao lazer. A distância do centro da cidade muitas vezes inviabiliza a busca por essas atividades. Nesta territorialização, foi efetuado um levantamento das entidades organizadas que poderiam compor parceria com a Unidade.

Definidos os limites de atuação e as barreiras que dificultam o acesso, começamos a discutir as barreiras funcionais que impediam os adolescentes de utilizar os serviços ofertados. Para efetuar esse trabalho, o papel dos agentes comunitários de saúde foi de fundamental importância, pois indicaram que o acesso era limitado pela postura intransigente dos profissionais de saúde da família, pela rotina interna da unidade que estabelecia horários rígidos demais aos padrões de comportamentos típicos da adolescência. Também observamos que a forma com que a

educação em saúde era oferecida não despertava o interesse dos usuários jovens.

Diante deste quadro, pouco favorável, surgiu a necessidade de total reestruturação das rotinas da USF Feital. Foi efetuado o levantamento dos grupos de jovens denominados "CREWS" para "grafite" e "banca" para a música e buscou-se contato com seus líderes, propondo, num primeiro momento, um seminário, no qual foram discutidos temas propostos por eles mesmos e que nortearíam as políticas relacionadas com a juventude dentro da área de abrangência. No final deste evento, ocorreria uma grande festa, na qual seriam grafitados o muro e as paredes externas da unidade; finalizando, haveria apresentação de grupos da região tanto de música como dança. Os temas das músicas e da arte no muro foram os mesmos do seminário: falta de perspectivas dentro da sociedade, o apelo do tráfico de drogas, como gerador de emprego e prestígio, sexualidade e violência.

Após o seminário, pudemos constatar que as atividades oferecidas pela Unidade de Saúde da Família do Feital definitivamente não correspondiam às necessidades apresentadas pelos jovens.

Observamos também que o perfil dos agentes comunitários existentes não correspondia às novas necessidades, e então foi realizada uma seleção pública com o intuito de ampliar os agentes comunitários para 100 % da área de abrangência, e o processo seletivo proposto associava questões de conhecimento geral e questões comunitárias, a fim de proporcionar aos jovens de 18 a 22 anos possibilidade de compor os quadros da Unidade. Divulgou-se maciçamente a seleção nas Escolas Estaduais, EJA (Ensino de Jovens e Adultos), Sociedades Amigos de Bairro, de forma a ampliar os candidatos na referida faixa.

Contratados os novos agentes, sendo aproximadamente 75% na referida faixa etária, deu-se um processo de desburocratização dos serviços internos, de modo a facilitar o acesso do público-alvo.

Iniciou-se um processo de apropriação das áreas disponíveis do bairro, promovendo a prática de atividades que estimulassem a adrenalina e o resgate da auto-estima dos jovens considerados pela equipe em risco, como o skate e o rapel, de forma a concorrer indiretamente com o narcotráfico, gangues etc.

As ações ligadas à prática de esportes radicais suscitaram o surgimento de um projeto intersetorial com as secretarias municipais de cultura, educação, esporte e lazer e meio ambiente, que previu a implantação de um pólo de capacitação de monitores para a prática de esportes radicais e meio ambiente, bem como a implantação de uma estrutura voltada para a prática dos referidos esportes na região. O financiamento foi garantido no orçamento, e a equipe da unidade de Saúde da Família do Feital participou ativamente tanto na formação, como na indicação de participantes.

O oferecimento do ensino e prática de atividades ligadas ao esporte radical, como o rapel, que, além de contemplar a necessidade de exposição ao perigo nesta faixa etária, promove no indivíduo o desenvolvimento de uma postura

de organização e trabalho em equipe, oferecida de forma gratuita, possibilitou uma concorrência efetiva com a proposta de ganho fácil e poder oferecido pelo narcotráfico. Para participar dos grupos de prática de rapel, o jovem deve estar cursando escola regular, e não fazendo uso de nenhuma substância psicoativa. Num primeiro momento, demos preferência para os jovens que apresentavam alguma liderança sobre os grupos e que aceitassem abandonar o uso de substâncias ou pelo menos se incluíssem em política de redução de danos adotada pela Unidade.

PRODUTOS E RESULTADOS ALCANÇADOS

Do processo de Territorialização, o conhecimento adquirido permitiu que a equipe da Unidade se aproximasse da realidade de cada área favorecendo o relacionamento entre profissionais de saúde e comunidade. Foram convidados líderes comunitários, representantes de igrejas, agentes comunitários e profissionais de saúde que definiram os limites de responsabilidade sanitária da Unidade, levando em consideração as barreiras geográficas (morros, rios, distâncias etc), culturais (hábitos, correntes migratórias), socioeconômicas (distância, inexistência de linhas de ônibus na área rural etc.) e as barreiras funcionais (basicamente internas à Unidade, por exemplo entrega de preservativos apenas a pessoas que participassem do Planejamento Familiar, misturando desta forma jovens com população adulta, inviabilizando a participação dos primeiros.

Os resultados deste processo de territorialização, permanentemente em construção, permitiram à Unidade se aproximar da população local, estendendo serviços aonde não existiam, criando novos serviços voltados para o adolescente, garantindo aos mesmos privacidade e vagas nas agendas dos profissionais, bem como uma porta aberta para se discutirem demandas indiretamente ligadas à Saúde como, por exemplo, violência, trabalho infantil, garantias de acesso á educação etc. Este acolhimento é feito diariamente, não necessitando de agendamento ou horário. A distribuição de preservativos e a separação do Grupo de Planejamento Familiar, voltado para adultos, e o de gênero, com enfoque nas demandas do adolescente, propiciaram um aumento substancial na entrega de preservativos de 800%. Em conseqüência, obtivemos uma real queda no índice de gestação na adolescência, sendo atualmente de 17% na faixa dos 14 aos 19 anos no ano de 2003. As notificações de DSTs permanecem estáveis.

Gravidez na faixa etária entre 15 e 19 anos

Através do eficiente trabalho dos agentes comunitários, temos uma relação estreita com todas as CREWs e bancas da região. A aproximação com os CREWs permitiu a preservação do patrimônio público da Unidade, evitando depredações e/ou pichações. Houve uma revitalização do prédio da Unidade, com as cores vivas dos grafites.

A população mais idosa aceita as mudanças com tranqüilidade, pois seu espaço permanece garantido. As bancas de hip hop compõem músicas com temas de saúde e funcionam como uma recordação das atividades de educação e saúde promovidas pela Unidade, fora do horário de atendimento.

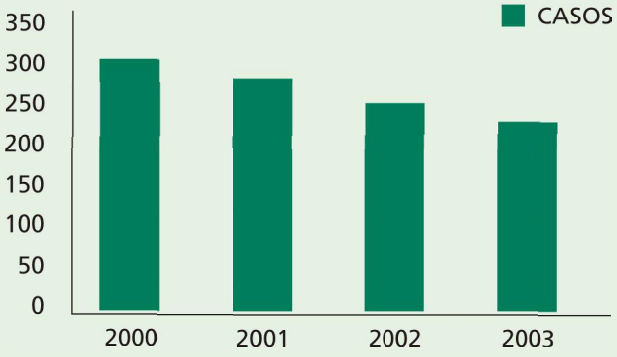
Esta série de ações promoveu o intercâmbio entre os grupos que estão se profissionalizando e os iniciantes, estimulando os últimos a se organizarem e discutirem questões polêmicas como cidadania, violência, organização familiar, saúde e o processo de aculturação influenciado pela mídia. O projeto Saúde também se faz com Hip Hop", é o instrumento para atingir parte da comunidade jovem.

A mudança no perfil dos agentes comunitários de saúde, com a contratação de 75% de jovens, ampliou o acesso das Equipes de Saúde da Família ao universo jovem, construindo o estreitamento do vínculo, permanentemente consolidado através de ações sucessivas. Hoje contamos com dois agentes comunitários ligados ao movimento hip hop, sendo um deles integrante do grupo "Fatos Criminais", que representa Mauá em eventos estaduais.

Como resultado do oferecimento da prática de esportes radicais, obtivemos um grupo de jovens que apesar dos aspectos culturais e socioeconômicos, destacam-se dos demais em auto-estima, segurança e responsabilidade social. Tornaram-se lideranças positivas no meio em que condutas equivocadas e perigosas são valorizadas. Contamos com estes jovens como agentes multiplicadores nas discussões de temas polêmicos, como uso de substâncias psicoativas, violência, sexualidade e criminalidade.

Durante o processo, pudemos contar com a integração da Polícia Militar na discussão de temas como violência, abuso etc.

Mortes por causas externas - Bairro Feital



O resgate das tradições afro-brasileiras, através do maculelê, demonstra que é possível conviver estilos diferentes dentro do mesmo espaço.

LIÇÕES APRENDIDAS COM A EXPERIÊNCIA

A maior de todas as lições é que seguramente a equipe de Saúde da Família do Feital cresceu e aprendeu mais com o contato direto com os jovens do que provavelmente ensinou. O permanente contato com a juventude promove uma reflexão sobre ética, valores família e trabalho comunitário.

Deixamos como experiência os relatos de pessoas da comunidade envolvidas no processo e de profissionais de saúde:

"O movimento que os adolescentes se expressam hoje é o hip hop. É através da música que expõem o que os atingem na sociedade. É muito importante a saúde estar presente através de seus profissionais, orientando essa garotada; pois é através deles e por meio daquilo que eles acreditam que conseguiremos mudar alguma coisa... Tenho um filho de 17 anos que tem um grupo de hip hop. Sei que quando ele e os companheiros escrevem uma letra de música, estão falando como o adolescente deve ou não proceder. Falam de drogas, das DSTs e da violência.

Investindo nestes adolescentes, estimulando a formação de grupos e eventos, atingiremos um número maior de jovens. Como mãe, percebo que eles têm um interesse maior quando é dada uma oportunidade de deixarem que eles mostrem o que estão sentindo. Através do hip hop eles contam a difícil realidade que vivem.

Se a saúde investisse forte nestes grupos, conseguiria mudar muita coisa".

Ângela Aparecida Santana
Mãe de Jonas

"O projeto Saúde também se faz com hip hop, introduziu um universo antes desconhecido pela juventude do bairro. O PSF trouxe a visão ampla das condições dos usuários. Antes não se falava em prevenção ou em prevenção à saúde. Isso se reflete nos altos índices de gravidez precoce, uso de drogas e tendências depressivas entre os jovens. O projeto fez com que os jovens se conscientizassem da importância da Unidade de Saúde Feital na comunidade. Ao se falar a mesma língua, se abriu um horizonte de perspectivas para o moleque que estava sem rumo. Hoje este menino tem consciência de que pode contar com uma equipe de PSF, com agentes comunitários próximos àsua realidade, que levam seus problemas ao resto da equipe. O tempo de resposta é muito rápido, compatível com a falta de paciência próprias da idade, então seus anseios são solucionados".

Vitor Gomes de Oliveira
Agente Comunitário

O sistema é uma máquina de fazer criminoso. Os moleques vêm à propaganda na televisão e não podem ter o tênis da moda ou a moto da onda, ou até mesmo um carro de status, aliás, status é a palavra de ordem dos lugares mais sofridos, tudo por status. È jogar o livro da escola pro alto e apostar no crime. Em sua maioria, filhos de nordestinos sem um grau de instrução, sem estrutura familiar e

socioeconômica. É lógico que esse moleque se volta para o lado marginal, tipo pichador que vai sujar o mundo que ele julga não ser dele, é uma situação muito cômoda. Como vamos julgar esse moleque? O mesmo que nas escolas aprende que, sem uma boa roupa, ele não consegue rasgar outras, sem usar a droga ele não anda com os caras de destaque, e sem envolvimento, ele está fora do ciclo que acompanha a periferia. Nestas horas é que a cultura hip hop entra em ação, pois "cabeça vazia é oficina do diabo", no resgate de auto-estima. E m contrapartida, outra parte da molecada se veste estranhamente de calça larga, boné ou touca, fala uma linguagem própria é discriminada pela sociedade, mas os hippies também foram discriminados, e a contra-cultura quase dominou o mundo.

Essa dose de sincronicidade vai despertar a atenção de quem está de fora, e o moleque, antes pichador adepto ao crime e as drogas, agora se valoriza, estuda, se dedica ao grafite, tem um grupo de rap, e a auto-estima, que antigamente estava lá embaixo por conta de um baseado, agora como ocupação, sua honra foi reconquistada".

Grupo Fatos Criminais

"Com a implantação do PSF, adentrou na Unidade de Saúde, profissionais de diversas culturas diferentes. Como o PSF preconiza que os ACS sejam moradores do bairro e a seleção é feita por prova, abriu a oportunidade para um rapaz de 18 anos, negro filho de Maria Ozilda dos Santos, doméstica, e de José Valter dos Santos, pedreiro, que desde os 12 anos exerceu a função de office-boy, e veio a desempenhar uma função totalmente diferente aos seus costumes e nova aos olhos de sua vizinhança, que viu neste rapaz o representante de suas necessidades e a certeza de seu envolvimento na solução das mesmas. Como eu, Júlio César dos Santos, mais conhecido como Cesinha, poderia ajudar a minha comunidade. Então percebi a dificuldade dos jovens em procurarem o serviço de saúde, por sentirem vergonha em expor seus problemas para uma pessoa que não conhecesse seus costumes e aflições, e eu, por ser morador desde os seis anos de idade e conhecedor dos problemas existentes na adolescência e por ter sentido na pele problemas como separação dos pais, convivência com drogas, alcoolismo, falta de trabalho, gravidez e paternidade precoce, viram em mim uma referência para uma possível ajuda e hoje me sinto feliz em poder ajudar, dando um pouco do que sei, e não tendo vergonha de dizer por tudo que já passei e que meus erros e acertos ajudem alguém a errar menos e acertar mais. Hoje meus pais são separados, sou pai de uma menina linda e, com a ajuda dos meus amigos, sou um bom filho, um bom pai e um profissional respeitado".

Júlio César dos Santos

ACS

"No ano de 2003, com a elaboração da 'Opera de Pilar', houve uma integração entre as secretarias de Saúde e de Cultura, e tivemos a oportunidade de descobrir pessoas e lugares que marcaram a história de nossa cidade. Um

desses lugares foi uma pedreira onde se cogitou a possibilidade de estar se montando aulas de rapel para a comunidade que naquele momento dispunha de poucos recursos para o lazer, esportes e acesso à cultura. Com a prática do rapel, aconteceu uma integração do meio ambiente, disciplina e entretenimento que a comunidade tanto precisava. Como tive a oportunidade de participar destas aulas, observei a satisfação da comunidade, que viu que seus jovens se afastaram do vício das drogas e da marginalidade, e nasceu um laço de amizade que dura até hoje entre os jovens e a Unidade de Saúde da Família Feital".

Júlio César dos Santos

ACS

Discussão

O trabalho iniciado na Unidade de Saúde Feital surgiu de uma iniciativa inovadora de uma equipe integrada, composta de profissionais de várias áreas que conseguiram modificar a forma tradicional de atuação e enfrentaram toda a espécie de préconceito das demais equipes do próprio sistema de saúde da família de Mauá. Tiveram coragem de assumir a fragilidade do programa diante das questões socioeconômicas da comunidade e ousaram tentar modificar a realidade.

Recomendações

Existe uma resistência natural dos seres humanos a mudanças. Com as equipes de saúde da família não é diferente. Muitas ações que são sugeridas dentro das Unidades não saem do papel, pois implantadas significa exercitar criatividade, divisão de poder, possibilidade de erros e críticas.

A estratégia de Saúde da Família através das equipes multidisciplinares é um terreno fértil para a mudança de hábitos arraigados tanto nos profissionais, como na comunidade. Cabe a cada coordenador perceber as fragilidades e valores de sua equipe, estimular o dom criativo em cada integrante para que idéias como "Saúde também se faz com HIP HOP" possam ser semeadas em todos os cantos do Brasil, produzindo frutos.

Para finalizar, segue cópia uma das músicas compostas para o evento, espero que essa experiência possa estimular equipes do Brasil a aprender com a cultura hip hop.

VEJO OS PRANTOS

Vejo uma lágrima que escorre de um olhar / vejo uma arma engatilhada pronta para atirar.

O demônio acelerando para puxar o gatilho/ que revele a revolta do seu raciocínio.

Que seja sanguinário e que não tenha compaixão/um homicida criminoso vingando sua revolta o ódio do seu coração.

As orações de varias mães foram em vão à morte /é o salário do pecado caminho errado e sem perdão, Mauá em contradição.

Em um estalo de dedo a paz foi enterrada/ chacina, enquadro, acerto, futuro jogado na vala.

No vício do crack de encontro com a morte/ vida bandida é suicídio luto pra família pobre.

No barraco as orações da coroa é foda / se ajoelha pega um terço implora e chora.

Infelizmente seu filho tá envolvido na treta/pé na porta do barraco aterrorizando a cena.

Na fúria pra matar pra explodir os sonhos / lei da bala se pá lei do demônio.

Repertório de favela segue o ritmo do inferno/ pistola que descarrega velório flores no cemitério.

No crime e nas drogas os manos estão se envenenando/ eu vejo os prantos e vejo as mães chorando.

Eu vejo os prantos vejo as mães chorando / rezando para todos os santos que perdoem seus filhos que estão na vida do crime se matando.

Eu vejo os prantos vejo as mães chorando / se eu fosse um anjo levava pra longe as drogas as armas a dor e o ódio evitava velório vida bandida e desengano.

Vejo o ódio estampado na face / e a revolta conduzindo os irmãos pra maldade.

O crime e a tentação em busca do dinheiro/ Oh, meu Deus, ilumine meus parceiros.

Rezei por proteção pros morros e favelas / sonhei com a paz e acordei em meio a uma guerra.

Vejo os caras ligando os parceiros que a correria tá a mil / tem armamentos pesados tem matraca tem fuzil.

Pra transformar o morro num campo de batalha / desafiar a lei fortalecer os comparsas.

Trazer pro povo toda influência que destrói / realidade das ruas não importa par play boi.

Pra quem tá no corre de olho na riqueza / a vida não vale porra nenhuma é só tristeza.

Chacina enquadro de policia e desengano / continuo ouvindo os tiros e vendo as mães chorando.

Eu vejo os prantos vejo as mães chorando / rezando para todos os santos que perdoem seus filhos que estão na vida do crime se matando.

Eu vejo os prantos vejo as mães chorando / se eu fosse um anjo levava pra longe as drogas as armas a dor e o ódio evitava velório vida bandida e desengano.

Vejo o retorno de quem investiu no crime caminhada dolorosa sofrida e triste.

Saudades da quebrada e de outros tempos onde curtia a pampa sem fácil envolvimento.

O presídio sufocou choque a liberdade à neblina do sistema escondeu mais um nas grades.

Malandragem destrutiva fez vários reféns homicídio prisões muitas lágrimas Amém.

Mais um lado esquecido por qualquer poeta ibope pra noticiário tipo Cidade Alerta.

Somente Deus pra velar por nós minha prisão em nome do conforto do boy.

O sistema te oprime a repressão nas ruas no padrão de Hitler a opção e sepultura.

Sociedade injusta está com sede de meu sangue enquanto

eu respirar vou lutar por revanche

Infelizmente a versão aqui e agressiva sobreviventes do inferno entre seqüestro e chacina.

No teatro da morte no palco da miséria através do vício o demônio te espera.

Se eu fosse um anjo dos bastidores guardava sua alma tirava do seu peito a dor que causa o trauma.

Só pra não ter enterro, prisão ou desengano, é comum ver os prantos ver as mães chorando.

Eu vejo os prantos vejo as mães chorando/ rezando para todos os santos que perdoem seus filhos que estão na vida do crime se matando.

Eu vejo os prantos vejo as mães chorando / se eu fosse um anjo levava pra longe as drogas as armas a dor e o ódio evitava velório vida bandida e desengano.

Agradecimentos

Agradeço sinceramente a toda a equipe do Feital, que me acompanhou no período de 2002 a 2004, de forma incansável e sem a qual nada teria sido possível. Em especial a Ângela, pelo exemplo; Andréia, pela paciência e dedicação; a Fernando, pelo eterno bom humor; a Julinho, pela inspiração; Robson, pelos gráficos, e Vitor pelas lições ensinadas sem palavras.

Agradeço a toda a comunidade do Feital por ter mudado completamente minha vida, em especial ao grupo Fatos Criminais e aos amigos da Rua Inajá.

Ao meu marido e filho, pela paciência de suportar minhas ausências.

ALFABETIZANDO COM SAÚDE "USUÁRIOS DO SUS (RE) ESCREVENDO A VIDA"

Marisa Marini Giacomini

Elizabeth H. B. R.Naizer**

Nanci Terezinha Z. Prado***

Resumo

O presente artigo relata uma experiência intersetorial de parceria entre as secretarias municipais da Saúde e da Educação de Curitiba que promove a inclusão social por meio da ação de alfabetizar.

Mostra como ampliar as ações de promoção de saúde, partindo do pressuposto de que educação e escolaridade implicam melhoria de qualidade de vida da população.

Baseia-se no trabalho de captação do analfabeto usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) da área de abrangência das unidades de saúde, por intermédio do agente comunitário de saúde (ACS).

As Unidades de Saúde no final da tarde ou à noite transformam-se em salas de aula. A ação é feita por voluntários que são ou profissionais das Unidades de Saúde ou cidadãos da comunidade, que, capacitados, tornam-se educadores, e alfabetizar passa a ser o compromisso.

A metodologia é apropriada à realidade do aluno e parte-se dos conhecimentos que ele já possui, sua história de vida e sua visão de mundo. O material didático utilizado é uma apostila de visual agradável, que pode ser recortada e manuseada. É inédito, pois os temas básicos de saúde através dos conteúdos de português e matemática imbricados, despertam o aluno para a escrita e a leitura, ensinando noções básicas de educação em saúde e autocuidado na prevenção de doenças, e para as atividades do cotidiano.

Palavras-chave

Saúde; Intersetorialidade; Agente Comunitário de Saúde; Alfabetização de adultos; Trabalho voluntário; Inclusão social.

INTRODUÇÃO

A alfabetização promove a inclusão social, a independência, a qualidade de vida, o entendimento da leitura e da escrita em várias situações do cotidiano.

Considera-se pessoa alfabetizada aquela que consegue ler e entender os materiais escritos que circulam na sociedade e, além disso, é capaz de utilizar a escrita nas diferentes situações, ou seja, escrever diferentes textos alcançando o objetivo pretendido, conforme a situação requeira: persuadir, informar, ordenar, relatar, etc. Apenas reconhecer letras e copiar palavras não é sinônimo de estar

*Marisa Marini Giacomini, assistente social, socioterapêuta , assessora e coordenadora do programa Alfabetizando com Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba; e-mail marisa@sms.curitiba.gov.br

** Elizabeth Helena Baptista Ramos Naizer - Especialista em Educação de Jovens e Adultos -, assessora e coordenadora do Projeto Aprender da Secretaria Municipal da Educação de Curitiba

*** Nanci Terezinha Zonato Prado - pedagoga e especialista em Educação de Jovens e Adultos, da Secretaria Municipal da Educação de Curitiba.

alfabetizado, no sentido de ser usuário competente da escrita.

A manutenção da saúde está intimamente relacionada aos conhecimentos científicos veiculados pela cultura letrada. Letrado é o indivíduo que interage com a leitura nas práticas sociais, vai além de apenas alfabetizar que, literalmente significa "levar à aquisição do alfabeto", ensinar o código. No indivíduo letrado operam-se mudanças de vários aspectos: lingüístico, cognitivo, psicológico, político e social. Portanto o domínio da leitura e escrita é essencial para a qualidade de vida e saúde da população. (GUSSO, 2002)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada ano de estudo da mãe a mortalidade infantil é reduzida a 0,9 %. Uma mãe alfabetizada diminui a probabilidade de ocorrência de agravos com seus filhos, como nos mostram os estudos das notificações do Sistema de Vigilância da Alta Hospitalar de 2002 da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, que apontam para a importância da alfabetização , pois os nascidos vivos de mães com baixa escolaridade apresentaram risco 1,52 % maior para hospitalização com primeiro ano de vida quando comparado aos demais dos nascidos vivos (CURITIBA,2003).

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba tem como meta chegar em 2005 com a taxa de mortalidade infantil abaixo de 10 óbitos por mil nascidos vivos. Em 2003 a taxa de mortalidade infantil em Curitiba foi de 12.33%.

Para cumprir esta meta mobilizadora, estão sendo desenvolvidas várias frentes de trabalho intersetorial. Uma delas é a estratégia de alfabetização de adultos usuários do SUS, promovendo o conhecimento em saúde ao longo do curso, para despertar o interesse do usuário para o autocuidado, para a prevenção de doenças e melhoria de sua qualidade de vida e de seus familiares.

Em 2003, o Ministério da Educação e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) publicaram o Mapa do Analfabetismo no Brasil. Nele, Curitiba aparece como a capital com a menor taxa de analfabetismo entre pessoas de 15 anos ou mais. Somente 3,4% da população não é escolarizada. Assim mesmo, são 40.244 pessoas. Destas, 12,55% são maiores de 60 anos. Entre elas se encontra a população-alvo do trabalho aqui relatado (CURITIBA,2004).

Outros programas, com a mesma finalidade são " Mutirão das Letras", lançado em 2003, executado pela Secretaria da Educação e que oportuniza aos alunos adultos interessados em alfabetizar-se, em outros horários e locais fora da escola, tais como igrejas, associações de moradores, empresas e outros órgãos e entidades, e é também realizado com voluntários capacitados por meio do projeto Hora da EJA - Educação de Jovens e Adultos. Outra ação que vem sendo implantada na cidade é o programa federal Brasil Alfabetizado/MEC/FNDE.

O trabalho busca aproveitar a oportunidade de movimentar as energias de pessoas que sempre sonharam em ingressar num mundo aparentemente impossível, que para os técnicos, como todos nós, parece óbvio: o mundo do conhecimento, tão importante e tão

distante. A oportunidade de unir a energia daqueles que ainda querem sonhar, não obstante a idade, à daqueles que, dia a dia, sonham em ser mais efetivos em sua grandiosa tarefa. Que não é a de simplesmente atender pessoas, mas, sobretudo, a de construir, com elas , a sua autonomia cidadão, o seu "aparelhamento para a felicidade".

A concepção do programa e seus objetivos

O Projeto Alfabetizando com Saúde consiste num conjunto de ações que têm o propósito de estimular práticas saudáveis, contribuir para a erradicação do analfabetismo em Curitiba e oferecer oportunidades de desenvolvimento cognitivo e social para a população, por meio de uma efetiva rede de mobilização social. O projeto possibilita escolarização àquelas pessoas que não tiveram oportunidade de estudar na idade própria ou que, por algum motivo, interromperam seus estudos. O trabalho iniciou em março de 2002. É uma estratégia que reforça o trabalho intersetorial entre as secretarias municipais da Saúde e da Educação, por meio dos programas de governo Vida Saudável e Aprender, que propõem dois desafios, o de uma cidade saudável e o de uma cidade do conhecimento.

É desenvolvido em parcerias, estabelecendo uma rede de colaboradores. Assim, constrói novos espaços de participação e saúde: uma cidade que aprende e faz, estendendo o processo de aprendizagem para fora dos limites da escola e dedicando-se ao entendimento das ações desenvolvidas e de seus resultados, de maneira a potencializar novas ações.

O Programa Alfabetizando com Saúde, em resumo, visa a proporcionar para adultos usuários do SUS, participantes dos programas das Unidades de Saúde, um processo de alfabetização a partir de temas relevantes em saúde. Especificamente pretende:

- colaborar com a redução da mortalidade infantil por conseqüência do analfabetismo das mães gestantes ou dos avós que cuidam dos seus netos;
- desenvolver habilidades de leitura e escrita;
- repassar conhecimentos promovendo educação em saúde;
- promover a qualidade de vida, do autocuidado e da prevenção de doenças;
- estimular a inserção social pelo desenvolvimento de potenciais emocionais e intelectuais;
- propiciar independência nas ações do cotidiano, como saber utilizar um meio de transporte, ir a um supermercado ou ler uma receita médica.

O desenvolvimento do programa

A andragogia orienta a metodologia aplicada neste projeto, apropriada à realidade do aluno, partindo dos conhecimentos que ele já possui, da sua visão de mundo, da sua história de vida. É formação e educação permanente de adultos.

Paulo Freire afirma: "Ninguém educa ninguém, nem ninguém aprende sozinho, nós homens (mulheres) aprendemos através do mundo"(FREIRE ,1999).

E ainda: " Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção" (FREIRE,2000). Portanto, vislumbra um caminho educacional que busca compreender o adulto desde todos os componentes humanos, e abordá-lo como um ente psicológico, biológico e social que dá sentido à educação e à experiência, e não à verdade absolutamente concebida.

Como usuários de serviços de saúde, estes agentes do seu aprender buscam transformar o que sabem, o que vai muito além, de, passivamente, absorverem aquilo que por outros é sabido. Nesta perspectiva, método, aulas e regras precisam ser diferentes. O alfabetizador (voluntário facilitador) e os alunos (participantes dos programas das Unidades de Saúde), sabem que têm diferentes funções. Não há superioridade e inferioridade.

Por outro lado, vale-se do fato de que, em Curitiba, o trabalho intersetorial é uma marca registrada. A construção da viabilidade política de um projeto dessa natureza passa por um novo olhar e um novo agir sobre a realidade. O enfrentamento de problemas como a redução da mortalidade infantil e do analfabetismo necessita de compartilhamento de princípios, objetivos, conhecimentos, habilidades e compromissos de vários setores.

Para melhor divulgar o programa de alfabetização de adultos nas Unidades de Saúde, nas Escolas da rede municipal e nas comunidades, o Programa Alfabetizando com Saúde foi oficialmente lançado pelo gestor municipal, como parte da estratégia de valorização do mesmo. Neste evento inicial, foram convidados para participar todos os diretores de escolas municipais, gestores de unidades de saúde, supervisores de distritos sanitários, vereadores, secretários municipais, clubes de serviços e outros. Após o lançamento oficial, foi organizado um encontro estratégico entre diretores das 145 escolas municipais e 105 Unidades de Saúde, por distrito, para juntos discutirem estratégias de integração e de apoio ao programa. Desta dinâmica intersetorial surgiram diversas outras propostas de integração entre as duas secretarias.

Para gerenciar e acompanhar o programa, foi formado um comitê com representantes das duas secretarias municipais parceiras. Um coordenador da Secretaria da Saúde, um assessor da Secretaria da Educação, um técnico em Educação de Jovens e Adultos da Secretaria da Educação e 32 gestores de Unidades de Saúde participantes.

Para organizar as turmas com os adultos usuários do SUS, o voluntário após estar habilitado como agente alfabetizador, entra em contato com a Unidade de Saúde mais próxima de sua casa para combinar os dias e horários que poderá disponibilizar para dar aulas. A partir do momento que existir um voluntário disponível, a Unidade de Saúde aciona os ACS para fazer a captação do aluno adulto acompanhado pelos programas de saúde, segundo o cadastramento realizado na área de abrangência de sua unidade.

As turmas são formadas com qualquer número de interessados em alfabetizar-se, variam de três até 40 alunos. Havendo um

aluno interessado e um voluntário disponível, há garantia de que ele será alfabetizado. A idade dos alunos varia de 30 a 80 anos. O maior número, entre 48 e 68 anos, e na maioria são mulheres.

Para ajudar na divulgação do programa, foi elaborado um cartaz contendo a foto de um quadro de giz, com o escrito, em letra cursiva, Alfabetizando com Saúde, e em baixo: "Você conhece algum analfabeto? Encaminhe-o para esta Unidade de Saúde ou a mais próxima de sua residência, para se inscrever no programa Alfabetizando com Saúde". Os cartazes foram afixados somente dentro das Unidades de Saúde.

As turmas de alunos foram sendo implantadas de forma paulatina, e a receptividade dos alunos ao convite foi muito boa. Os alfabetizandos que são oriundos dos programas Mãe Curitibana, Hipertensos, Diabéticos, Saúde Bucal, Saúde Mental, enfim, usuários das Unidades de Saúde, analfabetos que tinham vergonha de sua condição e achavam-se muito velhos para aprender e que: "Escola é lugar só para crianças e jovens".

Sabendo desta realidade e conhecendo as pessoas residentes nas áreas de abrangência das Unidades, os ACS esmeraram-se na busca destes usuários. A Unidade de Saúde é o local que eles já conhecem , têm acesso, vínculo e a freqüentam para controlar a pressão, diabetes etc. Por outro lado, com a necessidade de usar a visão, muitos alunos idosos descobrem deficiências visuais , que são priorizados no programa Visão Saudável da Secretaria Municipal da Saúde. Em todos os sentidos, busca-se um trabalho individualizado que garanta aos alunos a atenção necessária para o aprendizado.

As salas de espera, o refeitório ou a salas de reuniões das Unidade de Saúde transformam-se em salas de aula no final da tarde, quando o serviço de atendimento à população diminui, no início da noite ou aos sábados, dependendo do espaço disponível e do número de alunos. Em algumas Unidades de Saúde houve tanta procura que as turmas tiveram de ser transferidas para locais maiores na comunidade. Em outras Unidades de Saúde, foram implantadas até cinco turmas, com o número de voluntários compatível.

Após o término da apostila para a alfabetização com os conteúdos de saúde, os alunos que desejarem poderão continuar os estudos, estando habilitados a prestar o Exame de Equivalência, que é ofertado pela Secretaria da Educação, e prosseguir nas escolas municipais. A certificação é equivalente à conclusão de 1ª a 4ª série, o exame é ofertado quatro vezes ao ano, e as datas das inscrições são divulgadas pelos meios de comunicação e através de cartazes afixados nos transportes coletivos.

Participam hoje deste programa 88 voluntários alfabetizadores, garantindo que os usuários das Unidades de Saúde tenham a oportunidade de iniciar sua alfabetização. O trabalho voluntário é aberto a todos. Não só "especialistas" em saúde podem ser voluntários. Todos podem contribuir a partir da idéia de que "o que cada um faz bem pode fazer bem a alguém". O que conta é a motivação solidária, o desejo de ajudar, o prazer de se

sentir útil. Muitos profissionais preferem colaborar em áreas fora de sua competência específica, exatamente para se abrir às novas experiências e vivências. Qualquer pessoa pode ser um voluntário, independetemente de sua profissão, o mais importante será o compromisso que ele assume com o grupo de alfabetizandos.

Para sensibilizar os profissionais da saúde e pessoas da comunidade para serem voluntários, foi também elaborado um cartaz contendo a foto de um quadro de giz, com a palavra alfabetização escrita em letra cursiva de forma inacabada, para simbolizar o aprendiz, com a seguinte chamada: "Faça parte deste quadro, venha ser voluntário na Unidade de Saúde mais próxima de sua residência". Este chamado deu certo e, em parceria com o serviço do telefone 156, que é uma central da prefeitura de Curitiba que canaliza e encaminha todas as reclamações, sugestões e solicitações dos cidadão curitibanos aos setores competentes, e com o Centro de Ação Voluntária de Curitiba, foi feita a divulgação para captação de novos voluntários.

A maioria dos voluntários são ACS, sensibilizados pelo trabalho que já desenvolvem no território. O vínculo com a comunidade facilita a adesão dos alunos ao programa e a efetiva aprendizagem. Existem também voluntários donas de casa, professores aposentados, motoristas, técnicos em higiene dental, estudantes, dentistas, bancários, enfermeiros, auxiliares de consultório dentário, empregadas domésticas, assistentes sociais, pedagogos e auxiliares de enfermagem.

Para nós trabalhadores do serviço público, era uma incógnita a adesão dos servidores municipais ou da comunidade ao serviço voluntário em equipamento público como a unidade de saúde. Para nossa surpresa, o chamado ao voluntariado superou as expectativas.

Todo o processo de alfabetização conta somente com trabalho e a solidariedade de voluntários. O tempo que o voluntário doa ao programa varia de uma a duas horas por aula, e a quantidade de aulas atende às necessidades dos alunos, variando de um a três dias na semana, algumas no sábado.

O número de voluntários por turma varia de um a quatro, dependendo do número de alunos e das dificuldades que eles demonstram para o aprendizado, pois há alunos que não sabem sequer segurar o lápis, necessitando muito trabalho de coordenação motora fina.

Para atuar como voluntário, é requisito ter cursado o segundo grau e participar de uma capacitação de 20 horas. Nesta capacitação, realizada pelos técnicos da Secretaria Municipal da Educação e da Saúde, aprendem-se como trabalhar com adultos e com os conteúdos básicos de saúde juntamente com os da língua portuguesa e de matemática.

O material didático para fazer promoção de saúde e ao mesmo tempo alfabetizar adultos foi criado especialmente para este programa. A Secretaria da Educação, por meio Gerência de Educação de Jovens e Adultos contratou uma professora com o título de mestre em letras (português) e outra especialista em matemática, que juntas elaboraram uma apostila inédita, diferente daquelas utilizadas tradicionalmente. Os técnicos do Centro de Educação em Saúde da Secretaria da Saúde colaboraram selecionando conteúdos dos materiais educativos em saúde. Assim, a

apostila ficou com um visual agradável e chamativo. Pode ser manuseada e recortada à vontade, trabalhando-se os tópicos de forma não-linear, de acordo com a necessidade dos alunos.

No material, os temas básicos de saúde viram números, palavras e textos, que, imbricados, despertam o aluno para a escrita e a leitura, ensinando noções básicas de saúde, e autocuidado na prevenção de doenças, e para as atividades do cotidiano, como ler e escrever seu nome,produzir pequenos textos, efetuando operações de matemática básica, adição, multiplicação, medidas simples de comprimento, altura, peso, medidas de colheres, temperatura, leitura de prazos de validade e outros. Os assuntos discutidos em sala de aula abrangem temas como tabagismo, Aids, dengue, câncer, leptospirose, aranha-marrom, saúde bucal, vacinas, verminose, cuidados com o lixo e higiene (GUSSO & LUDOVICO 2003).

Material didático do programa

As aulas são gratuitas, e todo o material didático e de uso do aluno é doado pelas Secretarias Municipais da Saúde e da Educação.

Para a viabilização do projeto, é ofertado assessoramento pedagógico aos voluntários alfabetizadores, a cada três meses em média, além do curso de capacitação para os novos voluntários em alfabetização de jovens e adultos, oferecido pela Secretaria da Educação. Todos os meses é realizada uma reunião em que são abordados assuntos pertinentes ao processo de alfabetização e de como trabalhar os conteúdos de educação em saúde.

Também são realizadas visitas às Unidades de Saúde para acompanhamento ou apoio necessário ao dia-a-dia do trabalho pedagógico, bem como acompanhamento pedagógico através de contato telefônico e quando solicitado pelos voluntários alfabetizadores. As chefias das Unidades de Saúde também acompanham e dão o suporte necessário para o bom andamento das aulas.

O material didático já foi impresso duas vezes com recursos financeiros disponibilizados pela da Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde e da Prefeitura de Curitiba por meio da Secretaria da Saúde.

O projeto ainda tem como parceiros dois Clubes de Rotary Internacional e o Centro de Ação Voluntária de Curitiba.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Hora da Educação de Jovens e Adulto - EJA

Os dados do programa de alfabetização de jovens e adultos da Secretaria Municipal da Educação de Curitiba no projeto Hora da Educação de Jovens e Adultos no ano de 2003 foi de 875 alunos com a participação de 64 voluntários(CURITIBA,2004).

Alfabetizando com Saúde

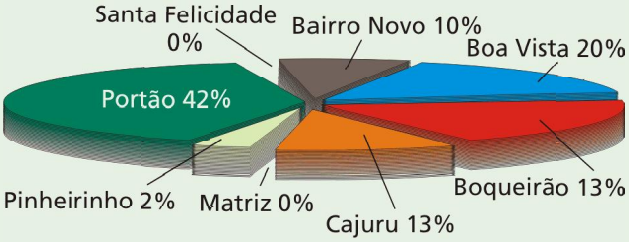
A adesão ao programa foi crescendo a cada ano conforme mostra o gráfico. Em 2002, ano de lançamento do mesmo, participavam 146 alunos, 33 voluntários, em 10 Unidades de Saúde; em 2003 o número cresceu para 408 alunos, 66 voluntários em 30 Unidades de Saúde; e, até junho de 2004 o programa já contava com 88 voluntários e 448 alunos e estava implantado em 42 Unidades de Saúde da rede municipal; (CURITIBA,2004).

Evolução do número de voluntários e alunos no Programa

Fonte : II Relatório trimestral da Secretaria da Saúde - Centro de Educação em Saúde 2004

Neste gráfico, observamos seis Distritos Sanitários implantaram o programa Alfabetizando com Saúde, atingindo praticamente toda a cidade, apenas em dois distritos não adesão.

Distribuição do percentual do número de alunos inscritos no projeto Alfabetizando com Saúde, segundo o núcleo regional, em Curitiba - 2003



Fonte: Relatório Anual da Prefeitura de Curitiba-2003

Algumas turmas de aula no decorrer dos anos de foram também encerradas por diferentes motivos, ou por desistência de alunos, por causa do frio rigoroso, porque o voluntário arrumou emprego, ou ainda porque os alunos foram transferidos para uma escola próxima. No ano de 2003, foram encerradas três turmas e em 2004, 06 turmas.

Os alunos que fizeram exames de equivalência ainda são em número pequeno, porque, após o início da apostila com temas de saúde, eles necessitam completar os estudos com conteúdos de 2ª a 4ª série, com material fornecido pela Secretaria Municipal da Educação do programa de Educação de Jovens e Adultos-EJA.

As escolas da rede municipal, há muito tempo vem oferecendo o curso de alfabetização de jovens e adultos no período noturno, mas a nossa maior inquietação era saber por que estes alunos adultos e principalmente os mais idosos não procuraram as escolas da rede municipal para matricularem-se, mas sim atenderam ao chamado do ACS para estudar na Unidade de Saúde?

Isto comprova que o vínculo que as equipes do PSF tem com a comunidade, e a busca ativa por parte dos ACSs é que fazem a diferença. Identificados com alguém da comunidade e que agora participa dos serviços de saúde, os alunos sentem-se mais confiantes para estudar; talvez nunca procurariam a escola da comunidade, por acharem-se velhos demais para aprender.

Observou-se melhora sensível da auto estima e da qualidade de vida, percebida na queda da agressividade nos seus relacionamentos familiares, maior equilíbrio, fortalecimento dos laços de amizade, solidariedade e amor entre as pessoas idosas, voluntários e equipe da Unidade de Saúde.

Os casos de depressão e de hipertensão são atenuados, com a redução de uso dos medicamentos específicos. Podemos citar, como exemplo, o depoimento da auxiliar de enfermagem e voluntária de uma US: "D. E, tinha medo de sair de sua casa , depressiva, não sabia sequer tomar o ônibus, agora, que aprendeu a ler, não pára mais em casa, indo à casa de seus familiares com mais freqüência e sozinha."

Percebe-se grande motivação dos funcionários das Unidades de Saúde para atuarem como voluntários no programa. Com o passar do tempo, os alunos tornam-se amigos e chegam a fazer comemorações. Numa US, a voluntária alfabetizadora comentou que um aluno idoso teve a sua primeira comemoração de aniversário. Eles formam uma rede de entre ajuda e de solidariedade, pois todos estão ansiosamente querendo aprender, sonhando com o dia em que poderão tomar seus ônibus sozinhos, ler o nome de suas ruas, assinar a nova Carteira de Identidade, ler uma receita médica, entender para chegar nos dias e horários da marcações de consultas, e tantos outros sonhos...

LIÇÕES APREENDIDAS

Quando uma proposta de trabalho de uma gestão pública vem ao encontro do desejo das pessoas, elas rapidamente aderem e correspondem. Poder quebrar o paradigma de que a alfabetização de adultos só poderia ser feita dentro de uma sala de aula, em horários noturnos e com professores concursados. É ganho para todos.

Pode-se provar que, dentro de uma Unidade de Saúde, ao mesmo tempo, alfabetizamos usuários adultos do SUS e potencializamos a prevenção de doenças, uma vez que a saúde é elemento nucleador do processo de aprender a ler, escrever e fazer.

Viu-se que é sempre possível contar com pessoas dispostas a dar sua contribuição para a sociedade de forma voluntária, disponibilizando o conhecimento num ambiente de fácil acesso, de acolhimento que é a Unidade de Saúde em seu tempo ocioso. Esta ação fortalece os vínculos da atividade pública - saúde e educação - com os usuários da saúde.

Ler proporciona independência, cria referência e auto-estima. O indivíduo passa a refletir sobre a sua realidade e sobre a comunidade na qual está inserido. Desenvolve internamente valores agregados que produzem o auto-reconhecimento e o exercício pleno da sua cidadania.

"No tempo de criança, eu queria estudar, mas meu pai nunca deixava. Ele dizia sempre que caneta de pobre é o cabo da enxada" (D. E. 50 anos). Naquela época, as mulheres casavam muito cedo, logo tinham a prole para cuidar. De acordo com o ciclo de vida, acabaram cuidando dos netos; algumas, dos maridos, ou pais idosos que adoeceram. Agora, com oportunidade da sua inclusão no mundo letrado, com mais idade, vieram cuidar de si mesmas.

Grupo de alunos

Com muita esperança de aprender, apesar das vezes titubearem diante do peso dos anos, esses "alunos" acreditam que chegarão ainda a realizar os seus sonhos. Estão descobrindo o mundo da leitura que outrora desejavam. Agora estão tendo a oportunidade e o acesso ao banco do saber o do aprender. Aprenderam muito com a própria vida, pois muitos dos alunos, sendo do interior, de diversos estados do Brasil, vindo morar na cidade grande, tiveram que trabalhar. E, apesar de se sentirem envergonhados diante dos letrados, trabalharam. Como cobrador de dízimo, por exemplo, mesmo sem conhecer as letras, só os números, por força da necessidade de sobrevivência.

Alunos egressos de hospital psiquiátrico, residentes na casa que pertence ao programa "Residência Terapêutica", participam ativamente do processo de alfabetização na Unidade de Saúde mais próxima da moradia .

Segundo depoimento da ACS e voluntária M.S. "Uma das alunas dona L., que durante o tempo de internamento hospitalar, não falava com ninguém e era conhecida como deficiente da comunicação (muda), hoje na sala de aula ela é uma aluna aplicada, faz as tarefa com muito capricho, é comunicativa e já está alfabetizada".

Os alunos possuem sonhos singelos, quase imperceptíveis por uma pessoa alfabetizada. Por exemplo, sonham ler uma correspondência enviada à sua casa, escrever uma carta aos filhos e parentes distantes, ler a bíblia, tirar os documentos com a sua assinatura. Outros ainda querem escrever poesia e ser voluntários alfabetizadores para poder repassar o que aprenderam a outras pessoas da sua comunidade, como já está acontecendo com duas alunas da US Solitude. Muitos se emocionam ao ler pela primeira vez o seu nome ou ao compreender o que estão lendo.

A maioria são mulheres, quase todas com a mesma história de vida. Não freqüentaram a escola quando tinham idade escolar, porque o pai, que também era analfabeto, não deixava e dizia que mulher não precisava estudar. Tinha sim é que cuidar da casa, dos irmãos ou trabalhar na roça.

A maioria das alunas mantém os seus cadernos com primor, e seus desenhos se parecem com os de uma criança que está iniciando os primeiros passos no mundo alfabetizado.

DEPOIMENTOS ILUSTRATIVOS

"Vim me consultar e precisava assinar um documento. A enfermeira percebeu a minha dificuldade e sugeriu que eu participasse do programa. Eu comecei a estudar no mesmo dia" T. dos S. S., 42 anos, Unidade de Saúde Vila Leonice.

"Meu companheiro disse que, se eu aprendesse a ler, escrever e assinar meu nome bem bonito, ele casa comigo" D. M. S. 38 anos usuária da Unidade de Saúde Concórdia.

"É curioso porque algumas alunas sabem ler, e não conseguem escrever uma palavra. Mas tenho confiança em todos eles e espero que alguns deles façam a prova de eqüivalência no futuro para continuar seus estudos." M. da G.

P., 58 anos, ACS que antes de participar como voluntária, ensinava em sua própria casa.

"Eu iniciei as aulas com esta turma em agosto de 2002, os alunos não sabiam sequer pegar o lápis na mão. Hoje, me sinto realizada quando vejo eles lendo e formando frases. Alguns, quando conseguiram ler o seu nome pela primeira vez, choraram de emoção". E.P. 68 anos professora aposentada, voluntária.

CONCLUSÃO

Garantir acesso à educação é assegurar as bases necessárias para um bom desempenho nos diferentes âmbitos da qualidade de vida, no espaço comunitário, tanto no mercado de trabalho como na vida familiar, na esfera cultural, na participação política e social. Essa concepção amplia o objetivo da população atendida pelas ações dedicadas à educação de jovens e adultos.

O programa Alfabetizando com Saúde apresenta ganhos em duas importantes frentes: de um lado, atende-se melhor às necessidades específicas dos cidadãos, ou seja, alfabetização, em locais próximos a moradia, otimizando os espaços comunitários em horários acessíveis aos grupos, com alfabetizadores, muitas vezes, da própria comunidade; de outro lado, permitindo o resgate deste cidadão para o retorno à escola, objetivando a escolarização propriamente dita e os ganhos da promoção a saúde.

Os diferenciais desta estratégia estão na busca ativa de alunos e no compartilhamento com a sociedade que se torna co-responsável pela erradicação do analfabetismo em Curitiba, contribuindo com os recursos de que dispõem.

Ao analisarmos este trabalho, percebemos que um dos pontos fundamentais para o sucesso dele foi a intersetorialidade das duas secretarias municipais, sem disputas de micropoderes, de forma madura, criativa, visando a um objetivo comum.

A simplicidade e a vontade de inovar foi sempre a marca do trabalho. A garra dos voluntários nos deu muita força e coragem para avançar. Também estiveram presentes a satisfação, a ternura, o gesto de gratidão, a emoção, a alegria e o brilho nos olhos de cada aluna ou aluno, que, com o peso da idade, encontrou força para romper a barreira do analfabetismo e provou que, quando se quer algo, todo o universo conspira a favor, e o sonho de ler e escrever pôde virar realidade. E do voluntário, muita satisfação, gratidão pelo seu trabalho, que será sempre exemplo de solidariedade e gesto de amor ao próximo.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao estímulo recebido do prefeito de Curitiba e secretários municipais de Saúde e da Educação, o apoio dos colegas do Centro de Educação em Saúde e da Educação de Jovens e Adultos, das equipes de Unidades de Saúde, dos alunos e voluntários, que acreditaram na nossa proposta e não mediram esforços para concretizar os sonhos de melhoria da qualidade de vida das pessoas, de serem aprendizes e alfatizadores.

REFERÊNCIAS

CURITIBA. Boletim epidemiológico. Saúde materno-infantil: Centro de Epidemiologia. Secretaria Municipal da Saúde, ano XIV, n. 2, 2003. Edição especial.

CURITIBA, Prefeitura Municipal. Instituto Mucipal de Administração Pública.

Relatório anual, 2003.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde, Centro de Educação em Saúde. Relatório trimestral n. 2, 2004.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 27. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

_____. Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

GUSSO, A. M. et al., Manual de capacitação para voluntários do programa Alfabetizando com Saúde: conteúdos de saúde, português e matemática. Curitiba: [s.e.], 2003. Mimeo.

GUSSO, A. M.; LUDOVICO, R. Alfabetizando com Saúde: temas de saúde para alfabetização de adultos. 2. ed. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde; Secretaria Municipal da Educação, 2002.

SITES - http://www.curitiba.pr.gov.br

http://www.portaldovoluntario.org.br

ATUAÇÃO DE UMA EQUIPE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UBERABA-MG NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PARA BEBÊS, EM PARCERIA COM A COMUNIDADE

Marcia Helena Destro Nomelini

Selma Freire de Carvalho da Cunha**

Resumo

Introdução. A odontologia para bebês visa à redução dos índices epidemiológicos da cárie dental para crianças com idade inferior a três anos.

Objetivo - Descrever os recursos técnicos e humanos envolvidos na elaboração e implantação do atendimento odontológico para bebês em uma Equipe de Saúde da Família (ESF - Fabrício) no município de Uberaba/MG.

Métodos - A equipe de saúde bucal do PSF - Fabrício identificou a inexistência de atendimento odontológico para bebês e expôs suas vantagens à comunidade e aos demais profissionais. A equipe foi conscientizada e motivada para o desenvolvimento do projeto, e os profissionais foram capacitados. Criaram-se parcerias com a comunidade para a viabilização e a sustentabilidade do projeto, que incluiu a confecção de macas odontológicas, para bebês, a aquisição de insumos e a elaboração de folhetos elucidativos.

Resultados e Discussão - Foram inseridas, neste atendimento odontológico 111 crianças com idade inferior a 36 meses, cadastradas na área de abrangência. Foram desenvolvidas com as gestantes e mães oficinas educativas e visitas domiciliares, visando à conscientização para posterior execução de medidas de higiene bucal e cuidados com o consumo de alimentos cariogênicos. A aplicação de flúor foi realizada em todos os bebês e as medidas curativas em 13,9% das crianças com idade entre 1 a 2 anos e 23,5% naquelas com idade entre dois e três anos.

Considerações finais. A mudança no paradigma da saúde bucal na área do ESF - Fabrício foi facilitada pela capacidade resolutiva do trabalho em equipe de cada profissional, na sua área de atuação. A parceria com a comunidade foi essencial para implantar e sustentar o Atendimento Odontológico para Bebês. As ações decorrentes do projeto foram de fácil execução e de baixo custo operacional. Além de determinar redução nos índices epidemiológicos para a cárie dental num futuro breve, criou-se vínculo entre a equipe de saúde da família e a comunidade.

Recomendação. Recomenda-se a criação de parcerias entre a poder público e a comunidade para viabilizar a implantação e a manutenção de projetos de assistência primária à saúde odontológica. Sugerimos que as equipes de Saúde Bucal e os agentes comunitários do PSF participem de cursos pontuais que abordem o atendimento odontológico para bebês, promovidos pelo Pólo de

*Cirurgiã-dentista do Programa Saúde da Família, especialista em Saúde da Família e especialista em Saúde Pública. Secretaria Municipal de Saúde - Departamento de Atenção Básica/Saúde da Família, Uberaba-MG. E-mail: marcia.nomelini@terra.com.br

** Profa. adjunta em Nutrologia, doutora em Clínica Médica da Faculdade de Medicina do Triângulo Medicina do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG.

Capacitação Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família.

Palavras-chave

Saúde bucal; Bebês; Odontologia preventiva; PSF

INTRODUÇÃO

Em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) propôs mudanças no modelo assistencial, com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde e de qualidade de vida da população. Rompendo o comportamento passivo das Unidades Básicas de Saúde e estendendo suas ações junto à comunidade, a estratégia do PSF baseou-se no trabalho de uma equipe multiprofissional, com vínculos e co-responsabilidade entre os serviços de saúde, os profissionais e a população, além do envolvimento de ações intersetoriais.

Em Uberaba-MG, município com 261.457 habitantes (IBGE, 2002), o PSF foi implantado em 1996. Atualmente, cada uma das 41 equipes conta com um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, seis a oito agentes comunitários, além de um cirurgião-dentista e um auxiliar. Em julho de 2001, a ESF-Fabrício foi a 28a equipe do PSF a ser implantada na cidade de Uberaba, abrangendo parte do bairro Fabrício, um dos mais antigos da cidade, de perfil misto (residencial/comercial) e de classe média e baixa. A maioria das casas possui grandes espaços internos e quintais, e a taxa de ocupação é em média de quatro a cinco moradores por residência. Todas as ruas contêm saneamento básico com sistema de água, rede de esgoto e luz, pavimentação e sistema de coleta de lixo. Não há depósitos de lixo ou de detritos industriais; as casas são de alvenaria, e não há registro de barracos de lonas. A área comercial é diversificada, oferecendo aos seus moradores facilidade para aquisição de gêneros alimentícios, produtos manufaturados e semi-industrializados. Não há registro de crianças na faixa etária escolar que não estejam matriculadas na rede de ensino, que é composta de duas escolas estaduais, uma escola municipal e uma escola profissionalizante, além de creches particulares. O PSF-Fabrício possui um total de 3.167 pessoas cadastradas, sendo 24 de crianças menores de 1 ano e 122 com idade entre um a quatro anos (SIAB, 2003).

No último século, a atenção odontológica preventiva tem encontrado seguidores em todo o mundo, que resultou em redução significativa da prevalência de cárie na maioria das faixas etárias. Entretanto, a ocorrência de cárie em crianças de 0 a 36 meses representa um indicador da saúde oral precária, além da possibilidade de aumentar o risco e a progressão da doença em idades subseqüentes (GRENDEFJORD, 1995). Tais dados indicam a necessidade de incluir o profissional dentista em programas educacionais destinados às gestantes e aos lactentes (BLINKHORM, 1996).

No Brasil, alguns estudos têm mostrado que a prevalência de cáries em bebês é significativa em várias localidades (WALTER et al., 1987) e tem sido apontada a necessidade de mobilização de todo o aparato de Saúde Pública disponível para o desenvolvimento de estratégias eficazes no combate à cárie em bebês (RAMOS & MAIA, 1999; TRAEBERt et al., 2002). Em 1986, foi oficialmente inaugurada

a primeira clínica odontológica para bebês na Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina (WALTER et al., 1996), e baseado neste modelo de atendimento, em 1997, foi implantado o Programa Dentinho de Leite na rede básica de saúde da cidade de Uberaba, destinado ao atendimento odontológico de bebês com idade inferior a dois anos.

Em janeiro de 2002, a equipe de saúde bucal do PSF-Fabrício constatou que as gestantes e crianças menores de 36 meses pertencentes à área de abrangência não recebiam atendimento odontológico educativo, preventivo e/ou curativo. Defrontou-se com o desafio de implantar o atendimento odontológico para bebês em uma equipe do PSF de Uberaba-MG, valorizando a participação efetiva de todos os membros da equipe e a essencial parceria com a comunidade, diferenciando esse projeto daqueles previamente existentes com a mesma finalidade.

A adequada documentação dos indicadores de saúde bucal é essencial para a avaliação criteriosa da eficácia dos programas, permitindo a sua manutenção e ampliação ou sua interrupção. Além disso, para a obtenção de resultados favoráveis, os programas de atendimento para bebês devem ser particularizados à realidade das comunidades. Dessa forma, procedeu-se a análise dos dados documentados referentes às condições de saúde bucal dos bebês da área de abrangência da ESF-Fabrício, os seus hábitos alimentares e as práticas de higiene bucal realizadas pelos familiares.

OBJETIVOS

Este relato de experiência teve como objetivos: 1) descrever os recursos técnicos e humanos envolvidos na elaboração e implantação do Atendimento Odontológico para Bebês em Parceria com a Comunidade; 2) determinar as condições de saúde bucal dos bebês e dos hábios relacionados à cariogênese, justificando a importância dessa modalidade de atendimento; 3) relatar a divulgação da experiência e a capacitação dos profissionais de outras equipes de saúde bucal do PSF de Uberaba-MG.

MÉTODOS

Capacitação da equipe, envolvimento da comunidade e valorização das parcerias

O desenvolvimento do " Atendimento Odontológico para Bebês em Parceria com a Comunidade" incluiu várias ações que ocorreram simultaneamente, mas que, didaticamente, foram agrupadas em etapas distintas, como o envolvimento e capacitação da equipe, a mobilização da comunidade e a criação de parcerias.

Inicialmente, verificou-se que vários integrantes da equipe desconheciam a modalidade do cuidado odontológico e a importância da incorporação das medidas educativas/preventivas de saúde bucal para crianças de menores faixas etárias. Iniciou-se um trabalho de envolvimento e capacitação dos profissionais da equipe, especialmente do agente comunitário, que representa o elo fundamental entre a equipe e a comunidade. Baseada na assertiva de que a conscientização e a motivação da própria equipe têm papel importante na divulgação e aceitação do projeto junto à população, foi realizado um treinamento teórico e prático para todos os membros da equipe da ESF-

Fabrício (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, auxiliar de dentista e agentes comunitários) Neste treinamento, foram abordados temas como os seguintes: 1) importância do aleitamento materno para o desenvolvimento orofacial; 2) conceito de cárie de mamadeira; 3) formas de transmissão da cárie; 4) efeitos cariogênicos da sacarose; 5) técnicas de higienização da cavidade bucal e escovação dos dentes em bebês; 6) conseqüências do uso de mamadeira e da chupeta; 7) importância do uso flúor na prevenção da cárie.

Durante reuniões participativas com grupos da comunidade, foram expostos os benefícios que esse atendimento odontológico proporcionaria aos bebês e o anseio da equipe de implantá-lo. A idéia foi prontamente acolhida e foram identificados os problemas, como a falta de equipamentos necessários e de recursos para a sua aquisição. A criação e a valorização de parcerias surgiu de propostas feitas pelos membros da comunidade, que, junto com os agentes comunitários, identificaram os possíveis parceiros, viabilizando a execução do projeto. As parcerias resultaram na confecção de macas odontológicas para bebês, na impressão de folhetos de divulgação e orientação, além da aquisição de insumos.

Confecção de macas odontológicas para bebês

Em condições ideais, o atendimento odontológico para bebês requer uma maca que facilita a acomodação, a segurança da criança e permite que o atendimento seja realizado em local distinto do consultório odontológico. A partir de modelos comerciais do tipo MACRI(8) e Easy-Baby , foi construída a primeira maca odontológica para bebês, utilizando doações de materiais (ferro, metalon, parafusos e tinta) por comerciantes e serralheiros da área do PSF-Fabrício. Com a supervisão de professores de escola profissionalizante do próprio bairro (Feti), os alunos do Curso Técnico de Solda confeccionaram a parte estrutural da maca; a parte de tecido foi confeccionada pelas alunas do curso de Corte e Costura.

Em maio de 2002, durante a divulgação do "Atendimento Odontológico para Bebês em Parceria com a Comunidade" em evento agropecuário na cidade de Uberaba, uma indústria local de móveis de alumínio propôs-se a confeccionar gratuitamente uma segunda maca. Foram feitas algumas adaptações e modificações na maca original. O material utilizado foi o alumínio, que confere maior leveza e facilidade no seu transporte; a estrutura metálica tornou-se desmontável, e foi elaborado um sistema de inclinação que permite posicionamento adequado da criança, facilitando o trabalho do cirurgião-dentista e conferindo acomodação confortável ao bebê; o tecido foi substituído por courino, que permite a adequada higienização da maca.

Elaboração de folhetos explicativos

Para a divulgação do projeto e orientação, fez-se necessário um folheto explicativo para informar as mães e os familiares no cuidado adequado com a saúde bucal dos bebês. Foi feito contato com o proprietário de uma

gráfica, residente na área e usuário do PSF. Através dessa parceria, foi possível também a confecção e mão-de-obra de editoração de convites, folhetos, cartazes de eventos relacionados com a saúde bucal.

Insumos para o atendimento odontológico

As aquisições dos fluoretos de sódio (0,2% e 0,02%), VASA (solução de violeta, anestésico e sacarina) e solução de clorexedina 0,12% (para gestantes e mães) foram feitas pela parceria com uma farmácia de manipulação localizada próximo da área de abrangência. Um supermercado local forneceu as escovas dentárias específicas para essa faixa etária, garantindo sua substituição a cada 4 meses. Os instrumentais e os materiais para o atendimento preventivo (verniz de flúor) e curativo (ionômero, resinas, gaze e algodão) são permanentemente fornecidos pela Prefeitura Municipal de Uberaba.

Determinação das condições de saúde bucal dos bebês e dos hábitos relacionados à cariogênese

Para determinar o plano de tratamento, registrar e monitorizar os atendimentos, a equipe de saúde bucal desenvolveu uma ficha clínica direcionada exclusivamente a esta faixa etária. Nessa ficha foram registrados as condições de saúde bucal, os hábitos alimentares e as práticas de higiene bucal dos bebês que participaram do Atendimento Odontológico para Bebês em Parceria com a Comunidade do PSF-Fabrício, Uberaba - MG.

A prevalência de cárie foi definida como a relação entre o total de crianças com cárie pelo total de crianças examinadas. O índice ceo-d foi determinado pela média do número total de dentes decíduos cariados (c), perdidos (e) e restaurados (o) em relação ao número total de crianças examinadas nas diferentes faixas etárias (WHO, 1986).

Para avaliação do padrão de ingestão alimentar habitual, aplicou-se o método Recordatório Alimentar de 24 horas, que identificou os alimentos consumidos e as suas respectivas quantidades (DEHOOG, 1996). Alto consumo de sacarose foi definido quando a freqüência de ingestão diária de alimentos contendo açúcar fosse maior ou igual a seis vezes ao dia (BABEELY et al., 1989). A alimentação noturna foi definida quando as crianças recebiam aleitamento materno ou mamadeira durante a madrugada e documentada quando presente na ocasião da avaliação. As práticas de higiene bucal foram consideradas adequadas quando realizadas uma vez ao dia em crianças edentadas ou três vezes ao dia após a erupção dentária.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Capacitação da equipe, envolvimento da comunidade e valorização das parcerias

Embora a equipe não estivesse adequadamente capacitada para o desenvolvimento do projeto, em tempo

relativamente curto, os profissionais da ESF-Fabrício envolveram-se ativamente, demonstrando um espírito coeso e participativo, resultado da percepção coletiva dos possíveis benefícios para a comunidade e da relativa facilidade na execução do projeto. Os agentes comunitários, durante as visitas domiciliares, distribuíram folhetos explicativos para toda a comunidade e incentivaram a participação das famílias nas quais havia gestantes e crianças com idade menor que três anos. A auxiliar de enfermagem, em seus procedimentos diários, enfatizou a importância da adesão das famílias e a enfermeira sensibilizou um grande número de participantes, durante os atendimentos às gestantes, na vacinação de bebês e na realização do teste do pezinho, entre outros. A médica da equipe, durante as consultas de pré-natal e puericultura, reforçou a relevância do projeto, postura de fundamental importância para a aceitação do atendimento junto à comunidade.

A falta recursos para a aquisição de equipamentos básicos representou um fator limitante para a imediata implantação do projeto. Entretanto, a parceria com a comunidade, embora de evolução mais lenta, pode ter contribuído para a maior adesão ao projeto. A proximidade entre os profissionais da equipe com os parceiros e/ou comunidade criou vínculos sólidos, que certamente facilitarão a implantação de outros projetos.

No início do projeto, a população desconhecia as vantagens do atendimento odontológico para crianças com idade abaixo de três anos. Foram realizadas reuniões mensais, com a participação das gestantes, das mães e dos familiares de bebês, além da presença da dentista, da auxiliar, da médica e de dois agentes comunitários. Enquanto a enfermeira da equipe realizava a pesagem das crianças, os participantes tiveram a oportunidade de esclarecer dúvidas e mitos relacionados à dentição decídua, além de informações sobre alimentação e higiene bucal.

Após as reuniões ou durante as visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde bucal e agentes comunitários, os pais eram convidados a participar do atendimento e a consulta individual era agendada.

A etapa educativa individual foi realizada durante a consulta inicial do bebê, na qual foi elaborado o plano de tratamento direcionado às necessidades da criança. A prevenção das afecções da cavidade bucal consistiram de medidas preventivas específicas como a orientação da alimentação e técnicas de higiene bucal adequada e aplicação de flúor, dependendo dos riscos individuais.

Durante o desenvolvimento do projeto, muitas famílias tiveram a oportunidade de expressar sua satisfação em receber atendimento odontológico especializado, na maioria das vezes restrito a pessoas economicamente privilegiadas. Além disso, a experiência vivida pelos pais na participação ativa da prevenção de cáries de seus filhos poderá estimulá-los a atuar em medidas preventivas de outras afecções.

Condições de saúde bucal dos bebês e hábitos relacionados à cariogênese

No período compreendido entre janeiro de 2002 e março de 2003, foram avaliadas 111 crianças. O exame clínico da cavidade bucal

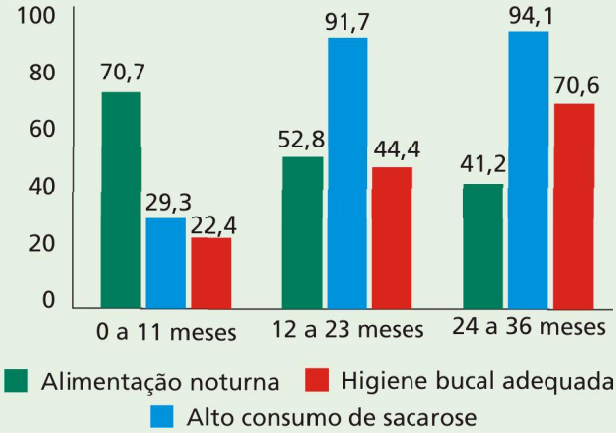
mostrou 765 dentes erupcionados e a lesão cariosa foi diagnosticada em 41 dentes, distribuídos em nove crianças. A Tabela 1 expressa a ocorrência de crianças acometidas com a lesão cariosa, o número de dentes cariados, o índice ceo-d e a prevalência de cárie, de acordo com a faixa etária. Não houve registro de cárie na faixa etária de 0 a 12 meses, e observou-se crescente prevalência de cárie e do índice ceo-d nas faixas etárias seguintes.

TABELA 1 - Número de dentes examinados e cariados, índice de ceo-d e prevalência de cárie em 111 crianças participantes do estudo, de acordo com a faixa etária. PSF-Fabrício, Uberaba- MG, 2003.

	Faixa etária		
	0 l- 12 (n = 58)	12 l- 24 (n = 36)	12 l- 24 (n = 36)
Total de dentes examinados	57	394	314
Total de dentes cariados	0	16	25
Total de crianças com dentes cariados	0	5	4
Índice de ceo-d	0	0,44	1,47
Prevalência de cárie (%)	0	13,9	23,5

A alimentação noturna foi observada em 59,8% das crianças. Além dos doces oferecidos pelos membros da família, o açúcar e as preparações adocicadas, tais como achocolatados, foram comumente adicionados à mamadeira. Isso resultou em um alto consumo diário de sacarose, observado em 58,9% da amostra. A higiene bucal adequada foi referida em 51,3% das crianças avaliadas. A distribuição desses hábitos de acordo com a faixa etária é mostrada no Gráfico 1.

GRÁFICO 1 - Distribuição de crianças (%) com hábito de alimentação noturna, de alto consumo de sacarose e de higiene bucal adequada, de acordo com a faixa etária.



Fonte PSF Fabrício, Uberaba, MG2003

Muitas famílias desconheciam a necessidade da prática de higiene bucal, especialmente durante o primeiro ano de

vida. Além da aplicação de flúor que determina maior resistência dentária, a importância da higiene bucal deve ser enfatizada para as gestantes e pais, a fim de que incorporem precocemente essa prática em seus filhos. Apesar de as mães conhecerem a relação entre o açúcar e o desenvolvimento da cárie, elas ignoravam que esse efeito pudesse ser precoce, atingindo os seus bebês. Tais dados demonstram que os programas preventivos de cárie em bebês devem objetivar ações educativas direcionadas às mães, e cabe ao cirurgião-dentista orientá-las quanto ao consumo racional de alimentos doces, que devem ser oferecidos após as refeições principais, seguindo-se de escovação adequada. Além disso, as mães devem ser persuadidas sobre os efeitos cariogênicos da adição de sacarose às mamadeiras, especialmente durante a alimentação na madrugada, quando, a higienização da cavidade bucal torna-se inviável.

O atendimento curativo (reparo de danos) foi direcionado aos bebês que apresentam a cárie na ocasião de sua chegada ao programa ou desenvolvem a doença durante o seguimento. Utilizou-se técnica atraumática de restauração (ART), que consiste na retirada parcial do tecido cariado com curetas e a colocação de inômero de vidro. O tratamento curativo definitivo ocorreu após a mãe ter incorporado as medidas preventivas e a criança estar emocionalmente condicionada ao atendimento odontológico.

Divulgação da experiência e a capacitação dos profissionais de outras equipes de saúde bucal

A equipe de saúde bucal da ESF-Fabrício realizou um treinamento com os 40 cirurgiões-dentista e seus auxiliares das diversas equipes do PSF de Uberaba, para capacitá-los ao atendimento odontológico para bebês. Além das informações teóricas e práticas sobre as particularidades do atendimento odontológico para essa faixa etária, os profissionais tiveram acesso à ficha clínica e todo material didático/explicativo. Dessa forma, todas as equipes de saúde bucal do PSF de Uberaba foram devidamente capacitadas para reproduzir esse modelo de atenção. Foi incentivada a valorização das parceiras com a comunidade, que reflete na auto-sustentabilidade e manutenção de projetos que visem à melhoria dos indicares de saúde da população. Atualmente, outras equipes implantaram o atendimento odontológico para bebês utilizando este modelo de parceria adaptado às particularidades de cada comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A parceria com a comunidade para o desenvolvimento do atendimento odontológico para bebês, embora de evolução mais lenta que a recepção passiva dos benefícios unicamente fomentados pela rede pública, pode ter contribuído para a maior adesão ao projeto. Além disso, a proximidade entre os profissionais da equipe com os parceiros e/ou comunidade criou vínculos sólidos, que certamente facilitarão a implantação de outros projetos. Esse relato de experiência mostra a viabilidade do atendimento odontológico para bebês em programas de saúde pública e a

exeqüibilidade de parceiras com a comunidade. Na visão da equipe, o programa se prestou também à valorização do autocuidado e da capacidade transformadora da comunidade, modificando o paradigma paciente-passivo.

RECOMENDAÇÃO

Diante do resultados positivos desta experiência, sugerimos o incentivo na implantação de programas de atendimento odontológico para bebês nas ESF, utilizando estratégias de parcerias com a comunidade, visando à redução operacional de custo e à interação co-participativa com o poder público. Para tal, é necessário que as equipe de saúde bucal e os agentes comunitários do PSF sejam adequadamente capacitadas por meio de cursos pontuais através do Pólo de Capacitação Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Babeely, K.; Kaste, L.M.; Husain, J.; Behbehani, J.; al-Za'abi. F.; Maher, T.C.; TAVARES, M.; SOPARKAR, P.; DEPAOLA, P. Severity of nursing-bottle syndrome and feeding patterns in Kowait. Commun Dent Oral Epidemiol, v.17, p.237-239, 1989.

BLINKHORM, A.S. Caries prevention. A continued need worldwide. Inter Dent J, v.46, p.119-123, 1996.

Dehoog, S. The assessment of Nutritional Status. In: Mahan, L.K.; Escott-Stump, S. Krause´s Food, Nutrition, Diet Therapy. 9.ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, p.361-386, 1996.

Grendefjord, M. Caries development in children from 2.5-3.5 years of ages: a longitudinal study. Caries Res, v.29, p.449-453, 1995.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo 2002.

RAMOS, B.C.; MAIA, L.C. Cárie Tipo Mamadeira e a Promoção de Saúde em Crianças de 0 a 4 Anos. Rev Odontol Univ São Paulo, v.13, p.303-311, 1999.

SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica). Boletim de março de 2003.

Traebert, J.; Suarez, C.S.; Onofri, D.A.; Marcenes, W. Prevalence and severity of dental caries and treatment needs in small Brazilian counties. Cad Saúde Pública, v. 18, p.817-821, 2002.

WALTER, L.R.F.; FERELLE, A.; HOKAMA, N.; PELANDA, V.L.G.;, FRANCO, M.P.S.; IEGA, R. Cárie em crianças de 0 a 30 meses de idade e sua relação com hábitos alimentares. Enc Brás Odontol, v.5, p.129-136, 1987.

WALTER, L.R.F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. Odontologia para o Bebê - Odontopediatria do Nascimento aos 3 anos. São Paulo: Artes Médicas Ltda, 1996, 246 p.

WHO (World Health Organization). Oral health surveys - basic methods. 3 ed. Geneva: WHO (Oral Health Unit. Rev. 2), 1986.

IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO RESOLUTIVO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E PRONTO ATENDIMENTO DO JARDIM MACEDÔNIA, SÃO PAULO

Sílvia Cristina Brenner Doria

Marta Aguiar Polidoro**

Resumo

A Unidade Básica de Saúde da Família e pronto Atendimento do Jardim Macedônia está localizada na periferia da região sul do município de São Paulo, fazendo parte da SubPrefeitura do Campo Limpo, fronteira com outros municípios. Trata-se de uma Unidade de Saúde constituída por oito médicos diaristas, sete equipes completas de Saúde da Família, uma área de abrangência de 30.000 pessoas e um Pronto Atendimento servindo a todas as regiões. O número médio de atendimento da unidade é de 19.645 procedimentos/mês e o serviço responde hierarquicamente à Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Campo Limpo. Pela complexidade desta Unidade Mista, com portas de entrada tão diversas ocorrendo simultaneamente, sentimos a necessidade de um Acolhimento Resolutivo, e este trabalho relata a nossa experiência de implementação deste modelo assistencial. O objetivo do trabalho é demonstrar, de forma prática, que é possível implementar um Sistema de Acolhimento em Unidades de Saúde, garantindo os princípios e diretrizes do SUS. A metodologia utilizada foi: 1) constituição de uma equipe de coordenação do projeto e definição de um cronograma de trabalho; 2) divisão da Unidade em pequenos grupos de discussão, identificação dos problemas de fluxo e relacionamento na Unidade e comunidade; 3) análise dos dados colhidos, elaboração do anteprojeto e melhorias no processo existente; 4) validação das modificações implementadas; 5) elaboração do projeto final, documentação de métodos e processos e capacitação, elaboração de material didático, estratégias de divulgação, apresentação em reunião geral, correções e definição da data de implantação; 6) implantação do Projeto; 7) garantia da continuidade do projeto. Como produtos e resultados alcançados, obtivemos a racionalização de fluxo, redução de atendimento ambulatorial no Pronto Atendimento, redução no número de pessoas circulando desorientadas pela Unidade, aumento de satisfação do cliente e maior harmonia no ambiente de trabalho. Como lições aprendidas com a experiência, constatamos que a implementação do Acolhimento é um processo extremamente delicado, não podendo ser atribuição de uma só equipe. Necessita da união de todos, independentemente de seus vínculos profissionais, além da participação efetiva do gerente, conselho gestor e da comunidade. Como recomendações, são sugeridos planejamento, trabalho, perseverança e paciência, que devem ser um exercício contínuo de todos os membros da Equipe de Coordenação. As dificuldades e os dissabores gerados pela crítica desenfreada de alguns não podem, de forma alguma abalar a convicção dos benefícios trazidos pelo Acolhimento.

Palavras-chave

Acolhimento; Trabalho em equipe; Processo de trabalho; Humanização do atendimento.

INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde da Família/PA Jardim Macedônia está localizada na periferia da região sul do município de São Paulo, fazendo parte da Subprefeitura do Campo Limpo, fronteira com outros municípios. Trata-se de uma unidade de saúde constituída por oito médicos diaristas, sete equipes completas de PSF (área de abrangência: 30.000 pessoas) e um pronto Atendimento servindo a todas as regiões. Atendimento médio da unidade: 19.645 procedimentos/mês. Responde hierarquicamente à Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Campo Limpo.

Devido à complexidade desta Unidade, mista e com portas de entrada tão diversas, ocorrendo simultaneamente, sentimos a necessidade de um Acolhimento Resolutivo, e este trabalho relata a nossa experiência de implementação deste modelo assistencial.

OBJETIVO

Demonstrar, de forma prática, que é possível implementar um Sistema de Acolhimento em Unidade de Saúde, garantindo os princípios e diretrizes do SUS, visando a uma melhor organização de trabalho, racionalização do fluxo e diminuição de pessoas circulando desorienta-damente pela Unidade.

METODOLOGIA

Para a implementação deste modelo, foram necessárias sete etapas, que serão discutidas a seguir.

1a Etapa

A) Constituir equipe de coordenação do projeto - Trata-se de etapa fundamental, já que a implementação de um projeto de tal magnitude não é trabalho de uma só pessoa. O perfil dos componentes da equipe não deve ser baseado apenas pelo aspecto profissional, mas também pela convicção de cada um de que o êxito do projeto depende basicamente do trabalho de equipes integradas, participantes e co-responsáveis pelas decisões e resultados. Acreditamos que quanto mais multidisciplinar melhor para o desenvolvimento do projeto. Em nosso caso, a equipe foi constituída por três profissionais: a gerente da Unidade (Cirurgiã Dentista), uma médica e uma enfermeira do PSF.

B) Definição de Cronograma - A implementação do projeto acaba fornecendo uma radiografia bastante acurada do que vem acontecendo realmente na Unidade de Saúde. Isto acaba gerando um nível de tensão bastante elevado, o que leva a inúmeras discussões, a favor e contra as mudanças. Sem o cronograma e principalmente sem a estipulação da data da implantação, fica muito difícil avançar além das fases de sensibilização e conscientização. E mesmo a equipe de coordenação precisa estar ciente de que existem prazos. No planejamento estratégico, a meta para a implantação do projeto foi de seis meses.

2a Etapa

A) Divisão da Unidade em pequenos grupos de discussão - Dividimos a Unidade de Saúde em sete grupos, baseados nas sete equipes do PSF. Agregamos e distribuímos entre elas todas as outras categorias, inclusive os funcionários terceirizados (segurança e limpeza).

B) Identificação dos problemas de fluxo e relacionamento na Unidade e comunidade - A equipe de coordenação fez duas reuniões com cada um destes sete grupos. Uma terceira reunião foi feita entre a coordenação e os líderes de cada grupo de forma conjunta.

Para que estas reuniões funcionem de uma forma produtiva, é importante tentar sensibilizar os funcionários a assumir uma postura de co-responsabilidade no projeto. Que cada crítica seja associada a uma sugestão de correção ou melhoria; caso contrário, essas reuniões, transformar-se-ão em situações de lamentação coletiva e hostilidade entre grupos ou indivíduos.

O primeiro problema identificado em nossa Unidade (até então não levado em conta por fazer parte da tradição) foi à existência de três acessos livres ao interior da mesma, gerando com isto uma quantidade enorme de pessoas circulando na Unidade à procura de uma solução para os seus problemas. Causavam, com isto, transtornos para o atendimento da unidade, podemos citar, como exemplo, a interrupção freqüente de consultas em andamento por pessoas solicitando informações.

O segundo problema detectado foi a sobrecarga de trabalho dos funcionários da recepção (auxiliares técnicos administrativos), local onde ocorria um grande afluxo de clientes a procura de informações diversificadas, como, por exemplo, se o exame já havia chegado, se o médico estava na Unidade, em que dia se colhia o exame Papanicolau etc. Quando estas e outras tentativas de informação não eram atendidas, invariavelmente o próximo passo era a procura da assistente social, ou da Administração, isto, caso o cliente não desistisse e simplesmente fosse embora.

O terceiro problema visualizado foi o longo período de espera dentro da Unidade para se passar em consulta médica, devido ao fato de todas as consultas serem agendadas para o mesmo horário (tradição).Tomando-se como exemplo uma Pediatria com 20 consultas agendadas, para as 7h00, serão pelo menos 40 pessoas (mãe e criança) aguardando sua vez. Se considerarmos, que a Unidade possui quatro médicos do PSF e dois diaristas que iniciam suas atividades às 7h00, teremos aproximadamente 180 pessoas, entre pacientes e acompanhantes, em espera, dentro da Unidade, por um atendimento médico; juntando-se, a esse quantitativo de pessoas o grupo que aguarda atendimento para os outros serviços da Unidade de Saúde (vacinas, coleta de exames, aferição de PA, curativos, etc.), formando, com isto, um verdadeiro barril de pólvora.

O quarto problema levantado foi a dificuldade de relacionamento entre funcionários / clientes, funcionários / funcionários, clientes / clientes.

Devemos ressaltar que, para a confecção deste trabalho, estamos relacionando somente os

quatro problemas acima, por sua importância e similaridade com outras unidades de saúde existentes.

3a Etapa

A) Análise dos dados Colhidos - Analisando os problemas levantados na etapa anterior, verificamos que basicamente havia um problema principal que gerava ou piorava todos os outros: a falta de um fluxo bem orientado e definido, para que o cliente não dependesse exclusivamente da "Boa Vontade" das pessoas abordadas, mas sim de um processo que funcionasse.

B) Elaboração do Anteprojeto - Para elaborarmos o anteprojeto, colocamo-nos na posição do cliente que procura a unidade. Relacionamos de forma individualizada cada ponto, bem como as possíveis formas de resolução destas necessidades. Exemplos: "Desejo marcar uma consulta", "Gostaria de um encaminhamento para uma especialidade", "Preciso de um laudo", "Preciso trocar minha receita", "Quero meu resultado de exame", "Quero colher um Papanicolau", "Preciso colher exames", "Preciso de um endereço", "A que Unidade de Saúde eu pertenço?", "Estou passando mal", "Planejamento familiar", "Não sei se estou grávida".

Estes exemplos são de fundamental importância para o início de qualquer trabalho de implementação do Acolhimento Resolutivo. Precisam ser listados e exaustivamente discutidos nas reuniões de forma a serem claramente identificadas suas entradas, seus fluxos e suas saídas, ou seja, por onde eu chego, com quem eu falo, para onde eu vou, e como resolver o meu problema.

Após algumas discussões, chegamos ao consenso de que, quanto mais simplificado o projeto, mais rapidamente ele poderia ser implementado, com melhores resultados. Optamos então por:

1) Reduzir o número de acessos físicos ao interior da Unidade.

Instrumentos necessários para implementação:

- Físicos: fechar entradas alternativas.
- Lógicos: nenhuma.
- Humanos: nenhum.

2) Introduzir um agente organizador e redirecionador das necessidades e soluções, que recebeu a denominação "Posso Ajudar?".

Instrumentos necessários para implementação:

- Físicos:

a) mesa, cadeira e placa informativa da atividade, de preferência junto à porta de entrada da Unidade.

- Lógicos:

a) manual com as rotinas operacionais da atividade.

b) lista das ruas limítrofes a área de abrangência da Unidade;

c) lista das ruas limítrofes a área de abrangência das Unidades vizinhas;

d) lista com endereços das Unidades para

encaminhamento dos usuários fora de área.

• Humanos:

a) um (a) auxiliar de enfermagem.

3) Balcão da recepção.

Instrumentos necessários para implementação:

• Físicos:

a) balcão, cadeira e placa informativa da atividade.

• Lógicos:

a) manual com as rotinas operacionais da atividade.

• Humano:

a) dois auxiliares técnicos administrativos.

4) Acolhimento.

Instrumentos necessários para implementação:

• Físicos:

a) uma sala, ou um espaço o mais próximo possível do "Posso Ajudar?", balcão da recepção e consultório médico. Duas mesas, cadeiras, placa informativa da atividade.

• Lógicos:

a) manual com as rotinas operacionais da atividade.

b) livro de lançamento das atividades do Acolhimento.

• Humano:

a) um(a) auxiliar de enfermagem, um(a) médico(a) e um(a) enfermeiro(a) de Referência.

5) Alteração da rotina de agendamento de consultas.

6) Alteração da rotina de entrega de resultados de Exames.

7) Acolhimento diferenciado da gestante.

8) Acolhimento diferenciado ao recém-nascido e puérpera.

C) Melhoria nos processos existentes - Com estas premissas, pudemos então iniciar pequenas mudanças no fluxo existente, de forma a sinalizarmos aos clientes e funcionários que o projeto em pauta era uma realidade irreversível, que as críticas e sugestões foram ouvidas e que as mudanças haviam começado e funcionavam, e que nem tudo o que já existia estava errado, mas poderia ser melhorado.

Para isto, resolvemos efetuar três modificações iniciais, baseados nas proposições dos itens 1, 5 e 6 do Anteprojeto:

1) Racionalizar o número de entradas para a unidade, reduzindo de três para uma única entrada, (início de um condicionamento inconsciente para porta de entrada definida).

2) Intensificar o sistema de agendamento de consultas com horário marcado (aproximadamente intervalos de 20 minutos para cada consulta), de forma a reduzir

o tempo de espera. Esta atividade é feita pelas equipes, levando em conta as necessidades relatadas pelo agente comunitário de saúde.

3) Modificar a rotina interna de entrega de resultado de exames da seguinte forma:

- seleção e separação prévia dos resultados por equipe PSF;

- avaliação destes resultados priorizando os pacientes que necessitam passar em consulta. Os demais exames, normais, passaram a ser entregues em domicílio.

Estas alterações provocaram uma drástica redução no número de usuários que afluíam apenas de forma espontânea para tratar destes problemas.

Neste momento, pudemos sentir nitidamente que estávamos no caminho certo, pois houve, um engajamento maior por parte dos funcionários, uma satisfação maior por parte dos clientes, gerando uma maior harmonia na Unidade de Saúde.

4a Etapa

A) Validação das modificações implementadas - Através de inspeções pessoais dos membros da equipe de coordenação do projeto e reuniões com os grupos selecionados anteriormente, cada item do anteprojeto foi validado e revisado.

5a Etapa

A) Elaboração do projeto final - Esta etapa consistiu basicamente em:

. documentar de forma prática e objetiva todos os manuais das rotinas operacionais dos

itens pertencentes ao anteprojeto;

. estabelecer programa de treinamento para os funcionários da Unidade de Saúde;

. elaborar material didático, a ser distribuído à população usuária dos serviços, que

demonstre de forma clara a nova dinâmica operacional a ser implantada na Unidade de Saúde;

. Estabelecer uma estratégia de divulgação das mudanças (Agentes Comunitários de

Saúde, Conselho Gestor, etc.);

. Apresentação em reunião geral do projeto. Nesta etapa, também foi possível inserir

algum refinamento nos processos e metodologias, bem como acrescentar algo que tenha

escapado durante as fases anteriores;

. Definir a data da efetiva implantação do projeto.

6a Etapa

A) Implantação do Projeto - Com todos os itens dos tópicos

anteriores prontos e com a escala dos funcionários e o horário de funcionamento do Acolhimento definidos (ininterrupto -7h00 às 18h00 em dois grupos de trabalho, o primeiro a partir das 7h00 até as 12h30, e o segundo grupo da 12h30 até as 18h00), no dia 04 de junho de 2003, uma segunda-feira, apesar dos céticos, críticos e pessimistas, iniciamos o Acolhimento em nossa Unidade de Saúde.

7a Etapa

A) Garantir a continuidade do Projeto - Uma vez implementado o projeto Acolhimento Resolutivo, percebemos que o mesmo não era um sistema estático, que, mesmo sendo elaborado para ser um "Moto Contínuo" de atividades repetitivas, ele aprendia com seus erros e aprimorava seus acertos, pois a cada momento havia uma contribuição de idéias diferentes de um funcionário, de um cliente, de um visitante, sendo que algumas delas passaram a ser implementadas de forma individualizada, sem que tal fato fosse comunicado ou submetido à aprovação da equipe de coordenação.

Para que o mesmo não se tornasse um "Sistema Viciado" pela "policromia" de criatividade, resolveu-se estabelecer limites para a implementação de qualquer mudança, sem que antes houvesse uma aprovação e uma discussão eficaz das modificações propostas.

Optamos, então, por uma intensificação das reuniões periódicas, nas quais estas contribuições seriam avaliadas. Uma vez aprovadas, o seu processo de implantação seguiria a mesma lógica usada para a definição do escopo do Sistema. Nestas reuniões, com base nos dados estatísticos obtidos com a nova sistemática, também seriam abordados aspectos e problemas, antes impossíveis de serem levantados, como, por exemplo, "Demanda X Faixa etária", "Demanda X Queixa", "Demanda X Horário" etc., permitindo assim melhor distribuição dos recursos humanos existentes para suprir as possíveis deficiências apresentadas pelo cruzamento destes dados.

PRODUTOS E RESULTADOS ALCANÇADOS:

Os resultados de todo este processo puderam ser sentidos, mesmo antes da implantação completa do sistema. As melhorias implantadas no tópico C da 3a Etapa foram importantíssimas, pois reafirmaram que nossas expectativas seriam alcançadas.

Uma vez implantado o nosso Acolhimento e passados mais ou menos quarenta e cinco dias, pudemos então aferir os resultados de forma clara e inequívoca:

- A racionalização no fluxo de atendimento através da redistribuição da demanda (direcionamento de cada necessidade ao correto local de resolução do problema) eliminou o excesso de pessoas circulando no interior da Unidade.
- Os dados estatísticos obtidos pelo Acolhimento, após seis meses de implantação, foram de substancial importância, pois permitiram que se identificassem os reais motivos que levavam o cliente à Unidade. Constatamos então que 53,5% dos clientes não nos procuravam para uma consulta médica e

que todas as suas respostas seriam dadas pela equipe do Acolhimento (encaminhamentos a especialidades, trocas de receitas e de pedidos de exames, consultas de enfermagem, fornecimento de material, informações, etc.)

• Aumento no número de vagas disponíveis nas agendas, em função da absorção pelo acolhimento de todas as necessidades relacionadas acima, bem como a não-estipulação de um número fixo de consultas a serem efetuadas pelo Médico de Referência.

• Estamos estabelecendo gradativamente uma conscientização da valorização da consulta médica/enfermagem previamente agendada, combatendo faltas e atrasos, pois a consulta efetuada na fase de Acolhimento, quando necessária, é dirigida especificamente à queixa apresentada naquele momento.

• Maior identificação de grupos de clientes de risco, fora do sistema de saúde, e que são inseridos, por exemplo, diabéticos, hipertensos e outros.

• Maior aproveitamento das habilidades profissionais das auxiliares de enfermagem, que antes eram restritas somente as execuções de procedimentos (curativos, injeções, vacinas etc.), hoje estão sendo estimuladas a participar ativamente nos processos decisórios de definição do atendimento ao cliente, de acordo com a sua capacitação. Cabe ressaltar que estas novas atividades foram estimuladas principalmente pela Enfermagem.

• Valorização do trabalho dos(as) enfermeiros(as), pois passaram a executar as funções pertinentes ao seu cargo e qualificação.

• Os auxiliares técnicos administrativos passaram a ter maior disponibilidade de tempo para executar suas tarefas normais. Puderam então reorganizar todo o arquivo de prontuários e intensificaram de forma significativa a busca de vagas para os encaminhamentos médicos a outras especialidades, dedicando maior empenho na resolução destas necessidades.

• Identificação imediata dos clientes que costumam faltar às consultas agendadas, isto é feito por intermédio de uma anotação diferenciada no cartão de consulta.

• Criação de um canal de comunicação entre a comunidade e a Unidade de Saúde, inclusive para reclamações, antes feitas diretamente na Administração, Assistente Social, Diretoria e/ou Ouvidoria. Este canal agora permite uma solução mais ágil para uma grande parte dos problemas.

• Criação de um canal entre a comunidade e os agentes comunitários de saúde. Esta comunicação é feita através de um livro, onde o interessado deixa sua mensagem para o seu agente. Todos os dias, os agentes de saúde consultam este livro, anotam seus recados e passam as informações às equipes de saúde.

• Intensificação nas Atividades da Assistente Social, que deixou de ser simplesmente a orientadora de fluxo da Unidade de Saúde.

• A racionalização e otimização do fluxo, permitiram que o pessoal da limpeza tivesse maior aproveitamento em suas atividades, tendo como resultado um nível de higiene e limpeza da Unidade de Saúde extremamente satisfatória, elogiado pela comunidade. Hoje, existe um

jardim na Unidade de Saúde sendo cuidado por um funcionário da limpeza, em suas horas de folga.

• A Segurança, por sua vez, deixou de ser fator de coerção e exclusão, para ser um direcionador ao acolhimento (Antes fechavam as portas: "Não temos vagas". Hoje: "Por favor, Sr. ou Sra, dirijam-se à mesa do..., posso ajudar?).

• Integração maior entre a equipe médica da Unidade. Passou a ser comum a comunicação entre as diferentes especialidades.

• Drástica redução no nível de tensão dentro da Unidade de Saúde. Os problemas de relacionamento internos, bem como com a comunidade, praticamente deixaram de existir.

• Aumento da credibilidade e confiança da população atendida.

• Maior valorização pelo funcionário do seu local de trabalho e a Unidade de Saúde, reduzindo assim o índice de rotatividade funcional antes existente.

• Com a melhoria organizacional obtida, tornou-se possível o estabelecimento de um cronograma de atividades da unidade, tais como reuniões, cursos, palestras, sem prejuízo das atividades normais.

• Valorização Imobiliária na área de abrangência da Unidade de Saúde, ou seja, os clientes se informam, antes de mudar, se continuarão sendo atendidos pela Unidade de saúde. Este item, embora hilário, de fato acontece e está causando problemas.

LIÇÕES APRENDIDAS COM A EXPERIÊNCIA

A implementação de um sistema de Acolhimento, por si só, não deveria ser algo tão complexo, porém a pluralidade de funções e atendimentos executados simultaneamente em uma UBSF, bem como a diversidade de vínculos funcionais dos profissionais envolvidos, torna esta implementação, se não complicada, pelo menos bastante delicada.

Uma das tarefas mais árduas é a tentativa de conscientização destes profissionais de que, independentemente do seu vínculo com a Unidade de Saúde, o Acolhimento deve ser uma metodologia de trabalho pertinente a todos, não sendo, portanto, setorizado ou de atribuição de uma só equipe, mas sim do universo funcional que compõe a Unidade de Saúde como um todo.

Muitas vezes, ouvimos : "Não tenho um perfil adequado para trabalhar no Acolhimento". Nestes casos, o dia-a-dia mostrará que o trabalho em uma Unidade de Saúde não é tão diferente do estar na linha de frente de um Acolhimento. O que pode em realidade acontecer é a insegurança sentida por alguns para o desempenho desta nova tarefa. Isto pode ser atenuado com a definição de uma retaguarda funcional, como, por exemplo, os(as) auxiliares terem a (o) enfermeira(o) de referência atuando em conjunto em uma mesma área física.

Outra dificuldade na fluidez do processo é o fato de existirem rotinas sendo executadas (atividades normais da unidade) paralelamente ao desenvolvimento do projeto. Isto significa compatibilizar estas duas atividades com o mínimo de sacrifício possível. Optamos por oferecer alternativas de horário

(manhã ou tarde) para as discussões, com freqüência obrigatória (lista de presença) e lema: "Para cada reclamação, uma sugestão". Pois, caso isto não seja sistematizado, corre-se o risco de apenas um pequeno grupo não representativo da unidade comparecer às reuniões.

Foi e é de vital importância a presença de uma Gerência participativa no processo e determinada a sua implementação. Caso contrário, o grupo de coordenação acaba isolado e desacreditado pela Unidade, ocorrendo, então, uma estagnação de etapas, o processo não consegue evoluir além das reuniões de sensibilização. Em nossa experiência, fica bastante claro que a conscientização dos benefícios do acolhimento para a Unidade de Saúde como um todo surge com os resultados obtidos após sua implantação. Neste momento, a oposição ao projeto fica fragilizada.

O envolvimento do Conselho Gestor, Agentes Comunitários e Lideranças da Comunidade é de suma importância no processo. Uma vez convencidos, tornam-se co-responsáveis pelo projeto, atuando como agentes conciliadores para quaisquer questionamentos por parte da comunidade.

Sem dúvida alguma, os agentes facilitadores do projeto foram a existência de um espaço físico adequado, sete equipes completas de PSF e um gestor extremamente atuante.

Aprendemos que o fato de a Unidade estar funcionando de maneira adequada traz, além de elogios, problemas que precisam ser trabalhados no âmbito da comunidade. Está ocorrendo, pelo padrão de qualidade oferecido, uma afluência enorme de pessoas que efetivamente não residem na área de abrangência da Unidade, por exemplo, gestantes que se mudam temporariamente para a casa da mãe ou de algum parente que resida em nossa área, para fazer o pré-natal. Com isto, o número e tamanho das famílias têm crescido assustadoramente, temos agentes comunitários de Saúde responsáveis, hoje, por duzentas e cinqüenta famílias, antes eram responsáveis por cento e cinqüenta a duzentas.

É importante notar que existe também a migração daqueles que deveriam passar pelo Pronto Atendimento para o Acolhimento. Isto é claramente visível nos casos de gestantes que às vezes são acometidas por hemorragias nos finais de semana, e aguardam até a segunda-feira, para serem atendidas pelo Acolhimento.

Este último item é uma realidade que deve ser trabalhada com muito cuidado, pois embora reflita a confiança dos clientes em relação ao Acolhimento, pode tornar-se fator de risco para o paciente. Estamos empenhados, através dos agentes comunitários de Saúde, no esclarecimento à população do que efetivamente possa vir a ser uma urgência ou emergência e do que é um atendimento de rotina.

RECOMENDAÇÕES

Planejamento, trabalho, perseverança e paciência devem ser um exercício contínuo de todos os membros da Equipe de Coordenação. As dificuldades e os dissabores gerados

pela crítica desenfreada de alguns, não podem de forma alguma abalar a convicção dos benefícios trazidos pelo Acolhimento.

Acolher significa compreender as fragilidades estruturais das pessoas e segmentos funcionais. Por tanto, deve-se modificar a agressividade inicial destas pessoas e encará-las como contribuições de idéias e postura.

A não-aceitação das provocações como simples agressões e a compreensão dos medos que as pessoas têm em vivenciar uma situação nova, que foge aos padrões até então estabelecidos, são também uma forma de conscientização inicial dos benefícios que serão colhidos.

Ao agir assim, a Equipe de Coordenação estará exemplificando que, na verdade, o Acolhimento é um organismo vivo, que respira e processa atitudes e comportamentos, às vezes inadequados, devolvendo-os aos emissores, de forma organizada, atenuada e clara, trocando uma postura de indiferença por uma atitude de solidariedade.

Sentir, aprender, exercitar e aplicar, além de ... lembrar, lembrar, lembrar:

Acolha o outro como você gostaria de ser Acolhido!!!

REFERÊNCIAS

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E.; BUENO, W.S. O Acolhimento como um dispositivo de redesenhar processos de trabalho em Saúde: O caso de Betim - MG. 1997. 24p (Mimeo)

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência In: Campos, C.R. (Org.) et al; Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público; São Paulo, XAMÃ VM ED; 1998.

CAMPOS, G.W.S.; 1997. Subjetividade e Administração de Pessoal. In: Agir em Saúde. Um desafio para o Público (E.E.MERHY & R.Onoko, org.), pp. 229 - 266, São Paulo: Editora Hucitec.

SILVA, R.; 2004. Avaliação Estatística do Projeto Acolhimento na UBS/PA Jd. Macedônia. In: Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Campo Limpo - Dois Anos de Gestão Participativa. São Paulo - SP.

SILVA JR. A. G.; Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva; São Paulo, Hucitec, 1998.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO/SP; 2002. Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver.

PROJETO TREVO DE 4 FOLHAS: UMA ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL

Júlia Santos Sousa*

Ana Cecília Sucupira**

Noraney Alves Lima***

Resumo

Introdução: A mortalidade infantil no município de Sobral vem caindo nos últimos anos, em função da implantação do Programa de Saúde da Família e das medidas de saneamento básico. Entretanto, constatou-se que muitos dos óbitos eram devidos à falta de apoio para as gestantes e mães exercerem o direito à maternidade.

Objetivo: Reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir o apoio ao exercício da maternidade.

Metodologia: É um projeto de intervenção que propõe a reorganização da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e ao segundo ano de vida. Foram identificados os principais problemas relacionados à mortalidade materna e infantil: início tardio do pré-natal; parto prematuro por impossibilidade da gestante cumprir o repouso médico prescrito; falta de apoio às mães para cuidar do bebê. O apoio às gestantes e mães é dado pela mãe social e pela madrinha/padrinho social. A mãe social é uma pessoa da comunidade selecionada e treinada para assumir as tarefas domésticas quando a mãe estiver impossibilitada, recebendo uma diária do Projeto. A madrinha/padrinho social é uma pessoa da sociedade que se solidariza com a proposta do Projeto, assumindo o compromisso de contribuir mensalmente para o pagamento das mães sociais. O projeto é responsável pelo suporte técnico do Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, Perinatal e Infantil, realizando a investigação e análise de todos os óbitos.

Resultados: O Projeto Trevo contribuiu para reduzir a mortalidade infantil por causas evitáveis, aumentar a captação da gestante no primeiro trimestre, aumentar o número de gestantes com seis ou mais consultas e pactuar ações e medidas para a melhoria da qualidade da assistência materno-infantil nos três níveis de atenção.

Considerações finais: O monitoramento diário dos indicadores de qualidade da assistência materno-infantil permite a retroalimentação das ações. O Projeto articula a rede de apoio à vida, envolvendo a sociedade civil, por

* Júlia Santos Sousa, Coordenadora do Projeto Trevo de Quatro Folhas da Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral - Ce. e-mail: juliasantos@sobral.org, telefone: 0xx(88) 3614-3271 / 3613-1955/ 9961-9003.

**Ana Cecília Sucupira - Assessora da Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral-Ce;

***Noraney Alves Lima - Assistente Social do Projeto Trevo de Quatro Folhas;

****Josiane Alves Dorneles - Ginecologista e Obstetra da Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde;

*****Luiz Odorico Andrade - Secretário de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral -Ce.

meio de madrinhas/padrinhos e mães sociais. Este projeto de iniciativa local pode ser reproduzido em outros municípios, para a implementação do pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.

Palavras-chave

Mortalidade Infantil; Pré-natal; Mãe social; Madrinha/ Padrinho Social; Mortalidade Materna

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil em Sobral vem caindo desde 1997, em função de vários investimentos por parte do governo municipal. Inicialmente, houve uma grande redução dos óbitos por diarréia graças à ampliação do saneamento básico. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) com acesso universal possibilitou a intervenção precoce nos agravos e a redução da mortalidade geral no município. Em 1996, a mortalidade infantil era de 43 óbitos por mil nascidos vivos, caindo para 29 em 2001.

Com a realização da autópsia verbal em todos os óbitos de crianças menores de 1 ano, tem sido possível identificar as principais deficiências da assistência ao pré-natal e ao parto. Define-se autópsia verbal como o processo de investigação das causas do óbito, por meio de entrevista à família, em que se recuperam todos os eventos ocorridos desde o aparecimento do primeiro sinal da doença até o óbito, incluindo as providências tomadas e os tratamentos realizados.

A análise dos óbitos maternos e infantis mostrou que, além das falhas na assistência ao pré-natal e ao parto, estavam presentes dificuldades que impediam gestantes e mães de seguirem as orientações necessárias para evitar problemas na gestação, assim como para o bebê. Observou-se que o cumprimento das prescrições de repouso e a realização das consultas do pré-natal ou dos exames laboratoriais ficavam prejudicadas porque a mulher não tinha quem cuidasse da casa ou das outras crianças. Conseqüentemente, muitas mulheres apresentavam intercorrências que punham em risco sua vida e a dos seus filhos. Essa realidade era mais presente nas camadas mais pobres da população, que na falta de apoio familiar, não tinha como provê-lo. Outra conseqüência da falta de apoio social era o desmame precoce, devido à sobrecarga de tarefas domésticas e/ ou a necessidade de acompanhar a internação de outros filhos.

Em relação às falhas na assistência ao pré-natal e ao parto, foram identificados os seguintes problemas: demora na captação da gestante para início do pré-natal; dificuldades no acompanhamento das consultas de pré-natal; falhas na identificação das gestantes de risco; falhas no encaminhamento e atendimento das gestantes de risco; falhas no sistema de referência e contra-referência entre o atendimento de pré-natal e as maternidades; falhas no atendimento ao parto e a puérpera.

Nos óbitos infantis, foram identificadas: falhas no atendimento no berçário e no alojamento conjunto, com altas taxas de infecção neonatal; falhas na identificação e seguimento dos bebês

de risco; falhas na visita domiciliar da puérpera e do recém-nascido nos primeiros dias de vida; falhas na orientação para a manutenção do aleitamento materno; entre outros.

Com o objetivo de dar condições às mulheres para exercerem o direito à maternidade e reduzir a mortalidade infantil, garantindo assim o direito à vida, a Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral implantou em dezembro de 2001 o PROJETO TREVO DE QUATRO FOLHAS - ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA E INFANTIL. O Projeto recebeu esse nome por ser o trevo de quatro folhas o trevo da sorte e porque as ações propostas articulam-se em 4 momentos simultâneos da atenção materno-infantil: o pré-natal, o parto e puerpério, o nascimento e os dois primeiros anos de vida. Além disso, o referido Projeto assumiu o suporte técnico do Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, Perinatal e Infantil, passando a investigar e analisar de forma sistemática os óbitos fetais, infantis e maternos.

METODOLOGIA

O Projeto tem duas linhas básicas de ação: 1) a reorganização e melhoria da qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao bebê no nascimento e nos dois primeiros anos de vida; 2) a garantia de que as mulheres, durante a gestação e no primeiro ano de vida do bebê, tenham todo apoio que necessitem. Esse apoio é dado através da atuação das mães sociais e da contribuição de madrinhas e padrinhos sociais.

A Mãe Social é uma pessoa da comunidade que é remunerada como diarista, para assumir, na ausência de apoio familiar, as tarefas domésticas da gestante ou da mãe de criança em situação de risco clínico e social, além dos cuidados com a família.

A Madrinha/Padrinho Social é uma pessoa da sociedade civil que assume a criança como afilhada e contribui com uma quantia mensal para ajudar a manter o trabalho da mãe social. O contato direto da madrinha ou padrinho com a família é opcional, sendo na maioria das vezes intermediado pela equipe do Projeto Trevo.

O Encontro Solidário é um evento anual que congrega madrinhas/padrinhos sociais e mães sociais, objetivando a mobilização da Rede de Apoio à Vida e a prestação de contas do Projeto Trevo, dando visibilidade às ações desenvolvidas e incentivando a reafirmação da responsabilidade social de parceiros e colaboradores.

O Cortejo Pela Vida é um evento anual de iniciativa do Projeto Trevo de Quatro Folhas que envolve madrinhas/padrinhos sociais, mães sociais e os parceiros. O referido evento caracteriza-se como uma estratégia de divulgação das ações da atenção materno-infantil de Sobral, visando à mobilização da sociedade civil e à captação de recursos.

Em 2004 foi realizada a Gincana Parceiros da Criança, como estratégia de mobilização da rede de atenção materno-infantil, das organizações governamentais e não-governamentais e dos grupos sociais organizados para a promoção do aleitamento materno exclusivo e o combate à diarréia e à infecção respiratória aguda (IRA), em crianças

menores de um ano. Esse evento objetivou a implementação de um processo permanente de mobilização social para a redução da mortalidade infantil; a articulação e/ou fortalecimento das redes locais de atenção à mãe e a criança; o aumento do número de crianças de até seis meses em aleitamento materno exclusivo e a promoção da educação popular em saúde para a prevenção da morbimortalidade infantil por diarréia e infecção respiratória.

A operacionalização do Projeto

A equipe técnica do Projeto é formada por uma enfermeira coordenadora, uma obstetra, uma pediatra, duas enfermeiras e uma assistente social. Participam ainda, os preceptores de pediatria e de obstetrícia, a coordenação do PSF, da Residência em Saúde da Família e da Vigilância em Saúde.

O Projeto estabelece a Gestão do Cuidado nas quatro fases da atenção materno-infantil:

FASE I: GESTÃO DO CUIDADO NO PRÉ-NATAL

• Objetivos:

Reduzir a taxa de recém-nascido (RN) prematuro;

Reduzir a incidência de RN de baixo peso;

Reduzir a morbimortalidade materna.

• Ações:

1. Garantir o acesso ao diagnóstico precoce da gravidez.

Estabelecer uma rotina nas unidades, com um horário diário para realização de teste de gravidez.

Quando o resultado for negativo, caso a mulher deseje, encaminhá-la para o planejamento familiar.

2. Garantir o início precoce do pré-natal

Se o resultado for positivo, abrir a Caderneta da Mãe e da Criança e cadastrar no SISPRÉ-NATAL, solicitar os exames pré-natais iniciais e agendar a primeira consulta com a enfermeira na semana seguinte, e no próximo mês com o médico. Caso a enfermeira detecte problemas na primeira consulta, encaminhar na semana seguinte para consulta com o médico.

3. Valorizar a Caderneta da Mãe e da Criança

Explicar para a gestante o que é a caderneta, para que serve e como deverá ser utilizada. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) deverá sempre que visitar a gestante pedir a Caderneta e orientar a mãe sobre a leitura da mesma.

4. Assegurar o pré-natal de qualidade a todas as gestantes de baixo risco.

Garantir o acesso às consultas de pré-natal e aos exames da rotina do pré-natal a todas as gestantes de baixo risco. O ACS deverá sempre checar com as gestantes a data das consultas de pré-natal e de realização de exames complementares.

5. Rastrear as gestantes de risco

Rastrear as gestantes de risco clínico e as gestantes de risco social que vão necessitar de pré-natal com cuidados especiais.

6. Realizar o pré-natal de risco

Encaminhar, com impresso próprio de referência e contra-referência, as gestantes

de alto risco para o ambulatório de pré-natal de risco no Centro de Especialidades Médicas.

Manter as consultas de pré-natal na unidade para as atividades em grupo educativo e de orientação quanto à gestação, parto, puerpério, aleitamento e cuidados com o RN.

7. Assegurar a retaguarda para o pré-natal de risco

Estabelecer com o hospital de referência os fluxos necessários para o encaminhamento de gestantes para interconsultas com especialistas da área clínica.

8. Garantir as consultas no pré-natal de cuidados especiais.

Organizar a atenção ao pré-natal das gestantes que preencherem os critérios de risco social, estabelecendo o esquema de cuidados especiais. Definir o papel de cada profissional da equipe no cuidado dessa gestante.

9. Realizar busca ativa das gestantes faltosas.

Identificar as gestantes faltosas por meio do acompanhamento do cadastro das gestantes pelos ACS. Realizar visita domiciliar e agendar nova consulta de pré-natal na unidade.

Quando a gestante se recusar a comparecer à unidade na data agendada da consulta do pré-natal, será feita visita domiciliar com o médico ou enfermeiro para identificar o motivo da recusa e sensibilizar a família para a realização do pré-natal. Quando a gestante permanecer resistente ao pré-natal, a Equipe solicitará abordagem psicossocial do Projeto Trevo.

10. Realizar atendimento domiciliar, pelo médico ou enfermeiro, às gestantes que estejam de repouso.

Para as gestantes em repouso, o atendimento deve ser feito no domicílio pelo médico ou pelo enfermeiro, com discussão na ESF de quais serão os procedimentos adequados. Também deverá ser feito o atendimento domiciliar para aquelas que não conseguem comparecer à unidade, depois de esgotadas todas as tentativas de trazê-las para o pré-natal.

11. Identificar gestantes que terão ajuda da mãe social

Aplicar os critérios de seleção para identificar as gestantes que serão acompanhadas pela mãe social e pela madrinha social.

12. Realizar grupos educativos e de orientação para gestantes

Estabelecer reuniões com cronograma de acordo com as possibilidades da unidade para discutir temas relacionados à gravidez, ao parto, ao puerpério, ao aleitamento e aos cuidados com o RN. Definir a participação dos profissionais da ESF nos grupos.

13. Definir local do parto

No último trimestre da gestação, é fundamental definir com a gestante qual a maternidade que ela pretende ter o bebê, obedecendo aos critérios de Hierarquização dos Cuidados.

14. Realizar visita a maternidade

No último trimestre de gestação, programar visitas, em grupos, à maternidade onde as gestantes pretendem ter o bebê. Essa é uma atividade que deve estar integrada à

programação dos grupos educativos. A visita deve ser acompanhada pela enfermeira da maternidade e da ESF.

15. Supervisão do Pré-natal

A supervisão das atividades do pré-natal ficará sob a responsabilidade da preceptoria da unidade, que terá de informar à preceptoria de gineco-obstetrícia todas as intercorrências, tanto na unidade como nas maternidades. A supervisão técnica fica a cargo da preceptoria de gineco-obstetrícia

Indicadores de Processo - Fase I

- percentual de cadernetas parcialmente preenchidas
- percentual de cadernetas preenchidas completamente
- percentual de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal
- percentual de gestantes com início do pré-natal no primeiro trimestre
- percentual de gestantes com todos os exames complementares de rotina realizados
- percentual de gestantes que tiveram apoio da mãe social
- percentual de gestantes encaminhadas para o ambulatório do pré-natal de risco
- percentual de gestantes faltosas em consultas de pré-natal
- número de gestantes que tiveram consulta domiciliar de pré-natal

Indicadores de Resultados - Fase I

- Coeficiente de Mortalidade Materna
- Taxa de Abortamentos
- Taxa de Gestantes com Trabalho de Parto Prematuro

FASE II: GESTÃO DO CUIDADO NO PARTO E PUERPÉRIO

- Objetivos:

1. Reduzir a morbimortalidade materna
2. Reduzir as complicações no parto
3. Reduzir a morbimortalidade perinatal

- Ações:

Em relação à parturiente:

1. Identificação de riscos durante a gestação a partir da análise da Caderneta da Mãe e da Criança e/ou da ficha de Referência e Contra-referência.
2. Definição de fatores de risco para o pré-parto e parto
3. Registro das Condições da Gestante
4. Normas de seguimento da parturiente conforme a natureza do risco
5. Normas de assistência ao parto

Em relação ao bebê:

1. Identificar o risco para o bebê

Verificar na Caderneta da Mãe e da Criança as situações de risco apresentadas no pré-natal, na admissão hospitalar e no partograma, para identificar as condições da gestante e os fatores de riscos para o parto. Considerar as situações maternas que podem ter repercussão para a criança, no parto e no período neonatal precoce.

2. Assistência neo-natal na sala de parto

É fundamental a presença do pediatra na sala

de parto no momento em que se inicia o parto, seja natural ou cesariana. Deverá ser feito, com antecedência, o preparo de todo o material que será utilizado na reanimação do recém-nascido.

3. Realizar primeiro exame do RN

Fazer o exame do RN logo após o parto e anotar os sinais vitais e a impressão geral em impresso próprio. Avaliar as condições de vitalidade da criança para definir qual o encaminhamento que será dado ao bebê.

4. Rotinas de assistência ao recém-nascido normal

Caso não haja intercorrências no parto e não haja fatores de risco maternos que interfiram com o bebê, encaminhar o recém-nascido imediatamente após o parto para o alojamento conjunto. Orientar a mãe para identificar sinais de alerta com o bebê.

5. Encaminhar ao berçário o bebê com problemas

FASE III: GESTÃO DO CUIDADO NO PUERPÉRIO E NO PERÍODO NEONATAL

Objetivo:

1. Evitar a morbimortalidade materna no puerpério e o risco reprodutivo futuro

2. Evitar a morbimortalidade neonatal precoce

Ações:

Em relação a puerpéra:

1. Identificar fatores de risco no puerpério

2. Identificar fatores de risco reprodutivo futuro

3. Garantir o agendamento da consulta de puerpério na USF

4. Orientar, na alta, a gestante para o planejamento familiar

Em relação ao Recém-nascido

1. Rotina de acompanhamento do RN no alojamento conjunto

2. Realizar exame para alta do RN

3. Cuidados com o bebê com problemas

4. Acompanhamento do bebê prematuro ou com baixo peso no berçário

5. Identificar os Bebês de Risco

FASE IV: GESTÃO DO CUIDADO NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA.

- Objetivo:

Reduzir a morbidade no primeiro ano de vida

Reduzir a mortalidade infantil

- Ações:

1. Identificar o Bebê de Risco Adquirido

Critérios para a definição do bebê de risco adquirido:

- Desnutrição - abaixo do percentil 3 do NCHS para peso e altura

- Maus tratos

- Após o segundo internamento

- Desemprego familiar e/ou perda absoluta de fonte de renda

- Criança manifestamente indesejada

- Criança com 3 ou mais atendimentos em Pronto Socorro em um período de 3 meses

2. Estabelecer as rotinas de acompanhamento do bebê normal

3. Estabelecer as rotinas de acompanhamento do bebê de risco

4. Definir rotina de acompanhamento dos bebês de risco adquirido

5. Estimular a participação das mães em grupos de estímulo ao aleitamento materno

6. Promover o acompanhamento do bebê no atendimento de grupo de mães

7. Verificar a necessidade de inclusão da criança ou da mãe nos programas de apoio social.

A PARTICIPAÇÃO DA MÃE SOCIAL

A mãe social é uma pessoa da comunidade que é contratada para dar apoio à mulher na sua condição de gestante, puérpera ou mãe. A mãe social assume os afazeres domésticos da gestante ou da mãe e quando há necessidade de internação de outra criança, a presença da mãe social como acompanhante dessa criança, permite à mãe continuar amamentando o filho menor de um ano. A atuação da mãe social pode ocorrer durante a gestação, o momento do parto, no puerpério ou no cuidado com o bebê. A ESF identifica a necessidade do trabalho da mãe social e solicita o parecer do Assistente Social do Projeto, que faz a visita para avaliar as condições da família.

PERFIL DAS GESTANTES E DAS MÃES QUE PRECISAM DO APOIO DA MÃE SOCIAL

O que define o perfil das gestantes e das mães que necessitam do apoio da mãe social é a impossibilidade de exercer as atividades domésticas ou dificuldades no cuidado com o bebê, na ausência de apoio familiar. Foram definidas situações específicas que se enquadram nesses princípios a fim de orientar as ESF na solicitação do apoio da mãe social. Na implantação do Projeto foi elaborado o cadastro das mães sociais, compondo um banco de dados, no qual constam informações sobre as características pessoais, local de residência e a área de abrangência para o trabalho da mãe social. A seleção e capacitação das mães sociais foram processos fundamentais para o êxito do Projeto.

A Capacitação de Mães Sociais fundamenta-se no paradigma da promoção da Saúde, com enfoque no protagonismo popular e na perspectiva de gênero. Propõe a promoção da autonomização e empoderamento das mulheres do meio popular.

Sabendo que as vivências e representações sociais e culturais de gênero são construídas historicamente a partir da transformação da diferença biológica de sexo em desigualdade social, acreditamos que podemos contribuir com a sua reconstrução através do empoderamento das mulheres nas redes primárias.

Para tanto, propomos a identificação e capacitação de mães sociais enquanto reeditoras que se tornam pessoas significativas na construção da resiliência e inclusão social de

gestantes, puérperas e crianças em situação de vulnerabilidade, através da articulação das redes locais.

A proposta de desenho curricular para esse processo de capacitação continuada foi construída a partir das experiências de acompanhamento da atuação das mães sociais nas comunidades sobralenses.

O Perfil de Mãe Social que esperamos prevê como conhecimentos teóricos: Identidade; Perfil de mãe social; Ética do cuidador, Gênero e Família; Apoio social e empoderamento; Gravidez, Parto e Puerpério; Promoção do aleitamento materno e alimentação saudável; Desenvolvimento Infantil. Entre os conhecimentos práticos e habilidades estão: Cuidados com o ambiente doméstico; Cuidados com a gestante, a puérpera e o recém-nascido; Apoio ao aleitamento materno; Cuidados com a criança de risco clínico e social; Abordagem educativa da gestante, da puérpera e da mãe; Abordagem da rede social primária. Em termos de atitude e postura, temos: Valorização e defesa da vida humana; Comportamento ético junto à família acompanhada; Respeito à mulher e a criança na sua condição de cidadania; Compromisso com a melhoria da qualidade de vida das famílias.

Utilizando o método participativo-construtivista, propomos o desenvolvimento da capacitação continuada em seis módulos, em forma de oficinas educativas mensais e de educação no trabalho, através dos meios Dinâmicas de Grupo, Vídeos, Vivências, Estudo de caso, leitura da Caderneta da Mãe e da Criança, Atividade orientada e supervisionada.

A referida proposta de capacitação prevê uma carga horária mínima de 40 h/a, sendo 24 h/a presenciais e 16 h/a atividade de campo orientada e supervisionada. Envolve todas as Mães Sociais do Município de Sobral, em oito turmas formadas segundo as macroáreas de saúde de Sobral.

PERFIL DA MÃE SOCIAL

Para ser mãe social é preciso ter experiência no cuidado com bebês, ter bons antecedentes na comunidade, disponibilidade para esse tipo de trabalho e, para participar de programas de educação continuada, ter cursado pelo menos os 4 anos do ensino fundamental. Algumas mães sociais foram selecionadas, apesar de não terem cursado os 4 anos de ensino fundamental, mas todas sabiam ler e escrever.

O processo de seleção das mães sociais foi bem democrático, sendo coordenado pelas Equipes do Saúde da Família (ESF) e pelo Projeto. Inicialmente, foi feita a mobilização das áreas para a construção do banco de dados, envolvendo os Conselhos Locais de Saúde. São realizados entrevista e exame de saúde admissional pela ESF junto com a equipe do Projeto.

As mães sociais são chamadas a trabalhar por um período definido e sistematicamente a equipe do Projeto faz a visita para avaliar o trabalho e definir a sua continuidade. A ESF, principalmente, os ACS têm a responsabilidade de orientar e supervisionar o trabalho das mães sociais. Por cada dia de prestação do serviço a mãe social recebe o

valor correspondente a uma diária de salário mínimo.

A PARTICIPAÇÃO DAS MADRINHAS SOCIAIS

A madrinha social é uma pessoa da sociedade civil que assume a criança como "afilhada", fornecendo suporte à gestante e à criança e viabilizando o apoio alimentar, e, eventualmente ações emergenciais. As contribuições mensais são definidas pela própria madrinha e administradas pelo Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, podendo ser restituídas no imposto de renda. A madrinha social não precisa ser identificada pela família, embora seja desejável. Ela pode acompanhar a criança por fotos ou informações do Projeto. Procura-se fazer a sensibilização da madrinha/padrinho social para que se envolvam com a criança "afilhada" e não se limitem apenas à contribuição material.

SISTEMA DE AVALIAÇÃO DO PROJETO TREVO DE QUATRO FOLHAS

Um ponto forte do Projeto Trevo é o sistema de avaliação. Foram criados indicadores para cada fase da gestão do cuidado, tendo cada fase os indicadores de processo e os indicadores de resultados. As informações são fornecidas mensalmente pelas unidades de saúde do PSF, confrontadas com o SINASC, SIM e SIAB. O Projeto elabora os relatórios consolidados e envia para cada unidade um mapa contendo as informações referentes às ESF, com as indicações se houve melhora ou piora de cada um dos indicadores da unidade. O preceptor de área avalia com a equipe o desempenho durante o mês e redefine as estratégias para melhoria dos indicadores.

No processo de avaliação da assistência materno-infantil, as reuniões mensais do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil com análise dos óbitos ocorridos no mês anterior têm sido decisivas para a melhoria na qualidade da assistência.

A análise obstétrica e/ou pediátrica dos óbitos é feita com base na avaliação da caderneta, do prontuário da UBS, do prontuário da maternidade, do berçário, e/ou da pediatria. Na discussão dos casos procura-se identificar as falhas e a responsabilização no atendimento à gestante e à criança para a classificação dos óbitos de acordo com os critérios de evitabilidade.

RESULTADOS

Com um ano de implantação, o Projeto Trevo de Quatro Folhas conseguiu reduzir a mortalidade infantil de 29,2 para 18,7 óbitos/mil nascidos vivos no período de janeiro/dezembro de 2002. Em 2003 e 2004 a mortalidade Infantil ficou em 23,1 e 26.6 por mil nascidos vivos, respectivamente. Observou-se uma significativa redução de óbitos fetais e infantis evitáveis, o que demonstra melhoria na qualidade da assistência materno-infantil no Município. Entre os indicadores de monitoramento da qualidade da assistência Pré-natal, destacamos nos quadros (QUADROS I e II) o aumento no número de gestantes com seis ou mais consultas e o aumento da captação precoce das gestantes.

QUADRO I: Número de consultas no pré-natal por puérperas entrevistadas no município de sobral no período de 2002 a 2004

ANO	Nº de Puérperas Entrevistadas		< 6 Consultas		> 6 Consultas		Sem Informação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2002	3163	100	797	25.2	1.891	59.8	475	15.0
2003	2.987	100	431	14.4	2.157	72.2	399	13.4
2004	3112	100	455	14.6	2.336	75.1	321	10.3

Fonte: SMS de Sobral, CE

QUADRO II: Captação das gestantes no pré-natal no município de sobral no período de 2002 a 2004

ANO	Nº de Puérperas Entrevistadas		1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre		Sem informação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2002	3163	100	1.2001	38	1.352	42.7	114	3.6	496	15.7
2003	2.987	100	1.337	44.8	1.188	39.8	69	2.3	393	13.1
2004	3112	100	1.515	48.7	1.199	38.5	76	2.4	322	10.4

Fonte: SMS de Sobral , CE

Um resultado significativo foi o fortalecimento do Comitê de Prevenção da Mortalidade materna e Infantil, que desde fevereiro de 2002, reune-se mensalmente para a discussão de todos os óbitos maternos, fetais e infantis. Em 2004 ocorreram 90 óbitos infantis, 03 óbitos maternos e 32 óbitos fetais. Todos foram discutidos, sendo feitos os devidos encaminhamentos.

A análise da Caderneta da Mãe e da Criança foi realizada através de entrevista nas maternidades, logo após o parto, com aproximadamente 92 % das puerpéras. (QUADRO III)

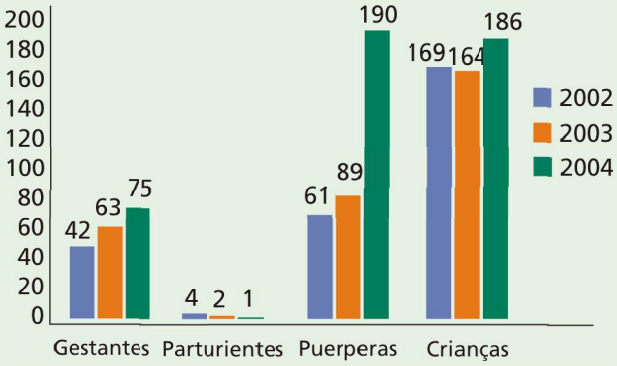
QUADRO III: Puérperas residentes em sobral entrevistas nas maternidades do município de sobral no período de 2002 a 2004

ANO	Nascidos vivos		Entrevistas realizadas	
	N°	%	N°	%
2002	3413	100	3.163	92.7
2003	3243	100	2.987	92.1
2004	3380	100	3.112	92.1

Fonte: SMS de Sobral, CE

Atualmente contamos com 186 mães sociais selecionadas e cadastradas, registrando aumento no número de atuações, conforme GRÁFICO I.

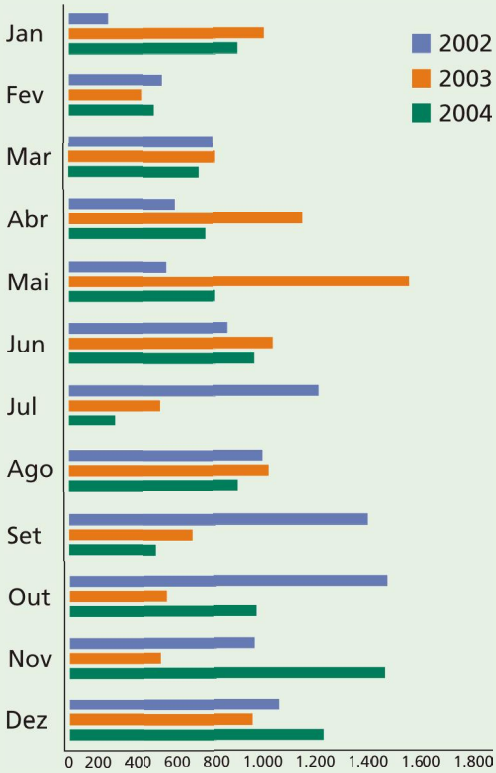
GRÁFICO I: N° DE ATUAÇÃO DAS MÃES SOCIAIS EM 2002,2003 E 2004



Fonte: SMS de Sobral, CE

Contamos com a contribuição de 96 madrinhas/ padrinhos sociais, totalizando R$ 10.138,00, além de doações de alimentos, roupas, calçados e brinquedos de colaboradores (Gráfico II)

GRÁFICO II: ARRECADAÇÃO DAS MADRINHAS E PADRINHOS SOCIAIS DE 2002 A 2004

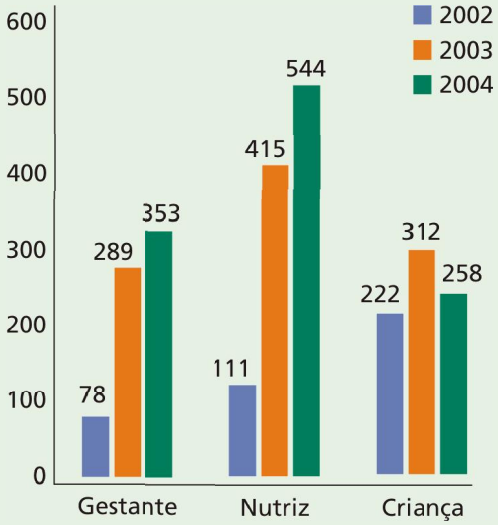


Fonte: SMS de Sobral, CE

Trabalhos Premiados
Relatos de Experiências

O Projeto de Combate a Fome Materno-infantil contou com a parceria da Empresa Guanabara através do repasse de recurso doado ao Fundo de Direitos da Criança e do Adolescente para garantir o suprimento das necessidades nutricionais básicas da gestante, da puérpera e da criança de até dois anos, sem apoio alimentar. Foram distribuídas, durante o ano de 2004, 1.155 cestas básicas. Observou-se um aumento do número de pessoas com apoio alimentar, conforme o GRÁFICO III .

GRÁFICO III: APOIO ALIMENTAR PARA GESTANTES, PUERPÉRAS E CRIANÇAS.



Fonte: SMS de Sobral, CE

Foram realizados pela equipe do Projeto Trevo: três Encontros Solidários com Madrinhas / Padrinhos e Mães Sociais, dois Cortejos pela Vida, 03 Oficinas de Planejamento Estratégico, desenho curricular da Capacitação de Mães Sociais, 11 oficinas de capacitação de mães sociais, visitas domiciliares, Gincana Parceiros da Criança, além da participação em eventos e visitas para divulgação do Projeto e captação de recursos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto Trevo de Quatro Folhas constitui uma estratégia efetiva de redução da mortalidade materna e infantil e tem como principal característica o trabalho conjunto envolvendo o governo municipal, a sociedade civil (madrinhas e padrinhos sociais, empresas), a comunidade (mães sociais) e o setor privado (maternidades e hospitais).

O monitoramento diário dos indicadores de qualidade da assistência materno-infantil permite a retroalimentação e articulação das ações da gestão dos cuidados nas quatro fases.

Este projeto de iniciativa local pode ser reproduzido em outros municípios, para a implementação do pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M, et al. Projeto Trevo de Quatro Folhas: Apoio a Mãe, Incentivando a vida. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n 30, p. 77 a 83, Março 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna: Secretaria de Atenção à Saúde. 3ª ed. Brasília: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: Manual técnico. 2ª ed. Brasília: 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. 2ª ed. Brasília: 2000.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Saúde Reprodutiva e Sexual: Um manual para a tenção primária e secundária. Fortaleza: 2002.

Callioli S M Z., Ortiz L P. Classificação da mortalidade infantil neonatal e pós-neonatal por grupos de causas de morte. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde/Fundação SEADE; 1996.

Ortiz L P. Evolução da mortalidade infantil do Estado de São Paulo segundo sexo, idade e causa de morte. São Paulo: Fundação SEADE, 1982. (Informe Demográfico, 8).

Ortiz L P. Agrupamento das Causas de Morte dos Menores de um ano segundo critério de Evitabilidade das doenças. São Paulo: Fundação SEADE.

PROGRAMA RESPIRA LONDRINA AMPLIANDO A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO AO PACIENTE ASMÁTICO NO PSF DE LONDRINA

Alcindo Cerci Neto*

Marilda Kohatsu**

Silvio Fernandes da Silva***

Resumo

O Programa Respira Londrina foi instituído em junho de 2003 visando a melhorar a qualidade no cuidado das pessoas portadoras de asma brônquica. Tendo como objetivos integrar as atividades da atenção básica, especializada e hospitalar e qualificar as ações de controle domiciliar-ambiental e utilizar a terapêutica mais indicada para cada situação clínica, sua implantação foi precedida de envolvimento e capacitação dos profissionais de saúde, da adesão dos pacientes à nova proposta e da implantação de novas normas e rotinas. Foram inscritos até o final de 2004, 3.243 pacientes, e a avaliação do impacto do Programa mostrou-se muito positiva. Houve redução do número de crises e de internações hospitalares, o que resultou em menos sofrimento para os pacientes e economia para o sistema de saúde. Além disso, em decorrência da manutenção do elevado grau de adesão dos pacientes ao programa, está ocorrendo valorização do trabalho multiprofissional, redução da fragmentação no cuidado a esses pacientes e maior valorização do papel da atenção básica na atenção à asma no município.

Palavras-chave

Asma brônquica; Saúde da família; Prevenção & controle.

INTRODUÇÃO

O Programa Respira Londrina, que anteriormente denominava-se Programa Municipal de Controle da Asma (PMCA), teve início em Londrina em junho de 2003. O Programa de Saúde da Família (PSF), naquela época, já apresentava cobertura de 70% da população do município, e tinha como um de seus principais objetivos a integralidade e equidade visando a reduzir a fragmentação da linha de cuidados na atenção à saúde. Nesse período estávamos também procurando incorporar os conceitos e adotar a prática de Educação Permanente em Saúde (EPS) na Secretaria Municipal de Saúde, considerando seu potencial transformador de mudar o processo de trabalho e a cultura das organizações de saúde, quando associado aos projetos institucionais de mudança do modelo assistencial. Utilizando o princípio da integralidade na atenção e a proposta de Educação Permanente em Saúde (EPS) como eixos norteadores, o Programa Respira Londrina teve como foco principal a mudança do modelo de atenção dado às

*Médico, Mestre em Medicina, Especialista em Peumologia, Pós Graduado em Medicina de Família e Comunidade, Coordenador do Programa Respira Londrina e Professor da Universidade do Norte do Paraná (UNOPAR), e-mail: programaasma@asms.londrina.pr.gov.br;acercin@sercomtel.com.br

**Médica, especialista em Medicina Preventiva e Social, Especialista em Saúde da Família ,gerente médica do Programa de Saúde da Família de Londria

***Médico, Doutor em Saúde Pública, Secretário de Saúde de Londrina e Professor da UNOPAR

doenças respiratórias no município, qualificando mais a assistência e integrando as ações desenvolvidas.

A preocupação com asma e outras doenças respiratórias de origem alérgica justifica-se pelo fato de que a morbidade hospitalar por doenças respiratórias é a mais prevalente no município (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; LONDRINA, 2003). Enquanto nas regiões brasileiras a morbidade hospitalar por doenças respiratórias se alterna entre 3ª e 4ª colocações, em Londrina, é responsável por 16% de todas as internações hospitalares (LONDRINA, 2003).

A asma brônquica (AB), por ser uma doença de alta prevalência na sociedade, com incidência em elevação e estar diretamente associada à industrialização (SILVA, 1998), é considerada um problema relevante, devendo, assim, ser manejada pelos sistemas de saúde em todos os seus níveis de atenção. Além da alta prevalência, devemos considerar os custos que acarreta para os sistemas de saúde, bem como seu impacto nas diversas áreas de atenção (SBPT, 2002). No cálculo do impacto de custos nos sistemas de saúde devem-se levar em consideração os custos diretos, relacionados às compras de equipamentos médicos, medicações e insumos, além dos gastos com os serviços médico-hospitalares; e os custos indiretos decorrentes do absenteísmo na escola e no trabalho e dos gastos com os deslocamentos às unidades de saúde. É importante também considerar a elevada morbidade e o sofrimento que causa aos doentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). Já existe consenso de que o tratamento do asmático reduz o custo global da asma (SCHMIDT, 1999). A melhoria da qualidade de vida pessoal e familiar e a redução dos custos indiretos não podem ser adequadamente calculadas, mas certamente o tratamento adequado destes pacientes tem um impacto fortemente positivo nestes indicadores.

As dificuldades do tratamento do paciente asmático são muitas e devem ser consideradas na elaboração das estratégias de controle. Destacam-se as relacionadas ao adequado controle ambiental, à educação em asma e aos tratamentos fisioterápico e medicamentoso. Os deslocamentos e as condições sociais e econômicas dos pacientes devem ser considerados sob risco de redução da adesão e ineficácia do tratamento. Soma-se a isso o fato de que os profissionais de saúde não estão treinados e habituados ao tratamento de doenças respiratórias, principalmente quando se trata de manipulação de dispositivos inalatórios (SPIRO, 2002).

Assim, diante das complexidades e peculiaridades do tratamento do asmático, e por ser indubitavelmente a asma um problema de saúde pública, a cidade de Londrina propôs um programa que oferecesse integralidade e multidisciplinaridade das ações em saúde, trabalhando para reduzir os fatores que mais contribuem para o insucesso terapêutico do asmático. Adotamos como principais propósitos de mudança a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos, para que eles compreendessem o seu papel na equipe e se tornassem sujeitos da readequação do processo de trabalho e da implantação do programa, a busca ativa dos pacientes na comunidade, a reavaliação da

proposta terapêutica medicamentosa, a humanização do atendimento e a introdução de medidas de auxílio no controle ambiental pelas equipes de saúde. Para isso, entendíamos como fundamental a integração dos vários níveis de atenção com os quais interagem esses pacientes.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo qualitativo e quantitativo do período de funcionamento do Programa Respira Londrina. Os dados foram coletados através de avaliações sistemáticas. As avaliações foram realizadas em três eixos organizativos: o primeiro trata-se da própria observação e percepção dos autores acerca do programa através das visitas e treinamentos realizados com todas as equipes de Saúde da Família envolvidas; o segundo eixo organizativo foi a análise dos relatórios trimestrais enviados das unidades de Saúde da Família à coordenação do Programa Respira Londrina, também a análise dos dados levantados no ambulatório de pneumologia, onde os casos referenciados são atendidos, os aspectos epidemiológicos, número de consultas, medicamentos utilizados, número de crises, medicações e exames laboratoriais foram levantados; o terceiro eixo organizativo decorreu da análise geoprocessada da média histórica de internações por asma brônquica, nas áreas de abrangência de cada Unidade de Saúde da Família, e posteriormente a comparação destas com a média histórica anterior à implantação do programa.

Foram analisados 138 instrumentos de avaliação, enviados pelas próprias unidades de Saúde da Família. Todos os pacientes cadastrados nas Unidades de Saúde da Família até o Término da pesquisa foram incluídos no estudo.

RESULTADOS

O Programa Respira Londrina - Londrina possui atualmente 51 Unidades de Saúde da Família (USF) distribuídas pelas regiões da cidade (centro, norte, sul, leste, oeste e rural) onde atuam 101 equipes de PSF. Cada unidade, dependendo de sua área de abrangência, possui de uma a três equipes de Saúde da Família compostas cada uma por médico, enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). Estas equipes respondem atualmente pela cobertura de 83% da população do município. O programa foi iniciado em uma unidade piloto com três equipes de saúde da família, em junho de 2003. O PSF não só mostrou ser um veículo importante de disseminação do conhecimento e de busca dos pacientes asmáticos, como também se mostrou uma ferramenta importante dentro da estratégia de implantação do programa para outras USF, já que as equipes têm diversos momentos de integração e compartilhamento de experiências. A territorialização serviu de ponto de ancoragem para a disseminação de novos conceitos acerca do tratamento e vigilância em asma brônquica (AB), já que era necessária a expansão gradual, multiplicadora e duradoura em bases territoriais definidas. Os grandes diferenciais do programa foram: (A) busca ativa dos pacientes em seus domicílios, realizada pelos ACS; (B)

inclusão do asmático em um programa de controle local em sua própria comunidade; (C) transmissão de informação e educação em asma com abordagem multidisciplinar (fisioterapia, enfermagem, médicos e odontólogos) na residência do paciente ou na USF de sua área de abrangência e (D) controle ambiental realizado pelas equipes do PSF nos domicílios dos pacientes.

O asmático raramente procura espontâneamente a unidade de saúde quando não está em crise. As causas são as mais variadas, destacando-se a ineficácia dos tratamentos realizados até aquele momento na rede de saúde básica, somando-se a precária falta de orientação recebida pelos mesmos. Além disso, destacava-se a pouca eficácia dos medicamentos fornecidos e também o despreparo das equipes de saúde no manejo destes pacientes, principalmente no que tange à utilização de dispositivos inalatórios (SILVA, 1998; BURNEY, 1999). Estes fatores acabam por gerar, principalmente no inverno, sobrecarga das unidades de pronto atendimento e hospitalar (LONDRINA, 2003). Embora a maioria dos médicos generalistas, em tese, tenha condições de realizar o tratamento adequado, muitos não o fazem pela falta de medicamentos inalatórios nas USF ou pela falta de experiência pessoal. A mudança desta situação proposta pelo programa visava a fortalecer o sistema de saúde e o papel dos médicos do PSF, consolidando de forma mais efetiva a USF na atenção a esses pacientes.

Consideramos que o controle ambiental associado à educação em asma, a dispensação de medicamentos adequados e o envolvimento dos usuários e familiares seja fundamental para o fortalecimento da adesão ao tratamento (SILVA, 1998; SCHMIDT; ISAAC, 1998).

Os profissionais a serem envolvidos com a nova proposta foram treinados em um programa específico de capacitação que incluía aulas expositivas, reuniões e cursos práticos nas próprias USF em que atuavam. Todos os profissionais das equipes foram treinados, respeitando-se as habilidades e conhecimentos inerentes às respectivas categorias profissionais (enfermeiro, ACS, médico, auxiliar de enfermagem) e avaliados após dois meses de implantação do programa em sua unidade. Foi confeccionada uma apostila com todos os dados técnicos sobre a asma e a utilização de protocolos clínicos para emergência e tratamento ambulatorial (CFM, 2001) para serem aplicados pelos profissionais em seus locais de trabalho. Nestes protocolos, além de dados de estadiamento da asma e de rotinas na utilização dos medicamentos, procurou-se propiciar também aprimoramento nos conhecimentos sobre a doença.

Em cada Unidade de Saúde da Família foram constituídos grupos de asmáticos, compostos pelos usuários da área de abrangência da USF e seus familiares, que eram acompanhados por equipes multiprofissionais. Nestes grupos foram trabalhados conceitos de asma, controle ambiental, dispositivos inalatórios e fisioterapia. Um ambulatório de pneumologia foi instituído na Policlínia Municipal, que conta com profissional especialista e todos os recursos laboratoriais necessários para dar suporte ao tratamento e tirar dúvidas das equipes das USF. Neste nível de atenção - especializado - o doente é atendido por pneumologista que realiza provas de função respiratória, exames radiológicos e dispensa medicamentos excepcionais para a asma, financiados pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria Estadual de Saúde. Após avaliação diagnóstica e tratamento, o paciente

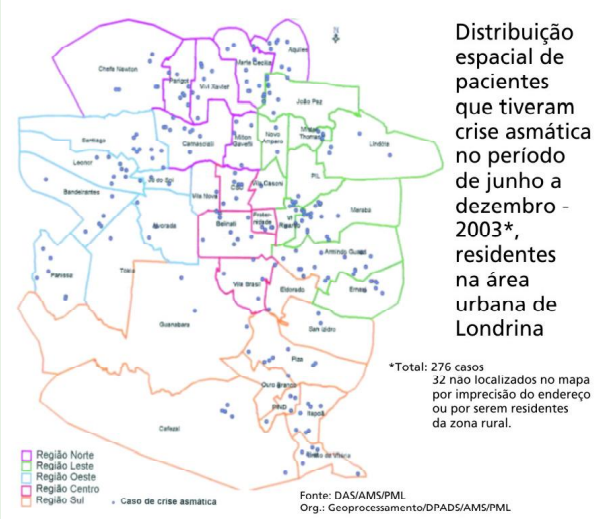
é novamente encaminhado à USF, onde se dará continuidade à terapêutica adotada e reintegração do paciente ao grupo de asmáticos de origem.

O modelo de funcionamento do Programa Respira Londrina é regionalizado e obedece a padrões gerais, mas cada unidade de saúde tem autonomia para fazer adaptações de acordo com realidade de sua região. Existem basicamente três critérios que devem ser seguidos por todas as Unidades de Saúde da Família: a busca ativa dos pacientes, o tratamento multiprofissional que prevê atenção medicamentosa padronizada, controle ambiental e educação em asma e o estadiamento por gravidade. O programa inclui todas as pessoas que se enquadram nos critérios, exceto as crianças de menos de seis meses de idade.

Aspectos organizativos - Foi criado um Conselho Consultivo da Asma (CCA) que tem como objetivo apoiar as ações do programa, deliberar sobre demandas loco-regionais, auxiliar nas decisões sobre treinamentos e capacitações, além de elaborar publicações sobre o tema e gerenciar o programa nas microrregiões da cidade. É constituído por todos os segmentos que atuam de forma direta ou indireta no programa, incluindo-se aí a Universidade Estadual de Londrina (UEL), os diferentes serviços de saúde e a população através da Associação Londrinense de Asmáticos, ligada a Associação Brasileira de Asmáticos. Além disso, estimula a participação da comunidade fortalecendo as lideranças comunitárias locais.

Avaliação do processo e resultados - As avaliações são realizadas anualmente com base na análise dos relatórios trimestrais enviados pelas USF à coordenação do Programa Respira Londrina. Além disso, semestralmente são levantados dados do Ambulatório de Pneumologia, onde os casos especializados são atendidos, quanto à procedência dos clientes, número de consultas, medicamentos utilizados, número de crises, número de nebulizações com broncodilatadores por semana, exames laboratoriais, etc. Todos os dados são geoprocessados e distribuídos por regiões de abrangência de cada unidade de saúde, permitindo assim o estudo por microrregião (figura 1). Foram utilizadas medidas estatísticas de freqüência e as médias foram comparadas com o teste de *t student*.

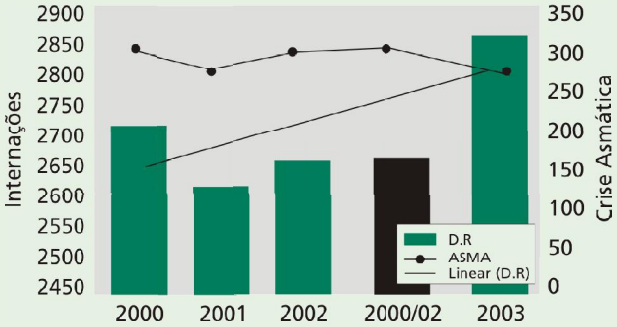
FIGURA 1 - Internações por asma, jun - dez 2003, Londrina, PR



Atualmente o programa tem 3.243 pacientes inscritos nas USF e que se utilizam do tratamento medicamentoso com beclometasona pó, inalatório ou spray, e salbutamol spray inalatório. Estes pacientes têm palestras e encontros mensais com profissionais de saúde, dos quais recebem informações sobre a doença. Destes, 35% receberam tratamento fisioterápico em suas residências ou nas unidades de saúde. Além disso, realizam-se visitas domiciliares para monitorização do controle ambiental. No ambulatório de especialidades, foram atendidas 567 pessoas no período correspondente aos últimos seis meses, cuja freqüência diagnóstica está assim distribuída: asma leve 11,6%; asma moderada 30,3%; asma grave 29,1%; asma intermitente 1,6% e outros diagnósticos 7,4%.

Na figura 2 visualiza-se um aumento da morbidade hospitalar por doenças respiratórias e diminuição da etiologia por crise asmática no período estudado.

FIGURA 2 - Relação entre as internações hospitalares por doenças respiratórias (DR) por asma brônquica nos anos de 2000 a 2003, no período de jan a dez de cada ano.



Fonte: SMS de Londrina, PR

As unidades foram estudadas em dois momentos. O primeiro compreendia aquelas que aderiram há mais tempo e que estavam desenvolvendo atividades há sete meses (FASE I). O segundo grupo eram USF que haviam iniciado suas atividades há quatro meses (FASE II). Isso ocorreu porque as unidades foram aderindo ao programa de forma gradual.

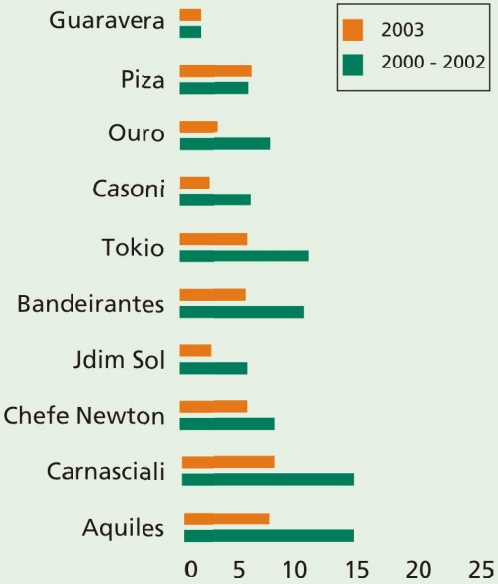
No primeiro grupo (FASE I) encontrou-se uma redução de 31,03% no número de internações com p=0,0085. (figura 3).

FIGURA 3 - Comparação entre o número de internações hospitalares por asma brônquica nos meses de jun - dez 200 - 2002 e jun - dez 2003 em Unidades de Saúde (FASE I),(p=0,0085).

Fonte: SMS de Londrina, PR

No segundo grupo (FASE II), foram analisadas as unidades que haviam aderido ao programa mais tardiamente, onde se observou a redução do número de internações em 53,19%. ($p<0,05$), (figura 4). Ou seja, houve redução significativa do número de internações hospitalares por asma, quando comparadas com o mesmo período dos anos anteriores.

FIGURA 4 - Comparação entre o número de internações hospitalares por asma brônquica nos meses de jun-dez 2000-20002 e jun-dez 2003 em Unidades de Saúde (FASE II), ($p<0,05$)



Fonte: SMS Londrina/PR

Para que se tenha idéia do impacto financeiro do programa, o valor médio da internação (AIH) com diagnóstico de asma em Londrina foi de R$ 412,00 (quatrocentos e doze reais) para o ano de 2003. O valor gasto para a compra das medicações utilizadas no programa foi de R$ 25,00 (vinte e cinco reais) para 100 doses de beclometasona 200mcg e 400mcg e salbutamol spray. O valor de uma internação cobre o tratamento de 16 pacientes ambulatoriais por 45 dias, ou ainda, cada dia de tratamento hospitalar é suficiente para cobrir o tratamento de um paciente ambulatorial por 189 dias. Mesmo que avaliações mais pormenorizadas tenham que ser feitas para se quantificar de forma mais precisa as comparações entre os gastos ambulatoriais do programa e os gastos hospitalares, é possível verificar que houve sensível diminuição dos custos diretos no cuidado à asma no município, já que houve redução global das internações por asma em 45,3%, se considerarmos a média do que foi observado em todas as unidades de saúde nas quais o programa foi implantado. Outro fator positivo foi a adesão ao tratamento dos pacientes inscritos, que foi de 34,5%, ou seja, após seis meses de tratamento, cerca de 1/3 dos pacientes permaneciam usando os medicamentos preconizados e participando das outras atividades previstas pelo programa.

CONCLUSÕES

O tratamento do paciente asmático, além de ser vantajoso do ponto de vista econômico e social, resgata uma dívida antiga que o sistema de saúde tem com estes pacientes. Normalmente nossos sistemas de saúde não têm a integralidade na atenção e a promoção da saúde desses

pacientes como uma prioridade. Como não se trata de uma doença de elevada mortalidade - apesar da grande morbidade e sofrimento que causa -, e como os próprios pacientes desconhecem outras formas de tratamento que não a fragmentada e curativa do modelo de saúde tradicional, eles não pressionam por melhoria do sistema. Cabe, portanto, aos gestores, colocar em sua agenda um novo modelo para o tratamento da asma, percebendo os benefícios sociais e humanos e o impacto econômico positivo que as mudanças na forma de atenção podem trazer.

Em nossa experiência, fica bastante claro que devemos nos preocupar com as medidas de tratamento integral do doente e conseqüentemente com a capacitação dos profissionais da rede básica de saúde que efetivamente constituem a porta de entrada do sistema de saúde. O envolvimento de todos os profissionais e a implementação de protocolos que ajudam a integrar a linha de cuidados, desde a básica até a especializada e hospitalar, com redefinição das responsabilidades e competências dessas diferentes áreas, é fundamental para ampliar a adesão ao programa. Ao perceber que a unidade básica é resolutiva, o paciente passa a valorizar a equipe de saúde da família, utiliza o especialista apenas nas situações em que isso de fato é necessário e estimula e incentiva o trabalho multiprofissional.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Morbidade hospitalar. Datasus, 2002. <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm >.

2. Londrina (PR). Dados epidemiológicos e estatísticos da cidade de Londrina, 2003. <HYPERLINK:< http:www.londrina.pr.gov.br/epidemiologia >.

3. SILVA, Luiz Carlos Correa; HETZEL, Jorge Lima. Asma brônquica: Manejo Clínico. Porto Alegre, Ed. Artmed, 1998. 21-22 p.

4. SBPT, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. III CONSENSO Brasileiro no Manejo da Asma. Jornal de Pneumologia. São Paulo, v.28, supl. 1, jun. 2002.

5. SPIRO, Stephen; ALBERT, Richard; JETT, James. Comprehensive Respiratory Medicine. Rochester, Ed. Mosby, 2002.

6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 1394 de 09 de dezembro de 1999, instituindo grupo de implantação do Programa Nacional de Controle da Asma. Diário Oficial da União (DOU), 1999.

7. SCHMIDT, Diana; FULWOOD, Robinson; LENFANT, Claude. The National Asthma Education and Prevention Program: Partnering with local asthma coalitions to implement the guidelines. CHEST n. 116, 1999. p. 235-236, supl.

8. BURNEY, Peter; U N Premaratne, J A C Sterne, G B Marks, J R Webb, H Azima, Clustered randomised trial of an intervention to improve the management of asthma: The

Greenwich asthma study. British Medical Journal (BMJ) v. 318, 1999. p. 1251-1255.

9. ISAAC, The International Study of Asthma and Allergies in Childhood Steering Committee. Worldwide variation in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema. LANCET v. 351, 1998. p.1225-32.

10. CFM, Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes; AMB, Associação Médica Brasileira. Projeto Diretrizes: Diagnóstico e Tratamento da Asma Brônquica. Brasília, 2001.

11. MÜLLER, Mary Stela; CORNELSEN, Julce Mary. Normas e padrões para teses, dissertações e monografias. 5. ed. Londrina, Eduel, 2003. p. 155.

A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PRIMEIROS RESULTADOS DE UM PROCESSO

Paulette Cavalcanti de Albuquerque*

Resumo

Em 2001, a SMS Recife adota a Educação Popular em Saúde como orientação teórica e metodológica das ações educativas, no âmbito do Programa de Saúde da Família, montando uma Proposta que incluía capacitação das equipes, apoio aos Núcleos Comunitários a serem formados e articulação intra e intersetorial. A Proposta Municipal de Educação Popular em Saúde (PMEPS) baseava-se em experiências anteriores desenvolvidas no Estado e propunha-se a subsidiar as Equipes de Saúde da Família (ESF) a refletir sobre a realidade e o modo de agir sobre ela, construindo junto com a população formas de enfrentar os problemas. Sendo uma proposta inovadora, no que se refere à sua institucionalização, a análise da sua implantação poderá trazer subsídios importantes para os gestores do SUS. A análise qualitativa feita neste trabalho envolveu revisão documental, entrevistas individuais e em grupo, além do Seminário de Avaliação e do diário de campo, caracterizando-se como uma pesquisa-ação. Focalizou-se o processo de gestão e o potencial da PMEPS em contribuir para a integralidade das ações nas unidades de saúde da família. Aferiu-se resultados concretos em 27 das 34 equipes capacitadas, agrupando-os em eixos temáticos referentes à promoção da saúde, integralidade, na intersetorialidade e metodologia do trabalho com grupos. Dentre os resultados concretos, observou-se que os melhores resultados referem-se à metodologia e aumento da participação, destacando-se outros pontos importantes como a organização dos grupos pelo ciclo da vida (77%), a construção de uma identidade própria pelos grupos de usuários da USF (60%) e a discussão pelos grupos de temas gerais, ampliando o conceito de saúde (77%). Quanto ao processo de gestão, os resultados demonstram uma melhor visão do trabalho em equipe pelas ESF, o respeito ao saber do outro, principalmente do usuário e a busca de uma participação mais autônoma e cidadã. Os problemas detectados dizem respeito à legitimidade da proposta, à fragilidade da equipe de apoio técnico municipal em viabilizar suporte adequado às equipes de saúde da família já capacitadas num processo contínuo de monitoramento e supervisão. Por fim, o trabalho aponta para a necessidade de constituição de uma Política de Educação Popular em Saúde para os municípios, propondo uma sistematização das ações e atividades a serem contempladas.

Palavras-chave:

Educação em Saúde; Educação Popular em Saúde; Atenção Básica à Saúde.

* Médica, Diretora do Distrito Sanitário III da Secretaria Municipal de Saúde de Recife.paulette@br.inter.net

Introdução

A estratégia Saúde da Família tem sido definida como um instrumento para a reorganização do modelo assistencial, a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (Brasil, 1997:10). Dentre seus objetivos específicos, conforme citado em documento oficial do Ministério da Saúde sobre o Programa, está o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais, a democratização do conhecimento do processo saúde/doença e da produção social da saúde, o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e expressão da qualidade de vida, e o estímulo à organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (Brasil, 1997:10).

O PSF se propõe a atuar na atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas, baseadas em princípios como o da territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais de maior risco de adoecer e morrer. A promoção, a prevenção e a proteção da saúde são citadas como atividades para a consecução desses objetivos, enquanto a educação em saúde aparece como atribuição dos profissionais médicos e enfermeiros que devem abordar os aspectos de educação sanitária e do agente comunitário de saúde que deve promover educação em saúde e mobilização comunitária (Brasil, 1997:15-16; 18).

Entende-se neste trabalho que, para a reorganização real desse modelo, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, e conseqüentemente de ações educativas, precisa ter um papel de destaque, que funcione como um eixo condutor do processo de trabalho e da prática da equipe de saúde da família (ESF) no desempenho da sua responsabilidade sanitária. A medida em que a saúde é vista como um fator determinante da qualidade de vida e por ela determinada, promover a saúde passa a significar promover ou lutar para satisfazer um conjunto de necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais.

Por outro lado, a visão assistencial ainda predomina tanto nos documentos oficiais sobre o PSF como em todas as atividades da equipe de saúde da família, incluindo aquelas ações que deveriam ser de promoção como os grupos de usuários (idosos, hipertensos, gestantes etc), as visitas domiciliares, as ações de educação em saúde na comunidade, nas escolas, na sala de espera, nos grupos. O profissional dá uma aula (ou palestra) para a população usuária, que na maioria das vezes só escuta. As informações são repassadas de forma prescritiva, como se estivesse explicando uma receita em público, sem considerar o conhecimento pré-existente do usuário ou mesmo seu contexto social, emocional, cultural. Muitas vezes o usuário é culpabilizado por sua própria doença ou seu agravamento.

Em algumas oportunidades, observamos que, até nas reuniões com lideranças comunitárias e pessoas da comunidade, permanece a imagem do profissional como

dono do saber, onde a população usuária é vista como aqueles que "não sabem" ou "não compreendem" os temas da reunião, que precisam de explicações a ser fornecida pelos técnicos.

Poderíamos questionar se existe acúmulo dentro da própria saúde coletiva para a valorização e a indução de práticas voltadas para a Promoção da Saúde. O que parece existir é uma grande dificuldade de transpor para a prática o discurso da Promoção e pouca valorização de estudos e experiências nessa área. Pesquisas avaliativas de programas como o PSF e o PACS foram realizadas sem inclusão do tema, recursos para capacitação de profissionais foram transferidos a estados e municípios (Profae, Promed, Pólos de Capacitação, etc.) sem mecanismos indutivos que garantam a abordagem do assunto com a prioridade que as Conferências Mundiais preconizavam, levando a crer que faltou prioridade para a Promoção da Saúde.

Souza (2001) mostra que, no município do Cabo de Santo Agostinho, na Região Metropolitana do Recife, 32% dos médicos e 27 % dos enfermeiros não desenvolvem nenhuma atividade de grupo no PSF e também, nenhuma atividade que possa ser chamada de promoção. A estes podemos somar 11% dos médicos e 3% dos enfermeiros que dedicam apenas meio turno semanal (2 horas em 40 h. de jornada de trabalho) a atividades de grupo. Desta forma, neste município, temos que 43% dos médicos e 30% dos enfermeiros não assumem a promoção da saúde como uma atividade importante para o PSF. A situação é crítica principalmente se lembrarmos que a promoção e as atividades educativas em saúde correspondem a elementos importantes da proposta do PSF e que muitos desses grupos funcionam mais como consulta coletiva do que como um trabalho de promoção da saúde.

Em Recife, a situação não é muito diferente com 66,7% dos enfermeiros e 54,5% dos médicos referindo realizar atividades de grupo, embora nas observações destes, perceba-se que a maioria trabalha com um conceito de educação bancária, prescritiva, comporta-mental, voltada para indivíduos.

Com tudo isso, pode-se concluir que a promoção da saúde deveria representar uma transposição dos paradigmas da prática clínica flexneriana para a educação. Busca de bem estar e qualidade de vida com toda a subjetividade que isso inclui, trabalhada de maneira coletiva e participativa, mas tem sido trabalhada como ações preventivas, de forma individual e com ênfase na doença, tendo a educação em saúde um papel de destaque nesse processo.

O respeito ao saber previamente existente e à cultura, à idéia de diálogo, de construção coletiva do conhecimento e de ação participativa na busca de um cidadão saudável e feliz, com autonomia deveria representar uma premissa da Promoção da Saúde, mas está muito longe de ser efetivada no Sistema de Saúde.

O componente da educação é central na promoção da saúde e também pode ser entendido e executado sob óticas bem diferentes que vão desde uma pedagogia crítica, reflexiva e problematizadora, onde se coloca a educação popular até uma educação formal, instrucional que desconsidera o saber

do outro. Avaliando a promoção da saúde no Brasil, Mello (2000), aponta para a insipiência das ações e observa equívocos em sua concepção nos serviços de saúde, confundindo sua prática com as de prevenção e/ou de educação para a saúde.

A educação popular esteve durante muito tempo colocada à margem do sistema de saúde, desenvolvendo trabalhos comunitários, com resultados descritos para pequenos grupos ou de abrangência limitada. Nesse período, porém, acumulou experiência, passou por diversas avaliações, análises, tendo tido um grande número de trabalhos publicados.

Analisando e refletindo sobre esses aspectos, observamos que as experiências com Educação Popular em Saúde já se constituíam num trabalho maduro, com impacto na qualidade, embora com problemas de quantidade, de sistematização, de abrangência. Um trabalho essencialmente estruturador, visto que impactante na organização da população, na sua conscientização, na qualidade de vida, que deveria desta forma, contribuir para a continuidade dos projetos e programas através das diversas gestões dos serviços de saúde.

Como refere Vasconcelos (2001:18), não queríamos "continuar vendo as práticas de Educação Popular em Saúde restritas às experiências alternativas e transitórias, mas incorporadas na tradição de atuação sanitária hegemônica". A institucionalização dessas experiências e sua ampliação para o conjunto de equipes de saúde da família de um município representa um grande inovação, podendo multiplicar os resultados para milhares de pessoas.

A institucionalização da Educação Popular em Saúde no SUS começava a ser pensada de forma mais concreta, planejada e executada, a partir de algumas sistematizações. Com este pensamento, a Secretaria Municipal de Saúde de Recife elaborou e implantou a Proposta Municipal de Educação Popular em Saúde, direcionada para a atenção básica, no modelo do PSF.

Este trabalho se propõe a analisar a implantação e o processo de gestão da Proposta Municipal de EPS no Recife, buscando verificar o contexto que favoreceu, as dificuldades e potencialidades do processo e a incorporação de novas práticas pela equipe de saúde da família. Esperamos que essa análise possa também contribuir para a elaboração de políticas e propostas de Educação Popular em Saúde para outros municípios, com o objetivo de garantir a mudança da lógica da atenção à saúde, no sentido da promoção.

Para a discussão do processo de gestão dessa política, faremos uma retrospectiva da educação em saúde e da educação popular no país e no Recife, discutindo como suas relações com o Programa de Saúde da Família. É descrita a metodologia utilizada como pesquisa-ação. Em seguida, é descrita a formulação e a implantação da Proposta Municipal de Educação Popular em Saúde e os primeiros resultados identificados. A discussão das fragilidades e potencialidades da Proposta e do seu processo de implantação é relacionada com a busca da integralidade, enquanto articulação entre promoção da saúde e assistência, indivíduo e coletivo, saúde e outros setores da sociedade.

Ao final, constroem-se uma sistematização da EPS nos municípios, descrevendo-se sua potencialidade como revitalizadora do SUS, incorporando a população usuária de forma crítica, comprometida politicamente com os que mais precisam. Aparecem as críticas às propostas, à forma de operacionalização da EPS em Recife, aos poucos resultados obtidos. Levantam-se dilemas referentes à estrutura, ao compromisso dos profissionais, às atuais debilidades do movimento popular.

O Contexto de implantação da proposta

A partir de 2001, a Secretaria Municipal de Saúde do Recife inicia um processo de reestruturação do seu modelo assistencial, assumindo, de fato, a estratégia de saúde da família como porta de entrada do seu sistema de saúde, reestruturando as unidades especializadas (policlínicas) e investindo na construção de uma cidade saudável, entendendo-a como um conjunto de ações intersetoriais, que nortearão as prioridades sociais da Prefeitura do Recife (Recife, 2001).

Foram implantadas 123 novas equipes, elevando a cobertura dos 5% iniciais para 35% da população do Recife[1]. Investiu-se em capacitação, inicialmente por áreas temáticas e posteriormente através de cursos de especialização em saúde da família para todos os profissionais envolvidos. No modelo traçado, destacava-se o papel da Educação Popular na Política Municipal de Saúde, como um instrumento para reorganizar e transformar a prática de saúde para além da assistência, tendo como foco a promoção da saúde e a necessária reorganização do sistema de saúde sob novo olhar e como eixo norteador, a integralidade das ações e a responsabili-dade sanitária com os seus munícipes (Recife, 2001).

A equipe gestora do PSF municipal entendia que, tradicionalmente, a educação em saúde tem sido um instrumento de dominação, de afirmação de um saber dominante, de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde. Essa educação em saúde hegemônica não tem construído a integralidade e pouco tem atuado na promoção da saúde de forma mais ampla. As críticas a essa política dominante têm levado muitos profissionais a trabalharem com formas alternativas de educação em saúde, das quais se destacam aquelas referenciadas na educação popular.

A Educação Popular era entendida como um instrumento auxiliar a incorporação de novas práticas por profissionais e serviços de saúde. A sua concepção teórica, valorizando o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, tem sido utilizada na Saúde, visando um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas.

Sendo a Atenção Básica à Saúde o nível onde prioritariamente devem ser desenvolvidas ações de Educação em Saúde, e sendo o Programa de Saúde da Família (PSF) hoje a

[1]Dados da época de elaboração do trabalho (março/2004). Hoje Recife tem 213 equipes e 45% de sua população sendo atendida pelo PSF.

principal estratégia para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (MS, 1997: 10), pode-se considerar esse Programa como um ambiente favorável ao desenvolvimento da Educação Popular em Saúde.

A ênfase dada pelos órgãos gestores às atividades educativas no âmbito do PSF, a dedicação dos profissionais durante 8 horas por dia, uma maior vinculação com a população, dentre outras questões faz desse Programa, quando comparado aos demais, desenvolvidos em centros de saúde organizados no modelo tradicional, uma incubadora de experiências profícuas que já utilizam a Educação Popular como referencial de uma nova prática.

No âmbito dos municípios, é comum o relato dessas experiências, porém muitas vezes caracterizadas como experiências-piloto, de forma localizada, geralmente não acompanhadas de avaliação do seu impacto na resolução de algum problema de saúde. A definição de uma Política Municipal de Educação em Saúde, especialmente se pautada pelos princípios da Educação Popular, teria um papel importante em induzir novas práticas nos serviços de saúde, propiciando uma valorização do saber popular e do usuário, fazendo ver aos profissionais o caráter educativo das ações de saúde, facilitando a participação de atores sociais importantes da comunidade no processo de construção da saúde.

O contexto dessa Política estava presente no Recife, há muitos anos, influenciando gerações de sanitaristas, atuais gestores municipais. Esse fato teve uma importância destacada na definição desta como uma linha da gestão.

Educação Popular e Saúde - uma perspectiva histórica

A Educação Popular e a saúde começam a se relacionar mais intensamente a partir de meados da década de 70, quando as comunidades eclesiais de base começaram a incorporar a saúde como tema de discussão e aglutinação da população, na organização e luta pelos seus direitos. Vários grupos foram formados em todo o país, como pode se comprovar através dos Anais do I Encontro Nacional de Experiências de Medicina Comunitária (I ENEMEC), realizado em Lins, SP, em 1979, sob a organização da Igreja Católica. Neste encontro, já participaram profissionais e agentes de saúde que descreveram e discutiram suas atividades nas comunidades e onde se pode identificar o referencial da educação popular. No Nordeste, e principalmente em Recife, já havia muitas experiências em saúde comunitária, como a do bairro dos Coelhos, na região central da cidade, uma área de alagados e palafitas na beira do Rio Capibaribe, nos arredores da Faculdade de Medicina, e a do bairro de Casa Amarela, onde sob a imagem de Nossa Senhora da Conceição, surge um Projeto de Saúde responsável pela formação de agentes de saúde para todo o bairro.

O I ENEMEC teve a participação de cerca de 300 delegados presentes, representando experiências de 19 estados brasileiros. Os anais do encontro, publicado pelo IPPH em 1980, relata com detalhes cada uma das experiências e pode ser considerado como um documento histórico de

uma versão da história da saúde pública que tem sido esquecida (IPPH, 1980). É a partir do III ENEMEC que é criado o MOPS

Na 8a. Conferência Nacional de Saúde foi essencialmente o MOPS, junto com as Pastorais e outros movimentos que trabalhavam com agentes de saúde, que inscreveram a frase pela institucionalização dos agentes populares de saúde no Relatório Final (Brasil, 1986a). Depois da 8ª. CNS até a criação do PACS, os principais documentos conceituais da Reforma Sanitária, a exemplo do relatório da Comissão Nacional de Reforma Sanitária e do documento da Abrasco avaliando o SUDS, não discutem ou fazem referência à educação em saúde ou aos agentes populares de saúde nos seus textos (Abrasco, 1989; CNRS, 1987).

A Educação Popular e a Saúde Coletiva

A Educação Popular em Saúde vem crescendo e se constituindo num novo campo da saúde coletiva, assumindo um papel na construção do SUS, na Promoção da Saúde e da qualidade de vida dos cidadãos. No início, as ações de Educação Popular em Saúde se desenvolvem à parte dos serviços de saúde, nas comunidades, num trabalho educativo junto à população, sem preocupação direta com a assistência aos doentes, com um olhar voltado para a conscientização de todos, para a defesa da saúde. Contavam com o apoio de profissionais de saúde que tinham feito uma opção política de desenvolver trabalhos junto aos movimentos populares, utilizando diferentes linguagens e objetivando principalmente a organização social. Era uma época em que os profissionais trabalhavam por ideologia ou compromisso com uma proposta política, onde o despertar da participação trazia o desafio de construir as entidades, os conselhos e associações de moradores, de formar os "agentes" de saúde que também voluntariamente desenvolviam ações junto à população (Vasconcelos, 1999a; PSCA, 1992).

Nos serviços de saúde, por outro lado, trabalhava-se com a Educação para a saúde, concepção hegemônica do modelo tradicional de assistência à saúde, onde a educação é tida como um bem que tem de ser repassado ao e absorvido pelo paciente, uma ação prestada, um instrumento para viabilizar a saúde das pessoas, para que todos tenham saúde.

Na década de 80, com a expansão dos serviços de atenção primária à saúde, criam-se condições institucionais para fixar profissionais nos locais de moradia das classes populares. Começa, aos poucos, a surgir experiências pioneiras que avançam bastante na superação do caráter mercantil, biologicista e alienador da prática médica dominante, embora esparsas e pontuais (Vasconcelos, 2001:12). Os trabalhos comunitários, realizados à margem dos serviços, começam a se aproximar daqueles profissionais que trabalhavam nos serviços e que tinham uma concepção crítica em relação ao sistema de saúde vigente. Os concursos absorvem profissionais com experiência comunitária e, por outro lado, postos de saúde comunitários reivindicam ajuda do Estado e, aos poucos, se integram à rede de unidades de saúde.

Surgem experiências diversas, umas mais estruturadas, outras menos, fazendo interagir serviços e grupos organizados da população local, profissionais e usuários, profissionais e agentes comunitários de saúde, algumas integradas a projetos mais amplos nos quais a metodologia da Educação Popular era hegemônica. Vasconcelos (2001:13) relata que: pelo contato com várias dessas experiências, com numerosos profissionais nelas inseridos, percebo que o método da Educação Popular foi um elemento estruturante fundamental.

Nos serviços em que os profissionais comprometidos politicamente com a população não conseguem conquistar a hegemonia do seu funcionamento (Vasconcelos, 2001), também se desenvolvem práticas de saúde que valorizam a relação educativa com a população, buscam fortalecer as organizações populares, incentivar a participação popular e o controle social. As experiências vão se multiplicando e ganham impulso com as mudanças decorrentes da Reforma Sanitária e com a repercussão nacional de algumas experiências comunitárias.

A produção teórica sobre o tema também se multiplica. Iniciando no final da década de 80, ela se consolida nos anos 90, crescendo paulatinamente a partir das primeiras publicações específicas da área, como a de Vasconcelos (1991) e Valla (1994) e Stotz (1994). Em paralelo, os profissionais ligados a Educação Popular e Saúde se organizam para garantir a divulgação e consolidação do campo, tanto na saúde como na educação. Em 1991, foi criada a Articulação Nacional de Educadores Populares em Saúde, sendo transformada, em 1999, na Rede Nacional de Educação Popular em Saúde (RedeEdPop), com a criação de alguns núcleos regionais.

A Rede é formada de profissionais e técnicos voltados às ações e reflexões no campo da Educação Popular em Saúde no Brasil, América Latina e Espanha. Seu principal objetivo é a difusão e troca de experiências e o apoio às iniciativas coletivas dos participantes. Nela participam pessoas com inserções diversas, que vão desde medicinas complementares, educação ecológica, até militantes políticos de atuação local ou nacional. Há hoje um conjunto de trabalhos publicados na linha da Educação Popular e Saúde, sendo um livro da Rede, teses, monografias, avaliações de trabalhos realizados em diversos locais do país.

Num momento em que os grandes temas em discussão no SUS parecem conduzir a consensos superficiais como em torno da municipalização, da regionalização, da Promoção da Saúde, da humanização, do acolhimento, do Programa de Saúde da Família como estratégia para tudo, sem garantia de qualidade e universalidade, a Educação Popular em Saúde tem aberto a discussão e questionado o modelo implantado nos últimos anos, num compromisso político com a população marginalizada que tem o direito à saúde e à qualidade de vida.

Educação em Saúde no SUS

Na Lei Orgânica da Saúde não se encontra explicitamente o termo Educação em Saúde, embora as ações de

promoção, proteção e atividades preventivas, implicitamente, englobem ações educativas (Brasil, 1990). A falta de referência explícita à educação em saúde reflete a dificuldade desta em ser considerada como um campo de atuação do SUS.

Por outro lado, a educação em saúde e demais ações de promoção da saúde são descritas como parte integrante de todos os Programas ministeriais, sendo também relatadas junto às condutas médicas nos mais famosos livros-texto (OPS, 1983; Harrison, 1984; MS, 1986b). No dia-a-dia dos serviços de saúde, porém, pouca ou nenhuma importância é dada às ações educativas. Trabalhos em grupo são muitas vezes, marginalizados, os profissionais envolvidos são desacreditados e desestimulados, a infraestrutura necessária é escassa e de difícil acesso aos profissionais.

Na análise do tema educação em saúde nos serviços, um outro aspecto da prática em saúde é ainda mais secundarizado: o de que toda ação de saúde é uma ação educativa. O processo de promoção-prevenção-cura-reabilitação é também um processo pedagógico, no sentido de que tanto profissional de saúde quanto cliente-usuário aprende e ensina. Esses conceitos podem mudar efetivamente a forma e os resultados do trabalho em saúde, transformando pacientes em cidadãos co-partícipes do processo de construção da saúde.

Quer seja num aspecto ou noutro, são grandes as dificuldades das equipes de saúde para efetivar uma prática cotidiana de promoção da saúde, incorporando a educação em saúde no dia a dia dos serviços. Quando isso acontece, dá-se muitas vezes de acordo com o interesse individual dos profissionais realizando trabalhos em grupos com gestantes, idosos ou portadores de patologias, como no caso dos grupos de diabéticos ou hipertensos.

As atividades de educação em saúde são conduzidas muitas vezes, de acordo como o programa da ocasião ou a epidemia em pauta (hoje é dengue, amanhã é diabetes, depois a vacinação dos idosos e assim por diante), sem nenhuma preocupação com a integralidade no próprio processo educativo ou com a consolidação desse processo junto à comunidade. O mais difícil é que essas demandas por "campanhas" educativas tomam conta dos serviços de saúde, devido ao grande volume de atividades necessárias à sua viabilização, provocando a paralisação dos profissionais que se vêem sem tempo para o desenvolvimento de um trabalho mais estruturador. A relação com a comunidade também tende a se tornar utilitarista, quando conduzida no sentido de garantir mobilização dos indivíduos para as campanhas.

Mesmo assim, são muitos os relatos de experiências de Educação Popular em Saúde nos serviços. Estes, freqüentemente, referem-se a "falta de apoio" das coordenações ou das secretarias municipais e estaduais, refletindo um sentimento dos profissionais de estarem solitários no desenvolvimento desse trabalho.

Em alguns casos, a "falta de apoio" é concreta, expressa em políticas ou em atitudes políticas como quando é cobrada uma produtividade em consultas que dificulta a disponibilidade de tempo para atividades educativas, ou quando

não são viabilizadas as condições mínimas para essas atividades como espaço físico, equipamentos (desde cadeiras à aparelhos de televisão e vídeo), bem como acesso a materiais educativos, audiovisual ou de apoio.

É comum entre os profissionais de saúde a cultura de que não é preciso "aprender" a fazer educação em saúde, como se o saber clínico e a formação acadêmica fossem suficientes para a implementação dessa prática, com se as universidades tivessem alguma preocupação com o desenvolvimento de habilidades para o trabalho em grupo. Com esse raciocínio, é freqüente encontrarmos atividades educativas que fazem uma transposição para o grupo da prática clínica individual e prescritiva, tratando a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o saber popular e as condições de vida dessas populações. Muitas vezes, a culpabilização do próprio paciente pela sua doença toma conta da fala do profissional de saúde, mesmo que este conscientemente até saiba dos determinantes sociais da doença e da saúde (Vasconcelos, 1999a:75; Valla, 1994).

Vasconcelos (1999a: 81) presenciando a postura dos profissionais de saúde durante uma das reuniões do grupo de desnutridos, descreve seu espanto diante do autoritarismo daquelas relações educativas, onde as dúvidas das mães eram respondidas de forma normativa e simplificadora. Diante dessas constatações e questionamentos sobre a prática da educação em saúde no SUS, referendamos a posição do Seminário sobre Promoção da Saúde e Educação Popular, realizado na UnB, em agosto de 2000, quando se refere à "educação em saúde necessária para a sociedade brasileira" como aquela que aponta para o agir educativo em saúde como um processo que se funde ao projeto político-pedagógico, inerente às práticas de saúde enquanto práticas sociais (SPSEP, 2000). Sendo assim, cabe então aprofundar um pouco sobre a ação educativa em saúde e, em seguida, sobre a Educação Popular.

Problematizando a EPS no município de Recife

Não são muitas as experiências com Educação Popular em Saúde descritas na literatura, principalmente no que se refere a esta como diretriz política de uma gestão, propiciando condições favoráveis a reformulação, na prática, da forma tradicional de atuar dos serviços de saúde, com incorporação de novos atores, especialmente das comunidades e do movimento popular. A gestão municipal da saúde na Cidade do Recife, no processo inicial de elaboração do seu plano de ação, optou por trabalhar com estes princípios, construindo um Projeto Municipal de Educação Popular em Saúde.

O Projeto foi construído coletivamente, com a participação dos técnicos de educação em saúde dos Distritos Sanitários e, em seguida, foi apresentado para discussão às equipes da atenção básica e técnicos das demais áreas dos Distritos Sanitários e da Secretaria de Saúde. A construção coletiva foi necessária para o fortalecimento interno das equipes dos distritos e mesmo para a formação teórica dos técnicos e geração do consenso em torno da metodologia e das

propostas da Educação Popular em Saúde. A ampliação da discussão para as 126 equipes de saúde da família e 1360 agentes comunitários de saúde, além dos outros técnicos e dos 780 agentes de saúde ambiental, funcionou como uma primeira sensibilização para o tema, que seria melhor trabalhado nas oficinas de capacitação. A Proposta Municipal de Educação Popular em Saúde é composta de cinco projetos de ações:

1. Projeto de fortalecimento dos Serviços de Educação em Saúde dos Distritos Sanitários.

2. Projeto de implantação dos Núcleos de Educação e Cultura Popular em Saúde.

3. Projeto de capacitação continuada em educação popular em saúde.

4. Projeto de articulação intra-setorial.

5. Projeto de articulação interinstitucional.

Os desdobramentos do primeiro projeto propunham manter o Fórum de articulação e capacitação continuada entre os Serviços Distritais de Educação em Saúde e o Nível Central, fazer um diagnóstico das ações de educação em saúde nas US e USF, apresentar a proposta de Educação Popular em Saúde aos gerentes distritais, coordenações de áreas e demais profissionais, incluindo a realização do I Seminário Municipal de EPS e promover a I Feira de Educação Popular em Saúde da PCR (Recife, 2001:10).

Todas as ações deste projeto foram realizadas. Os profissionais de Educação em Saúde dos Distritos se reuniam freqüentemente para discutir o andamento do projeto, fazendo treinamentos conjuntos tanto para a operacionalização das oficinas como na área de alternativas de linguagens para o trabalho educativo. A proposta foi apresentada para 5 dos 6 gerentes distritais, e para o colegiado gestor da Secretaria de Saúde sendo aprovada e elogiada como uma proposta que poderia dar uma cara nova ao SUS do Recife.

Em Dezembro de 2001, foi realizado o I Seminário Municipal de Educação Popular em Saúde, que pretendia ser ao mesmo tempo o lançamento do Projeto e divulgação da proposta. Contou com a participação de um profissional e um agente comunitário de saúde representando cada uma das equipes de saúde da família do município, além de profissionais dos distritos sanitários, de instituições acadêmicas, de ONGs e de entidades populares. Em paralelo com o encontro, foi organizada uma feira de atividades das equipes de saúde da família, onde as mesmas, agrupadas por distritos, apresentaram os trabalhos que já vinham sendo desenvolvidos com grupos.

O segundo projeto descrevia a implantação dos núcleos de educação popular em saúde - NUCEPS. Previa inicialmente a estruturação e preparação da equipe de educação em saúde dos Distritos Sanitários que seriam responsáveis pela realização das oficinas junto às equipes de saúde da família. Após as oficinas, as equipes que deveriam ser acompanhadas e monitoradas, para em seguida serem realizadas as oficinas de implantação dos NUCEPS com as comunidades. Após um projeto piloto com 12 equipes de saúde da família, se partiria para a avaliação e elaboração do Projeto de implantação dos NUCEPS em todas as Unidades de Saúde da Família. O projeto

piloto foi ampliado, tendo sido realizadas 15 oficinas, envolvendo 34 equipes e 365 profissionais.

As oficinas de capacitação das Unidades de Saúde da Família contavam com a participação de todos os membros da equipe, incluindo aqueles responsáveis pelas atividades de limpeza e vigilância e eram compostas de quatro momentos: a sensibilização, a discussão dos marcos teóricos da educação popular em saúde, a metodologia da EPS e o planejamento das atividades a serem desenvolvidas na comunidade. Outras capacitações também foram realizadas na área de linguagens, que incluiu teatro de rua e de bonecos.

Os projetos 4 e 5 referem-se respectivamente a articulação intra e inter setorial. A construção de uma unidade na linha de educação e comunicação em saúde para toda a secretaria municipal de saúde é o eixo prioritário da articulação intra-setorial. Para as outras secretarias, foram pensadas parcerias em atividades específicas com as Secretarias de Cultura, Educação, Saneamento, Esportes (com os círculos populares de esportes e lazer), dentre outras. A convocação para o I Seminário de Educação Popular em Saúde referia que a gestão havia adotado a EPS enquanto orientação teórica e metodológica, devido a entendê-la como importante estratégia para o exercício de novas práticas em saúde que se dão de forma intersetorial, participativa, crítica e criativa, respeitando e valorizando os sujeitos, suas diferenças culturais e o fortalecimento da cidadania. Este documento, encaminhado para todas as equipes de saúde da família e distritos sanitários, representou um posicionamento de uma Diretoria da Secretaria de Saúde, embora com o conhecimento formal do secretário (Recife, 2001b).

Esta estratégia se referia ao âmbito da atenção básica à saúde, especialmente nas unidades baseadas no Programa de Saúde da Família, intencionando contribuir na discussão da promoção e da prevenção, bem como na integração dessas com a cura. Também se propunha a contribuir na discussão da visão ampla da saúde em sua totalidade e na coletividade, superando a ênfase no indivíduo e na assistência individual.

Como foi desenvolvido o estudo

A Educação Popular sempre esteve muito próxima da pesquisa-ação. A tradicional relação sujeito-objeto no processo de pesquisa é vista como uma relação dialógica, aproximando os dois pólos na perspectiva da construção de uma nova síntese. A idéia do pesquisador-ator indica justamente a junção dos pólos sujeito-objeto. Pressupõe que o pesquisador além de fazer parte da realidade estudada, assume um papel ativo, explicitando suas posições políticas, ideológicas e assumindo a não neutralidade do processo de pesquisa. Assume-se a produção do conhecimento como um processo em construção que une sujeito e objeto.

A forma como a Proposta foi elaborada e implantada, a existência de uma concepção teórica que privilegia a participação na implementação das ações e que se definiu pela construção coletiva da proposta municipal de educação

popular em saúde, objeto de estudo, são pontos-chave que justificam a opção pela realização de uma pesquisa-ação. A pesquisa foi desenvolvida levando em consideração as fases da pesquisa-ação com as adaptações necessárias à dinâmica do processo. Desta forma, identificam-se as seguintes fases: a fase exploratória ou de levantamento do problema; a construção coletiva do Plano de Ação que se constituiu na Proposta Municipal de Educação Popular em Saúde, a fase de implementação e a coleta de informações sobre o processo de implementação da proposta; o seminário central da pesquisa; a análise dos dados, sua apresentação e discussão com o grupo.

No caso estudado, a Secretaria de Saúde do Recife, o coletivo de gerentes de educação em saúde definiu inicialmente como principal problema a precária participação popular nas ações de saúde, especialmente nas ações de educação em saúde e promoção da saúde. O Plano de ações foi construído pelo mesmo grupo na perspectiva de solucionar este problema No processo de pesquisa, esse coletivo de gerentes assumiu um papel fundamental.

A pesquisa, construída na perspectiva de análise participativa de um processo de gestão, parte então de problemas antecipadamente identificados pelo grupo, para os quais são estabelecidas as primeiras ações a serem implementadas. Outros problemas foram identificados no decorrer da pesquisa, relacionados à implantação e gestão de ações e práticas de Educação em Saúde, dentre os quais se destacam a falta de legitimidade política da Educação Popular em Saúde e a pequena capacidade de discussão política dos técnicos envolvidos.

A pesquisa se desenvolveu entre janeiro de 2002 e maio de 2003. Foi realizada uma análise documental do período de implantação da Proposta de Educação Popular em Saúde no Recife no período de 2001-2003, além de outros documentos que remontam a origem dessa proposta, ou seja, documentos da gestão da Secretaria Estadual da Saúde de Pernambuco entre 1995 e 1998, do Pólo Pernambuco de Educação Popular e Saúde (EPS), de outros municípios e das gestões anteriores do próprio município do Recife. Foram realizadas oito entrevistas individuais com atores-chave do processo de gestão, dentre os quais, o secretário municipal de saúde, gerentes de distritos, coordenadora da Divisão de Educação em Saúde, assessores e gerentes da área de Educação em Saúde dos Distritos, além de profissionais das equipes capacitadas nas oficinas de EPS. Além destas, foram realizadas quatro entrevistas em grupo sendo três delas com o coletivo de gerentes de Educação em Saúde e uma com o grupo de estudantes do Projeto de Extensão Comunitária da UFPB que vieram conhecer e conviver com as equipes capacitadas, num estágio orientado especificamente para Educação Popular em Saúde e que se constituíram em informantes no aspecto da percepção externa da implantação da Proposta.

O Seminário de Avaliação da Implantação da Proposta de EPS do Recife, ocorrido nos meses de janeiro e fevereiro de 2003, foi fotografado e gravado, além de ter sido feito relatório minucioso pelo coordenador do seminário, agente externo ao processo de gestão. Este seminário foi caracterizado como o seminário

central da pesquisa, que é descrito por Thiollent (1998: 58) como a técnica principal da pesquisa-ação, e cujo objetivo consiste em examinar, discutir e tomar decisões acerca do processo de investigação.

O Seminário de Avaliação cumpriu efetivamente esse papel, identificando os novos problemas descritos referentes a legitimação e discussão política da proposta, definindo novas ações a serem implementadas para enfrentá-los.

Resultados

A Proposta de Educação Popular em Saúde do Recife, com pouco mais de dois anos de implantação, teve um desenvolvimento desafiador, na medida em que, sem orçamento próprio e com uma equipe composta de poucos profissionais, alguns deles com vínculos precários, conseguiu realizar um importante conjunto de ações. Entre capacitações, campanhas e mobilizações comunitárias, os princípios básicos da proposta estão sendo incorporados, de forma processual. Apesar de ter perdido em legitimidade, os educadores populares conseguiram conquistar espaços importantes como a aprovação de todas as suas propostas na VI Conferência Municipal de Saúde do Recife.

A equipe de educadores e sua proposta de Educação Popular em Saúde para o Recife não tinham claras as contradições entre desenvolver a sua proposta num sistema de saúde municipal que funciona de acordo com o modelo dominante baseado na assistência clínica individual. Desta forma, não foram pensadas formas de trabalhar as ações educativas no nível do indivíduo, nem formas mais claras de enfrentamento do modelo hegemônico. No fundo, a proposta propunha atuar em paralelo, não vislumbrando como a EPS poderia enfrentar esse modelo.

O coletivo de gerentes de educação em saúde trabalhou pouco a construção de uma legitimação da Proposta de EPS, deixando de articular o movimento popular em seu favor, as instituições de ensino, as ONGs, além dos vários atores internos. Esse fato levou a perda de poder político e de legitimidade do grupo e da proposta, dificultando sua implantação. A deficiente sistematização e divulgação das ações realizadas colaboraram ainda mais com a perda de legitimidade. Um conjunto de fatos e ações foi discutido com os gerentes de educação em saúde dos distritos, que sugeriram mais algumas ações de promoção da saúde e intersetorialidade. Foram escolhidos os seguintes fatos para serem levantados junto às equipes capacitadas:

- O fim dos grupos por patologias e a sua reorganização pelo ciclo da vida;
- A construção da identidade do grupo, com a escolha de um nome para o grupo, para deixar de ser taxados com um adjetivo, uma doença. A formação do grupo com um conjunto de pessoas que se reúnem regularmente;
- A discussão de assuntos gerais como cidadania, temas da atualidade, violência, etc. nos grupos;
- A utilização de técnicas participativas nas reuniões dos grupos;
- O trabalho com o corpo, alongamentos, ginásticas,

massagens etc. nas reuniões;

- A realização das discussões em círculo;
- Trabalho com alimentação alternativa ou enriquecida;
- Introdução de artesanatos, reciclagens e outros trabalhos manuais, ligados a ocupação do tempo, elevação da auto-estima e geração de renda pelos membros do grupo;
- Terapias alternativas em consultório ou coletivamente;
- Existência de movimentos populares e lutas na comunidade na qual os grupos se engajam ou Lideram e,
- Existência de campanhas na comunidade de promoção da saúde encabeçadas pela equipe.

As equipes foram entrevistadas pelos gerentes distritais, o que ajudou também a uma avaliação do trabalho pelos distritos, que ainda não tinha sido feito. Alguns resultados mais significativos estão relatados abaixo. O quadro está completo foi colocado em anexo. Foram entrevistadas 27 equipes das 34 capacitadas (três delas foram desfeitas, quatro não foi possível entrevistar). Nas atividades de grupo, 26 equipes referem trabalhar em círculo; os grupos foram reorganizados pelo ciclo da vida em 21 das 27 equipes, enquanto 16 deste total trabalham com grupos que constituíram sua identidade, com freqüência regular dos mesmos usuários e um nome para o grupo. Em sua maioria (19), as equipes trabalham com técnicas corporais, como alongamento, relaxamento, exercícios leves e técnicas de estímulo à participação. Um grande número de equipes (21) afirma discutir temas gerais nos grupos de usuários, como cidadania, gênero, problemas do bairro.

A situação referente à promoção da saúde não verbal, além das reuniões e do consultório, é mais precária que as atividades de grupo. Apenas 9 equipes estimulam o uso ou praticam exercício físico regularmente com usuários, enquanto 8 utilizam alimentação alternativa ou fitoterapia junto aos usuários[2]. Os trabalhos manuais são mais freqüentes nos grupos, (16 equipes realizam), variando da pintura em tela ou tecido, artesanato, onde se destaca o artesanato com jornal, a confecção de bonecos para teatro, bijuteria, reciclagem de materiais, até a confecção de enxoval para bebês. Vale destacar que 6 equipes não realizam nenhuma ação de promoção da saúde na comunidade ou coletivamente.

A tendência dos educadores era de atribuir essa dificuldade ao perfil da equipe, à falta de compreensão da Proposta, à resistência em desenvolver ações participativas. A realidade de equipes que, após a capacitação, não realizam nenhum trabalho de promoção da saúde, nenhuma atividade coletiva, nenhum grupo, precisa ser melhor analisada, em todos os aspectos, garantindo o direito da população a um atendimento de qualidade que inclui essas ações.

A integração dessas equipes com o movimento popular da sua comunidade ainda é muito frágil. Apenas oito equipes referem ter participado junto com a comunidade de alguma

[2]O trabalho com alimentação enriquecida (chamada de alternativa) é feito junto com os usuários que preparam alimentos e se reúnem mensalmente para fazer uma quantidade de multimistura necessária para todos. O trabalho com fitoterapia varia desde a prescrição até o levantamento das ervas mais usadas na comunidade e a organização de hortas medicinais.

luta ou movimento reivindicatório de melhorias das condições de vida e saúde. No caso das campanhas, tão comuns no nosso dia-a-dia, não seria utópico supor que todas as equipes contassem com a participação da comunidade em campanhas de promoção da saúde, a exemplo da campanha contra a dengue. No entanto, sete equipes relatam não ter desenvolvido campanhas com as comunidades.

Fazendo uma análise dos resultados por equipe, observa-se que oito equipes incorporaram a maioria das questões ao dia-a-dia do seu processo de trabalho. É um número pequeno, representa pouco mais de 25% das equipes capacitadas, mas pode ser trabalhado como um exemplo para as demais equipes. Por outro lado, sete equipes capacitadas dão sinais de que não incorporaram a Proposta. Algumas coisas bem básicas como os grupos, a discussão de temas gerais, a formação de uma identidade do grupo ainda não está presente nessas equipes. Além desses, outras onze equipes ficam numa faixa intermediária, podendo-se supor que tenham incorporado parcialmente a Proposta.

A análise dos resultados deve ser feita de forma cuidadosa, tanto pela fragilidade metodológica como pelo viés de interpretação. Muitos grupos vinculados às equipes que parecem ter incorporado a EPS ainda funcionam como consulta coletiva com aferição de pressão, distribuição de medicamentos etc. Os usuários podem se manter "presos" aos grupos pela maior facilidade de acesso ao remédio. Como "castigo[3]", se faltarem, vão ter que marcar uma consulta individual para pegar o remédio[4].

Construindo um Modelo Teórico para um Programa Municipal de Educação Popular em Saúde

Baseado na revisão da literatura apresentada e na experiência desenvolvida na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e na construção da proposta do Programa Municipal de Educação Popular em Saúde na Secretaria Municipal de Saúde do Recife, propomos uma sistematização dos Programas de Ações e atividades que comporiam a proposta de Educação Popular em Saúde no município.

No relato dos técnicos e trabalhadores, o que era mais perceptível de mudança após o processo de capacitação referia-se ao uso/aplicação da metodologia da EPS, relacionada em boa parte, ao uso de técnicas participativas, corporais nas atividades de grupo, pouco incorporando dos elementos relativos ao modelo de atenção, à intersetorialidade e à integralidade, caracterizando-se como uma educação em saúde toca boiada (Vasconcelos, 2001:14).

Após essa sistematização, cabe pensar numa contribuição para aqueles municípios interessados e comprometidos com a implantação de uma proposta de Educação Popular em Saúde. Como tentar construir um projeto que abranja as diversas vertentes da EPS, tendo claro as potencialidades e objetivos de cada uma delas e os resultados esperados. Essa proposta, apresentada na página seguinte, tem como objetivo a criação de condições que favoreçam a participação crítica e criativa dos vários setores da sociedade na busca de melhoria da qualidade de vida e de saúde.

[3]O uso da palavra castigo, neste caso, é interpretação da autora

[4]Hoje temos trabalhado uma diferenciação entre consulta coletiva e grupos, reforçando os grupos de usuários pelo ciclo da vida e reorganizando antigos "grupos" hipertensos e diabéticos como grupos de consulta coletiva.

Programas de Ações e Atividades para uma Proposta de Educação Popular em Saúde para o município

Programas de Ação	Atividades
1. Diagnóstico e Planejamento Participativo	1.1. Seminários comunitários para diagnóstico das condições de vida e de saúde 1.2. Oficinas de Planejamento Participativo
2. Desenvolvimento de outras formas de Linguagens voltadas para a saúde	2.1 Uso do teatro de Mamulengo e/ou bonecos na Educação Popular em Saúde 2.2 Uso do teatro de rua na Educação Popular em Saúde 2.3 Artes Plásticas como ação educativa 2.4 Oficinas de trabalhos manuais 2.5 Capoeira e educação em saúde 2.6 Cultura popular, música e dança na educação popular em saúde
3. Comunicação e Educação Popular	3.1. Rádios comunitárias na Educação em Saúde 3.2.TV interativa de rua e Educação Popular em Saúde
4. Desenvolvimento de práticas populares em saúde	4.1. Oficinas de alternativas alimentares 4.2. Oficinas de remédio caseiro 4.3. Redes de apoio social e comunitário 4.4. Parcerias com benzedeiras 4.5. Parcerias com organizações espirituais e religiosas
5. Ação educativa na atenção individual respeitando o saber popular	5.1. Prática clínica como ação educativa 5.2 Acolhimento como ação educativa 5.3. Respeito ao direito do usuário em conhecer seu processo de saúde e doença e na busca de alternativas de cura
6 Ações educativas com grupos, usando metodologia da Educação Popular	6.1. Formação de grupos segundo o ciclo de vida 6.2. Utilização de temas geradores para o trabalho com os grupos 6.3. Oficinas educativas problematizadoras
7. Participação ativa de organizações populares na constituição dos Núcleos de Educação Popular em Saúde 8. Ações coletivas com repercussão na saúde	7/8.1. Integração intersetorial nas ações coletivas nas comunidades 7/8.2. Mobilização comunitária para o desenvolvimento de ações coletivas com repercussão na saúde 7/8.3. Feiras Populares em Saúde

Um conjunto de linhas estratégicas seria estruturado, com o objetivo de viabilizar a efetivação das ações, abrangendo todos os programas de ações e atividades, conforme descrito abaixo:

1. Capacitação profissional para as ações educativas referenciadas na Educação Popular;

2. Transformação cultural dos profissionais e usuários sobre o saber clínico;

3. Desenvolvimento de metodologias para Educação Popular em Saúde;

4. Produção de materiais educativos;

5. Garantia de infra-estrutura física e equipamentos;

6. Articulação intersetorial e,

7. Articulação com organizações populares e construção de parcerias.

A Proposta, a nosso ver, teria como objetivo aumentar o nível de autonomia e consciência da população usuária dos serviços de saúde sobre os condicionantes e determinantes da saúde, mobilizando-os para lutar por soluções para os problemas identificados. Como produto final, o aumento da participação popular e a garantia da integralidade nas ações de saúde poderiam ser definidos, tendo em vista ser também uma tarefa dos municípios a garantia desses princípios.

Para cada programa de ação, que poderiam ser considerados como componentes da Proposta de Educação Popular em Saúde para o município, seriam definidos objetivos, produtos e resultados esperados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Anais da 8ª. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1986a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1986b. Série A: Normas e Manuais Técnicos, 36.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1998. São Paulo: Atlas; 1990.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei Nº. 8080; 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

CARVALHO Guido I & SANTOS Lenir. Sistema Único de Saúde - Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90). São Paulo: Hucitec; 1995.

CARVALHO Marcus R. Modelos assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade. In: Bodstein, Regina, organizadora. Serviços Locais de Saúde: construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993a. p. 117-130.

DUSSAULT Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Revista de Administração Pública 1992; 26 (2):08-19.

FREIRE, Paulo, 1987. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 17a. Ed., 184 p.

HARRISON, T.R. et all, 1984. Medicina Interna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Vol 1.

HARTZ Zulmira MA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática na análise de

implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

HARTZ Zulmira MA. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. Divulgação em Saúde para Debate 2000; (21):29-35.

LIMA, S.M.L. Definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde. Rev. Adm. Pública, 28(4):38-64, 1994.

OLIVA, Ricardo. Saúde é a atenção ao indivíduo em sua totalidade. Saúde em Debate 1987; (19): 17-19.

OLIVEIRA, Jaime A. de A. & TEIXEIRA, Sonia M.F. (IM)Previdência Social 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Abrasco, 2ª. Edição, 1989, 360p.

OMS. Carta de Ottawa, aprovada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, obtida em www.saude.gov.br/programas/promoçãoalma.htm, em 27/06/2001.

OPS. Controle das doenças transmissíveis no homem. Washington: OPS. Publicação Científica Nº. 442. 13a. Edição, 1983.

MELO J.A.C., RAMOS, Célia L. & SOARES, J.C.R.S. Quem educa quem? Repensando a relação médico-paciente. In: Costa, N.R., Minayo, M.C.S., Ramos, C.L., Stotz, E.N. (Org.) Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde, Vol II, Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1989.

PERNAMBUCO. Caderno de Educação em Saúde - Diálogo de Saberes - Linguagens: teatro de mamulengo, práticas alternativas em saúde, alternativas alimentares e remédios caseiros. Recife: Secretaria Estadual de Saúde; 1998. 121 p.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. Proposta de Educação Popular na Política Municipal de Saúde da Prefeitura do recife. 2001.

SOUZA, Kátia R., BRITO, Jussara C. & MARQUES, Maria Blandina. Educação Popular e a Saúde dos Trabalhadores: a construção dialógica do conhecimento. Mimeo, 2001.

SPSEP (Seminário sobre Promoção da Saúde e Educação Popular). A Educação em Saúde que a Sociedade Brasileira Necessita: carta aberta à sociedade brasileira. Brasília: mimeo, 2000.

STOTZ, Eduardo N. Saúde Pública e movimentos sociais em busca do controle do destino. In: Valla, Victor V. & Stotz, Eduardo N. Educação Saúde e Cidadania. Petrópolis: Vozes, 1994. 142 p.

VALLA, Victor V. Educação Popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cad. Saúde Publica 15 (Sup. 2): 7-14, 1994.

VASCONCELOS, Eymard M. Educação popular e atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec/Ministério da Saúde, 1999a. 332 p.

_____. A prescrição médica diante da liberdade e da diversidade cultural dos pacientes. In: Revista de APS, ano 2, (3) p. 13-18, 1999b.

_____. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. In: Vasconcelos Eymard M, organizador. A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 11-19.

ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE A SITUAÇÃO DE TRABALHO E A SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA/GROTÃO II

Maria Janilce Oliveira Magalhães*

Hélder Pordeus Muniz**

Joana Dar'k Costa***

Francisca Farias Ribeiro****

Resumo

A partir de nossa atuação como profissional da Unidade de Saúde da Família/Grotão II em João Pessoa, Paraíba, e das discussões realizadas no decorrer das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, sob a Coordenação do Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva - NESC/UFPB, pudemos perceber que a maioria das Unidades de Saúde da Família do Estado da Paraíba enfrenta sérias dificuldades no seu cotidiano em decorrência das precárias condições de trabalho e dos problemas referentes à sua organização. Esses fatores comprometem a qualidade de trabalho ao mesmo tempo em que acarreta insatisfação, desgaste e um conjunto de mal estares vivenciados por estes profissionais. Nessa perspectiva, justificamos a importância desse trabalho monográfico do referido Curso, em 2003, cujo objetivo foi analisar a relação entre a situação de trabalho e a saúde dos profissionais da Unidade de Saúde da Família - USF/Grotão II do município de João Pessoa. Para melhor apreender nosso objeto, adotamos como ferramenta teórico-metodológica as seguintes abordagens: Modelo Operário Italiano (ODDONE et al., 1986); Medicina Social Latino-Americana (LAURELL e NORIEGA, 1989) e a Ergonomia (WISNER, 1994). Tivemos como sujeitos participantes da pesquisa os profissionais da Unidade de Saúde Família - USF/Grotão II. A coleta de dados foi realizada a partir da construção do Mapa de Risco da Unidade de Saúde da Família com a participação de psicólogos do trabalho. A utilização dessa técnica permitiu identificar a existência de um conjunto de fatores de riscos (físicos, químicos, biossanitários, ergonômicos, segurança, psíquicos e sociais) presentes no ambiente de trabalho, que foram relacionados a um conjunto de sintomas vivenciados pelos profissionais no curso de seu trabalho. Foi possível observar também que o processo de desgaste vivenciado pelos profissionais tem implicações na qualidade do trabalho desenvolvido junto à comunidade. Os resultados obtidos na pesquisa têm conduzido a equipe de Saúde da Família a pensar estratégias de enfrentamento da realidade hoje vivenciada, na perspectiva de construir um ambiente de trabalho mais saudável. Nesse empreendimento, as profissionais têm se concentrado em questões que envolvem mudanças nas condições e organização do trabalho, fortalecimento da própria equipe e mobilização da comunidade para reivindicar junto às instâncias

* Médica do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, Paraíba. jdcl@openline.com.br

** Professor da Universidade Federal Fluminense (UFF), Doutor em Engenharia, Pesquisa de Operação e Gerência de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

*** Professora Visitante da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Mestre em Psicologia Social

**** Enfermeira do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, Paraíba.

competentes, a melhoria das condições de trabalho e de infra-estrutura do bairro, ampliação do quadro de recursos humanos e redução do número de famílias assistidas. A equipe tem procurado também, junto a outras Equipes de Saúde da Família, construir espaços de discussão sobre o processo de trabalho nas USF deste município. Desta forma, podemos dizer que a metodologia do Mapa de Risco utilizada nesse estudo contribuiu significativamente para aprimorar capacidade dos profissionais de analisarem, com um olhar crítico e investigativo, o processo de trabalho na USF/Grotão II. Concluímos que é necessário criar formas para que o trabalho, elemento imprescindível em nossas vidas, não seja somente sinônimo de desgaste excessivo, mas que seja, acima de tudo, fonte de prazer. Prazer que se concretiza também a partir do desenvolvimento de um trabalho sério e comprometido com a saúde da população assistida.

Palavras-chaves:

Saúde da Família; Saúde do Trabalhador; Profissionais de Saúde; Qualidade do Trabalho.

Introdução

O Programa de Saúde da Família - PSF foi criado na década de 1990 pelo Ministério da Saúde com a pretensão de reorganizar Unidades Básicas de Saúde. Tem como objetivo tornar essas Unidades resolutivas, bem como possibilitar o estabelecimento de vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, através de uma prática de saúde integral e participativa (BRASIL, 2000).

Neste sentido, diferenciando-se do modelo tradicional hegemônico, que se caracteriza por centrar-se na enfermidade e seus efeitos, desconsiderando os valores que influenciam a qualidade de vida e do desenvolvimento humano, o PSF surge como modelo alternativo, que tem como objetivo prestar assistência contínua à comunidade, a partir de um acompanhamento integral da saúde de todos os que vivem no território sob sua responsabilidade.

No decorrer dos anos da implantação do PSF, houve uma forte adesão à proposta do Governo Federal, que se concretizou a partir de uma grande expansão nos municípios do número de equipes de saúde da família em seus territórios. No estado da Paraíba, as primeiras equipes foram implantadas no ano de 1994, na cidade de Campina Grande, estendendo-se posteriormente para os outros municípios do Estado. No município de João Pessoa, inicialmente foram implantadas sete (07) equipes.

A Equipe de Saúde da Família do Grotão II foi uma das sete equipes pioneiras, iniciando esse trabalho em janeiro de 2000. Os profissionais que compõem a ESF/Grotão II têm procurado realizar um trabalho voltado para a prevenção e a promoção de saúde da população assistida. Mas, a partir da nossa atuação e experiência como médica do PSF, evidenciamos um crescente quadro de precarização do trabalho na Unidade de Saúde da Família - USF/Grotão

II que vem comprometendo o pleno desenvolvimento das atividades e a qualidade da assistência aos usuários, ao mesmo tempo em que acarreta insatisfação, desgaste e um conjunto de mal-estares vivenciados pelos profissionais que compõem a equipe.

A partir de discussões realizadas no decorrer das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família (sob a Coordenação do Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva -NESC/UFPB), pudemos perceber que a maioria das Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa enfrenta sérias dificuldades no seu cotidiano em decorrência das precárias condições de trabalho e dos problemas referentes a sua organização. Durante essas discussões, ouvimos alguns profissionais relatarem que se encontram no limite de sua resistência física, mental e emocional.

Em seus depoimentos, percebemos inúmeras formas de vivenciar a precarização do trabalho. Alguns profissionais assinalam que, embora com muita tristeza, estão tentando se adaptar a essa situação, tendo em vista que "o que não tem mais jeito nem nunca terá". Outros confessam que, por medo de sofrerem repressões, preferem ficar calados, naquela postura de "tô vendo tudo, mas fico calado, faz de conta que estou mudo". E por fim, um outro grupo de profissionais acredita que poderá haver mudanças no processo de trabalho, desde que eles se assumam como protagonistas de ações que possibilitem a transformação das condições e organização do trabalho no PSF. Para eles "quem sabe faz a hora não espera acontecer".

Assim, por percebermos que o processo de trabalho tem se constituído fonte de inquietação e mal-estar para a equipe da USF/Grotão II e inúmeras outras, justificamos a importância do surgimento de estudos nessa área. Portanto, é na intenção de contribuir para o aprofundamento das discussões sobre essa problemática que situamos esse estudo monográfico do Curso de Especialização em Saúde da Família (NESC/UFPB), cujo Objetivo Geral é analisar a relação entre o processo de trabalho e a saúde dos profissionais da USF/Grotão II.

Como parte do arcabouço teórico que fundamenta nosso estudo, recorremos ao Modelo Operário Italiano (Odonne et al., 1986); a Medicina Social Latino-Americana (Laurell e Noriega, 1989); e a ergonomia (Wisner, 1994). E, para uma melhor apreensão do objeto elegemos como elemento norteador dessa pesquisa as seguintes hipóteses:

- Há elementos presentes no trabalho que se constituem fonte de sobrecarga dos profissionais da USF/Grotão II;
- As condições e organização de trabalho têm implicações na saúde dos profissionais da USF/Grotão II e na qualidade da assistência prestada à comunidade;
- Os profissionais da USF/Grotão II realizam um trabalho cooperativo como forma de minimizar a sobrecarga de trabalho.

Do ponto de vista formal esse texto se desdobra em dois itens e uma conclusão, seguindo o seguinte plano: No

primeiro item, apresentamos os recursos metodológicos que orientaram nosso estudo. Em seguida, no segundo item, temos as análises dos dados obtidos a partir da construção da técnica do mapa de risco na USF/Grotão II. Nas considerações finais, temos uma discussão sobre o processo de intervenção nas condições e organização do trabalho que vem sendo efetivado pelos profissionais da USF/Grotão II.

Metodologia da pesquisa

No que concerne à metodologia, este trabalho monográfico, que objetiva analisar a relação entre a situação de trabalho e a saúde dos profissionais da USF/Grotão II, tem como referencial a abordagem da pesquisa qualitativa..

Participaram desse estudo os profissionais da área de saúde que atuam na USF/Grotão II, cuja equipe é composta pelas seguintes categorias: uma médica , duas enfermeiras, cinco agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais e uma auxiliar de consultório odontológico. Vale salientar que o odontólogo que integra a equipe, durante a fase de trabalho de campo, estava afastado por licença médica, não tendo participado das discussões referentes ao nosso objeto de estudo.

Em nosso processo investigativo, utilizamos, como instrumento metodológico no desenvolvimento do trabalho de campo, a técnica do Mapa de Risco desenvolvida pelo Instituto Nacional de Saúde no Trabalho - INST/CUT (1996). O Mapa de Risco foi criado no final da década de 60, através do Modelo Operário Italiano (ODDONE et al. 1986) e pode ser entendido como uma técnica de análise das condições e organização do trabalho possibilitando a participação efetiva dos próprios trabalhadores que vivenciam a experiência do trabalho. Em outras palavras, o Mapa de Risco é uma representação gráfica de um conjunto de fatores presentes nos locais de trabalho, potencialmente capazes de gerar prejuízos à saúde dos trabalhadores. (MATTOS & QUEIROZ, 1996).

Na construção do Mapa de Risco da USF/Grotão II, a equipe de profissionais desta Unidade que participou dessa atividade apontou a existência de vários fatores de riscos à saúde presentes no ambiente de trabalho, os quais, de acordo com o modelo de Mapa de Risco desenvolvido pelo INST/CUT (1996), estão divididos em oito categorias: grupo de fatores de riscos físicos, fatores de riscos químicos, fatores de riscos biossanitários, fatores de riscos ergonômicos, fatores de riscos de segurança, fatores de riscos psíquicos fatores de riscos sociais e fatores de riscos ambientais. É importante salientar que, ao fazer o levantamento dos fatores de riscos, a equipe procurava discutir a relação riscos/causas, riscos/sintomas de adoecimentos, além de propor estratégias de enfrentamento e superação da nocividade no trabalho. Para Laurell (1989), é bastante fecundo esse espaço de discussão coletiva nos ambientes de trabalho, pois permite desvelar o caráter coletivo dos problemas de saúde no trabalho e a possibilidade real de solucioná-los.

A construção do Mapa de Risco se deu a partir de quatro encontros com os profissionais da Unidade. As discussões se davam num clima bastante agradável, de modo que todos se sentiam interessados em participar das discussões, a partir de exemplos, relatos de experiências vivenciadas no trabalho e relacionadas ao tema em estudo. Os encontros aconteceram semanalmente, nos horários de trabalho que eram reservados para reunião da equipe, com duração média de duas horas. O quarto e último encontro foi reservado para a confecção da representação gráfica do Mapa de Risco (em anexo), que consiste no desenho da planta da Unidade, contendo, por meio de círculos, a localização, especificação e gravidade dos riscos presentes no ambiente de trabalho.

Resultados e Discussão

Caracterização da Unidade de Saúde da Família no Grotão II

O Bairro do Grotão, situado no Distrito Sanitário II, no município de João Pessoa-PB, recebeu este nome devido ao seu terreno acidentado, cheio de depressões e buracos. Esse bairro originou-se a partir de invasões de terrenos nas proximidades do Conjunto Funcionários II, que foram urbanizados pelo Estado através da Fundação Social do Trabalho (FUNSAT) em 1982. Hoje sua população é caracterizada por moradores oriundos, principalmente, do interior da Paraíba, apresentando um intenso movimento migratório.

Há no Grotão, duas Equipes de Saúde da Família (Grotão I e Grotão II). Sendo que a área de abrangência Grotão II possui cerca de 1060 famílias, com uma população de aproximadamente 4.500 pessoas distribuídas em uma área composta de cerca de treze ruas. Dessas, duas são asfaltadas e o restante não possui calçamento, por isso há muita lama e poeira, causando transtornos à população, além de um elevado índice de patologias respiratórias. Além disso, os esgotos escorrem a céu aberto, as casas são pouco arejadas e pequenas para o tamanho da família. A maioria da população e de baixa renda e há um elevado índice de desemprego.

Essas precárias condições de vida interferem significativamente no processo de adoecimento e cura das pessoas. O baixo nível sócio-econômico e educacional contribui para uma grande dependência da USF para cuidar de problemas simples como resfriado, diarréia entre outros. Ainda permanece a visão de saúde centrada no poder de cura do médico e dos medicamentos, havendo pouca adesão às praticas preventivas.

Na USF são desenvolvidas ações de atenção integral à saúde da criança e da mulher; controle de doenças crônico-degenerativas; infecciosas e parasitárias; vigilância epidemiológica; educação e saúde; capacitação de agentes comunitários de saúde; visitas domiciliares; programa de saúde bucal; coordenação local de estágio (estudantes de enfermagem) e atividades de caráter administrativo (não há um Gestor para administração da Unidade).

O PSF, na concepção dos integrantes da ESF/Grotão II, representa a esperança de poder contribuir na construção de melhores dias para a população assistida, ao mesmo

tempo em que desponta a possibilidade de crescimento pessoal e profissional. Para esses profissionais, o prazer de ser profissional da saúde da família está em perceber-se elemento catalisador da promoção e preservação da vida com potencial (ainda que às vezes latente) para atuar direta ou indiretamente em vários níveis de prevenção: da promoção de saúde ao cuidado com o ser humano portador de alguma patologia ou agravo. Na verdade, concordamos com Vasconcelos (1999, p. 153), quando nos diz que os problemas das famílias são muito profundos para serem 'curados', mas não para serem cuidados.

No cotidiano de trabalho, os profissionais têm oportunidade de conhecer o indivíduo dentro do seu contexto familiar, com seus problemas, suas alegrias, suas formas de gerir a vida. Transitam em suas ruas, visitam suas escolas, conhecem seus líderes políticos e religiosos; freqüentam, às vezes, seus restaurantes, padarias, feiras e mercadinhos. E, ao adentrar sua casa, escutam suas histórias de vida, aproximam-se da realidade, passam a ouvir seus problemas, celebram suas vitórias, choram suas perdas, de que forma se alimentam, e se divertem, que tipos de estratégias são utilizadas para enfrentarem o desafio de continuarem vivendo em um meio tão precário. Nessa perspectiva, o cuidado com a saúde da população ultrapassa o aspecto físico e procura penetrar nos diferentes vestígios da vida humana e os profissionais, inevitavelmente, sentem-se convocados a vivenciar os problemas da comunidade, uma vez que realizam o seu trabalho a partir das condições de vida e moradia da população.

Este contato com a realidade bem próxima fornece elementos valiosos para o planejamento e execução de ações que, se acompanhadas de apoio institucional e de boas condições de trabalho, poderiam fazer diferença significativa na vida dessa população.

No entanto, no desenvolvimento dessas ações, os profissionais que compõem a equipe da USF/ Grotão II enfrentam diariamente sérias dificuldades em virtude do grande número de famílias assistidas, precariedade das condições de trabalho, fragilidade de um sistema de referência e contra-referência e falta de outros profissionais (psicólogo, assistente social, agente administrativo e vigilante). Esse quadro, parece gerar um conjunto de mal-estares vivenciados pelos profissionais da USF/ Grotão II, em muitos casos sendo fonte de sofrimentos e doenças, conforme estaremos detalhando no próximo item.

Riscos à Saúde Presentes na Situação de Trabalho da USF/Grotão II

Grupo 01- Fatores de Riscos Físicos

De acordo com a metodologia do Mapa de Risco desenvolvida pelo INST/CUT (1996) o grupo 01 compreende os fatores relacionados à avaliação de salubridade, dentro e fora da fábrica, como temperatura, iluminação, umidade, ventilação e barulho, dentre outros.

Na análise e discussão desse grupo de fatores de risco, as profissionais da equipe de saúde da família verificaram que, no geral, a localização e a estrutura física da casa onde funciona a USF/Grotão favorece a existência de temperatura elevada (ambientes sem

ventilação), fato que se agrava nos meses mais quentes do ano. Explicando melhor, a casa encontra-se voltada para o oeste, e, por esse motivo, à tarde, os raios solares incidem diretamente no terraço e consultório da enfermeira.

A casa é dividida em sete pequenos cômodos, adaptados da seguinte maneira: terraço (funcionando como sala de espera), dois quartos (que servem como consultório da médica e enfermeira), sala de jantar (sala de curativo e corredor), cozinha (sala de imunização), área de serviço (sala de espera e reunião). Há também um anexo com três pequenos cômodos, que são utilizados para copa, sala dos estagiários e farmácia. Vale salientar que esses cômodos são muito pequenos e não suprem as necessidades do trabalho exercido, dificultando até mesmo a circulação dos profissionais e usuários no interior da Unidade.

Por outro lado, a falta de ventilação tem ocasionado problemas na sala de farmácia e na sala dos estagiários, cujas paredes no inverno ficam bastante úmidas, favorecendo a proliferação de fungos nas paredes, como nas prateleiras e embalagens dos medicamentos, desencadeando processos alérgicos nos profissionais que circulam por esses ambientes.

Outro risco constatado está relacionado ao barulho existente no interior da Unidade em função do aglomerado de usuários que procuram a USF. Isso ocorre porque a sala de espera é pequena e não acomoda os pacientes confortavelmente, provocando tumulto e barulho em virtude das conversas, reclamações pelo tempo de espera, choros de criança etc. O nebulizador (instalado na sala de espera, por falta de espaço) constitui-se noutra fonte de barulho interno. Foi mencionado também o barulho externo, ocasionado pelos aparelhos de som da vizinhança mais próxima, que, embora em menor intensidade e freqüência, incomodam e interferem no desenvolvimento das atividades.

A chuva e a exposição ao sol foram queixas apresentadas principalmente pelas agentes comunitárias, médica e enfermeira, já que essas profissionais fazem visita aos pacientes que não tem condições de se deslocar até a Unidade.

As agentes comunitárias fazem visitas domiciliares cotidianamente, estando, portanto, mais expostas aos riscos. De acordo com os depoimentos dessas profissionais, na estação chuvosa o problema se agrava na medida em que as ladeiras ficam escorregadias, há muita lama nas ruas e esgoto a céu aberto. Já na estação do verão, a exposição ao sol durante as visitas domiciliares, é fonte de outros riscos: problemas na visão e câncer de pele, tendo em vista que não são utilizados óculos escuros, protetor solar e roupas adequadas.

Após constatarem os riscos e as causas possivelmente geradoras da nocividade no trabalho da USF, a equipe de profissionais nos remete a um conjunto de sintomas que podem estar relacionados a esse grupo de fatores de riscos: cefaléia, aborrecimento, cansaço, irritação ocular (em virtude da exposição ao sol durante a visita domiciliar), desidratação leve, irritabilidade, transpiração excessiva, ofuscamento (sol e calor), resfriado, crise alérgica,

bronquite, sinusite (que se agrava nos períodos de chuvas), dor na coluna, nas articulações (peso do material de trabalho que conduzem para a visita domiciliar).

Ainda no que se refere aos riscos físicos, é importante dizer que, nesse processo de discussão e análise da situação de trabalho na Unidade do Grotão, algumas sugestões/saídas/soluções foram propostas como formas de enfrentar esses riscos, visando assim à melhoria das condições de saúde e de trabalho dos profissionais da Unidade. Assim, no que diz respeito a mudanças que envolvem a instância local, foi sugerido o uso de chapéu adequado, protetor solar, óculos escuros, calçados e roupas adequadas, e ainda uso de guarda-chuva, durante as visitas domiciliares. Trata-se, evidentemente, de medidas emergenciais que não atacam as raízes dos problemas; mas entendemos que a adoção dessas estratégias possibilita minimizar os problemas de saúde que acometem a equipe, não inviabilizando assim a mobilização desta no sentido de lutar por mudanças estruturais que envolvem a transformação das condições e organização do trabalho na USF/Grotão II.

Neste sentido, os profissionais assinalaram a necessidade de se reivindicar, em caráter de urgência, junto à Secretaria de Saúde do Município, melhores condições de trabalho, a partir de algumas medidas: instalação de ventiladores nos ambientes da Unidade, reforma e organização da sala de farmácia e sala de curativo, bem como a compra de equipamentos e materiais necessários para que se possam realizar as atividades de forma mais confortável e prazerosa (cadeiras ergonômicas; bureaux; arquivos - para organizar os papéis e economizar espaço -, lanterna,; oftalmoscópio, assim como conserto da mesa ginecológica etc.).

Grupo 02 - Fatores de Riscos Químicos

Um dos principais fatores de risco químico apontado pelos profissionais foi a poeira existente na Unidade (ocasionada pelo fato de a rua não ser pavimentada), havendo uma maior concentração de poeira na farmácia, dada a dificuldade e a falta de tempo para limpar todos os remédios estocados.

Além da poeira, foram identificados como fatores de riscos a fumaça (ocasionada pela queima de lixo, drogas, cigarros), os produtos de limpeza utilizados para higienização do posto e o vapor da autoclave.

Vários sintomas foram associados a esses riscos, dentre os quais destacamos: tosse alérgica, infecção das vias áreas superiores - IVAS e dificuldade respiratória, relacionadas ao acúmulo de poeira interna e externa, irritabilidade ocular e cefaléia, geradas a partir da fumaça dos lixos queimados; dermatite, irritação da mucosa nasal e cefaléia, que foram associadas aos produtos de limpeza.

As estratégias e formas de enfrentamento propostas para eliminar ou pelo menos suavizar os aspectos nocivos relacionados aos fatores químicos envolve diretamente a administração pública. Isso porque foi sugerido que se lute pelo calçamento, principalmente, da rua onde se localiza a USF, bem como a contratação de mais uma auxiliar de serviço, tendo em vista que a Unidade só dispõe dos serviços da auxiliar durante um turno, não

sendo suficiente, portanto, para manter a limpeza do ambiente; fato que contribui para acumular mais poeira e lixo no interior da Unidade. Uma das profissionais lembra que, constantemente, antes de iniciar as atividades do dia, é preciso fazer uma limpeza superficial da sala em que trabalha para retirar o excesso de poeira. Assim, com o intuito de preservar a sua saúde e dos usuários, acaba realizando tarefas que não diz respeito a sua função, mas que precisam ser realizadas.

Podemos supor, a partir dos depoimentos das profissionais, que o quadro reduzido de funcionários na equipe constitui-se um dos principais fatores da sobrecarga de trabalho no PSF. Isso porque as profissionais acabam acumulando funções, fator que agrava o quadro de desgaste físico e mental.

Grupo 03 - Fatores de Riscos Biossanitários

De acordo com os relatos da equipe da USF/ Grotão, é bastante comum no cotidiano de trabalho a presença de agentes biológicos que se constituem fatores de riscos para os profissionais que atuam na Unidade. Assim, as profissionais ressaltam que estão expostas e correm o risco de serem contaminadas por bactérias, fungos, vírus e picadas de animais (escorpião) assim como ataques de ratos, gatos, cachorros etc.

Elas atribuem esses riscos à falta de ventilação nos ambientes de trabalho e à presença de animais nas ruas. Lembram ainda que o espaço físico da Unidade é inadequado (salas pequenas) de forma que os pacientes ficam aglomerados, havendo proliferação de bactérias, vírus, etc. Neste sentido, apontaram um conjunto de manifestações sintomáticas que emergem no cotidiano de trabalho: infecções, infestação, micose, resfriado, diarréia. Diante desse quadro, a equipe de profissionais da Unidade, ao discutir as estratégias para enfrentar essa problemática, assinalou mais uma vez a necessidade de uma reforma da casa onde funciona a USF (se possível a construção de uma nova Unidade), dedetização periódica do ambiente, melhores condições de trabalho, além de procurar mobilizar a comunidade (através do conselho de saúde, associações, igrejas etc) para reivindicar melhoria das condições de saneamento do bairro.

Grupo 04 - Fatores de Riscos Ergonômicos

A principal queixa apresentada pelos membros da equipe, com exceção da auxiliar de serviço, foi o excessivo número de fichas, dados, formulários que precisam preencher diariamente/mensalmente. O excesso de atividades burocráticas vem contribuindo para o agravamento das patologias da coluna e articulações, além de gerar um certo desconforto pelos movimentos repetitivos. De acordo com os materiais produzidos pelo INST/CUT (1996), esse grupo de fatores aglutina os riscos ligados às atividades motrizes responsáveis pela ocorrência da fadiga no ser humano, gerada pelo esforço das estruturas musculares e esqueléticas próprio da ação. É o caso do esforço físico, das posturas corporais, dos movimentos repetitivos, dos ritmos de trabalho, das configurações do ambiente laboral, dentre outros. Além dos riscos relacionados às atividades burocráticas, foi assinalado também que na Unidade não

há cadeiras confortáveis e adequadas para a realização de consultas e/ou exames ginecológicos.

As visitas domiciliares também são fonte de desconforto para as profissionais, que se queixam de dores na coluna por terem que fazer longas caminhadas conduzindo material de trabalho pesado, muitas vezes em ruas esburacadas pois muitas casas são localizadas em ladeiras. Essas visitas, segundo os relatos, exigem muito esforço físico, causando dores nas pernas e na coluna, principalmente no turno da noite.

Na discussão sobre as atividades burocráticas, as profissionais ressaltaram que, além da fadiga física, a burocracia parece ser um dos fatores determinantes da sobrecarga de trabalho. Todas reconhecem que a burocracia tem dificultado o bom desempenho do Programa de Saúde da Família. Isso porque muito tempo é gasto no preenchimento de papéis, não havendo tempo para realizar atividades inerentes à proposta do PSF, como: organização de campanhas preventivas, educativas na comunidade e reuniões de avaliação do trabalho. Nesta perspectiva, o PSF, segundo a equipe, está seguindo o mesmo caminho das práticas de saúde tradicionais, que se centram na doença e na medicina curativa, e não desenvolvem ações dentro de uma perspectiva de prevenção de saúde da população.

Para os profissionais, a burocracia que atravessa o Programa está comprometendo também os momentos que eles dispõem para o almoço (a médica, a enfermeira, a auxiliar de enfermagem almoçam no próprio trabalho), na medida em que aproveitam esse espaço de tempo para essa atividade.

Evidenciamos, assim, que as atividades burocráticas exigidas pelas equipes gestoras do PSF, extrapolam a jornada de trabalho dos profissionais, sendo bastante comum o fato de levarem as atividades para fazerem em suas residências, muitas vezes com auxílio e cooperação dos familiares.

A discussão e análise dessa questão no processo de construção do Mapa de Risco, permitiu que se indicasse como solução para a problemática apresentada a contratação de um agente administrativo que se encarregaria de toda a parte burocrática. Uma outra proposta é que se ajuste os sistemas de informações da Secretaria de Saúde, tornando-o mais prático e objetivo.

Com o intuito de superar os problemas relacionados aos fatores de riscos ergonômicos, foram apontadas algumas estratégias: a aquisição de móveis e equipamentos adequados ao trabalho, bem como a adoção de algumas medidas preventivas: a redução do material conduzido nas visitas, uso de calçados confortáveis e adequados, uma maior vigilância com a postura ao sentar, andar, deitar, trabalhar etc. No que se refere às grandes distâncias percorridas a pé durante as visitas domiciliares, foi proposto que se fizesse uma agenda dessas visitas, concentrando-as, sempre que possível, em uma ou duas micro-áreas. Entende-se que dessa forma pode-se evitar que se percorram grandes distâncias, o que acontece quando se fazem muitas visitas em domicílios que se localizam em pontos extremos.

Grupo 05 - Fatores de Riscos de Segurança

As profissionais relataram que estão expostas a alguns riscos de acidentes no trabalho, dando ênfase ao risco de quedas ao montar a balança que pesa as crianças. Isso porque durante as visitas domiciliares, muitas vezes, precisam subir em bancos para pendurar a balança no teto.

A enfermeira e a médica da Unidade, fizeram alusão ao risco de acidente no percurso de casa para o trabalho. Essas profissionais residem em bairros distantes do local de trabalho e enfrentam, diariamente, o trânsito nos horários de grande movimentação (trânsito congestionado) nas ruas e rodovias (BR). Vale salientar que o fato de o Grotão ser localizado numa região distante do centro, constitui-se a principal causa do pedido de transferência (para outras USF) de três enfermeiras e dois odontólogos ao longo dos quase quatro anos de USF/Grotão II.

Outro risco citado está relacionado com as visitas domiciliares onde há probabilidades de se cair em buracos, e/ou em esgotos a céu aberto nas ruas, além dos riscos de atropelamento, como podemos perceber na

Após a identificação dos fatores de riscos, algumas causas foram relacionadas a esses riscos como: falta de infra-estrutura no bairro e falta de sinalização nas ruas. Já os sintomas identificados foram: hematoma, escoriações, ferimentos. Neste sentido, como propostas de enfrentamento foi sugerida, a luta por melhores condições de infra-estrutura do bairro, sinalização das ruas.

Grupo 06 - Fatores de Riscos Psicológicos

A discussão acerca dos fatores de riscos psíquicos foi centrada inicialmente na forma como o trabalho está organizado no PSF do município de João Pessoa, e no custo psíquico que tem para os profissionais envolvidos no referido Programa. A falta de autonomia para tomar as decisões necessárias ao cotidiano do trabalho foi apontada como um dos pontos críticos do Programa, pois causa sentimento de impotência diante dos problemas que surgem no cotidiano de trabalho como: falta de material, de recursos humanos, de um sistema de referência e contra-referência, dentre outros.

As profissionais afirmam ainda que se sentem desvalorizadas, porque não são convidadas para debater sobre as decisões no nível central, de forma que não têm acesso às discussões sobre campanhas preventivas, implantação ou implementação de Programas; enfim, a política local de saúde funciona de forma verticalizada, havendo pouco espaço para a participação efetiva dos profissionais nas decisões e planejamentos das ações do PSF.

Parece-nos, portanto, que a falta de autonomia e de participação no planejamento e organização do trabalho no PSF tem sido fonte de pressão psíquica para os profissionais envolvidos nesse Programa. Sobre essa questão, Dejours (1994) argumenta que há entre o homem e a organização prescrita para a realização do trabalho um espaço de liberdade que possibilita uma negociação sobre a operacionalização do trabalho. O

trabalhador atua sobre a organização do trabalho, usando a criatividade com o firme propósito de adaptá-la às suas necessidades e de torná-la mais congruente aos seus desejos. Mas, se esse espaço de negociação e criatividade é conduzido ao seu último limite, surge o domínio do sofrimento e das defesas contra o sofrimento. Em outras palavras, esse autor nos diz que, dependendo da forma como o trabalho esteja organizado, pode exigir dos trabalhadores uma intensa atividade física e psíquica, acarretando danos à saúde; podendo gerar sofrimento e luta (defesas) contra esse sofrimento.

No que se refere às relações interpessoais, detectou-se a existência de conflitos entre os profissionais da equipe, os quais afirmam que passam por momentos difíceis de relacionamento em virtude da falta de uma compreensão ampla e consensual sobre a proposta do Programa por parte deles. Neste sentido, chamam a atenção para a falta de uma formação adequada do profissional do PSF, que ultimamente tem se inserido no Programa sem ter passado sequer por uma capacitação. Muitos profissionais selecionados desconhecem a proposta, os objetivos do Programa, e sentem-se perdidos ao se deparar com um trabalho que apresenta uma proposta "inovadora" que promove rupturas com o modelo de saúde (ainda) hegemônico.

Segundo os relatos, a existência de um relacionamento marcado por tensões e conflitos acaba por gerar um clima de desconfiança entre os profissionais, de modo que, muitas vezes, todos se sentem vigiados, controlados pelos próprios colegas de trabalho."

Por outro lado, a falta de tempo, a sobrecarga de trabalho e as atividades burocráticas que atingem principalmente a enfermeira e a médica, constituem-se em fatores que contribuem para a falta de entrosamento e integração com a comunidade. No cotidiano do trabalho da USF, as atividades estão concentradas no atendimento clinico, porque a demanda pelo atendimento médico ultrapassa, quase sempre, o limite proposto pela própria equipe. Em outras palavras, são marcados 12 pacientes por turno, e não raramente são atendidos 20.

O sentimento e a percepção de que a prática de saúde da USF/Grotão não tem avançado no sentido de despertar a comunidade para a importância da saúde preventiva, tem contribuído para o surgimento de alguns sintomas como: estresse, irritabilidade e desgaste físico e mental dos profissionais que lá atuam.

Uma outra questão apontada pelas profissionais como um risco psíquico está relacionada com as condições de vida a que vive submetida à comunidade do bairro Grotão. Trata-se de um bairro com elevado número de desempregados e, portanto, a pensão dos aposentados é, muitas vezes, a única fonte de renda da família.

Essa problemática, segundo as profissionais, desencadeia processos de desgaste, desânimo e sentimento de impotência diante dessa realidade. Esses discursos são semelhantes aos resultados dos estudos desenvolvidos por Vasconcelos (1999), que identificou uma

espécie de "desassossego" vivenciado por profissionais, ao se depararem com a situação de miséria a que estão submetidas grandes parcelas das famílias assistidas.

Diante dos riscos e questões discutidos, as profissionais apontam como estratégias para superação dos problemas a organização da equipe interna, o retorno das reuniões semanais da equipe (para avaliação e planejamento de campanhas educativas), a realização de dinâmicas de grupo e sessão de relaxamento para uma maior integração da equipe; solicitação à gerencia central da ampliação do quadro de funcionários na equipe, a redução do número de famílias assistidas e, por fim, sempre que possível a participação e intervenção nas decisões tomadas no nível da administração central.

Grupo 07 - Fatores de Riscos Sociais

Embora o manual dos grupos de fatores de riscos elaborado pelo INST/CUT apresente como fatores de riscos sociais as condições de lazer, moradia, transporte dos trabalhadores; a discussão entre os profissionais da USF/Grotão II acerca desse grupo foi direcionada para a precarização do trabalho, dando ênfase à política salarial que tem sido efetuada no Programa de Saúde da Família. Algumas profissionais, ao abordarem essa questão, falaram que a precarização do trabalho com perdas substantivas das garantias trabalhistas fortemente observadas no Programa, é fonte de desgaste profissional.

A forma de contratação para o PSF parece gerar uma certa insegurança nos profissionais quanto à sua estabilidade financeira. De acordo com Machado (2002), esse quadro não seria grave, se o Programa não fosse um Programa Governamental, criado pelo Governo Federal e expandido para os estados e municípios, onde se espera pelo menos que as garantias trabalhistas preservadas. A esse respeito, Mendes (2002) assinala que no PSF, as formas de contratação traduzem uma precariedade das relações de trabalho. A forma mais comum é o pagamento contra-recibo, vindo em seguida os contratos temporários. Adverte o autor que os contratos precários continuam sendo realizados, porque as formas mais seguras implicam em maiores custos, principalmente pelas incidências de encargos sociais.

Uma outra questão discutida nos fatores de riscos sociais diz respeito às precárias condições de vida da comunidade assistida pela USF/Grotão II. Conforme foi explicitado anteriormente, a Unidade fica localizada numa comunidade carente, cujo índice de desemprego e analfabetismo é bastante alto, contribuindo, portanto, para o agravamento dos quadros de violência, abuso de álcool, de drogas, entre outros. Assim, o perigo da presença de pessoas alcoolizadas e drogadas no ambiente de trabalho foi o primeiro risco apresentado.

Neste sentido, percebeu-se um certo medo das profissionais de permanecerem sozinhas no ambiente de trabalho, principalmente nos intervalos para o almoço. A falta de um vigilante na unidade foi considerada como a principal causa relacionada a esse risco.

As reclamações e agressões de ordem moral, advindas de algumas pessoas da comunidade que procuram os serviços da Unidade foi uma outra problemática citada pela equipe. Segundo alguns relatos, os usuários não querem marcar consultas e exigem atendimento no momento que chegam ao Posto, não aceitando a possibilidade de esperar na fila. Abrindo um pequeno parêntese, vale salientar que os atendimentos são marcados no inicio da manhã por ordem de chegada, não sendo justo, portanto, que algumas pessoas que não marcam consultas sejam atendidas desrespeitando os demais. A equipe geralmente tenta conversar com essas pessoas, tentando fazê-las compreender os motivos que as impossibilitam de serem atendidas naquele momento (com exceção dos casos urgentes), a não ser que queiram esperar até que o ultimo paciente marcado seja atendido.

Mas geralmente não há compreensão e, pelo fato de não serem atendidos, os usuários saem abruptamente, reclamando alto, agredindo verbalmente, ameaçando comunicar o fato à imprensa e fazendo outros tipos de ameaça, provocando tensões e ansiedade nos profissionais presentes, interferindo negativamente na qualidade das atividades previstas para o dia. Santos (2001), ao discutir essa problemática, diz-nos que, o processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde reflete um quadro caótico, tendo em vista que os profissionais de saúde se submetem a atender no "sufoco" e/ou com condutas técnicas nem sempre as mais adequadas.

As profissionais da equipe apontaram como estratégia para diminuir a tensão causada pela oferta insatisfatória de ações da Unidade a redução do número de famílias assistidas e, conseqüentemente, da demanda excessiva, o que poderá favorecer o desenvolvimento de um trabalho de qualidade aos usuários, contribuindo ao mesmo tempo para diminuir a sobrecarga de trabalho dos profissionais, além de proporcionar uma interação mais satisfatória entre comunidade e profissionais.

Grupo 08 - Fatores de Riscos Ambientais

Nas discussões referentes a esse grupo de fatores, as profissionais, em sua totalidade, defendem o ponto de vista de que o processo de trabalho da USF/Grotão II não predispõe o referido bairro a riscos de poluição ambiental, uma vez que há todo um cuidado com o acondicionamento adequado do lixo contaminado e a coleta é feita por um veículo distinto do utilizado para o lixo domiciliar. Quanto ao instrumental utilizado para curativos, exames ginecológicos e nebulização, faz-se rotineiramente a desinfecção antes da esterilização, o que diminui de forma significativa o risco de poluição.

Como vimos, o processo de trabalho na USF/Grotão II está atravessado por um conjunto de fatores de riscos, que, conforme nos lembra Laurel (1989), interagem entre si, potencializam-se de tal modo que, não somente se somam, como incrementam seu efeito sobre os processos biopsíquicos humanos.

Considerações Finais

Este trabalho foi uma proposta de estudo-intervenção, que proporcionou a oportunidade

de reflexão individual e coletiva sobre a situação de trabalho no PSF à equipe da Unidade de Saúde da Família - USF/Grotão II. A utilização da técnica do Mapa de Risco (INST/CUT, 2001) propiciou ao grupo uma maior clareza na identificação dos fatores de riscos à saúde presentes no ambiente de trabalho, bem como possibilitou a discussão acerca de estratégias de enfrentamento em direção à eliminação ou minimização da nocividade presente na Unidade. Permitiu melhorar qualitativamente as discussões anteriormente travadas nesta unidade sobre os problemas relacionados às condições de trabalhos e suas implicações no processo saúde/doença dos profissionais.

Diante das discussões desenvolvidas e dos dados coletados a partir da construção do Mapa de Risco, podemos dizer que confirmamos as três hipóteses construídas para o desenvolvimento desse estudo. Dito de outro modo, evidenciamos que há elementos presentes no trabalho que se constituem fonte de sobrecarga dos profissionais da USF/Grotão II. Do mesmo modo, podemos inferir, a partir dos dados obtidos, que as condições e organização de trabalho têm implicações na saúde dos profissionais da USF/Grotão II e na qualidade da assistência prestada à comunidade. E, por fim, foi possível perceber também que, diante do quadro de precarização das condições de trabalho, agravado pela imensa sobrecarga de trabalho, os profissionais da USF/Grotão II desenvolvem um trabalho cooperativo, como forma de minimizar os aspectos danosos do processo de trabalho.

Os resultados obtidos na pesquisa têm conduzido a equipe de saúde da família a pensar estratégias de enfrentamento da realidade hoje vivenciada, na perspectiva de construir um ambiente de trabalho mais saudável. Assim, algumas medidas vêm sendo tomadas em defesa da saúde dos profissionais e da qualidade do trabalho prestado à população. Nesse empreendimento, as profissionais têm se concentrado em questões mais amplas como o fortalecimento da própria equipe e mobilização da comunidade local para reivindicar junto às instâncias competentes, a melhoria das condições de trabalho, ampliação do quadro de recursos humanos e redução do número de famílias assistidas.

Nesse processo de mobilização, pequenas conquistas vão se transformando em grandes vitórias, se considerarmos o nível de precarização das condições de trabalho que atravessa a Unidade. Uma das mudanças mais significativas está relacionada com a diminuição do número de famílias de 1060 para 950. Não foi uma luta fácil, exigiu muito esforço, persistência e poder de articulação por parte da equipe com a gerência administrativa. Essa situação nos mostra que a travessia em busca da saúde no trabalho é longa, exigindo a participação e mobilização dos profissionais, da comunidade assistida, do Conselho local de saúde, dentre outros.

Portanto o espaço de discussão coletiva viabilizado pela metodologia utilizada nesse estudo contribuiu significativamente para aprimorar nossa capacidade de analisar com um olhar critico e investigativo o processo de trabalho no qual estamos inseridos. Concluímos que precisamos criar formas para que o trabalho, elemento

imprescindível em nossas vidas, não seja somente sinônimo de desgaste excessivo, mas que seja, acima de tudo, fonte de satisfação e prazer. Prazer que se concretiza também a partir do desenvolvimento de um trabalho sério e comprometido com a saúde da população assistida.

Referências Bibliográficas

BRASIL - FNS/MS. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Educação Básica. Programa Saúde da Família. Brasília-DF, 2000, 32p.

DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E. Psicodinâmica do Trabalho. Contribuições da Escola Dejouriana a analise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE NO TRABALHO - INST/CUT. Apostila do Curso Saúde, Trabalho e Meio Ambiente. São Paulo Fundacentro/CUT, 1996.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. Processo de Produção e Saúde Trabalho e Desgaste. São Paulo: Hucitec,1989.

ODONNE, I. et al. Ambiente de Trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo:Hucitec, 1986.

MATTOS, U. O. & QUEIROZ, A. R. Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

MACHADO, M. H. Programa de Saúde da Família no Brasil - Algumas considerações sobre o perfil do médico e enfermeiro. In: SOUSA, M. F. (org). Os Sinais Vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec, 2002.

MENDES, E. V. A atenção Primária a Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

SANTOS N.R. Formação ético-humanista do médico e a construção de serviços de saúde humanizados: coincidência ou coerência? Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 57, p. 78-84, jan./abr. 2001.

SOUSA, M. F., CERVEIRA, M. A. C. et al. Saúde da Família e Desenvolvimento de Recursos Humanos. Revista Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, nº 21, 2000.

VASCONCELOS E. M. Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 1999.

WISNER, A. Por dentro do trabalho. Ergonomia: métodos & técnicas. 1 ed. São Paulo: FTD/Oboré, 1987.

PERCEPÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA*

Edleusa Nery Garrido**

Ceci Vilar Noronha***

Resumo

O presente trabalho teve como objetivo explorar, junto aos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF), em um município da Bahia-Brasil, as percepções das situações de violência doméstica contra as mulheres, bem como sistematizar as práticas desenvolvidas com respeito às vítimas. Realizaram-se vinte e cinco entrevistas, junto às equipes do PSF. Trata-se de uma pesquisa qualitativa cuja reflexão está pautada na perspectiva de gênero. Verificou-se que os técnicos identificam, com freqüência, mulheres em situação de violência doméstica, sejam através de sintomas físicos e/ou psicológicos, sejam através de queixas. Não houve consenso entre os profissionais quanto à compreensão de que a violência seja parte das intervenções do campo da saúde, pois alguns técnicos julgam o fenômeno como algo próprio à esfera da vida privada. Quanto aos procedimentos, os técnicos fazem aconselhamentos e encaminhamentos intra-setorial ou para delegacias. A ausência de capacitação e a vulnerabilidade dos profissionais à violência no local de trabalho foram os principais entraves citados. Os resultados evidenciaram que o PSF representa uma instância privilegiada na detecção do problema, todavia medidas se fazem indispensáveis para responder a essas demandas: inclusão da perspectiva de gênero no âmbito do Programa, capacitação dos técnicos e a adoção de medidas de proteção às equipes. Ademais, faz-se pertinente, ações intersetoriais e colaboração de outros profissionais para a ampliação do atendimento e acompanhamento dos efeitos posteriores ao momento da agressão.

Palavras-chave:

Mulheres em situação de violência doméstica; Violência de gênero; Violência na família; Programa de Saúde da Família.

Introdução

A inclusão da violência no campo da Saúde tem estado em evidência nas últimas décadas, sobretudo a partir do final dos anos 80, quando foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como problema de saúde pública. Porém, tradicionalmente, as intervenções nesse campo resumiam-se aos atendimentos referenciados no modelo

* Este artigo é baseado em parte da Dissertação de Mestrado de Edleusa Nery Garrido, sob a orientação de Ceci Vilar Noronha, intitulada "Mulheres em situação de violência doméstica: o que faz a Equipe de Saúde da Família?", Com auxílio de bolsa da CAPES e defendida junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, em março de 2004.

** Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva (UFBA), Professora Substituta do Depto. de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Endereço: Rua J, casa 43, III Etapa, Castelo Branco, Salvador - Bahia. Cep: 41320-010. E-mail: edleusagarrido@uol.com.br

***Socióloga, Doutora em Saúde Pública (UFBA), Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. E-mail: ceci@ufba.br

biomédico. Tratavam-se as lesões corporais e/ou psicológicas, mas não necessariamente, a origem dessas lesões fazia parte do foco de atenção dos profissionais de saúde (MINAYO & SOUZA, 1999).

Em 1991, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reconheceu a violência como um forte determinante para o adoecimento das mulheres (CAMARGO, 2000). Diferentemente da violência intrafamiliar, que pode atingir qualquer membro da família, inclusive a mulher, a violência aqui enfocada é denominada violência de gênero, pois "diz respeito a sofrimentos e agressões dirigidos especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres" (SCHRAIBER & OLIVEIRA, 1999, p.14).

Considerando que o Programa de Saúde da Família (PSF) tem um caráter distinto de intervenção, o presente estudo teve como propósito explorar a percepção e atuação dos profissionais do PSF ante a situação de violência a que as mulheres estão sujeitas no ambiente doméstico. Procurou-se reconstituir casos de violência contra a mulher, detectados nos atendimentos realizados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) e identificar as principais dificuldades vivenciadas por esses profissionais diante de tais ocorrências.

A adoção preferencial pelo termo mulheres em situação de violência doméstica, neste estudo teve como intuito privilegiar enfoques nos quais a mulher é sujeito ativo, participante do seu processo de escolhas e de tomada de decisão, em contraposição à visão de tutela advinda da justiça (vítima) e até mesmo do campo da saúde (paciente).

Apesar da aparente invisibilidade, Heise (1994) revelou que a violência contra as mulheres é uma endemia mundial, sendo a doméstica o tipo mais freqüente. Comumente, o agressor é o parceiro, ex-parceiro ou parente próximo da mulher. Deduz-se que o espaço doméstico, sítio onde deveria ser a fonte de segurança para todos os membros da família, é potencialmente perigoso para a vida das mulheres.

Na Bahia, anualmente, tem-se um elevado número de mulheres que procuram as delegacias para denunciar algum tipo de violência (AMARAL et al. 2001). As ocorrências registradas na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) em 2000, em Salvador, mostraram a dimensão do quadro: foram 10.317 queixas de agravos tais como estupros, lesões corporais, ameaças, agressões físicas e outros (A TARDE, 13/03/2001). Acredita-se que esse número seja bem mais elevado, uma vez que nem todas as mulheres vitimadas recorrem às delegacias para prestar queixas.

De acordo com a OPAS (1998), o encontro com trabalhadores de saúde é para as mulheres em situação de violência, uma das principais formas de contato com os serviços públicos que podem oferecer apoio e informação. Nesse sentido, o PSF, tem entre suas atribuições básicas, a responsabilidade de conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e as situações de risco as quais a população está exposta (COSTA NETO, 2000). Desse modo, o profissional do PSF aproxima-se do usuário através do acompanhamento sistemático às famílias, das consultas, das visitas domiciliares, das ações educativas junto à comunidade etc.

Justifica-se esse trabalho, partindo-se do pressuposto que a atuação dos técnicos das ESF permite a formação de vínculo e identificação da realidade e dos problemas sociais do contexto cultural da população atendida, a exemplo da violência no ambiente domiciliar. Tal fazer cotidiano pretende extrapolar o tradicional enfoque biológico e individual com a inclusão de práticas que, de acordo com Campos (1999), valorizam a intersubjetividade e o social.

Referencial Metodológico

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em um município[1] da Região Metropolitana de Salvador-Bahia, Brasil. A escolha do local se deve ao alto índice de violência naquele município[2], como também as agressões dentro do lar. Foram realizadas 25 entrevistas semi-estruturadas junto a quatro ESF[3] e à Coordenação do PSF no município, no período de três meses, nos anos de 2002/2003. Além disso, utilizou-se um roteiro de observação de campo[4] com vistas a contextualizar as falas dos sujeitos entrevistados.

Para uma maior representatividade da amostra, contemplou-se profissionais de ambos os sexos e com inserção de trabalho em áreas urbanas e rurais. Todas as entrevistas foram realizadas e transcritas pela própria pesquisadora visando garantir o sigilo das informações.

Optou-se pela análise de conteúdo como recurso técnico, atentando-se para os temas principais e secundários das entrevistas. As categorias de análise utilizadas foram: reconstrução de casos, ações do setor saúde, dificuldades e sugestões para enfrentamento do problema. Buscou-se ainda discriminar os resultados por categoria profissional e por equipe.

A título de retratar com mais fidedignidade as ações dos técnicos enquanto ESF, bem como seu discurso coletivo em torno do tema em questão, procurou-se destacar os fatos relatados por vários sujeitos. As situações particulares foram priorizadas à medida que estas eram singularmente norteadoras da ação do(a) informante.

Resultados

Refletindo as diferenças de gênero entre os trabalhadores da saúde, as mulheres perfizeram 83% da amostra, enquanto que os homens somaram 17%. A idade média dos profissionais foi de 39 anos e grande parte destes vêm de outras participações no campo da saúde pública. A situação de união: casado(a), companheiro(a), separado(a) e divorciado(a) foi predominante entre os entrevistados, o que sugere a possibilidade de reflexão desses profissionais sobre a própria experiência conjugal e

[1]O município em estudo permanece em anonimato, conforme recomendação do Comitê de Ética do ISC/UFBA, ao qual o projeto foi submetido à apreciação.

[2]Tal município tem como principal característica a concentração de empresas do setor industrial o que tem atraído trabalhadores, principalmente de famílias oriundas da zona rural, com baixa qualificação para o trabalho (SANTOS, 1998). Em conseqüência, tem-se um aumento constante da população, geralmente em situações precárias de existência, desempregadas ou vivendo de subempregos.

[3]Composta por: médico(a), enfermeiro(a), duas auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitário(a) de saúde.

[4]A fase da observação ocorreu em momentos anteriores e posteriores às entrevistas com o objetivo de enriquecer os dados fornecidos pelos técnicos das Equipes de Saúde da Família.

comparação com os casos de violência marital detectados.

Os entrevistados identificam a violência doméstica a que as mulheres estão sujeitas, a partir de evidências físicas, bem como através dos relatos de situações de opressão na vida familiar. Ou seja, a partir das marcas corpóreas das agressões, que são visíveis no momento imediato à violência e nas manifestações de desajustes orgânicos e psicológicos, que aparecem a médio e longo prazo. Tal facilidade se deve, sobretudo, pela interação estabelecida entre profissionais e usuários(as) do programa:

Quando entra no consultório a gente já percebe porque o paciente vê você naquele momento que ela entra, que ela já criou um vínculo. [...] Já criou um vínculo com você, você não é mais um médico estranho pro paciente. Então ele tem a liberdade de chegar aqui e chorar, não é? Eu tenho vários pacientes que chegam aqui e choram, se desabafam que tem os filhos presos, porque o marido "tá" traindo, uma série de causas ou porque desconfiou que o marido violentou a filha... Tenho vários casos assim de violências de todos os níveis. Então é... eu me sinto confortada de ter adquirido essa confiança, de poder ouvir porque nem todo mundo tem a coragem de relatar determinados fatos. (MÉDICA 02, 37 anos).

Através da reconstituição de diversos casos, foi possível agrupar por ciclo as diferentes expressões da violência contra a mulher. Na infância, verificou-se que há um predomínio do abuso sexual, dos maus-tratos físicos e negligência. O abuso sexual geralmente é cometido por pai, padrasto, irmãos mais velhos, parentes ou vizinhos. Atinge meninas e meninos, mas entre as meninas estes episódios são mais freqüentes:

A mãe trouxe a criança de 3 anos aqui com um corrimento vaginal e com um prurido local. (...) a gente detectou que a menina tinha sido manipulada ali na área de vagina porque a gente não tava nem vendo a questão do hímen mesmo.(...) Com quem essa criança ficava? Com o pai porque o pai não trabalhava e a mãe trabalhava num hotel (MÉDICA 03, 55 anos).

Já a negligência afeta tanto as meninas como os meninos e, segundo os profissionais, é fortemente agravada a partir das precárias condições de sobrevivência daquelas famílias:

Com relação às crianças, a violência, os maus tratos [são cometidos] pela própria mãe. Às vezes por ignorância, né? Às vezes por falta de condições mesmo que eles não têm: não ter condição de comprar uma roupa, não ter condições de comprar o alimento e não ter condições de comprar produtos de limpeza. Então tem aquelas crianças realmente maltratadas, que elas vêm pra cá, com higiene assim péssima" (ENFERMEIRO 03, 32 anos).

Também o trabalho infantil apareceu nos relatos como uma forma de violência que atinge, nessas localidades, mais freqüentemente as meninas. Crianças do sexo feminino geralmente desempenham atividades domésticas em desacordo com o seu nível de desenvolvimento: arrumam a casa, cuidam dos irmãos menores, lavam, cozinham etc., colocando em risco a própria

saúde. Já os meninos dispõem de maior liberdade do que as meninas podendo ir para

as ruas e participar das brincadeiras com outras crianças: Nesse caso, fica implícito que, desde os primeiros anos de socialização, o ambiente doméstico e todas as responsabilidades decorrentes deste estarão reservadas às meninas, enquanto os meninos conquistarão, mais facilmente, o espaço público.

A gravidez precoce[5] foi apontada como principal circunstância de violência em que vivem as adolescentes daquelas localidades:

E eu acho que a violência maior que tem aqui no bairro é, eu acho isso um tipo de violência: é a menina de 12, 13 anos, tudo grávida. Chegou uma menina aqui, você não dava 11 anos a ela: 'quantos anos você tem?' 'Treze' estava com 5 meses de grávida, e não tem marido, não sabe nem quem é o pai. Você olha assim, uma pobreza, uma pobreza (AUX. ENFERMAGEM 01, 49 anos, sexo feminino)

A responsabilidade pela maternidade recai, freqüentemente, sobre as jovens, inviabilizando, possivelmente, a continuidade dos estudos. É comum, nesses casos, o parceiro ou namorado não assumir a paternidade, restando à família acolher essa gestante e seu futuro filho. Alguns profissionais compararam ainda a vida dessas jovens com a de mulheres adultas e concluíram que as adolescentes encontram-se em maior grau de dependência financeira, tanto em relação aos seus parceiros como da família de origem.

As mulheres, na fase adulta, revelam aos técnicos, situações de espancamentos e humilhações. As agressões sexuais foram as mais referidas, aliadas a outras violências como as agressões física e verbal:

A maior incidência da mulher em violência é a chamada violência sexual mesmo. Elas não conhecem a sexualidade delas, certo? Elas não conhecem nada sobre sexo. São totalmente despreparadas, estão ali pra servir os maridos. E se elas aprenderem alguma coisa, o marido vai dizer que elas têm outro na rua. Pra elas falam até isso mesmo, não é? Elas não querem fazer sexo [se referindo às falas das próprias usuárias] "eu não tenho prazer, eu não gosto, eu tô enjoada, eu não quero nem saber, mas ele insiste, se eu não fizer ele me maltrata diz que eu tenho outro na rua." Então isso é uma violência, certo? (ENFERMEIRA 04, 54 anos).

A despeito de existirem fatores relacionados à própria organização dos serviços de saúde que dificultam ao casal de classes populares realizarem o controle da natalidade, parece haver muitos obstáculos para as mulheres dessas localidades planejarem junto aos seus parceiros o número de filhos. Houve vários relatos em que as usuárias denunciam seus companheiros de dificultarem ou até mesmo impedirem a utilização de métodos contraceptivos.

Uma mulher aqui, com problemas no esôfago por esquistossomose, teve uma gravidez de alto risco porque o marido não aprova o planejamento familiar. Ela disse:

[5]Na "Série Histórica das Informações de Saúde do Modelo PSF", datada de 08/04/2003, o percentual de gestantes cadastradas com menos de 20 anos estava assim distribuído: Zona Urbana 01 - 21,74%; Zona Urbana 02 - 34,78%; Zona Rural 01 - 26,09% e Zona Rural 02 - 35%. (BAHIA, 2003). É preciso considerar, no entanto, que estes dados são os registrados oficialmente. Durante as entrevistas, os profissionais de todas as equipes confirmaram que a Unidade de Saúde da Família atende, mensalmente, um número de pessoas superior aos dados oficiais.

'foi bom que eu não tive nada'. Só que ela não sabe que os sintomas poderão vir agora. Ela vive uma condição violenta e nem sabe disso. (ENFERMEIRA 02, 37 anos).

As situações de maus-tratos e negligência foram referidas como as mais freqüentes entre os idosos de ambos os sexos. No caso dos homens, o mais comum é o abandono por parte dos parentes. Nessas situações, os profissionais concluíram que o homem idoso tem mais dificuldade para viver sozinho, pois estão menos habilitados para os afazeres domésticos necessários à sua sobrevivência.

Já a mulher idosa queixa-se aos profissionais de saúde da sobrecarga de responsabilidades, pois precisam cuidar de netos e/ou bisnetos. Na visão dos técnicos, as responsabilidades e os aborrecimentos resultantes dessas atividades contribuem para o agravamento de enfermidades crônicas, a exemplo da hipertensão arterial. Essas vicissitudes são geralmente comentadas nos grupos educativos de diabetes e hipertensão, nos encontros de idosos, nas visitas domiciliares ou mesmo na consulta clínica individual. A fala do profissional abaixo registra um desses momentos de encontro entre a ESF e as mulheres idosas:

Se a gente não conseguir resolver o problema deles aqui, dificilmente eles vão resolver fora. Então a gente procura resolver. Aqui a gente diz (risos) que não é só Programa de Saúde da Família, é área de aconselhamento, que muita gente vem pra cá só pra se aconselhar, entendeu? Até dentro do próprio grupo de hipertensos que é principalmente [formado pelas] as avós no caso. Pelo fato dessas pessoas que tem filho muito cedo e que tem que sair pra trabalhar, quem fica com eles são as avós. Elas se queixam muito, vem pra desabafar aqui. No grupo então é uma choradeira (ENFERMEIRO 03, 32 anos).

Em tais condições, a mulher idosa repetirá o modelo tradicional de mãe, responsável pelos cuidados dos filhos:

O fato de que a construção da identidade feminina, ao longo dos séculos, se deu através da figura do matrimônio, da construção de família, onde a mulher sempre fora socializada para as tarefas domésticas, para cuidar dos filhos e do marido, esse estereotipo de gênero passou a ser naturalizado e incorporado por muitas mulheres por várias gerações, que ainda sentem-se responsáveis pela manutenção do lar e preservação da imagem idealizada da família (STREY, 1999 apud IBIAS; GROSSI, 2001, p. 112).

Houve ainda relatos de sofrimento relacionados à sexualidade entre as mulheres com mais idade, somando-se, ainda, a falta de acesso a determinados recursos tecnológicos:

Eu tenho pacientes idosas, assim com 55-60 anos e mais que diminuíram a libido. Elas se queixam de ressecamento vaginal. Os maridos as obrigam, não têm paciência. É como elas se sentissem na obrigação de ter relação com eles. Ao invés de conversar, é uma relação mecânica. O que eu faço? Aconselho ao diálogo, trato ginecologicamente. A reposição hormonal não está disponível ao serviço público. O recurso é o anticoncepcional (MÉDICA 02, 37 anos).

Destacam-se aqui duas situações particulares: um caso de violência de gênero em que havia suspeita de assassinato de uma senhora idosa.

Os profissionais da Unidade do PSF foram comunicados pelos vizinhos daquela senhora de que um morador estaria tentando assassinar a própria mãe, utilizando-se de "chumbinho[6]" para envenená-la.

Essa senhora mesmo. Até a neta dela me disse: "olhe B., eu"to" vendo a hora de acontecer alguma coisa com minha avó e o povo achar que minha mãe compartilhou". Ele é violento. [...] Quando nós fomos fazer a visita ela fazia queixa dele assim, ó: "ô minha filha, me tire daqui que esse homem vai me matar"[...] Porque vieram denunciar que ela tinha dado uma crise que ele tinha dado chumbinho. (ACS 01, sexo feminino, 41 anos).

Antes disso, vários episódios de violência contra a mãe e esposa já vinham ocorrendo, resultando, inclusive, em internamentos com lesões graves. Esta senhora veio a óbito, porém não houve queixa formal do fato e tampouco foi possível confirmar a suspeita de envenenamento. Observa-se, nesse caso, um desfecho trágico, a partir das expressões de violência de um homem sem que mãe, esposa e filha pudessem efetivamente impedir seus atos. Os vizinhos e profissionais de saúde, por sua vez, tiveram como possíveis barreiras de impedimento de ação, a esfera privada do evento, o receio de por em risco a segurança pessoal e a ausência de parcerias institucionais que facilitassem uma atuação em conjunto.

Em outra situação de violência a uma mulher idosa, os profissionais discorreram sobre a gravidade dos ferimentos em virtude das agressões sofridas e ainda se mostraram apreensivos com a possibilidade de a usuária ser alvo de novos episódios:

Tem uma paciente nossa que foi agredida na semana passada. O cara cortou ela toda de foice. Pinicou mesmo, uma senhora de 60 e poucos anos[...]. Nesse dia, ele saiu... tava muito louco... acho que droga, bebida e tudo e ele saiu gritando: "matei fulana, matei fulana, matei não sei quem". Um que morreu outro dia que eu nem sabia e que ele disse que tinha matado, e saiu dizendo pra rua toda, pra meio mundo [...] Disse que nas costas, porque ele pegou ela pelas costas, pinicou toda, as costas, os braços, o rosto, pinicou toda de foice. As meninas disse[ram] que não sabe como ela agüentou..... aí eu sei que nessa semana, limparam a casa dela lá, o barraco e levaram ela pro barraco. Eu disse: "levaram pro companheiro acabar de matar". (AUX. ENFERMAGEM 04, sexo feminino, 46 anos).

Como se pode observar nas várias manifestações de violência contra a mulher no ambiente doméstico, há o predomínio da tentativa do controle masculino sobre a sexualidade feminina perpassando as várias fases de sua vida.

Para as Equipes de Saúde da Família, as causas da violência no lar se apresentam em associação direta à desigualdade social, ao consumo de álcool e/ou outras drogas, à dependência econômica das mulheres, à ausência de diálogo entre os casais e à baixa estima das mulheres. Reconhecem que a violência doméstica perpassa todas as classes sociais, entretanto salientam que os agravantes

[6]Nome popular de um tipo de veneno utilizado para exterminar ratos e facilmente encontrado para a compra.

sociais fomentam ainda mais a manutenção da violência no lar.

Ao se buscar uma relação entre o tema violência e o campo de ação do setor saúde, a maioria dos trabalhadores reconheceu a violência como um problema a ser enfrentado por aquele setor e adotam procedimentos neste sentido. No entanto, alguns(mas) técnicos(as) revelaram que não atuam porque compreendem que a violência doméstica pertence à esfera privada. Estes últimos evitam perguntar sobre as evidências da violência ou fingem não escutar a queixa das mulheres, a exemplo do relato abaixo:

Elas estão esperando [na sala de espera] e mesmo não sendo para planejamento, elas "tão" sempre fazendo aquele comentariozinho. Eu procuro não me ligar naquilo. (AUX. ENFERMAGEM 02, sexo feminino, 52 anos).

Ficou constatado, pelos exemplos trazidos de situações de conflito familiar que a mulher não cumpre um papel de vítima passiva diante da violência, embora, na visão dos profissionais de saúde tenha prevalecido o discurso de vitimização da mulher. Estas, ao contrário, dentro de suas possibilidades e visão de mundo, buscam alternativas para conviver ou desfazer-se de situações violentas: engravidar para ser bem tratada durante a gestação, ceder diante de certas exigências do companheiro, contra atacar o agressor (ainda que esta última tática possa resultar em mais sofrimento para esta), fazer consumo de bebida alcoólica, espancar os filhos etc.

O método de intervenção habitual dos técnicos consiste em escutar as usuárias e aconselhá-las. Em alguns casos fazem encaminhamentos a outros setores da saúde ou para delegacias. Envolvendo-se nas situações conflitantes do cotidiano, os profissionais revelaram-se fragilizados(as) frente à exposição das usuárias, e isso desencadeia neles sentimentos de indignação e/ou impotência, uma vez que a resolução dos problemas, em grande parte, lhes escapa:

Eu digo como é que dá um soco numa criancinha daquela, né? Aí eu saí de lá porque eu não agüentei. Eu vim praqui [entrou no consultório] porque eu comecei a chorar... as condições da criança [referindo-se a uma criança com afundamento da face em virtude de uma agressão] (ENFERMEIRA 01, 49 anos).

Por vezes, os técnicos sentem a vulnerabilidade a que estão expostos, caso venham a intervir nas situações de conflitos.

Recentemente, chegou aqui dois estupros. Casos de estupro, esses declarados aqui na unidade, são pessoas de fora. Mas a gente sabe que existe entre membros da família e que a gente não sabe que atitude tomar porque é um bairro aqui que tem muita agressão, tem estuprador, tem marginal, aparece muitas mortes violentas aí, de tiro que a gente só vê o boato: "O carro do Instituto Médico veio pegar". Não tem policiamento e fica à mercê. (ENFERMEIRA 01, 49 anos).

Ao se analisar os depoimentos por categoria profissional, as auxiliares de enfermagem declararam dificuldades na identificação da violência doméstica em virtude do seu papel na divisão do trabalho dentro da equipe. Por realizar procedimentos vários, isso resulta em pouco tempo de interação com as usuárias.

Destacaram ainda a ausência de um espaço reservado para sua atuação na Unidade de Saúde da Família que favorecesse a escuta de relatos confidenciais.

Já os(as) enfermeiros(as) e médicos(as) entrevistados(as) contam com mais tempo de contato com a população assistida, trabalhando em condições que permitem o acolhimento. Tal especificidade favorece a comunicação com os(as) usuários(as) sobre os problemas de ordem social, inclusive, a violência doméstica.

Os agentes comunitários de saúde, por sua vez, têm uma posição privilegiada de observação dos conflitos na comunidade por serem moradores e por realizarem visitas domiciliares. No entanto, o foco da sua atuação está voltado para os procedimentos tradicionais da atenção materno-infantil e doenças crônico-degenerativas. Geralmente eles(elas) não priorizam a atenção às mulheres vitimadas pela violência, como se pode ver no depoimento abaixo:

Eu tenho 212 [famílias cadastradas], mas eu não visito todas, não tenho como visitar elas todas. Eu faço sempre assim, eu procuro mais aquelas casas que têm criança, que têm idosos, as gestantes, eu atendo (ACS 08, sexo feminino, 45 anos).

Uma queixa constante, presente em todas as categorias profissionais, a exemplo da fala da ACS acima, diz respeito ao número elevado de famílias cadastradas[7] por Equipe o que, de acordo com os técnicos, compromete a qualidade do atendimento prestado à população.

A ausência de capacitação específica para intervir nos casos de violência doméstica que atinge os grupos mais vulneráveis, assim como o grau de exposição a que os próprios técnicos estão sujeitos, foram argumentos utilizados como limitadores de suas ações:

Eles [o Ministério da Saúde] não estão atentando pra isso e aí a gente "ta" vendo que a violência "ta" crescendo a cada dia. E não é só mulher não, é criança [...]. até os idosos... e não está se atentando pra isso. Isso é muito sério e eu acho que isso tem que ser pensado no PSF. Tem que ser pensado como uma coisa assim muito séria e que a gente não pode mais adiar isso. Não adianta estar implantando mais e mais equipes e com a mesma coisa, só cuidando de hipertensos, de diabéticos é... de fazer pré-natal .... e a violência, não. Esse é um tema assim importantíssimo e eu acho que.... é... as autoridades competentes têm que atentar pra esse fato [...] Por isso é importante se atentar pra violência, se trabalhar dentro do PSF [ênfase]. Capacitar esses profissionais, ter locais de referência, profissionais capacitados pra trabalhar também as equipes... sabe? Um grupo de profissionais que as equipes se depara às vezes com situações dessa e não sabe como agir... Não sabe nem como direcionar pela própria formação. (COORDENADORA DO PSF NO MUNICÍPIO, 44 anos).

A fala de vários entrevistados é convergente com a opinião da Coordenação do Programa no município. A despeito de

[7]Na zona urbana 01 obteve-se o registro de 1107 famílias enquanto que na zona urbana 02 o número de famílias cadastradas foi de 1070. Já nas duas unidades da zona rural o cadastro das famílias foi de 706 e 945 respectivamente. Dados do SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica, a partir do relatório da SMS do município X "Consolidado das Famílias Cadastradas do Ano de 2003 do Modelo PSF", em abril de 2003 (BAHIA, 2003). No entanto o número de famílias atendidas nas quatro unidades estudadas ultrapassa o número de famílias cadastradas oficialmente, conforme alegaram os entrevistados das quatro Unidade de Saúde da Família.

que, para uma Equipe de Saúde da Família, se torne relativamente fácil reconhecer mulheres que estão vivenciando algum tipo de violência dentro da família, as condições para agir diante desses eventos nem sempre são possíveis.

Observou-se que a proximidade com a realidade das famílias tem propiciado aos técnicos a identificação de riscos a que estão sujeitas aquelas mulheres. Essa mesma proximidade limita, no entanto, a atuação das Equipes, pois as colocam também em situação de exposição à violência.

A vulnerabilidade dos trabalhadores da saúde ante a violência seja no cotidiano social, seja no trajeto para o trabalho e, especialmente, no contexto de sua atividade profissional, também representa um elemento inibidor de iniciativas diante de eventos de violência doméstica. Em função disso, alguns(mas) trabalhadores(as) utilizam estratégias visando a auto-proteção tais como: realizar visitas junto a outro(a) colega e não perguntar em casos suspeitos de agressão à mulher, quando o(a) parceiro(a) é apontado como delinqüente.

Na opinião desses técnicos, a área de abrangência em que atuam oferece muitos riscos não só para aqueles que ali residem, como também para as pessoas que ali trabalham. Infere-se que esse julgamento em parte é construído pelo senso comum, fortalecido pela mídia, que apresenta a pobreza como sinônimo de criminalidade. Porém a compreensão desses profissionais sobre aquela realidade é também pautada no contato cotidiano com as precárias condições de vida da população, que, em alguns casos, vêem a delinqüência como uma "saída".

Estudos recentes da Organização Internacional do Trabalho (OIT) afirmam que em diversos países, determinadas profissões representam alto risco de exposição à violência. Tais iniciativas podem propiciar a conversão de estudos sobre o tema em objeto de atuação. Um exemplo disso é que um dos capítulos daquelas pesquisas aponta para a criação de legislações específicas que possam coibir a violência no trabalho (OIT, 2003). No caso dos técnicos do PSF, tendo em vista a elevada proximidade destes trabalhadores com a comunidade assistida e, portanto, expostos a riscos, torna-se necessário implementar medidas que possam garantir tanto a integridade física destes profissionais quanto ao desenvolvimento de suas atividades laborais, particularmente aquelas de prevenção à violência.

Discussão

Os técnicos relataram que algumas situações compreendidas por estes como atos de violência não são necessariamente reconhecidas pelas mulheres como tais. Servem de exemplos: a falta de apoio do parceiro para realizar planejamento familiar e as relações sexuais "forçadas" entre os cônjuges. O contraste de percepção entre usuárias e técnicos(as) da saúde reflete as diferenças de valores de populações pobres, com baixo grau de escolaridade, comumente assistidas pelo PSF.

Na maioria dos casos, entretanto a mulher reage de alguma maneira às situações de opressão. Porem, uma vez que a mulher provavelmente não conta com uma rede de

apoio comunitário e/ou institucional, não dispõe de recursos financeiros etc., tende a buscar saídas individuais para minimizar o sofrimento em decorrência da violência a que está submetida. A mulher age em conformidade com o que julga possível fazer dentro do contexto em que se encontra. Utiliza-se de táticas disponíveis para o momento, de acordo com suas crenças, sua visão de mundo ou, ainda, em conformidade com um referencial de comportamentos observados no cotidiano familiar, comunitário etc. Dito de outro modo, de acordo com o que está colocado a partir das regras sociais e que foi por ela apreendido: "Mesmo sendo oprimidas e sujeitas a políticas e práticas iníquas e discriminatórias, essas mulheres ainda são capazes de resistir aos constrangimentos sociais que as cercam" (GROSSI & AGUINSKI, 2001, p.31).

A prioridade dos gestores do município estudado em capacitar a seus profissionais de saúde foi destacada por todos os entrevistados. No entanto, o tema violência doméstica, especialmente aquela que atinge às mulheres ainda não foi contemplado. A não incorporação do tema enquanto objeto de atuação do Programa possivelmente contribui para que uma parte dos informantes tenha considerado a violência doméstica um fenômeno de caráter privado e por conta disso, não esteja claro, para esses trabalhadores, qual o papel do setor saúde no tocante à interrupção e a prevenção do fenômeno. Eles se limitam, então, a cuidar das lesões e dos agravos decorrentes desta.

Outro ponto a se analisar, se refere a algumas especificidades culturais identificadas em uma mesma comunidade, impondo questiona-mentos à equipe quanto aos limites e formas de intervenção. No caso deste estudo, duas situações específicas foram constatadas como desafios aos profissionais de saúde, sobretudo para os técnicos não moradores da comunidade. No primeiro caso, a expressiva presença da população cigana nas áreas de atuação do PSF, com sua dinâmica cultural particular, em que a violência doméstica contra a mulher é um elemento constantemente presente e socialmente legitimado.

Já a segunda particularidade diz respeito a uma população da zona rural em que as jovens adolescentes constituem união conjugal atendendo à solicitação dos pais, atitudes que, na visão dos profissionais, impõem limitações ao futuro dessa mulher em termos de autonomia, crescimento pessoal e carreira profissional.

Tendo em vista as evidências desse estudo, conclui-se que as Equipes de Saúde da Família não encontram espaço adequado, dentro do Programa, para discutir diversas situações que surgem de suas práticas cotidianas - mais notadamente aquelas relativas às questões sociais e culturais - para as quais os técnicos não se percebem como devidamente habilitados para intervir.

A OPAS (2002) recomenda que diversas ações podem ser incorporadas pelos trabalhadores da saúde no sentido de contribuir para que as mulheres enfrentem aquele tipo de sofrimento. Do cerne das orientações consta: acreditar e validar suas experiências, respeitar sua autonomia na tomada de decisões, reconhecer que a violência cometida contra elas é uma injustiça, promover o uso de serviços

comunitários que possam atender suas necessidades e ajudá-las a planejarem sua segurança entre outras.

Conclusões

Os técnicos das Equipes de Saúde da Família estudadas, expressivamente, se revelaram sensíveis à identificação da violência doméstica, que atinge principalmente mulheres, crianças e idosos. Todavia carecem de aportes teóricos e operacionais para responder a isto de forma eficaz. Nesse aspecto, é imprescindível a problematização do que significa espaço público e privado enquanto objeto de políticas públicas, especialmente aquelas desenvolvidas pelo setor saúde. Acredita-se que, para esse fim, a perspectiva de gênero incorporada especialmente no âmbito do PSF, contribuiria substancialmente para o desvelamento dessa realidade e para dar maior visibilidade aos problemas decorrentes das desigualdades de poder existentes entre homens e mulheres.

Coloca-se como pertinente a interlocução entre a Equipe de Saúde da Família e outras categorias profissionais, tais como psicólogos, assistentes sociais e advogados, para a ampliação do atendimento às mulheres atingidas pela violência doméstica e acompanhamento dos danos posteriores ao momento da agressão.

Tendo em vista que o convívio com situações adversas presentes nas populações atendidas pelo PSF resulta em sofrimento para os trabalhadores da saúde, técnicos da área psicossocial poderiam também dar apoio a esses profissionais. A isso se pode acrescentar a necessidade de maior interlocução do setor saúde com outras instituições públicas, pois se entende que diante de problemas sociais tão complexos, o setor saúde, isolado, não responde à diversidade de demandas.

Por fim, cabe um investimento maior das autoridades de saúde em campanhas e ações educativas, nas quais se promova a conscientização da população em geral, pois qualquer que seja o tipo de violência infligida a alguém, tal atitude contraria os direitos humanos e precisa ser evitada, a partir dos esforços de toda a sociedade.

Agradecimentos

Àquelas pessoas imprescindíveis neste estudo: elas que confiaram a mim informações sobre suas atividades profissionais, suas angústias, seus receios, suas insatisfações e dificuldades, mas também suas alegrias, realizações, esperanças - os técnicos das Equipes de Saúde da Família bem como a Coordenação do PSF no Município - que, por questões éticas, foram mantidos em sigilo.

Referências Bibliográficas

AMARAL, C. et al. Dores visíveis: violência em delegacias da mulher no Nordeste. Fortaleza: Edições REDOR/NEGIF/UFC, 2001. 194 p.

BAHIA, Secretaria Municipal de Saúde. SAS/ COSAC-DATASUS/SESAB. Série histórica das informações de saúde do modelo PSF. Município X, 8 abr. 2003.

CAMARGO, M. Violência e saúde: ampliando políticas públicas. Jornal da Redesaude, n. 22, nov. 2000. p. 6-8.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Equipes de referencia e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. In: Ciência & Saúde Coletiva 4(2):393-403. 1999.

COSTA NETO, M. (Org.). Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2000. v.1. 44 p.

GROSSI, P; AGUINSKI, B. Por uma nova ótica e uma nova ética na abordagem da violência contra mulheres nas relações conjugais. In: GROSSI, P.; WERBA, G. (Org.). Violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001. p.19-45.

HEISE, L. Violencia Contra La Mujer: La carga oculta sobre la salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. OPS. Washington, d.C. 1994. 102 p.

IBIAS, C.; GROSSI, P. Violência contra a mulher não tem idade. In: GROSSI, P.; WERBA, G. (Org.). Violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001. p.107-116.

JORNAL A TARDE, Caderno 1, p.18 de: 13 de março de 2001.

MINAYO, M. C.; SOUZA, E. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v.4 supl.1, p. 7-32, 1999.

OPAS. Violencia contra la mujer: Un tema de salud prioritario. 1998. 48 p. Disponível em: <http://165.158.1.110/Spanish/HDP/HDW/hdpwomswo.pdf.> Acesso em: 23 jun 2001.

OPAS/OMS - Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de Salud. Violencia de género: ¿es el personal de salud parte del problema? Hoja Informativa del Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/HDP?HDW/vgenero.pdf> Acesso em: 15 jan. 2003.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). Cuando el trabajo resulta peligroso. Trabajo, n. 26, septiembre / octubre de 1998. Disponible em:<http://oit.violencia.trabajo.html>. Acesso em 27 dez 2003.

SANTOS, A. Violência interpessoal e adolescência: um estudo nas escolas de ... - Bahia, 1996. Salvador: UFBA, 1996. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva, ISC/UFBA.

SCRHAIBER, L; D'OLIVEIRA, A. F. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. Interface, Comunicação, Saúde, Educação. Volume 3. n.º 5. 1999. p. 11-28.

RASTREAMENTO DO CÂNCER BUCAL: APLICAÇÕES NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Luís Cláudio Sartori*

Paulo Frazão São Pedro**

Irmã Monique Bourguet***

Sílvio de Abreu****

Resumo

O câncer bucal é responsável por uma proporção de óbitos no Brasil e medidas de prevenção primária e secundária têm sido recomendadas. Dentre as últimas, pode-se destacar a aplicação de técnicas de rastreamentos para a identificação de lesões malignas e pré-malignas. As técnicas de rastreamento podem ser aplicadas a fim de identificar indivíduos mais vulneráveis, oferecer assistência mais precoce e reduzir danos. O propósito deste estudo foi analisar a eficácia do rastreamento dessas lesões bucais, na população de cinqüenta e mais anos de idade, cadastrada em unidades de saúde da família (USF) e avaliar o seu potencial para auxiliar no controle do câncer bucal e na organização da demanda à assistência. Dados secundários do sistema de informações, relativos a 30.828 famílias assistidas por 30 equipes de saúde que operavam em sete unidades de saúde da família, pertencentes ao município de São Paulo, gerenciadas em co-parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina, foram obtidos. Registros individuais relativos ao rastreamento realizado em espaços sociais e à assistência odontológica realizada posteriormente em ambiente clínico, de 2980 residentes, ambos os sexos, foram concatenados em uma base eletrônica. Durante o rastreamento, os indivíduos foram incluídos em uma das 3 categorias: (0) tecidos moles aparentemente saudáveis, (1) alterações em tecidos moles sem potencial de malignidade e (2) alterações em tecidos moles com potencial de malignidade. Estimativas por ponto e por intervalo de confiança (95%) relativas às medidas de sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo foram calculadas. Os resultados mostraram que 18% dos rastreados foram considerados positivos ao teste (categorias 1 + 2). Ao exame clínico, foram registradas 50 lesões pré-malignas/malignas (1,7%) sendo confirmados 8 casos de câncer bucal correspondendo a uma taxa de prevalência de 27 casos em 10 mil, bastante superior ao esperado. Considerando positivos ao teste os incluídos nas categorias 1 + 2, as medidas observadas foram S: 91,73% [90,74 - 92,72]; E: 85,42% [84,15 - 86,65]; VPP: 22,72% [21,22 - 24,22]. Considerando positivo ao teste aqueles incluídos na categoria 2, as medidas encontradas foram S: 26,00% [24,43 - 27,57]; E: 97,27% [96,68 - 97,85]; VPP: 13,98% [12,74 - 15,22]. Hipóteses explicativas relativas aos valores observados e ações para ajustar o instrumento de rastreamento são discutidas.

* Cirurgião Dentista, Mestre em Saúde Pública, Núcleo de Capacitação do PSF Santa Marcelina - São Paulo - SP e-mail: kausartori@uol.com.br.

** Cirurgião Dentista; Doutor em Saúde Pública; Professor do Programa de Pós-Graduação(Mestrado) em Saúde Coletiva da PUCde Santos; Pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

*** Médica; Mestre em Saúde Coletiva; Coordenadora do Núcleo de Capacitação do PSF Santa Marcelina - São Paulo - SP; e-mail: direcitaim@uol.com.br

**** Cirurgião Dentista; Especialista em Estomatologia; Núcleo de Capacitação do PSF Santa Marcelina - São Paulo - SP; e-mail: sccabreu@aol.com

Palavras Chaves:

PSF - Câncer Bucal - Rastreamento - Prevenção e Controle.

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implementado na zona leste da cidade de São Paulo como uma estratégia de organização da atenção básica, fundamentado nos princípios da integralidade da atenção, adstrição da população e trabalho em equipe com dedicação plena, para desenvolver ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de 1996, sob as bases legais de um contrato de co-gestão, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Casa de Saúde Santa Marcelina foram contratadas as primeiras equipes, compostas inicialmente por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, denominadas equipes mínimas de saúde da família.

A primeira etapa, conhecida por Projeto Qualidade Integral em Saúde - QUALIS I - foi conduzida pela Secretaria de Estado da Saúde. Em 2002, com a finalização do processo de municipalização da rede básica de saúde no município, a Secretaria Municipal de Saúde assumiu a gestão do sistema, incluindo a relação com organizações parceiras, financiamento, planejamento e avaliação.

Dados recentes obtidos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) apontavam 207 equipes de saúde da família completas, fixadas em 56 unidades de saúde da zona leste. Essas equipes eram responsáveis pelo atendimento de aproximadamente 180.000 famílias, totalizando cerca de 710.000 pessoas cadastradas (Brasil 2004).

No Brasil, as iniciativas de implementação das equipes mínimas de saúde da família têm financiamento federal previsto em termo aditivo ao valor recebido pelos municípios no Piso da Atenção Básica (PAB), por habitante. Ações de saúde bucal no PSF não eram financiadas até o final do ano 2.000, caracterizando um obstáculo para implementação dessas atividades, particularmente em municípios pequenos e de poucos recursos.

Em 28 de dezembro de 2000 foi publicada a portaria N.º 1.444/GM do Ministério da Saúde (Brasil 2000), que criou incentivo financeiro destinado à implementação de ações e inserção de profissionais da saúde bucal no PSF.

Na zona leste da cidade de São Paulo, dois anos antes da publicação da Portaria (1998) iniciaram-se as primeiras discussões para a implementação de ações de saúde bucal nas programações do PSF, agora denominado PSF Santa Marcelina.

Em julho de 1998, o contrato de co-gestão foi aditado permitindo a inclusão de profissionais da saúde bucal nas equipes mínimas de saúde da família e foram incluídos dois dentistas, um técnico de higiene dental e quatro auxiliares de consultório dentário para operar clínicas modulares de três cadeiras.

Após o ingresso, as equipes receberam treinamento e foram introduzidas nas unidades de saúde da família para conhecer as características do processo de trabalho. Atividades de educação continuada foram realizadas, abordando temas que mantinham estreita relação com a organização da atenção básica e com a elevação da qualidade da assistência. Atividades foram desenvolvidas

visando: 1. capacitação em saúde bucal dos agentes comunitários de saúde; 2. educação continuada das equipes da área de saúde bucal; 3. educação continuada em saúde bucal para os componentes das equipes mínimas de saúde da família (médicos, enfermeiros e auxiliares).

No momento da programação das primeiras atividades, o entendimento das diretrizes estruturantes do PSF e o potencial delas para aumentar a efetividade das ações de saúde bucal programadas foi fundamental. O grupo de profissionais que assessorou esse momento de implementação entendeu que o conceito de atenção básica em saúde bucal, aplicável no PSF, deveria ser encarado de forma ampla, obviamente com foco na prevenção e na assistência individual imediata, entretanto, com uma clara perspectiva de atenção básica ampliada, envolvendo não apenas as ações mencionadas, mas também ações de assistência individual a grupos, social e epidemiologicamente, mais vulneráveis e aqueles serviços especializados mais necessários socialmente. As diretrizes de participação comunitária, enfoque multi-setorial e equidade orientaram a implementação das atividades de tal modo a alcançar um equilíbrio entre a extensão da cobertura e a profundidade da atenção.

Duas dessas diretrizes estruturantes, o território definido e o cadastro das famílias, quando aplicadas à saúde bucal, descortinaram a possibilidade de implementação de programações diferenciadas e em base epidemiológica.

Assim, o desafio das equipes de saúde bucal foi oferecer aos cadastrados respostas que rapidamente amenizassem a grave situação de saúde bucal, acumulada no decorrer de muitos anos, alicerçadas no eixo das diretrizes estruturantes do PSF. A manutenção da única porta programática de entrada no sistema, determinada pelo cadastro das famílias e a programação de ações que contemplassem todos os seus membros, independentemente da faixa etária de cada um deles foram aspectos estratégicos e fundamentais.

O instrumento básico de reconhecimento da realidade do território foi o cadastro de famílias de cada unidade. A equipe da saúde bucal foi encorajada a se apropriar dessas informações antes de qualquer intervenção. Nesse instrumento (o cadastro) estavam contidas informações básicas sobre as condições de vida de cada família e sua inserção social, essenciais para potencializar a diretriz da equidade e aumentar a efetividade das ações programadas pela equipe. (SARTORI 2000).

A programação das ações coletivas e individuais, incluindo a organização da demanda para a assistência, na perspectiva da atenção básica ampliada foi feita gradualmente. As equipes foram preparadas do ponto de vista técnico para a realização de rastreamentos nos diversos territórios - áreas e micro-áreas - empregados para reconhecer a extensão e a gravidade de determinadas condições, a fim de subsidiar a programação das ações coletivas e de assistência individual.

As técnicas de rastreamento combinavam códigos, critérios e procedimentos considerados relevantes para cárie dentária, condições do periodonto e tecidos moles bucais.

Essas técnicas vêm sendo utilizadas desde meados de 1998 e foram estabelecidas com a participação das equipes da saúde bucal, assessoradas por especialistas em cariologia, periodontia e estomatologia. As técnicas, para as três condições, compreendiam a observação da cavidade bucal, feita com iluminação natural e com auxílio de espátula de madeira.

Os códigos e critérios de rastreamento das condições relacionadas com a doença cárie, doença periodontal e condições dos tecidos moles bucais foram:

Quadro 1 - Códigos e critérios de rastreamento para cárie dentária. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999.

CÓDIGOS	CRITÉRIOS
A	Ausência de lesão de cárie, ausência de manchas brancas ativas, sem presença de placa bacteriana dental envelhecida
B	Ausência de sinais de cárie "em atividade", apresentando sinais de doença pregressa, ou seja, cavidades adequadamente restauradas e/ou perdas dentárias adequadamente substituídas
C	Ausência de lesão de cárie ativa, com presença de cárie crônica e/ou perdas dentárias não substituídas
D	Presença de sinais de doença cárie – mancha branca ativa e presença de placa dental bacteriana envelhecida.
E	Presença de sinais de cárie ativa, caracterizada pela observação de lesão aguda.
F	Presença de dor ou abscesso.

Fonte: PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999.

Quadro 2 - Códigos e critérios de rastreamento para doença periodontal. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999.

CÓDIGOS	CRITÉRIOS
0	Estruturas periodontais sadias
1	Presença de gengivite
2	Presença de cálculo supragengival
6	Presença de bolsa, sem mobilidade e migração dentária
8	Mobilidade e perda da função dentária
X	Ausência de dente
B	Seqüelas de doença periodontal anterior (retração gengival)

Fonte: PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999.

Quadro 3 - Códigos e critérios de rastreamento para lesões bucais com enfoque nas situações que sugerem risco para o câncer bucal. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999.

CÓDIGOS	CRITÉRIOS
0	Tecidos moles aparentemente sadios
1	Alterações em tecidos moles sem potencial de malignidade
2	Alterações em tecidos moles com potencial de malignidade

Fonte: PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999.

Em relação às condições relativas aos tecidos moles foram classificadas com código (2) as lesões com as seguintes características macroscópicas:

1. Úlceras indolores com mais de quatorze dias de evolução, com bordas elevadas e base ligeiramente endurecida ou não;

2. Lesões brancas ou lesões enegrecidas com áreas ulceradas subjacentes;

3. Lesões avermelhadas com mais de quatorze dias de evolução, de contornos definidos e limites nítidos, sugerindo eritroplasia (carcinoma "in situ");

4. Lesões vegetativas (pápulas ou nódulos) granuladas, verrucosas ou ulceradas.

As demais alterações, não listadas no código (2), foram classificadas com código (1). Segundo consenso dos profissionais envolvidos com as técnicas de rastreamento considerou-se o seguinte agrupamento para classificação de lesões com potencial ou não de malignidade:

Quadro 4- Distribuição das lesões bucais, segundo potencial ou não de malignidade. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999.

COM POTENCIAL	SEM POTENCIAL
Crescimento tecidual (hiperplasias) de origem traumática - prótese mal adaptada	Crescimento tecidual (hiperplasias) inespecífico ou medicamentoso
Lesões dermatológicas	Cistos
Lesões queratogênicas (Leucoplasias)	Lesões ulceradas/ aftas/candidíase
Lesões pigmentares	Neoplasias benignas
	Processo inflamatório crônico inespecífico
	Lesões vasculares – hemangiomas

Fonte: Sistema de Informação em saúde bucal. PSF Sta. Marcelina, 1999.

O fluxo de encaminhamento da demanda à assistência odontológica foi orientado segundo o grau de risco e atividade da doença, considerando as condições identificadas nos cadastrados de cada uma das micro-áreas que compunham o território de cada unidade de saúde da família, onde as técnicas de rastreamento foram aplicadas. Em relação à cárie dentária, o fluxo respeitou o seguinte ordenamento: códigos F, E, D, C, B e A - do maior para o menor risco.

Quanto à doença periodontal, o ordenamento adotado foi: códigos 8, 6, 2, 1 e 0 - do maior para o menor risco.

O fluxo de encaminhamento da demanda à assistência, considerando a condição dos tecidos moles bucais, foi definido da seguinte forma: códigos 2, 1 e 0 - do maior para o menor risco. Dessa forma, as técnicas de rastreamento empregadas subsidiaram a implementação das ações voltadas para a promoção da saúde bucal dos cadastrados, alicerçadas na epidemiologia e potencializadas nas diretrizes estruturantes do PSF.

Considerando a necessidade da integração da saúde bucal com o restante das programações do PSF foram identificadas ações de menor complexidade e maior abrangência populacional, com caráter de promoção da saúde bucal, para serem desenvolvidas em todas as unidades, mesmo naquelas que não contavam com recursos odontológicos (SARTORI 2000). Coube à gerência e às equipes de saúde da família de cada unidade, a análise do perfil de saúde bucal da população e a elaboração do plano de trabalho, de forma a

atender todos os cadastrados. A cada realidade local correspondeu um grupo de prioridades, que direcionou tanto as ações de cunho individual quando as de cunho coletivo.

No que se refere ao rastreamento do câncer bucal, alvo desse estudo, as equipes sentiram essa necessidade a partir do momento em que as programações possibilitaram o acesso à clínica odontológica dos cadastrados de cinqüenta e mais anos de idade, indivíduos de maior risco, historicamente excluídos das programações. O consenso e padronização de lesões com e sem potencial de malignidade deu-se a partir da rotina de observação clínica, durante o atendimento desse grupo etário.

A incidência de neoplasia maligna localizada na boca, lábio e língua é importante causa de óbito em nosso país e os valores estimados apresentam grandes diferenças regionais (BRASIL 2002).

Quadro 5- Coeficientes de incidência por 100 mil habitantes segundo os estados brasileiros. INCA, Ministério da Saúde, 2002.

C.I. /100 mil habitantes	ANO 2002
0,7 I- 3,1	Outros estados brasileiros
3,1 I- 4,7	MG, GO, AL, RN e CE
4,7 I- 9,2	MS, MG, BA e PE
9,2 I- 20,1	RS, SC, PR, SP, RJ, ESe DF

Fonte: INCA, Ministério da Saúde, Brasil, 2002.

Em nível mundial essa situação é semelhante: enquanto alguns países, como Índia e Sri Lanka têm apresentado elevadas taxas de incidência, outros países como Japão, Finlândia e Noruega têm experimentado taxas em nível considerado baixo ou moderado.

A prevenção e controle do câncer bucal pressupõe atividades em nível primário e secundário. No primeiro, ênfase deve ser dada ao controle do consumo de tabaco; estímulo à dieta saudável; estímulo às atividades físicas e redução da obesidade; redução do consumo de bebidas alcoólicas; redução da exposição ocupacional a fatores carcinogênicos; imunização contra hepatite B; redução da exposição prolongada ao sol; educação em saúde, especialmente relacionada a fatores sexuais e reprodutivos associados ao câncer. No segundo, destaca-se a detecção precoce da doença e instituição de pronto tratamento, a partir do exame rotineiro realizado por profissionais da saúde, auto-exame ou por programa de rastreamento em massa.

Na ausência dos conhecimentos definitivos sobre a etiologia do câncer e, no caso específico, das neoplasias malignas que acometem os tecidos bucais, o rastreamento das lesões cancerizáveis e o conhecimento do potencial de malignização de cada uma delas, se traduzem na melhor forma de prevenção e controle. Essa condição privilegiada, delegada aos profissionais da atenção básica em saúde como atividade precípua deve sempre ser aproveitada e valorizada: o reconhecimento sistemático de lesões cancerizáveis proporcionará a mais eficaz forma de terapia, consubstanciada na prevenção, por meio do diagnóstico precoce (ALLEGRA & GENNARI 2000).

Técnicas de rastreamento em massa, aconselhamento e acompanhamento dos indivíduos que compõem o grupo de risco são as principais iniciativas no eixo da prevenção e

controle do câncer bucal. Entretanto, nenhum método mostrar-se-á eficaz se os profissionais, especialmente médicos e dentistas, não incluírem o exame minucioso da boca na rotina do exame físico, no contexto ou não de programas de rastreamento. À população em geral caberá o auto-exame e ao grupo considerado de risco a utilização de recursos periódicos de saúde (NEMETZ 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como reconhecimento sistemático (rastreamento), os métodos preditivos de busca ativa para detectar riscos médicos/ sanitários não manifestos ou enfermidades assintomáticas, para a implementação de oportuna intervenção.

Adverte, entretanto, que a prática do rastreamento não deve, em hipótese alguma, ser considerada como um serviço propriamente dito. A técnica deve ser parte integrante de uma estratégia ampla, que compreenda a realização de diagnóstico definitivo dos achados considerados "suspeitos" e a imediata implementação de ações ou intervenções adequadas, em nível preventivo e curativo. Por exemplo, o rastreamento do câncer do colo uterino é considerado inútil, se não se dispõe de meios para acompanhamento e tratamento adequado de mulheres com lesões pré-malignas e malignas identificadas.

Sete critérios foram propostos pela OMS (1995) para balizar a decisão sobre a realização ou não da técnica de rastreamento: 1.é de importância para a saúde pública o agravo que se quer identificar? 2.há métodos eficazes, preventivos e curativos, para atacar, em fase inicial, o agravo detectado? 3.existe algum procedimento simples, ético e eficaz, para detecção do agravo, em fase inicial, em tempo de controlá-lo? 4.é aceitável para a população a técnica de rastreamento, o diagnóstico definitivo e a intervenção necessária? 5.supondo que exista suficiente vontade política será possível, com os recursos existentes, aplicar em base populacional a prática de rastreamento, diagnóstico e intervenção oportuna? 6.a prática de rastreamento, diagnóstico e intervenção serão traduzidas em fortalecimento do sistema de saúde e desenvolvimento social, no contexto da atenção primária em saúde? 7.os custos são aceitáveis?

Na literatura científica, encontram-se descritos quatro métodos disponíveis para a identificação de lesões malignas e pré-malignas na boca: (a) exame visual da cavidade oral; (b) exame visual após a aplicação de Azul de Toluidina; (c) auto-exame bucal e (d) exame citológico.

SANKARANARAYANAN (1997) apontou que profissionais auxiliares da área da saúde, médicos e dentistas, podem identificar precocemente essas lesões pré-malignas, após treinamento adequado e, segundo o autor, o exame visual da boca é um método adequado para essa atividade.

MILLER (1985) afirmou que o rastreamento do câncer bucal deve ser aplicado nos segmentos populacionais de alto risco (fumantes e alcoolistas). Segundo o autor, o câncer bucal é relativamente raro antes dos quarenta anos de idade e essa parece ser a idade indicada para inclusão de pessoas em programas de rastreamentos populacionais para esse tipo de câncer.

METHA et al (1986) apresentaram resultados de técnica de rastreamento do câncer bucal realizada na Índia por agentes de saúde. Foram

examinados 39.331 indivíduos e 1921 foram considerados suspeitos de possuírem lesões pré-malignas e câncer bucal. A sensibilidade do rastreamento foi 59% e a especificidade 98%. O valor preditivo positivo foi 31% e o negativo 99%. A prevalência de lesões entre os examinados foi 1,41%.

WARNAKULASURIYA et al (1990) demonstraram resultados de técnica de rastreamento realizada no Sri Lanka por agentes de saúde, para identificação de lesões pré-malignas e câncer bucal. Entre 1872 indivíduos com teste positivo e re-examinados pelo examinador-padrão, 412 foram corretamente encaminhados. A sensibilidade foi 95% e a especificidade 81%. O valor preditivo positivo do rastreamento foi 58% e o negativo 98%.

IKEDA et al (1995) apontaram resultados de estudo com objetivo de avaliar a acurácia de exames visuais da boca, realizados por dentistas, em rastreamento delineado para identificação de lesões pré-malignas e câncer bucal na população de 60 e mais anos de idade. Foram convidados para participarem do programa 5187 indivíduos e 803 atenderam ao convite e, dentre eles, 38 foram considerados suspeitos. Foram referenciados ao especialista 32 indivíduos e, desse total, 25 se apresentaram para re-exame. O valor da medida de sensibilidade do teste foi 81%. O valor preditivo do teste positivo foi 80% e o valor preditivo do teste negativo, 82%.

DOWNER et al (1995) demonstraram resultados de pesquisa realizada na Inglaterra, com objetivo de avaliar a acurácia de exames visuais da boca, realizados por dentistas, em rastreamento delineado para reconhecimento de lesões pré-malignas e câncer bucal. Dentre 533 indivíduos rastreados, 309 foram classificados como positivos ao teste. A sensibilidade do teste foi 71% e a especificidade 99%. O valor preditivo positivo foi 86% e o negativo, 98%. A prevalência de lesões foi 5,5%.

Desde a implementação das atividades de rastreamento no PSF Santa Marcelina, em 1998, a proposta vem sendo aplicada em sistemas locais de saúde e nenhum esforço de avaliação foi documentado. Por essa razão, é importante aferir os resultados observados e avaliar a aplicação dessa ação de saúde coletiva.

Nesse sentido, cabe explicitar as três ordens de questões que foram objeto dessa investigação:

1. A técnica de rastreamento é eficaz para reconhecimento dos casos positivos e negativos de lesões em tecidos moles bucais? Sensibilidade, especificidade e valores preditivos são aceitáveis?

2. A técnica do rastreamento, enquanto instrumento da epidemiologia, tem potencialidade para contribuir com a prevenção e controle do câncer bucal?

3. A técnica de rastreamento reconhece indivíduos doentes e em situação de risco, contribuindo para a organização da demanda à assistência individual?

Objetivo

O objetivo desse estudo foi avaliar a eficácia do rastreamento realizado por dentistas, por meio de exames visuais da boca, delineado para reconhecimento de lesões em tecidos moles bucais, aplicado na população de cinqüenta e mais anos de idade cadastrada em unidades do PSF Santa Marcelina e avaliar o potencial dessa técnica, enquanto instrumento da epidemiologia, para auxiliar na prevenção e controle do câncer bucal e ajudar na organização da demanda para assistência.

Material e Método

Para alcançar os objetivos foi realizado um estudo transversal descritivo, utilizando-se dados secundários sobre a distribuição de lesões em tecidos moles bucais em um único momento, na população de 50 e mais anos de idade, cadastrada em unidades do PSF Santa Marcelina.

As Unidades de Saúde da Família Jardim Campos, Jardim Santa Rita, Jardim Jaraguá, Vila Curuçá, A. E. Carvalho, Jardim Fanganiello e Barro Branco compõem o universo das que possuem clínicas de saúde bucal no PSF Santa Marcelina e foram selecionadas em razão da presença de registros administrativos, de todas as micro-áreas, relativos à aplicação da técnica de rastreamento para reconhecimento de lesões em tecidos moles bucais.

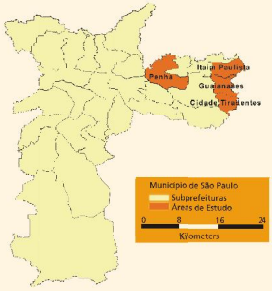
Considerando a divisão administrativa do poder público municipal que instituiu as Subprefeituras, as unidades estavam assim distribuídas:

Quadro 6- Distribuição das USF do PSF Santa Marcelina, segundo as Subprefeituras. Secretaria Municipal das Subprefeituras, São Paulo, 2002.

SUBPREFEITURAS	UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Itaim Paulista	Jardim Campos, Jardim Santa Rita, Jardim Jaraguá e Vila Curuçá
Penha	A. E. Carvalho
Guaianases	Jardim Fanganiello
Cidade Tiradentes	Barro Branco

Fonte: Secretaria Municipal das Subprefeituras, 2002.

Figura 1: Representação esquemática das subprefeituras do município de São Paulo onde o estudo foi realizado. Secretaria Municipal das Subprefeituras, São Paulo, 2002.



No que se refere ao número de equipes de saúde da família e cadastrados, as unidades estavam assim compostas:

Quadro 7- Distribuição das USF Jardim Campos, Jardim Santa Rita, Jardim Jaraguá, Vila Curuçá, A. E. Carvalho, Jardim Fanganiello e Barro Branco, segundo número de equipes, número de famílias e indivíduos cadastrados. Sistema de Informação da Atenção Básica, PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

Unidades de Saúde	Nº de Equipes	Famílias Cadastradas	Indivíduos Cadastrados
Jardim Campos	5	5.443	21.635
Jardim Stª Rita	4	4.902	19.409

Unidades de Saúde	Nº de Equipes	Famílias Cadastradas	Indivíduos Cadastrados
Jardim Jaraguá	4	3.628	14.236
Vila Curuçá	5	5.543	20.787
A. E. Carvalho	4	3.806	14.051
Jardim Fanganiello	4	4.613	18.503
Barro Branco	4	2.893	12.643

Fonte: SIAB, (Brasil 2002).

Os dados analisados estavam disponíveis em um banco pré-existente, construído pelas equipes, que agrupava informações do rastreamento de condições relativas à cárie dentária, doença periodontal e lesões em tecidos moles bucais, com finalidade primordial de organização da demanda à assistência. Para a construção do banco de dados específico para esse estudo, a partir dos registros contidos no primeiro banco, as informações sobre o rastreamento de condições relativas à cárie e doença periodontal foram suprimidas e a planilha foi adaptada para receber de forma concatenada alguns dados relativos à assistência odontológica individual. Assim, a partir dos prontuários dos cadastrados foram obtidas informações sobre exame clínico dos tecidos moles, classificação de eventuais lesões, segundo potencial ou não de malignização e denominação das lesões, conforme resultado dos exames anatomopatológicos.

Dessa forma, a base de dados secundários ficou constituída com três grupos de variáveis: (a) dados cadastrais - nome da unidade, ano de realização do rastreamento, sigla do nome do cadastrado, idade, data de nascimento, sexo, número da micro-área e da família; (b) dados do rastreamento - códigos 0, 1 ou 2; (c) dados da assistência individual - realização ou não de biópsias, classificação das lesões e diagnóstico. Foram excluídos desse banco um número reduzido de cadastrados, submetidos a biópsias, cujos resultados dos exames anatomopatológicos ainda não estavam disponíveis. Procedimentos de busca de registros de possíveis casos de falsos negativos foram adotados por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SARTORI 2004).

Na seqüência foi efetuada a análise exploratória dos dados registrados por USF que incluíram duas atividades de rastreamento nas unidades Jardim Campos, A. E. Carvalho, Jardim Santa Rita e Jardim Fanganiello (1999 e 2001) e uma atividade de rastreamento nas unidades Jardim Jaraguá, Vila Curuçá e Barro Branco (2001). Para permitir o cálculo das medidas de sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo, tabelas de contingência (2 X 2) foram construídas considerando cada uma das USF e, em seguida, os dados foram agregados conforme a figura 2.

Apuração das medidas de acurácia

Teste Rastreamento	Diagnóstico Clínico Ou Laboratorial		Total
	Lesão Presente	Lesão Ausente	
Teste Positivo	a	b	a+b
Teste Negativo	c	d	c+d
Total	a+c	b+d	a+b+c+d

VP: VERDADEIRO POSITIVO (a) / FP: FALSO POSITIVO (b)
FN: FALSO NEGATIVO (c) / VN: VERDADEIRO NEGATIVO (d)
SENSIBILIDADE = a/a + c / VALOR PREDITIVO POSITIVO = a/a + b
ESPECIFICIDADE = d/b + d / VALOR PREDITIVO NEGATIVO = d/c + d

4 - RESULTADOS

A base populacional, que tomou por referência o universo dos cadastrados das áreas das USF incluídas no estudo foram os residentes de cinqüenta e mais anos de idade cadastrados no SIAB, em áreas de adstrição das USF do PSF Santa Marcelina.

Tabela 1- Número e porcentagem dos cadastrados e rastreados de cinqüenta e mais anos de idade, segundo sexo. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

SEXO	CADASTRADOS		RASTREADOS	
	N	%	N	%
MASC	6648	44,11	1032	34,63
FEM	8424	55,89	1948	65,37
TOTAL	15072	100,00	2980	100,00

Fonte: Sistema de informação em saúde bucal. PSF Santa Marcelina, 2002.

Dentre os 2980 cadastrados e rastreados, 537 (18,02%) foram considerados positivos ao teste e suspeitos de possuírem lesões bucais (Tabela 3). No exame clínico, realizado com assessoria do estomatologista foram diagnosticadas 133 lesões (4,46%). Segundo padronização, 50 lesões (1,68%) foram classificadas como pré-malignas e os achados de câncer totalizaram 8 casos, correspondendo a 0,27% ou 27 casos em 10.000 indivíduos.

Do total de 1032 indivíduos rastreados do sexo masculino, 158 (15,31%) foram considerados positivos ao teste e suspeitos de possuírem lesões bucais. No exame clínico foram diagnosticadas 42 lesões (4,07%) e, dentre essas, 15 (1,45%), classificadas como pré-malignas e câncer bucal. Os achados de câncer totalizaram 3 casos, correspondendo a 0,29% ou 29 casos em 10.000 indivíduos do sexo masculino.

Entre as mulheres, 379 (19,45%) das 1.948 que participaram do rastreamento foram consideradas positivas ao teste e suspeitas de possuírem lesões bucais. No exame clínico foram diagnosticadas 91 lesões (4,67%). Do total, 35 (1,80%) foram classificadas como pré-malignas e câncer bucal. Os achados de câncer totalizaram 5 casos, correspondendo a 0,26% ou 26 casos em 10.000 indivíduos do sexo feminino.

Do total de oito casos, confirmados por exame anatomopatológico, sete (87,5%), foram do tipo histológico espinocelular ou de células escamosas ou epidermóide, considerado o mais comum das neoplasias de boca (SUNDEFELD 1993) (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição dos casos de câncer bucal segundo sexo, idade, tipo e localização da lesão e USF de ocorrência. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

Prontuário	Sexo	Idade	Tipo de lesão	Localização	USF
01/15	M	61	Carcinoma espinocelular	Língua/ assoalho da boca	A.E.Carvalho
05/123	F	53	Carcinoma espinocelular	Lábio inferior	A.E.Carvalho
06/190	M	64	Adenocarcinoma	Mucosa jugal	A.E.Carvalho
04/147	F	60	Carcinoma espinocelular	Palato duro/ orofaringe	Fanganiello
02/44	F	61	Carcinoma espinocelular	Palato duro/ rebordo alveolar superior	Fanganiello
20/150	F	50	Carcinoma espinocelular	Orofaringe	Santa Rita
15/20	F	64	Carcinoma espinocelular	Base de língua	Vila Curuçá
20/68	M	56	Carcinoma espinocelular	Lábio inferior	Vila Curuçá

A técnica de rastreamento permitiu incluir 18% dos rastreados nos códigos 1 e 2. Desses 537 casos, predominaram aqueles sem potencial de malignidade. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos.

Tabela 3- Número e porcentagem da população do estudo, segundo sexo e código do rastreamento. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

CÓDIGO	SEXO					
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1 + 2	159	15,41	378	19,41	537	18,02
0	873	84,59	1570	80,59	2443	81,98
TOTAL	1032	100,00	1948	100,00	2980	100,00

No domínio da clínica, o diagnóstico negativo confirmou a maioria dos rastreados com teste negativo (código 0) - os casos verdadeiros negativos (2432 entre 2443 rastreados). O diagnóstico positivo confirmou 122 casos apresentando lesões bucais, entre 537 rastreados com teste positivo (códigos 1 e 2). Dos 133 casos com diagnóstico positivo de lesões na clínica, apenas 11 não foram identificados no rastreamento (Tabela 4). Dos 133 casos, 99 (74,4%) exigiram exame laboratorial. Entre os laudos obtidos, 83 (62,4%) eram casos com lesões sem potencial de malignidade e 50 (37,6%) com potencial de malignidade.

Tabela 4- Número e porcentagem da população do estudo, segundo classificação no rastreamento e exames clínicos para diagnóstico de lesões em tecidos moles bucais. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

RASTREA-MENTO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO					
	POSITIVO		NEGATIVO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1 + 2	122	22,72	415	77,28	537	100,00
0	11	0,45	2432	99,55	2443	100,00
TOTAL	133	4,46	2847	95,54	2980	100,00

Para apurar as medidas de acurácia foram considerados negativos ao teste os classificados com código 0 e positivos os classificados com códigos 1 e 2 para o total de lesões bucais identificadas. Nessa condição foi apurado alto valor da medida de sensibilidade e especificidade e aceitável valor preditivo do teste positivo (Tabela 5). Para o sexo masculino e feminino, na mesma condição de teste, os resultados das medidas de sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo foram semelhantes.

Tabela 5- Valores de sensibilidade, especificidade e preditivos positivo e negativo do rastreamento de lesões bucais. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999 e 2001.

RASTREAMENTO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU LABORATORIAL		TOTAL
	LESÃO PRESENTE	LESÃO AUSENTE	
SIM (1 + 2)	122	415	537
NÃO (0)	11	2432	2443
TOTAL	133	2847	2980

S = 91,73% (IC95%: 90,74 - 92,72); E = 85,42% (IC95%: 84,15 - 86,65);	VPP = 22,72% (IC95%: 21,22 - 24,22); VPN = 99,55% (IC95%: 99,31 - 99,79).

Discussão

Determinados territórios da zona leste da cidade de São Paulo, cobertos pelo Programa Saúde da Família desde 1996, se encontravam privados de programações públicas de saúde bucal por longo período de tempo. No PSF Santa Marcelina, a opção pela implementação de ações de saúde bucal, potencializadas nas diretrizes estruturantes das programações e fundamentadas na utilização de técnicas de rastreamento, a partir de meados de 1998, permitiu reconhecimento rápido dos agravos relacionados à saúde bucal acumulados na população, especialmente nos idosos e orientou a programação das ações correspondentes à população adstrita sob responsabilidade de cada equipe de saúde da família.

Os exames clínicos realizados após a aplicação da técnica de rastreamento de lesões em tecidos moles da boca, alvo desse estudo, permitiram apurar uma proporção de 4,46% (133) desses achados, na população estudada de 50 e mais anos de idade.

Esse valor foi menor que o apresentado no trabalho de MISTRO et al (1996) que analisou dados da campanha de prevenção do câncer bucal realizada em 1993 na cidade de Indaiatuba, estado de São Paulo. Na campanha mencionada, os exames foram realizados por dentistas e entre 1140 indivíduos com idade variando entre 24 e 74 anos, ambos os sexos, 17,97% apresentaram lesões bucais. A proporção de 4,46% foi semelhante à apurada no grupo etário de 35 a 44 anos e menor que a apurada no grupo etário de 65 a 74 anos, no levantamento epidemiológico de condições de saúde bucal realizado no estado de São Paulo no ano de 2002 (São Paulo 2002). No primeiro grupo, a proporção foi 5,76% entre 1718 indivíduos, enquanto no segundo foi 11,90%, entre 815 indivíduos examinados.

A proporção de lesões pré-malignas apurada nos 2980 rastreados, considerando a padronização sugerida pelas equipes de saúde bucal do PSF foi 1,68% (50 lesões).

Esse valor foi semelhante ao apontado na pesquisa de METHA et al (1986) que encontraram taxa de 1,41%, cujos examinadores foram agentes de saúde que aplicaram o teste na população de 35 e mais anos de idade, a partir da identificação de fatores de risco. A proporção foi menor que o valor de 22% relatado por WARNAKULASURIYA et al (1990), em rastreamento realizado por

agentes de saúde que não consideraram os fatores de risco para o exame da população de 20 e mais anos de idade, ambos os sexos. O valor também foi menor quando comparado à taxa de 4,7% encontrada por IKEDA et al (1995), na qual indivíduos de 60 e mais anos de idade de ambos os sexos foram examinados por dentistas, sem considerar os fatores de risco. O resultado também foi inferior, quando comparado ao apurado na pesquisa de DOWNER et al (1995) - 5,5% - em teste aplicado por dentistas em indivíduos de 40 e mais anos de idade, ambos os sexos, sem considerar os fatores de risco. Dentre as pesquisas consultadas, a proporção de 1,68% de lesões pré-malignas também se mostrou inferior quando comparada à obtida na pesquisa de MATHEW et al (1997) cuja taxa foi 10,25%. Nessa última, o rastreamento foi aplicado por agentes de saúde na população com idade variando entre 35 e 64 anos, a partir da identificação de critérios de risco.

Cabe ressaltar que todas as pesquisas, excetuando-se a conduzida por IKEDA no Japão e DOWNER na Inglaterra, se referem a regiões que têm apresentado níveis elevados de incidência de câncer bucal (Índia e Sri Lanka).

No presente trabalho, pode-se admitir que a proporção obtida (1,68%), tenha superestimado a prevalência de lesões pré-malignas, na medida em que os dados foram colhidos a partir de critérios que incluíram as hiperplasias causadas por prótese mal adaptada, na categorização de lesões pré-malignas. De fato, há intenso debate na literatura, particularmente na estrangeira, sobre a inclusão ou não dessa condição enquanto categoria de lesão pré-maligna. A maioria dos trabalhos que analisaram dados sobre lesões bucais forneceu estimativas restritas a determinadas lesões, em pequenas amostras populacionais, o que não permite uma visão ampla da ocorrência dessas lesões em amostra populacional mais representativa.

Mereceu destaque o número de casos de câncer bucal (8), confirmados por meio de exames laboratoriais, entre os 2980 rastreados. Foram 5 casos em 1948 rastreados do sexo feminino e 3 em 1032 rastreados do sexo masculino.

Em 1993, na cidade de São Paulo, a taxa bruta de incidência de câncer bucal por 100 mil habitantes foi 5,1 entre as mulheres e 16,0 entre os homens. Uma década depois, a estimativa de incidência girava em torno de valores semelhantes: 7,4 e 17,9 (BRASIL 2003). Esses números aumentam drasticamente conforme a idade. Em 1993, o coeficiente para a população de 35 a 64 anos de idade foi 7,0 e 34,0 por 100 mil habitantes, para o sexo feminino e masculino, respectivamente. No mesmo ano, para a população de 65 e mais anos de idade, reconhecida como de alto risco para a doença, a taxa se elevou para 36,8 por 100 mil habitantes para o sexo feminino e 97,3 por 100 mil habitantes para o sexo masculino (ANTUNES et al 2001).

Aplicando os valores mais elevados, apontados para a população de 65 e mais anos de idade, para os 1948 examinados do sexo feminino seria esperado menos de 1 caso de câncer bucal (0,7) e para os 1032 do sexo masculino, 1 caso (1,0).

Cabe ressaltar que a pesquisa conduzida por ANTUNES et al se referiu à taxa de incidência anual para o câncer bucal

(1993) e o presente estudo apurou a prevalência da doença em determinado período de tempo, aproximadamente 3 meses, período de duração dos exames clínicos, mostrando o quanto a estimativa de morbidade pode estar subestimada para a cidade de São Paulo.

Os 2980 cadastrados de 50 e mais anos de idade analisados nesse estudo corresponderam a 0,16% da população total desse grupo etário, estimada para a cidade de São Paulo em 1.829.166 habitantes (BRASIL 2001). Para essa população em geral, 8 casos diagnosticados representaram proporção muito acima do esperado, entretanto, tal resultado pode estar associado ao perfil socioeconômico da população cadastrada que participou do rastreamento. Alguns estudos têm mostrado taxas mais elevadas de morbidade e mortalidade em áreas com piores condições socioeconômicas (MACFALLANE et al. 1996; O'HANLON et al. 1997). Examinando essa relação na cidade de São Paulo, ANTUNES et al. (2001) identificaram que distritos com padrão de mortalidade por câncer bucal mais elevado apresentavam valores mais elevados de desigualdade na distribuição de renda, desemprego, número de pessoas por cômodo, analfabetismo, e ainda níveis mais baixos de educação e renda. Outras pesquisas de abrangência ampla, particularmente em territórios cobertos pelo PSF devem ser realizadas para aprofundar a análise da distribuição desse evento (câncer bucal) na população de idosos.

Um bom programa de rastreamento deve usar teste de alta sensibilidade, capaz de reconhecer o máximo de casos, particularmente aqueles de baixa prevalência, e alta especificidade para diminuir o número de casos falsos positivos que necessitem investigação posterior, de modo a ser aplicado menos freqüentemente. O valor preditivo positivo do teste de rastreamento pode ser baixo para eventos de baixa prevalência, mesmo para testes de alta especificidade, (FLETCHER 1996). O comportamento de taxas e indicadores como morbidade, mortalidade, qualidade de vida, entre outros, devem ser considerados nos resultados de um bom programa de rastreamento. A produtividade perdida dos profissionais envolvidos no processo, quando se estimam os seus custos, também deve ser avaliada.

No contexto das programações de saúde bucal implementadas no PSF e assente em condições relacionadas com a gravidade da doença, traduzidas principalmente na taxa de mortalidade e poder mutilador, essa pesquisa particularizou a avaliação das medidas de acurácia, obtidas pela aplicação do rastreamento de lesões de tecidos moles.

O teste apresentou alta sensibilidade (91,73%), demonstrando que a maioria dos classificados como positivos se concentrou nos códigos 1 e 2 do rastreamento, que classificaram as lesões com e sem potencial de malignidade. Foi elevada também a acurácia da especificidade do teste (85,42%), confirmando como verdadeiros negativos a maioria dos classificados no código 0, onde portadores de tecidos moles aparentemente saudáveis foram incluídos. Esses valores foram semelhantes aos apontados na literatura consultada (WARNAKULASURIYA et al 1990; IKEDA et al 1991 e 1995; DOWNER et al 1995; MATHEW et al 1997), independentemente se o

rastreador foi o dentista ou o agente de saúde. A única exceção foi o resultado da sensibilidade (59%), apresentada no trabalho de METHA et al (1986), cujo primeiro examinador foi o agente de saúde.

O valor preditivo positivo de 22,72% foi aceitável, particularmente quando se consideraram os aspectos apontados por FLETCHER sobre o comportamento dessa medida em rastreamentos de eventos raros. Fatores relacionados com a formulação dos critérios de classificação, período de duração das lesões, acurácia dos exames clínicos, entre outros, que podem se traduzir em grande número de casos falsos positivos influenciaram negativamente o valor dessa medida.

O resultado do valor preditivo negativo (99,55%), foi semelhante ao verificado nas pesquisas de METHA et al (1986), WARNAKULASURIYA et al (1990) e MATHEW et al (1997), cujo rastreamento foi realizado por agentes de saúde e superior ao resultado apontado na pesquisa de IKEDA et al (1995), cujo rastreamento foi realizado por dentistas. O valor preditivo negativo revelou que um teste negativo praticamente excluiu a possibilidade de diagnóstico de lesões bucais.

No que se refere à proporção desequilibrada entre homens e mulheres que participaram do rastreamento, seria esperado um aumento dos valores das medidas de acurácia do teste, para o sexo masculino, caso fosse observado equilíbrio nessa proporção.

Em dois trabalhos citados nesse estudo houve perda numérica significativa entre os rastreados que foram considerados positivos ao teste e os efetivamente re-examinados para confirmação diagnóstica. Dentre os 1220 indivíduos encaminhados pelos agentes, considerados suspeitos na pesquisa de WARNAKULASURIYA et al (1990), apenas 660 se apresentaram para re-exame; de 32 indivíduos considerados suspeitos na pesquisa de IKEDA et al (1995), 25 foram re-examinados.

Na presente pesquisa, as duas principais diretrizes estruturantes do PSF, território definido e população cadastrada, permitiram o re-exame dos 2980 rastreados, num período aproximado de três meses entre as duas atividades. Esses re-exames foram realizados de forma ordenada, do maior para o menor risco para o câncer bucal, considerando os critérios adotados no rastreamento. Essa condição propiciou para as equipes envolvidas no processo, outro momento de aprofundamento teórico/prático nas questões relacionadas ao diagnóstico de lesões bucais, além de contribuir favoravelmente na prevenção e controle do câncer bucal.

A análise dos resultados dessa pesquisa demonstrou que a técnica de rastreamento utilizada foi eficaz para o reconhecimento de lesões bucais com e sem potencial de malignidade. As etapas que precederam sua aplicação possibilitaram significativa sensibilização das equipes para as questões relacionadas ao diagnóstico bucal e a implementação de uma rede de referência, para realização dos exames laboratoriais e atendimento dos casos mais graves.

Enquanto instrumento da epidemiologia, os resultados da técnica foram potencializados no eixo das diretrizes estruturantes do PSF e esses, traduzidos em planejamento,

viabilizaram a organização da demanda para assistência em critérios mais justos.

A característica multifatorial da etiologia do câncer bucal que inclui fatores endógenos como a herança genética, e fatores exógenos ambientais e comportamentais, pode tornar a doença menos suscetível ao rastreamento, quando aplicado como ação de saúde pública. Entretanto, a maioria dos casos e dos não casos foram identificados durante as atividades de rastreamento. Portanto, considerando o conjunto dos resultados, pode-se concluir que a técnica contribuiu para a prevenção e controle do agravo naqueles territórios onde foi aplicada.

As pesquisas de METHA et al (1986), WARNAKULASURIYA et al (1990) e MATHEW et al (1997), apontaram outro aspecto importante que deve ser considerado nessa discussão: a possibilidade de agentes de saúde realizarem o rastreamento de lesões bucais, como ocorreu em algumas localidades da Índia e Sri Lanka. Importante ressaltar que esses rastreamentos apresentaram alta sensibilidade e especificidade. Essa delegação de funções, viável no PSF, onde boa parte de suas atividades se apóia no trabalho do agente comunitário de saúde poderá viabilizar extensão de cobertura, contribuir com a prevenção e controle da doença e proporcionar reflexos positivos na relação custo-benefício dessa atividade.

Outros estudos deveriam ser promovidos para analisar com mais propriedade a prevalência e incidência do câncer bucal em idosos, o custo do rastreamento, o intervalo de tempo recomendado entre dois rastreamentos no mesmo grupo populacional, analisando outras dimensões de avaliação do programa de rastreamento.

Embora esse estudo tenha utilizado critérios avaliativos limitados e unidimensionais, suficientes para analisar parte do processo, os resultados revelaram que o rastreamento do câncer bucal aplicado no PSF assente nos conceitos da epidemiologia e da saúde pública, foi instrumento importante que contribuiu para prevenção e controle da doença nos territórios onde foi aplicado.

No país, em dezembro de 2004, estavam habilitadas 8.951 equipes de saúde bucal em 3.184 municípios cobrindo cerca de 47.190.745 habitantes (Brasil 2004). É reconhecido que a continuidade e a expansão do processo de reorganização da atenção básica sob os princípios da abordagem de saúde da família é elemento estratégico para ampliar os níveis de universalidade, eqüidade e integralidade do Sistema Único de Saúde. Aspectos relevantes e positivos emergem das programações, tais como o alto nível de satisfação da população assistida pelas equipes, melhoria da vigilância à saúde da população cadastrada, aumento da resolutividade da atenção básica - cobertura vacinal, pré-natal, atendimento de agravos específicos como hipertensão e diabetes, aleitamento materno, terapia de reidratação oral e controle das doenças diarréicas da infância - incluindo a utilização adequada dos serviços de maior complexidade, com redução significativa das internações hospitalares desnecessárias (SOUZA 2001). Os achados deste estudo também têm implicações significativas para esse processo.

Do ponto de vista sanitário, os resultados mostraram a relevância da inserção das

equipes de saúde bucal no PSF para a integralidade da atenção básica à saúde. Do ponto de vista epidemiológico, os valores observados ensejam que as taxas de ocorrência do agravo podem ser muito mais elevadas do que as estimativas que orientam os gestores do SUS e que são obtidas por meio dos sistemas de informação em operação em nosso país, em virtude das características demográficas e sociais da população coberta por esse modelo de atenção básica.

Por fim, e numa perspectiva mais ampla, os resultados apresentados indicam também a importância dos princípios da abordagem de saúde da família para a produção de conhecimentos científicos nas diferentes áreas da Saúde Coletiva e para a reorganização da prática odontológica nos sistemas locais de saúde com vistas à elevação da eficácia e eficiência das ações de enfrentamento contínuo de outros problemas de saúde bucal tão relevantes quanto o câncer de boca.

Referências Bibliográficas

ALLEGRA, F., GENNARI, P.U. As doenças da mucosa bucal. Ed. Santos, São Paulo, 2000.

ANTUNES, J. L. F., BIAZEVIC, M. G. H., ARAÚJO, M. E., TOMITA, N. E., CHINELLATO, L. E. M., NARVAI, P. C. Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in São Paulo, Brazil, 1980 - 1998. Oral Oncology 37: 345-350, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1444 de 28 de dezembro de 2000. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 267 de 6 de março de 2001. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde/ COSAC-DATASUS. SIAB: Sistema de informação da atenção básica. Consolidação das famílias cadastradas do ano de 1999. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde/ COSAC-DATASUS. SIAB: Sistema de informação da atenção básica. Consolidação das famílias cadastradas do ano de 2001. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde/COSAC-DATASUS. SIAB: Sistema de informação da atenção básica. Consolidação das famílias cadastradas do ano de 2004. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2002. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2003. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal - Brasil, zona urbana, 1986. Brasília, 1988.

DOWNER, M. C., MOLES, D. R., PALMER, S., SPEIGHT, P. M. A systematic review of teste performance in screening for oral cancer and precancer. Oral oncology 40: 264-273, 2004.

DOWNER, M.C., EVANS A.W., HUGHES H.C., JULIEN J.A., SPEIGHT P.M., ZAKRZEWSKA J.M. Evaluation of screening for oral cancer and precancer in a company headquarters. Community Dentistry & Oral Epidemiology 1995;23:84-8.

FLETCHER, R.H., FLETCHER, S.W., WAGNER, E.H. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. Porto Alegre, Artmed, 3.ª ed., 1996.

IKEDA, N., DOWNER, M.C., OZOWA, Y., INOUE, C., MIZUNO, T., KAWAI, T. Characteristics of participants and non-participants in annual mass screening for oral cancer in 60-year-old residents of Tokoname City, Japan. Community Dental Health 1995;12:83-8.

IKEDA, N., ISHII, T., LIDA, S., KAWAI, T. Epidemiologycal study of oral leukoplakia based on mass screening for oral mucosal diseases in a selected Japanese population. Community Dentistry & Oral Epidemiology 1991;19:160-3.

MACFALLANE, G.J., SHARP, L., PORTER, S., FRANCESCHI, S. Trends in survival from cancers of the oral cavity and pharynx in Scotland: a clue as to why the disease is becoming more common? British Journal of Cancer 1996; 73: 805-8.

MATHEW, B., SANKARANARAYANAN, R., SUNILKUMAR, K.B., et al. Reproducibility and validity of oral visual inspection by trained health workers in the detection of oral precancer and cancer. British Journal of Cancer 1997;76:390-4.

MATHEW, B., SANKARANARAYANAN, R., WESLEY, R., NAIR, M.K. Evaluation of mouth self-examination in the control of oral cancer. Br. J. Cancer,1995;71:397-99.

MEHTA, F.S., GUPTA, P.C., BHONSLE, R.B., MURTI, P.R., DAFTARY, D.K., PINDBORG, J.J. Detection of oral cancer using basic health workers in an area of high oral cancer incidence in India. Cancer Detection & Prevention 1986;9:219-25.

MISTRO, F. Z., DONATO, A. C., MILNER, E., MOREIRA, C. A., KIGNEL, S. Prevalência de lesões bucais na população. Revista Paulista de Odontologia, N.º 3, maio/junho, São Paulo, 1996.

NEMETZ, M.A. Você sabia / câncer de boca. Disponível na internet em http://www.santaisabel.com.br/vocesabia/materia. Acesso em 18 julho/2002.

NOVAES, H.M. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev. Saúde Pública,2000, 34(5):547-59.

O´HANLON, S., FOSTER, D.P., LOWRY, R.J. Oral cancer in the northeast of England: incidence, mortality trends and the link with material deprivation. Community Dentistry and Oral Epidemology 1997; 25: 371-6.

SANKARANARAYANAN , R. Oral cancer in India: an epidemiologic and clinical review. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 69:325-30,1990.

SANKARANARAYANAN, R. et al. Recent results of oral cancer research in Kerala, Índia. Head Neck, 14:107-12,1992.

SANKARANARAYANAN, R. Health care auxiliaries in the detection and prevention of oral cancer. Oral Oncol., 1997;33:149-54.

SANKARANARAYANAN, R., MATHEW, B., BINU, J., THOMAS, G., SOMANATHAN, T., PISANI, P., PANDEY, M., RAMADAS, K., NAJEEB, K., ABRAHAM, E. Early findings from a community based cluster randomised oral cancer screening intervention trial in Kerala, India. Cancer,2000;88:664-73.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro Técnico de Saúde Bucal. Condições de Saúde Bucal Estado de São Paulo - 2002. São Paulo, 2002.

SARTORI, L.C. Saúde bucal da família. PSF Santa Marcelina, São Paulo, mimeo, 2000.

SARTORI L. C. Rastreamento do câncer bucal: aplicações no Programa Saúde da Família [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP] São Paulo, 2004.

SOUSA, M.F. A cor-agem do PSF. Ed. Hucitec, São Paulo, 2001.

SUNDEFELD, M.L.M.M. et al. O estudo descritivo da ocorrência do câncer de boca na população da 9.ª região administrativa do estado de São Paulo. Rev. Odontol. UNESP, 22:135-45,1993.

WARNAKULASURIYA, S., PINDBORG, J.J. Reliability of oral precancer screening by primary health care workers in Sri Lanka. Community Dental Health 1990;7:73-9.

WORLD HEALTH ORGANIZACION. National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines. World Health Organizacion, Geneva, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Screening for cancer: oral cancer prevention and screening. WHO, Geneva, 2003.

SAÚDE BUCAL NO PSF DE MANGABEIRA: UMA ANÁLISE QUANTI-QUALITATIVA DO IMPACTO DAS AÇÕES

Jane Suely de Melo Nóbrega*

Íris do Céu Clara Costa**

Joás de Araújo Teixeira***

Resumo

Este estudo teve como finalidade gerar um banco de dados epidemiológicos que fundamente o acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas a partir de 2003 no Programa Saúde da Família (PSF) do distrito de Mangabeira (Macaíba/RN), a partir da prevalência de cárie dentária, de alterações gengivais, de doença periodontal em escolares de 5 e 12 anos, além da aceitação dos pais ou responsáveis pelas crianças sobre a proposta do PSF. Escolheu-se 50 indivíduos ao acaso para cada idade índice. Adotaram-se os índices ceo-d, CPO-D, AG e CPI. Os exames foram realizados por dois examinadores previamente calibrados e os dados obtidos foram tabulados e analisados pela estatística descritiva. Avaliou-se a percepção dos pais em relação ao programa a partir de um questionário contendo sete questões fechadas e uma aberta. A categorização foi realizada sobre as respostas da questão aberta gerando categorias e subcategorias. A prevalência de cárie para as idades de 5 e 12 anos foram respectivamente de 84% e 68%. Nenhuma alteração gengival foi observada nas crianças de 5 anos, mas 100% dos escolares de 12 anos apresentaram alguma alteração periodontal. Segundo as categorias e subcategorias analisadas, 87,9% das respostas obtidas dos pais entrevistados descreveram o PSF como um ponto positivo e que foi capaz de trazer melhorias para o cotidiano da comunidade. Conclui-se que a implementação de ações de maior impacto em função da demanda reprimida aumentará a oferta de serviços de promoção em saúde bucal e provavelmente promoverá um declínio das doenças bucais mais prevalentes e um maior nível de satisfação dos usuários do serviço.

Palavras-chave:

Saúde da Família; Epidemiologia; Cárie Dentária; Doença Periodontal.

Introdução

Sabe-se que a cárie dentária, apesar da mudança no seu perfil epidemiológico e suas formas de apresentação ainda é a doença bucal mais prevalente e que ainda carece de ações fortemente embasadas na prevenção e educação para o seu efetivo controle.

Desta forma, surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), como uma estratégia de reorganização das ações básicas de saúde, fortemente centrado em ações preventivas e educativas no controle das doenças, tendo a família como o núcleo social mais forte e organizado, onde conhecimentos são

* Cirurgiã-Dentista do PSF de Macaíba, Rio Grande do Norte. jaliz@ig.com.br; janesmnobrega@ig.com.br

** Docente, Doutora em Odontologia Preventiva e Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

*** Mestre em Odontologia Social, Universidade Federal do rio Grande do Norte

adquiridos desde a infância, reforçados na juventude e consolidados na idade adulta.

Saindo do atendimento tradicional, este programa tem como princípios à universalidade e eqüidade da atenção, a integralidade das ações, voltadas a permanente defesa da vida do cidadão. A prioridade da estratégia Saúde da Família é a de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, proporcionando o desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (TRAD & BASTOS, 1998).

Por outro lado, a epidemiologia tem se mostrado como a ciência que ajuda o entendimento da incidência e prevalência das doenças, fornecendo uma melhor compreensão dos seus perfis.

No inicio, buscou-se mensurar as doenças bucais mais prevalentes nos escolares assistidos pelo PSF na referida comunidade. Então, associou-se ao método quantitativo o método qualitativo, os quais, juntos, remodelaram a visão do objeto de estudo. O que antes seria uma pura aferição dos problemas de saúde bucal, para geração de um banco de dados de linha base, num grupo de indivíduos assistidos pelo Programa Saúde da Família (PSF), sob um novo olhar, criou-se à condição de analisar o impacto das ações do programa na saúde dos indivíduos.

Estimar a prevalência da cárie dentária, alterações gengivais e doença periodontal nos escolares da comunidade, foram dados de referência importantes, que em conjunto com a abordagem qualitativa, propiciaram um entendimento mais completo do trabalho desenvolvido. A abordagem qualitativa incorporou um conjunto de dados, entre valores e expectativas dos indivíduos da comunidade, os quais, foram de suma importância para a avaliação das ações, até então executadas.

Considerando a importância da epidemiologia como suporte da administração dos serviços de saúde, este estudo teve como finalidade avaliar as atividades de saúde bucal, e assim fornecer subsídios para o planejamento e reorganização das ações implantadas no PSF do distrito de Mangabeira (Macaíba/RN), a partir da determinação da prevalência da cárie dentária nos escolares de 5 e 12 anos, da prevalência de alterações gengivais nas crianças de 5 anos e doença periodontal nas de 12 anos e da análise da aceitação dos pais ou responsáveis das crianças examinadas da comunidade sobre a proposta do PSF.

Metodologia

A comunidade de Mangabeira fica localizada na zona rural do município de Macaíba no Rio Grande do Norte. Com uma população de 3.692 habitantes, há 179 crianças na faixa etária de 5 e 6 anos e 355 de 10 a 14 anos. Trata-se de uma comunidade carente sócio-economicamente falando, onde apenas 46,90% do lixo é coletado, 51,58% das famílias consomem água sem tratamento e apenas

3,82% das pessoas possuem plano de saúde privado, restando às demais os serviços públicos de saúde.

Há dois anos a Equipe de Saúde Bucal foi integrada ao PSF da comunidade, e atualmente conta com uma equipe de uma médica, uma dentista, uma enfermeira, uma auxiliar de consultório dentário (ACD), uma auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS).

A comunidade possui duas escolas e duas creches onde foram realizados os exames intrabucais nas crianças selecionadas da amostra que ali estavam matriculadas.

O cirurgião-dentista examinador, devidamente paramentado com avental, máscara e luvas descartáveis, realizou o exame com auxílio do espelho bucal, sem tocar pele ou mucosa e sob ação da luz natural. Foram observadas as condições de coroa e gengiva.

O auxiliar anotador ficou ao lado do cirurgião-dentista e registrou o exame na ficha específica, utilizando os códigos preestabelecidos transmitidos pelo examinador (BRASIL. Ministério da Saúde, 2000b).

A amostra deste estudo foi constituída por escolares de ambos os sexos nas faixas etárias de 5 e 12 anos atendidos pelo PSF da comunidade já descrita. A idade de 5 anos é importante em relação aos níveis de doenças bucais na dentição decídua , já que podem exibir mudanças em um período de tempo menor que a dentição permanente em outras idades-índices. A idade de 12 anos é de fundamental importância, pois é normalmente aquela, na qual as crianças deixam a escola primária e por isso, em alguns locais, é a última idade na qual pode ser obtida uma amostra confiável através do sistema escolar, onde geralmente todos os dentes permanentes já estão erupcionados, com exceção dos terceiros molares.

Para cada faixa etária estudada foram examinados 50 indivíduos escolhidos aleatoriamente, que de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) é um número com representatividade suficiente para estudos menos complexos e para pequenas populações (OMS, 1997. BRASIL. Ministério da Saúde, 2000a).

Os exames clínicos foram realizados por dois examinadores previamente calibrados, os quais examinaram dez indivíduos nas mesmas faixas etárias permitindo uma maior intimidade com os índices a serem utilizados e terem um consenso em relação aos critérios de diagnóstico. A concordância intra e inter-examinador foi determinada reexaminando 10% da amostra, sorteando ao acaso as repetições sem conhecimento dos examinadores.

Este estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN e a metodologia utilizada tomou como base o Projeto SB Brasil e o Manual de Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal da Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997; BRASIL. Ministério da Saúde, 2000a).

Para aferir a condição dentária foram utilizados os índices ceo-d e CPO-D, para as faixas de 05 e 12 anos respectivamente, empregando-se os códigos e critérios preconizados pela OMS. A condição periodontal foi avaliada com a utilização dos índices: alterações gengivais (AG) para a idade de 5 anos e o índice periodontal

comunitário (CPI), para a idade de 12 anos.

Além do exame clínico, onde foram levantadas as condições de saúde bucal da amostra selecionada, foi utilizado um questionário contendo sete questões fechadas e uma aberta. Segundo Ghiglione & Matalon (1995), um questionário totalmente fechado, sobretudo se for longo torna-se rapidamente tedioso e monótono. Introduzindo-se uma ou mais questões abertas, dar-se-á à pessoa a impressão, de que de fato ela será ouvida. Como havia o objetivo de avaliar o impacto das ações, foi então acrescentada uma pergunta aberta, para que as pessoas pudessem expressar sua opinião a respeito do programa.

As questões fechadas do questionário foram formuladas para determinar o perfil do usuário do programa e as condições de saúde bucal da amostra. Em caráter descritivo, dados de acesso ao programa, avaliação do atendimento e recebimento de informações preventivas, dentre outros, foram também analisados.

Para trabalhar com um universo de significados, valores, crenças e atitudes a fim de investigar a importância da existência do PSF, no cotidiano dos indivíduos da comunidade, utilizou-se a metodologia da pesquisa qualitativa, que segundo Minayo (1996), responde a questões muito particulares, uma vez que se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado, e proporciona ao mesmo tempo, um aprofundamento ou melhor compreensão do evento estudado.

A partir das respostas obtidas pela questão aberta do questionário: "Em relação à solução dos seus problemas de saúde, o PSF trouxe melhorias? Sim ou não? Justifique sua resposta", foi usado o processo de categorização, que na sua essência, agrupa respostas com a mesma similaridade semântica. As categorias e subcategorias foram então descritas e estão relatadas a seguir. Os dados quantitativos foram tabulados e os resultados também estão representados adiante.

Para testar o instrumento de pesquisa, quanto a sua clareza e objetividade, foram entregues questionários a 30% dos indivíduos da amostra selecionada e a partir daí verificou-se se houve ou não dificuldade quanto ao processo de preenchimento e entendimento das questões formuladas e se houve coerência nas respostas devolvidas. Após esta primeira análise, todos os pais ou responsáveis das crianças examinadas receberam o questionário sendo devidamente orientados quanto ao correto preenchimento do mesmo.

Resultados

Todos os indivíduos da amostra foram examinados, não ocorrendo nenhuma recusa em participar do estudo. A concordância intra-examinador para o índice ceo-d foi de 0,97, para o índice CPO-D foi de 0,99, para o índice AG foi de 1,00 e para o CPI foi de 0,95. A concordância inter-examinador foi de 0,95 para o índice CPO-D e 0,94 para o CPI, o que adequa-se aos parâmetros de confiabilidade considerados de ótima concordância.

A Tabela 1 ilustra a distribuição da amostra por gênero e idade, onde percebe-se que o sexo feminino esteve mais presente nas duas faixas etárias (5 e 12 anos).

Tabela 1 - Número e percentual de pessoas examinadas, segundo idade e gênero. Mangabeira (Macaíba/RN). 2003.

IDADE	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO			
	N	%	N	%	N	%
05 anos	21	42	29	58	50	100
12 anos	17	34	33	66	50	100
TOTAL	38	38	62	62	100	100

Na Tabela 2 estão ilustrados os valores percentuais da prevalência de cárie, tomando-se como unidade o indivíduo. Foi observado na faixa de 5 anos que somente 16% dos indivíduos da amostra apresentaram-se livres de cárie (ceo-d = 0), um percentual abaixo da meta estabelecida (50% livre de cárie) pela Organização Mundial de Saúde para o ano 2000 (MOYSÉS, 1999).

Tabela 2 - Prevalência de cárie em números absolutos e percentuais, de acordo com a idade. Mangabeira (Macaíba/RN), 2003.

CONDIÇÃO	IDADE			
	5		12	
	N	%	N	%
Com cárie	42	84	34	68
Sem cárie	08	16	16	32
TOTAL	50	100	50	100

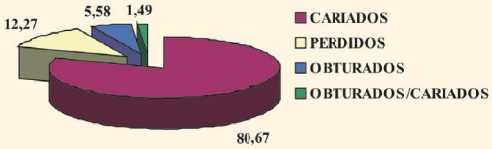
Em localidades com esperada alta prevalência, este dado é limitado, daí a necessidade de se avaliar o grau de ataque da cárie a partir dos índices CPO-D e ceo-d, onde maiores diferenças podem ser observadas. Os resultados relativos a esses valores são mostrados na Tabela 3.

Tabela 3 - Média dos índices ceo-d / CPO-D e seus componentes, desvio-padrão, mediana, para um intervalo de confiança de 95%, por idade. Mangabeira (Macaíba/RN), 2003.

	IDADE		
	5	12	
ceo-d/ CPO-D	5,38	4,10	N 50
Cariado	4,34	1,88	
Obt/ Cariado	0,08	0,24	
Obturado	0,30	1,36	
Perdido	0,66	0,62	
D. Padrão	3,64	3,33	
Mediana	5,00	4,00	

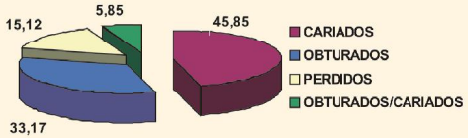
A Tabela 3 mostra os valores médios dos índices ceo-d, CPO-D e seus componentes para as idades de 5 anos e de 12 anos. Com o valor médio de 5,38 e mediana de 5,00, o índice ceo-d é bastante influenciado pelo componente "cariado".

Gráfico 1 - Composição percentual dos componentes do índice ceo-d para a idade de 5 anos. Mangabeira (Macaíba/RN), 2003.



Tomando como base o principal indicador, o CPO-D aos 12 anos, a média e desvio-padrão encontrados, 4,10 3,33, indica que a meta da OMS para esta idade no ano 2000 (CPO-D 3) não foi ainda alcançada na comunidade. Em relação aos componentes do índice, observa-se o predomínio de dentes cariados, seguido dos dentes obturados e uma pequena porção de dentes extraídos.

Gráfico 2 - Composição percentual dos componentes do índice CPO-D para a idade de 12 anos. Mangabeira (Macaíba/RN), 2003.



O número e o percentual de dentes com necessidade de tratamento por idade encontra-se na Tabela 4. Cerca de 68% dos escolares examinados na idade de 12 anos apresentaram alguma necessidade de tratamento: 81,15% dos dentes necessitavam de tratamento restaurador, 12,3% de tratamento pulpar e 6,55% de exodontia. Na idade de 5 anos foi verificada necessidade de tratamento em 84% das crianças examinadas. Cerca de 77,87% dos dentes para esta idade receberam indicação de tratamento restaurador, 8,85% de tratamento pulpar e 13,27% de exodontia.

Tabela 4 - Número e percentual de necessidade de tratamento, segundo faixa de idade. Mangabeira (Macaíba/RN), 2003.

NECESSIDADE DE TRATAMENTO	IDADE			
	5		12	
	N	%	N	%
Restauração de 1 Face	110	48,67	71	58,20
Restauração de 2 Faces	66	29,20	28	22,95
Endodontia	20	8,85	15	12,30
Exodontia	30	13,27	8	6,55
TOTAL	226	100,00	122	100,00

As alterações gengivais nas crianças de 5 anos de idade foram inexistentes, nenhuma delas apresentou sangramento. Contudo, a condição periodontal dos escolares de 12 anos, demonstrada na Tabela 5, expressa uma condição periodontal preocupante. A presença de sangramento e cálculo nessa idade, 34% e 66% respectivamente, refletem uma deficiência de hábitos de higiene oral. Entretanto, é uma condição periodontal que ainda permite uma atenção odontológica de nível básico.

Tabela 5 - Número e percentual dos escolares examinados, segundo o maior grau de condição periodontal para a idade de 12 anos. Mangabeira (Macaíba/RN), 2003.

CONDIÇÃOPERIODONTAL	N	%
0 (SADIOS)1 (SANGRAMENTO)	0 17	0,00 34,00
2 (CÁLCULO) X (NULOS)	33 0	66,00 0,00
TOTAL	50	100,00

Na idade de 12 anos a média de sextantes sadios por pessoa foi de 1,60 (26,67%). Foram encontrados cerca de 2,52 sextantes com sangramento por pessoa e uma média de 1,62 sextantes com cálculo por pessoa (Tabela 6). Diante desses dados, pode-se perceber que as necessidades de tratamento periodontal nessa idade podem ser resolvidas plenamente com a execução de orientação de higiene oral, profilaxia e raspagem corono-radicular.

Tabela 6 - Número, média e percentual de sextantes hígidos, com sangramento e cálculo para a idade de 12 anos. Mangabeira (Macaíba/RN), 2003.

CONDIÇÃOPERIODONTAL	N	Média	%
0 (SADIO)	80	1,60	26,67
1 (SANGRAMENTO)	126	2,52	42,00
2 (CÁLCULO)	81	1,62	27,00
X (EXCLUÍDO)	13	0,26	4,33
TOTAL	300	6,00	100,00

Com relação aos dados qualitativos foram obtidos 91 questionários de um total de 100 distribuídos para os pais ou responsáveis. Após a leitura do material coletado, as respostas foram analisadas segundo pontos convergentes e agrupadas de acordo com duas categorias pós-estabelecidas (o PSF trouxe mudanças e o PSF não trouxe mudanças).

Os resultados das questões fechadas do questionário de avaliação da percepção dos pais ou responsáveis das crianças atendidas pelo PSF de Mangabeira são mostrados na Tabela 7. Cerca de 9,89% dos entrevistados de Mangabeira nunca foram ao dentista e 16,49% não foram ao dentista nos últimos 6 meses. Os indivíduos que visitaram o dentista nos últimos 6 meses (73,62%) informaram que as cavidades nos dentes e a dor foram os principais motivos da visita e a maioria foi atendida pela equipe de saúde bucal do PSF. A avaliação do atendimento é positiva, com tendência para conceitos "bom" e "ótimo".

A dificuldade de acesso aos serviços odontológicos foi o principal motivo de quase 10% dos pacientes não visitarem um dentista.

Dentre os entrevistados, 78,02% declararam ter recebido orientação de como prevenir as doenças bucais e 85,71% acham que necessitam de tratamento odontológico atualmente.

Tabela 7 - Distribuição das respostas obtidas do questionário de avaliação da percepção dos pais ou responsáveis pelas crianças atendidas pelo PSF de Mangabeira. (Macaíba/RN), 2003.

PERGUNTAS	ALTERNATIVAS RESPONDIDAS N	%
Foi ao dentista nos últimos 6 meses		
Nunca foi	9	9,89
Sim	67	73,62
Não	15	16,49
Onde		
Não foi ao dentista	24	26,37
Equipe de Saúde Bucal do PSF	61	67,03
Unidade de Saúde	03	3,30
Outros	03	3,30
Motivo do atendimento		
Não precisou ir ao dentista	24	26,37
Consulta de rotina	15	16,48
Dor	20	21,98
Sangramento gengival	01	01,10
Cavidade nos dentes	25	27,47
Feridas, caroços ou manchas brancas	02	2,20
Outros	04	4,40
Por quê não foi ao Dentista		
Dificuldade de acesso	09	9,90
Falta de informação da existência do Serviço Odontológico	07	7,69
Desinteresse próprio	05	5,49
Outros	03	3,30
Avaliação do Atendimento		
Ruim	0	0,00
Regular	08	8,80
Bom	24	26,37
Ótimo	38	41,76
Recebeu informações Preventivas		
Sim	71	78,02
Não	20	21,98
Considera que necessita de tratamento		
Sim	78	85,71
Não	13	14,28

Em relação à pergunta aberta do questionário, repetidas leituras do material textual foram realizadas para em seguida empreender-se o processo de categorização. As respostas foram agrupadas definindo-se as categorias e subcategorias de análise listadas na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição de categorias e subcategorias de análise segundo as respostas da pergunta aberta do questionário de avaliação da percepção dos pais ou responsáveis das crianças atendidas pelo PSF de Mangabeira. Mangabeira(Macaíba/RN), 2003.

CATEGORIAS	N	%	SUBCATEGORIAS	N	%
O PSF trouxe mudanças	80	87,91	Facilidade de acesso ao serviço	26	28,57
			Bom atendimento	15	16,48
			Benefício à comunidade	13	14,29
			Resolução dos problemas de saúde	9	9,89
			Benefício à família	8	8,79
			Execução de limpeza nos dentes	4	4,40
			Transmissão de informações	4	4,40
			Realização de exodontia	1	1,10
O PSF não trouxe mudanças	11	12,09	Acesso restrito	6	6,59
			Desconhecimento da existência do PSF	3	3,30
			Não houve melhora	2	2,20
TOTAL	91	100,0		91	100,00

Discussão

Evidências iniciais indicaram uma alta prevalência de cárie nos escolares, sendo o componente cariado o de maior peso na composição dos índices ceo-d e CPO-D, assim como observado nos levantamentos de outros municípios do estado do RN.

Na faixa de idade de 5 anos, o índice ceo-d encontrado foi de 5,38. Em outros municípios os resultados foram: 2,12 em Ceará Mirim (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO

GRANDE DO NORTE, 2001), 3,05 em São Gonçalo (SÃO GONÇALO DO AMARANTE/RN. Secretaria Municipal de Saúde, 1996), 3,45 em Natal (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003a), 3,84 em Arês (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA/RN, 2001) e 3,9 em Pureza (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003b) exibiram melhores condições para a população de 5 anos quando comparado aos nossos resultados.

Comparando os nossos achados com de outras localidades fora do Estado, como 4,93 em Goiás (FREIRE et al., 1999) e 2,64 em Piracicaba (CYPRIANO et al., 2003), também se constatou uma pior situação para a idade de 5 anos na nossa comunidade.

O alto valor do ceo-d encontrado pode ser explicado por se tratar de uma comunidade rural e sócio-economicamente carente. Espera-se que em municípios mais desenvolvidos com uma maior taxa de urbanização, este índice venha a apresentar valores reduzidos.

Em relação à idade de 12 anos, o CPO-D encontrado foi de 4,10, estando acima da média considerada aceitável pela OMS: máximo de 3 dentes atacados por cárie. Contudo em 1993 foi realizado um levantamento epidemiológico no município de Macaíba/RN (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, 1993) no qual situa-se a comunidade de Mangabeira, onde foi encontrado um CPO-D de 7,9, verificando-se em função do valor encontrado nesta pesquisa um declínio do índice e conseqüentemente da cárie.

Comparando-se com os resultados obtidos em outros municípios do estado, observa-se que o CPO-D de Mangabeira comportou-se semelhante aos 3,78 encontrados em Arês (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA/RN, 2001), os 4,15 de Ceará Mirim (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, 2001) e os 4,60 de São Gonçalo (SÃO GONÇALO DO AMARANTE/RN. Secretaria Municipal de Saúde, 1996).

Na dentição decídua, o componente cariado representa o maior valor do índice, sugerindo a baixa atenção a saúde bucal na idade pré-escolar. Da mesma forma, em relação a idade de 12 anos, o componente cariado influenciou em 45,85% a composição final do índice.

Considerando a indicação de tratamento para essas crianças, observou-se que a totalidade das indicações se referiu a procedimentos de pequena complexidade que podem ser realizados por cirurgião-dentista generalista.

Alterações gengivais, nas crianças de 5 anos de idade, foram inexistentes em Mangabeira. Em relação à condição periodontal de jovens, percebe-se que aos 12 anos o percentual de sangramento à sondagem (34%) e cálculo (66%) foram altos quando comparados com outras localidades. Resultados compatíveis foram encontrados em Ceará Mirim (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, 2001), e Arês (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA/RN, 2001). Onde nessa idade a presença de cálculo também foi predominante. Contudo, é uma condição periodontal que permite uma atenção odontológica básica. Ressalta-se que existe uma necessidade de tratamento

odontológico caracterizado por procedimentos clínicos simples, sendo a resolução dos problemas da maioria dos escolares fácil e de baixo custo.

Os pais e/ou responsáveis de cada escolar examinado expressaram suas opiniões a respeito de possíveis mudanças que o programa pôde lhes trazer. Garantindo o anonimato de cada depoimento, os indivíduos foram identificados através de suas falas com nomes científicos de espécies da flora nordestina.

Devido à impossibilidade de descrever todas as declarações dos entrevistados, foram selecionadas somente algumas das 91 declarações para ilustrar a análise de cada categoria e subcategoria adotada.

Categoria 1 - O PSF trouxe mudanças.

De todas as respostas analisadas, 87,91% delas se enquadraram nesta categoria, o que significa dizer que para a grande maioria das pessoas entrevistadas o PSF é visto como um ponto positivo e que foi capaz de trazer mudanças para o seu cotidiano. As subcategorias a seguir relacionarão quais as mudanças trazidas pelo PSF.

Subcategoria 1.1. - Facilidade de acesso ao serviço.

A respeito do acesso aos serviços públicos de saúde, é importante que se diga que este é um direito contemplado à cada indivíduo pela Legislação que criou o Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 1990). Com a cobertura da comunidade de Mangabeira pelo PSF, os indivíduos deixaram de se deslocar a sede do município para serem atendidos, onde atendidos, deveriam chegar muito cedo ao hospital ou ao posto de saúde da cidade para conseguir uma ficha devido às grandes filas ocasionadas pela demanda reprimida.

Especificamente em relação aos serviços odontológicos, o acesso da população de Mangabeira a estes serviços através do PSF, se dá segundo organização da demanda, onde cada paciente em tratamento já é agendado para sua próxima consulta, e também através de demanda espontânea, incluindo o atendimento a urgências.

Estrategicamente localizado, o ambulatório médico-odontológico se situa dentro de uma das escolas da comunidade facilitando ainda mais o acesso e o conhecimento da população a respeito da oferta de serviços.

Subcategoria 1.2 - Bom atendimento.

Nesta subcategoria foram levadas em consideração as declarações dos indivíduos, os quais afirmaram reconhecer melhorias para a sua saúde, decorrente de um atendimento adequado e de bons profissionais.

A interação profissional/paciente é de suma importância para o estabelecimento de uma relação de confiança. Ações de saúde devem ser direcionadas de modo a compreender e solucionar o problema do paciente fragilizado pela doença que procura o serviço (ARAÚJO, 2000).

A esse respeito é interessante comentar que os profissionais que exercem as ações de saúde na comunidade são capacitados através de cursos periódicos

e reuniões mensais para acompanhamento das ações onde se discute em conjunto problemas em comum a outras equipes do PSF de diversas comunidades do município. A forma de atendimento da equipe compreende uma prática humanizada, onde o paciente é ouvido e reconhecido pelo nome.

Subcategoria 1.3 - Benefício à comunidade.

De acordo com as falas transcritas, há o reconhecimento de que o programa trouxe melhorias de uma forma ampla atingindo um caráter coletivo na saúde de toda a comunidade. Segundo Araújo (2000), no PSF a responsabilidade da equipe não se limita nunca às quatro paredes da unidade de saúde. Implica em impactar os problemas e trazer respostas reais que alteram o quadro de saúde da área de abrangência.

A percepção de que há uma extrapolação do benefício individual para o benefício coletivo, faz-se acreditar que o programa se assuma como referência para a comunidade, o que é um ponto bastante positivo por favorecer o processo de legitimação do programa pelos usuários.

Subcategoria 1.4 - Resolução dos problemas de saúde.

Nesta subcategoria foram também levadas em consideração às falas que se relacionavam à saúde bucal. O que se percebe é que a necessidade de consumo de serviços de saúde da comunidade é grande. Apesar de somente uma equipe atuar na comunidade, as falas dos indivíduos já apontam a existência de ações resolutivas para os seus problemas de saúde.

Subcategoria 1.5 - Benefício à família.

Considerando-se a família o ponto focal do programa, percebe-se diante das falas que o benefício trazido atinge todos os componentes desse núcleo social na comunidade, o que alcança também um caráter coletivo, onde não só um ou outro consegue sanar seus problemas de saúde, e sim todos os componentes da família têm acesso aos serviços.

Subcategoria 1.6 - Execução de limpeza nos dentes.

Sobre esta categoria observa-se que as melhorias trazidas pelo programa se traduzem pela oportunidade que têm de fazerem limpeza nos dentes. Para alguns, a simples limpeza dos dentes já denota um estado de melhora em sua condição de saúde, o que é uma compreensão bem simplória, mas importante do ponto de vista do acesso, antes inexistente.

Subcategoria 1.7 - Transmissão de informações.

[...] Trouxe informações importantes para a saúde bucal". Radlkoferella eichleri

"[...] A gente sabe mais da gente, mais da nossa saúde". Richardella parviflora

"[...] Agora sabemos da importância dos dentes". Stryphnodendron adstringens

A educação em saúde é um dos principais objetivos do programa. De acordo com algumas falas, as melhorias trazidas pelo programa dizem respeito à disseminação de informações que trazem para os indivíduos da comunidade o conhecimento de práticas preventivas decorrentes de hábitos saudáveis.

Subcategoria 1.8 - Realização de exodontia.

Felizmente, somente um entrevistado respondeu que as melhorias trazidas pelo programa se relacionavam à pratica de exodontias. Na realidade, sabe-se que a prática curativa é realmente necessária em comunidades carentes, especialmente naqueles cujo acesso aos serviços é precário e muitas vezes não existe, o que gera um acumulo de necessidades de saúde, inclusive bucais. Contudo reside no investimento de práticas preventivas, a solução para os problemas dentários que causam a grande necessidade de intervenções clínicas nos indivíduos.

Categoria 2 - O PSF não trouxe mudanças.

No que se refere a esta categoria as respostas dos entrevistados que se enquadraram na mesma representaram 12,09% do total das declarações. Felizmente somente para a minoria dos entrevistados o PSF não foi capaz de trazer mudanças para o seu cotidiano. As falas relatadas a seguir explicarão os porquês do ponto de vista negativo em relação ao programa.

Subcategoria 2.1 - Acesso restrito.

Mesmo com a ampliação da oferta de serviços oferecida pelo programa, esta oferta ainda é insuficiente pois a demanda acumulada é demasiadamente grande, e isto gera insatisfação em alguns usuários com relação ao acesso.

Subcategoria 2.2 - Desconhecimento da existência do PSF.

Não há uma explicação palpável para estas declarações, visto que quase a totalidade (cerca de 90%) das famílias da comunidade são cadastradas e visitas domiciliares são realizadas diariamente pelos agentes de saúde o que teoricamente mostra a universalidade pregada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, MS, 1990). Além disso, o atendimento odontológico ambulatorial é realizado em consultório dentro de uma das escolas da comunidade, é um ponto estratégico para a divulgação através das crianças dos serviços oferecidos.

Subcategoria 2.3 - Não houve melhora.

Analisando as respostas enquadradas nesta subcategoria, observou-se que o motivo pelo qual o PSF não tenha trazido alguma melhoria se relacionou com a dificuldade de acesso ou desinteresse próprio para a procura dos serviços, reafirmando o que já foi dito anteriormente a respeito de acesso.

Conclusões

De acordo com as informações coletadas, verificou-se que a cárie dentária e a doença periodontal são os problemas de saúde bucal mais prevalentes na comunidade pesquisada, sendo em função dessa característica, ainda considerados os principais problemas de saúde pública na área da odontologia. A maioria desses problemas podem ser resolvidos com ações intersetoriais, através de medidas preventivo-educativas, curativas, de promoção e manutenção da saúde.

Os resultados observados permitem concluir que a prevalência de cárie nos escolares da comunidade de Mangabeira para as idades de 5 (ceo-d = 5,38) e 12 anos (CPO-D = 4,10) e doença periodontal para a idade de 12 anos (66% com cálculo) é preocupante; o que redunda na

necessidade de implementação de ações que já vêem sendo executadas no sentido de promover a resolutividade dos problemas bucais encontrados, os quais ainda podem ser solucionados através de procedimentos clínicos simples e de baixo custo.

Observou-se uma boa aceitação do programa na comunidade, percebendo-se a existência de melhorias trazidas pelo PSF, o que justifica a manutenção, continuidade e ampliação da equipe de saúde bucal na comunidade de Mangabeira.

Finalmente, recomenda-se que a atual política de saúde bucal do município, através do seu gestor local e em função da demanda reprimida, implemente ações de maior impacto aumentando a oferta de serviços de promoção em saúde bucal, o que provavelmente trará um declínio das doenças bucais mais prevalentes e um maior nível de satisfação dos usuários do serviço.

Referências

ARAÚJO, L. U. A. de. Avaliação da qualidade do cuidado sob a perspectiva do usuário: o projeto de vigilância à saúde bucal. 2000. 119f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) - Departamento de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA. Secção do Estado do Rio Grande do Norte. Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva. Levantamento das condições de saúde bucal da população de Arês/RN. Natal (RN), 2001. 30f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. PROJETO SB 2000: condições de saúde bucal da população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde. 2000. 46f.

_____ . PROJETO SB 2000: condições de saúde bucal da população brasileira: Manual do examinador. Brasília: Ministério da Saúde. 2000. 29f.

_____ . PROJETO SB 2000: condições de saúde bucal da população brasileira: relatório final do município de Natal/RN. Natal(RN): Ministério da Saúde, 2003. 41f.

_____ . PROJETO SB 2000: condições de saúde bucal da população brasileira: relatório final do município de Pureza/RN. Natal(RN): Ministério da Saúde, 2003. 40f.

CYPRIANO, S. et al. Saúde bucal dos pré-escolares, Piracicaba, Brasil, 1999. Revista Saúde Pública, v. 37, n. 2, p. 247-53, 2003.

FREIRE, M.C.M. et al. Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em escolares de 6 a 12 anos da rede pública de ensino. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 33, n. 4, ago. 1999.

GHIGLIONE, R; MATALON, B. Teoria e prática. 2. ed. Oeiras (PO): Celta, 1995. cap. 4, p. 115-175.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.

MOYSÉS, S. J. O conceito de promoção da saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva. In: KRIGER, L. (Coord.). ABOPREV Promoção de Saúde Bucal. 2 . ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. cap.16, p. 371-407.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: manual de instruções. 4. ed. Genebra: OMS, 1997.

SÃO GONÇALO DO AMARANTE (RN). Secretaria Municipal de Saúde. Curso de Capacitação técnica para cirurgião-dentista atuar na rede básica do SUS. Levantamento epidemiológico em saúde bucal no município em São Gonçalo de Amarante/RN. Natal(RN), 1996. 40f.

TRAD, L. A. B. ; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Caderno de Saúde Pública, v. 14, n. 2, p. 429-435, abr/jun. 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Departamento de Odontologia. Levantamento epidemiológico no município de Macaíba/RN. Natal (RN), 1983.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Departamento de Odontologia. Programa de pós-graduação em Odontologia Social. Disciplina de Epidemiologia Bucal. PROJETO CM 2000: levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal no município de Ceará Mirim/RN - zona urbana. Natal(RN), 2001. 58f.

RODA DE CONVERSA: DIÁLOGO QUE (RE)ORIENTA A PRÁXIS NA UIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CIDADE PRAIA - NATAL

Magna Celi Pereira Felipe*

Ricardo Henrique Vieira de Melo**

Rosana Lúcia Alves de Vilar***

Resumo

É essencial o aparecimento de experiências capazes de resgatar espaços democráticos que possam favorecer a conscientização das pessoas como protagonistas para uma melhor qualidade de vida. Diante da necessidade de organização do processo de trabalho e de esclarecimento aos usuários sobre as características de atendimento na filosofia desta estratégia, a equipe resolveu adotar a Roda de Conversa como espaço coletivo de contato entre trabalhadores de saúde e população, transformando inicialmente, o tempo de espera em diálogo a fim de intensificar a formação de vínculo e desenvolver atividades educativas. Este horizonte despertou o interesse dos pesquisadores em realizar um estudo objetivando descrever a experiência da Roda de Conversa enquanto prática cotidiana da Unidade de Saúde da Família de Cidade Praia e apreender a percepção dos participantes quanto a aceitação, satisfação e relevância desta prática para suas vidas. Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa, tendo como foco de investigação a prática pedagógica Roda de Conversa. As técnicas de coleta utilizadas foram a observação participante e a aplicação de questionário. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2003 a fevereiro de 2004. É fundamental o papel do mediador no encontro, pois recebe as pessoas, organiza e estimula a conversa de modo que todos possam trocar idéias, considerando suas vivências. Os participantes relataram principalmente: a importância de aprender e esclarecer dúvidas através das conversas, que não tinham sido abordadas no escasso tempo de uma consulta ou atendimento; o valor do respeito à opinião de cada pessoa; a empatia entre todos e o fato de se estar discutindo temas reais e informações necessárias do dia a dia. As principais dificuldades referidas foram: a falta de um espaço físico adequado quanto a ventilação e acomodação; o tempo curto de duração de algumas Rodas; a dificuldade de entendimento quando várias pessoas falavam ao mesmo tempo e a ausência de cartazes, fotos e desenhos que pudessem facilitar o esclarecimento de algum assunto. A versatilidade da Roda de Conversa permite que sejam feitos vários encontros com temas diferentes em um mesmo grupo ou a abordagem de um mesmo tema para diferentes pessoas. Podem ser constituídas em qualquer espaço coletivo da área de abrangência e não há necessidade de

* Enfermeira, Sanitarista, Especialista em Saúde da Família; PSF - Secretaria Municipal de Saúde de Natal - RN. carol_fds@hotmail.com

** Cirurgião Dentista - Periodontista, Especialista em Saúde da Família, PSF- Secretaria Municipal de Saúde de Natal Natal - RN ricardohvmelo@uol.com.br

***Enfermeira - Mestra em Ciências Sociais, Profa Depto. Enfermagem - NESC - UFRN rosanaalves@digizap.com.br

interrupção das demais atividades da unidade para que ocorra a conversação.

Palavras-chave:

Educação Popular em Saúde; Prática Educativa; Comunicação em Saúde.

"Senhoras e senhores! Venho lhes convidar para uma roda de conversa que já vai começar o diálogo é indispensável para ter compreensão com todos participando isso é conversação educação em saúde é do que vamos falar da cultura de cada um no jeitinho popular não podemos esquecer que aqui vamos aprender você aprende comigo e eu aprendo com você somos educadores trabalhando com união uma equipe de saúde com a mesma intenção reunindo categorias sem esquecer o principal o cidadão mais simplório também é fundamental tem muito a nos ensinar com o seu jeito original olhando olho no olho poderemos nos afinar o espaço em roda serve para não atrapalhar temos que ser democráticos e criativos também reunir comunidades trabalhar com o que se tem fazer todos refletirem e a prática transformar venham logo minha gente que a roda agora vai girar"

(Marilane Marques - ACS da USF Cidade Praia)

Introdução

A Estratégia Saúde da Família incorpora uma concepção ampliada da atenção à saúde visando a integralidade das ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, na perspectiva da vigilância da saúde.

O estabelecimento de vínculo, co-responsabilização e participação popular são fundamentais para a organização de um processo de trabalho centrado no cidadão e capaz de gerar uma atitude construtiva e democrática na mediação dos conflitos presentes no convívio entre atores sociais diversos que detém premissas e valores diferenciados.

Convém ressaltar, de acordo com L'ABBATE (1997), que a educação em saúde é uma prática social concreta que se estabelece entre sujeitos que atuam no interior das instituições e que, conscientemente ou não, estão imersos em práticas pedagógicas.

O aspecto cotidiano e pedagógico da educação em saúde se desenvolve a partir do diálogo que ocorre em práticas nas quais se estabelecem a escuta e a conversação, ouvindo o outro para educá-lo e para educar-se com ele. Desta forma, segundo CARVALHO et al (2001), somos todos educadores e educandos pois fazemos circular saberes diversos elaborados no enfrentamento coletivo dos problemas concretos, através da interação comunicativa inter-pessoal entre equipe de saúde, usuários, famílias e comunidade.

Neste contexto, é essencial o aparecimento de experiências capazes de resgatar espaços democráticos que possam favorecer à conscientização das pessoas como protagonistas para uma melhor qualidade de vida e, ao mesmo tempo, apreender as sabedorias vivenciais das pessoas que interagem com o serviço de saúde, através de interpretações e compreensões compartilhadas, mediante a consideração de que todos são capazes de contribuir com suas potencialidades para a realização de ações úteis e produtivas.

Diante da necessidade de organização do processo de trabalho e de esclarecimento aos usuários sobre as características de atendimento na filosofia da Estratégia Saúde da Família, a equipe de saúde e a comunidade decidiram adotar a Roda de Conversa como espaço coletivo de contato entre trabalhadores de saúde e população a fim de intensificar a formação de vínculo, explicar o funcionamento da unidade e desenvolver atividades educativas.

Nesse caso, de acordo com CAMPOS (2000), privilegiando as pessoas, os sujeitos, o espaço coletivo democrático para expressão e reconstrução dos interesses comuns, analisando problemas e tomando deliberações, sustentando a existência de uma prática transformadora de relação dialética entre a práxis, a reflexão e a capacidade de escuta e de análise, tanto sobre a atividade prática quanto sobre a auto-interpretação de forma que se construa uma sociabilidade solidária.

A prática da Roda de Conversa iniciou em maio de 2003, quando utilizava quase que exclusivamente o espaço da sala de espera, transformando inicialmente o tempo ocioso dos usuários em diálogo. Posteriormente passou a ser aplicada como instrumento para educação popular em saúde nos grupos de acompanhamento e nas reuniões da equipe de saúde.

Este horizonte despertou o interesse dos pesquisadores em realizar um estudo, objetivando descrever a experiência da Roda de Conversa enquanto prática cotidiana na Unidade de Saúde da Família de Cidade Praia e identificar a concepção dos participantes quanto a aceitação, satisfação e relevância desta prática para suas vidas.

Método

O presente estudo caracteriza-se como estudo de caso descritivo de natureza qualitativa, tendo como foco de investigação a prática pedagógica Roda de Conversa, desenvolvida na Unidade de Saúde da Família de Cidade Praia, no bairro de Lagoa Azul, Distrito Norte do município de Natal no Estado do Rio Grande do Norte.

A opção pela abordagem qualitativa, conforme BECKER (1994), permite trazer para o interior da análise o subjetivo e o objetivo, os atores sociais, os fatos e os significados. E o estudo de caso, como ressalta POLIT & HUNGLER (1995), permite analisar situações em um dado momento histórico investigando pessoa, grupo, instituição ou unidade social.

As técnicas de coleta de dados utilizadas foram a observação participante e a aplicação de questionário. A observação de fatos, comportamentos e cenários é extremamente valorizada nas pesquisas qualitativas e, na observação participante, o observador, segundo MAZZOTTI & GEWANDSZAJDER (1999), coleta dados através de sua participação na vida cotidiana do grupo ou organização que estuda, trazendo inúmeras vantagens como identificar comportamentos não intencionais e permitir o registro dos fatos em um contexto temporal-espacial.

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2003 a fevereiro de 2004 em onze eventos de Roda de Conversa realizados, muito embora tenha ocorrido a saturação das respostas na sétima Roda. Cada evento foi coordenado por uma dupla de profissionais onde um era o mediador e o outro o observador participante. Foi assegurado o cumprimento

dos preceitos éticos contidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos. Assim, houve a garantia do anonimato, bem como o compromisso do retorno dos resultados da pesquisa.

Após cada evento foi aplicado um questionário com os participantes e elaborado um relatório do que fora comentado, tomando como guia um roteiro de observação participante, registrando também os momentos de interação entre os próprios usuários (uns com os outros) e entre os usuários e o mediador da Roda. Procurou-se analisar a natureza do diálogo irrompido, identificando nos tipos de participantes suas visões de mundo e as conseqüências da interação, valorizando o conhecimento produzido a partir do fértil encontro das subjetividades.

Para análise, foi considerado o referencial de BARDIN (1977), sobre análise de respostas a questões abertas, buscando estabelecer a interpretação dos elementos de significação contidos nas respostas e uma síntese dos resultados.

Resultados e Discussão:

Relato Contextual

A implantação da Estratégia Saúde da Família, no município de Natal, vem acontecendo de forma gradual gerando clarões assistenciais que inevitavelmente sobrecarregam as áreas cobertas pela estratégia. O cadastramento das famílias adscritas teve início em março de 2002 e término em maio do mesmo ano, porém a unidade de saúde somente ficou pronta para funcionamento em outubro de 2002. A área de abrangência é predominantemente residencial e envolve o Conjunto e o Loteamento Cidade Praia, parte do Conjunto Nova Natal e parte do Loteamento Boa Esperança.

Praticamente, todas as casas possuem lixo coletado e esgoto em fossas sépticas, todavia freqüentemente são observadas valas com água servida escorrendo pelas ruas, principalmente nos loteamentos. Das 1608 famílias adscritas que totalizaram 6357 pessoas em maio de 2002, 43,2% consomem água mineral; 2,2% cloram, 1,4% fervem, 17,5% filtram a água e 35,7% não fazem qualquer tratamento na água de abastecimento. Vale ressaltar que parte da população consome um tipo de água denominada higienizada, que é engarrafada mas não é mineral. E parte das pessoas somente bebem água mineral enquanto ainda possuem recursos financeiros.

Existem vários terrenos baldios onde a própria população coloca lixo com freqüência, apesar da presença de coleta regular por parte da Companhia de Limpeza Urbana. Trata-se de uma área em franco crescimento com construção de casas e vilas, inclusive com o fenômeno de especulação imobiliária pelo fato de ser uma área coberta pela Estratégia Saúde da Família. Ocorrem constantemente migrações das áreas não cobertas para a área de cobertura. A maior parte da população são adolescentes e adultos jovens, divididos meio a meio quanto ao sexo, 4,91% são idosos e 12,54% das pessoas são analfabetas.

De abril a julho de 2003 foram realizadas as oficinas de territorialização, de planejamento local e um estudo de acessibilidade, nos quais a população relatou como problemas prioritários o lixo acumulado nos terrenos baldios e o não atendimento às famílias que residiam fora da área coberta. A equipe referiu como prioridade a

organização da demanda. Entre as sugestões para o enfrentamento dos problemas estavam a disponibilização de uma caixa de sugestões itinerante e a constituição de Rodas de Conversa como canais de interação para educação em saúde, troca de idéias, críticas construtivas e encaminhamento de soluções.

Tomando como ponto de partida o saber anterior da população, a ampliação dos espaços de interação cultural significa também, na visão de VASCONCELOS (2004), uma ação que reorienta a globalidade das práticas executadas.

A relação usuário-equipe é impregnada por um conjunto de expectativas de ambas as partes. A práxis em uma Unidade de Saúde da Família pode ser palco para a aplicação da pedagogia da problematização que, de acordo com PEREIRA (2003), faz com que educadores e educandos sejam mediados pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa realidade a fim de nela atuarem possibilitando a transformação social.

Segundo SMEKE & OLIVEIRA (2001), a dialogicidade presente nas práticas do dia a dia permite ao profissional de saúde o exercício de suas atribuições com mais criatividade, mediando a relação entre os sujeitos e o conhecimento através de processos intersubjetivos evidenciados na construção de saberes que se estabelecem no cotidiano das instituições de saúde. Trata-se de uma ampliação de atuação do campo, posto que a educação em saúde se daria em todas as ações cotidianas dos profissionais de saúde.

Da mesma forma que a roda infantil é um momento importante para a organização do trabalho pedagógico construtivista nas escolas, a Roda de Conversa, enquanto prática na Unidade de Saúde, favoreceu a constituição de grupos de seguimento e o estabelecimento de vínculo entre a equipe e os usuários dos serviços de saúde, contribuindo para a organização da demanda juntamente com o acolhimento enquanto escuta qualificada e a composição de calendário de atendimento por ciclos de vida, desviando a atenção centrada na consulta medicalizante para a equipe de saúde.

Observação dos Fatos

A roda assume características semelhantes as descritas por RODRIGUES et al (1996) quando relataram atividades realizadas em sala de espera. O mediador recebe as pessoas e organiza a conversa de modo que todos possam trocar idéias, considerando suas vivências.

O espaço deve ser adequado para que todos possam ver uns aos outros. O formato em círculo é bastante apropriado. É papel do mediador estimular a conversação, promover o respeito pela opinião de cada participante e resgatar a auto-estima das pessoas. Através das falas e gestos se poderá conhecer melhor cada cidadão e observar quais são os assuntos e temas de maior interesse para eles. A oportunidade também permite a socialização e discussão em torno de projetos, campanhas e programas que estiverem sendo trabalhados pela equipe de saúde, debatendo as especificidades do modelo

assistencial e de atenção, interligando o microcosmo da Unidade de Saúde com as demandas dos demais níveis hierárquicos do Sistema de Saúde, compartilhando informações, conhecimentos, opiniões, críticas e sentimentos, em um ambiente conflitante, dialógico e solidário.

As rodas humanas podem ser constituídas em qualquer espaço coletivo da área de abrangência e não apenas no interior da Unidade de Saúde. Fica patente que não há necessidade de interrupção das demais atividades da Unidade para que ocorra uma Roda de Conversa. Algumas vezes, a conversação ocorreu de maneira integrada com outras práticas ou ações coletivas. Houveram ocasiões por exemplo, em que as crianças realizavam atividades lúdicas com os Agentes Comunitários de Saúde, enquanto as mães estavam participando da conversação e os demais usuários seguiam o fluxo usual dos atendimentos (sala de espera, sala de preparo, vacinação, nebulização, consulta, teste do pezinho, etc.). Esta dinâmica de integração não permitiu que o tempo de espera fosse ocioso, transformando-o em encontros educativos, face a presença de múltiplas culturas ali existentes.

É pertinente esclarecer que as informações discutidas não necessitavam de linguagem tecnicista, nem os temas foram esgotados em poucos encontros. Os assuntos foram abordados em doses homeopáticas de forma perspicaz e sem prejuízo para a autonomia dos usuários evitando-se o monólogo tecnocrático, que vem predominando nas interações entre os profissionais e a população.

Os temas abordados estiveram na maioria das vezes concatenados com o que estava acontecendo na realidade local. Nos meses em que aumentavam os casos de diarréia foram feitas várias Rodas voltadas para este assunto e para o desmame precoce. No período de exacerbação dos casos suspeitos de dengue eram feitas conversas voltadas para o combate e profilaxia deste agravo. Entre os temas abordados nos encontros estavam: Vacinação; Saúde bucal na gestação e na infância; Mudanças de comportamento durante a gravidez; A mulher e seu papel na sociedade; A Importância da amamentação.

Foram utilizados, em alguns eventos, recursos didáticos de apoio (cartazes, vídeos, desenhos, fotos, mapas, etc), desde que não houvesse perturbação da dinâmica da conversação. Esta precaução foi importante para evitar transformar o diálogo em palestra, pelo risco de focalizar a atenção nos materiais de apoio e, conseqüentemente deixar a conversação em segundo plano.

A versatilidade da prática da Roda de Conversa permitiu serem feitos vários encontros com temas diferentes em um mesmo grupo de pessoas ou a abordagem de um mesmo tema para grupos diferentes, facilitando a diversificação dos usos. É importante ressaltar o preparo do mediador para adequação a cada situação particular possibilitando diferentes usos para os diferentes usuários. Na condução das Rodas foi adotada a metodologia da problematização, para qual os mediadores foram capacitados através de oficinas pedagógicas. Todos os membros da equipe de saúde participaram dos eventos, de acordo com a temática abordada ou disponibilidade na

agenda de atendimento, interagindo com os grupos, na condição de participantes, facilitadores ou mediadores.

O tempo de duração de cada evento variou de quarenta minutos até uma hora e trinta minutos, estando na dependência da própria dinâmica da conversação, do tema abordado e do preparo e sensibilidade do mediador na condução das conversas. Um tempo certo para início e término da prática é adequado para não interferir nas demais atividades da unidade e para não dispersar o grupo, em média de 15 participantes por evento, ou fugir do tema em pauta.

Segundo ALMEIDA (2002), o espaço de produção de saberes ocupa todo o campo em que pessoas compartilham vivências, valores, sentidos e identidades. As rodas figuram como uma possibilidade de reflexão sobre como conhecimentos são produzidos no cotidiano, um caminho para novas compreensões na tessitura de novos fios para uma rede definitivamente incompleta, mutante e em expansão. Estes aspectos foram perceptíveis nas rodas observadas.

Assim como a reunião à volta da mesa, o círculo de pessoas e de pontos de vista, o respeito ao pensamento do outro, a busca de consensos e o crescimento por meio da troca de idéias, tornaram-se a rotina de cada dia e as posturas figuradas na circularidade do debate transformaram a sala hierárquica em espaço de trocas, promovendo uma educação de compromisso popular onde o diálogo, segundo BRANDÃO (2001), deixa de ser uma simples metodologia de trabalho didático para vir a se constituir como o fim e o sentido de uma educação conscientizadora.

O diálogo funcionou conforme referido por ASSIS (2001), como uma via de mão dupla que além de compreender e explicitar o saber do interlocutor popular implicou em facilitar a socialização e o debate do saber técnico, social e político que orienta as ações de saúde.

VASCONCELOS (2001) recomenda que há de se aperfeiçoar o diálogo, pois é falível. É uma relação humana parcial e provisória. A simples ocorrência do diálogo não é garantia de sucesso. As iniciativas de tal prática promove alguma capacidade de irradiação e difusão, porém transitória, muito embora tenha grande valor no desenvolvimento de habilidades comunicativas fundamentais para levar saúde nas palavras e nos gestos.

Diferentemente de outras práticas educativas, a postura dos participantes é interativa , confirmando assim a mão-dupla.

Conforme alerta TEIXEIRA (1997), disseminar ou garantir acesso à informação consiste em divulgar os dados e capacitar para o uso. Historicamente os responsáveis pelas práticas de comunicação em saúde possuíram o papel de traduzir ou decodificar a retórica técnica para uma retórica popular. Neste caso, o ciclo vicioso de outrora onde o diálogo é previsto por comportamentos pré-definidos pelos mediadores, foi rompido e estabelecida uma outra forma de comunicação caracterizada pela horizontalidade. Deve haver o cuidado para que esta decodificação não venha a se tornar um unívoco, onde o moderno pretenderá educar o arcaico, tornando o usuário apenas um consumidor ideal de campanhas e programas verticais.

Se a conversa, de acordo com TEIXEIRA (2003), é a substância principal das atividades do serviço de saúde, é possível tornar a rede de serviços como uma rede de conversações, onde cada nó da rede corresponde a um encontro, um momento de conversa acontecido em cada etapa durante a passagem (fluxo) do usuário pelo serviço. As relações entre as diferentes conversas as faz constituírem em conjunto um autêntico espaço coletivo de conversações.

As Rodas de Conversa permitiram aos usuários e profissionais de saúde uma melhor compreensão das ações coletivas pois são, segundo especifica o Laboratório de Inteligência Coletiva (2004), estratégias de intervenção na dinâmica de um grupo incrementando a sinergia entre as pessoas, focalizando a tessitura de uma rede social em que idéias, comportamentos e práticas podem ser promovidas e difundidas entre as pessoas com benefícios individuais e para a coletividade.

Concepção dos Participantes

A concepção dos participantes foi analisada com base nas respostas obtidas no questionário a partir da leitura, sistematização de respostas e inferência de proposições. O aspecto inferencial da análise de conteúdo discutido por BARDIN (1977) reforça que tal como a etnografia necessita da etnologia para interpretar as suas descrições minuciosas, o analista tira partido do tratamento das mensagens que manipula para inferir sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio.

Apresentaremos uma síntese das principais apreensões de acordo com as concepções dos participantes das Rodas, relacionadas à aceitação, satisfação e relevância, destacando aspectos positivos e negativos.

Todos os participantes referiram muita satisfação em vivenciar a prática educativa, como podemos observar em algumas respostas obtidas:

"foi muito interessante"; "foi muito boa"; "foi muito produtiva"

Alguns não referiram pontos negativos, outros não gostaram do tempo de duração de algum evento. A exemplo destacamos:

"não houve pontos negativos"; "o tempo foi muito curto"

Nas Rodas em que ocorreram apenas a conversação, algumas pessoas sentiram falta de recursos didáticos de apoio para facilitar o entendimento de algum aspecto do tema abordado:

"faltou cartazes porque ficava melhor para entender"

Foram feitas algumas referências quanto ao espaço físico e aspectos de natureza organizacional, pelos quais salientamos a importância do preparo e sensibilidade do mediador na condução das conversas e na escolha do espaço mais adequado, conforme os depoimentos abaixo:

"não foi apropriado o local, muito quente"; "não gostei quando algumas pessoas falavam ao mesmo tempo".

Foi evidente a empatia e o incremento do vínculo entre a equipe de saúde e os usuários participantes pelas respostas abaixo:

"o que gostei mais foi da humildade das pessoas";

"gostei mais da atenção dos funcionários do posto";

"gostei muito da alegria de todos que fazem parte da Roda".

Apontaram também a oportunidade para troca de idéias e o respeito pela fala de cada um:

"foi muito gratificante podermos dar opiniões e informações uns aos outros"

Foi importante a correspondência dos temas abordados com as situações e os problemas concretos de enfrentamento cotidiano:

"o que mais gostei foi porque está nos ensinando coisas reais"

Este aspecto motivou o interesse dos grupos, uma vez que os assuntos discutidos tinham uma relação direta com a realidade, dando aos conteúdos vida, historicidade e concretude.

A noção de continuidade do cuidado foi percebida e registrada de forma a resgatar demandas não atendidas:

"os médicos e as gestantes frente a frente sem ser no consultório"; "tirar dúvidas que não dá tempo de tirar em uma consulta".

Todos reconhecem que informa, esclarece, retira dúvidas, contribuindo assim para mudanças no seu cotidiano, o que denota a relevância da prática para os usuários:

"adquirimos informações que necessitamos no dia a dia";

"vou lidar melhor com as doenças";

"acho importante saber de tudo um pouco";

"aprendi muito sobre o meu corpo";

"vai me ajudar no futuro";

"vai me ajudar na criação do meu filho".

A prática da Roda de Conversa também se presta como uma boa estratégia para treinar e formar multiplicadores de saúde que poderão aplicar o que foi discutido e aprendido nos seus grupos de seguimento específicos:

"vai me ajudar a melhor trabalhar na pastoral da criança".

Considerações Finais

A atenção humanizada representa um pilar essencial para que a Estratégia Saúde da Família possa se tornar a forma hegemônica de cuidar da saúde das pessoas, reafirmando e sustentando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Compreendendo as relações cotidianas podemos entender que as práticas de saúde remetem a mediações que transcendem a visão unidimensional do processo saúde-doença.

A Roda de Conversa se aplica como espaço coletivo de contato entre a equipe e usuários e como instrumento para o desenvolvimento de atividades de educação popular em saúde, favorecendo o aprendizado mútuo de forma espontânea, estimulante e inovadora.

No estudo foi possível identificar as principais contribuições das Rodas de conversa para educação em saúde, interação dos participantes e reforço do vínculo entre equipe e população. Outro aspecto constatado foi a satisfação dos participantes na vivência da prática, e a sua relevância ao contribuir para mudanças no cotidiano de suas vidas.

É pertinente reforçar que o mediador das conversas deve assumir um papel de facilitador,

fazendo emergir as opiniões dos participantes, evitando a manipulação das pessoas para que elas concordem com sua visão de mundo. Ele deve conduzir a Roda de modo que as discussões se dêem principalmente, entre os participantes, servindo de catalisador e tornando-se também um participante ao aparecer menos que o grupo.

A conversação solidifica uma prática em que são respeitadas as representações populares em um ambiente conflitivo, cooperativo e formador de consensos, minimizando resistências quanto a escuta, reflexão e análise dos problemas concretos.

Nas relações distintas da vida cotidiana estão caracterizados os aspectos peculiares de cada lugar em seu contexto histórico, político e cultural que facilitarão a apreensão de novas formas de pensar, agir, fazer e promover saúde através de palavras, gestos e atos.

Referências Bibliográficas:

ALMEIDA, L. G. Redes de conhecimento nas rodas de samba. IN: OLIVEIRA, I. B.;SGARBI, P. (Orgs). Redes culturais: diversidade e educação. Rio de Janeiro: D.P. & A., 2002. Cap.6, p.81-91.

ASSIS, M. Uma nova sensibilidade nas práticas de saúde. IN: VASCONCELOS, E. M.(Org). A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec, 2001. Introd., p.36-38.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BECKER, H. S. Método de pesquisas em ciências sociais. São Paulo: Hucitec, 1994.

BRANDÃO, C. R. A educação popular na área da saúde. IN: VASCONCELOS, E. M.(Org). A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec, 2001. Introd., p.21-26.

CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, M. A. P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. O processo de construção compartilhada do conhecimento. IN: VASCONCELOS, E. M.(Org). A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec, 2001. Cap. 4, p.101-114.

L'ABBATE,S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. IN: MERHY, E. E.; ONOCKO,R(Orgs). Práxis en salud: un desafio para lo publico. Buenos Aires: Lugar editorial; São Paulo: Hucitec, 1997.

LABORATÓRIO DE INTELIGÊNCIA COLETIVA (LINC). Inteligência coletiva. Disponível em: http://www.pucsp.br/linc/blog. Acesso em 21/01/2004.

MAZZOTTI, A. J. A.; GEWANDSZAJDER, F. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad. Saúde Pública, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. , 2003.

POLIT, D. T.;HUNGLER, B.B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RODRIGUES, L. A. J. et al. Interações com os usuários na unidade básica de saúde. IN: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I.

B.; GONÇALVES, R. B. M. (Orgs). Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. Cap. 14, p. 262-275.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeitos. IN: VASCONCELOS, E. M.(Org). A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec, 2001. Cap. 5, p. 115-136.

TEIXEIRA, R. R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface - Comunic, Saúde, Educ. v. 1, n. 1, p. 7-33, ago. 1997.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2003.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde. Disponível em http://www.redepopsaude.com.br/redepopsaude/index.htm. Acesso em 12/01/2004.

RESÍDUOS SOLIDOS DOMICILIARES DAS USUÁRIAS DO PROGRAMA DE SAUDE DA FAMILIA DO BAIRRO DAS CIDADES, CAMPINA GRANDE

Helena Rufino de Ataíde Leal*

Célia Regina Diniz**

Resumo

Atualmente a produção de resíduos sólidos vem aumentando de forma exponencial gerando graves problemas sócio-econômicos, ambientais e de saúde pública nas coletividades humanas. Objetivou-se nesse estudo, investigar a percepção da comunidade sobre os resíduos sólidos e caracterizar o processo de geração, acondicionamento, reutilização, reciclagem e destino final do lixo, no bairro das Cidades I, Campina Grande-PB, para formar um banco de dados que será disponibilizado a Secretaria Municipal de Saúde e possibilitará um melhor planejamento na elaboração de atividades educativas na comunidade. Como metodologia foi aplicada uma pesquisa descritiva, com método indutivo, realizada entre fevereiro e novembro/2003, com mulheres de 15 a 49 anos, correspondendo a 54 famílias cadastradas no grupo de planejamento familiar do PSF do referido bairro. Utilizou-se para coleta de dados um formulário, material fotográfico do bairro e quantificação dos resíduos de cada residência. Observou-se que a população é carente, a maioria tem renda inferior a um salário mínimo (61%), insuficiente para sustentar famílias com média de 3 a 4 pessoas, e possui um nível baixo de escolaridade (72% com 1° grau incompleto). A maioria (98%) utiliza-se da coleta pública, que é realizada 3 vezes por semana em dias alternados; 2% incineram o lixo e 74% não reutilizam os resíduos. A população está satisfeita com o serviço de coleta pública de lixo, mas alguns moradores ainda lançam o lixo a céu aberto e não consideram que essa disposição inadequada pode causar riscos à saúde da população. O desperdício de resíduos é alto, 41% produzem entre 1 e 2 kg lixo/dia; 13% entre 5 e 10 kg/dia e 2% geram mais de 10 kg/dia. Portanto, tem-se a necessidade de um trabalho educativo contínuo em parceria com outras organizações para que em conjunto com a comunidade, possam transformar seus habitantes em multiplicadores em prol de um ambiente saudável e equilibrado.

Palavras - chave:

Programa de Saúde da Família; Resíduos Sólidos; Reciclagem.

Introdução

A problemática do lixo, no Brasil, é um dos grandes desafios enfrentados atualmente que merece uma atenção

* Enfermeira, Universidade Estadual da Paraíba. Especialista em Saúde da Família/ Universidade Estadual da Paraíba/Universidade Federal da Paraíba. Enfermeira do Programa de Saúde da Família de Campina Grande - PB. hr_leal@hotmail.com

**Engenheira Química, Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Engenharia Sanitária e Ambiental.Universidade Federal da Paraíba/UFPB. Doutoranda em Recursos Naturais - Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Professora Adjunta da Universidade Estadual da Paraíba -UEPB.c.r.diniz@bol.com.br

crescente, pelo volume gerado cada vez maior e pelos problemas ambientais e sanitários associados ao seu tratamento e disposição. A minimização de resíduos constitui-se num novo conceito de gerenciamento ambiental fundamentado na prevenção da geração de poluentes reduzindo ao máximo possível a quantidade de resíduos a serem tratados ou dispostos (MATOS et al, 1999).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saneamento Básico em 2000, realizada pelo IBGE, revela que 47,1% dos resíduos sólidos são destinados a aterros sanitários, 22,3 % a aterros controlados e 30,5 % a lixões. Ou seja, mais de 69 % de todo o lixo coletado no Brasil estaria tendo um destino final adequado, em aterros sanitários e/ou controlados. Todavia, em número de municípios, o resultado não é tão favorável: 63,6 % utilizam lixões e 32,2 %, aterros (13,8% sanitários, 18,4 % aterros controlados), sendo que 5% não informaram para onde vão seus resíduos.

No Nordeste, são geradas diariamente cerca de 42 toneladas, onde 20 toneladas são dispostas a céu aberto; apenas 27 municípios têm coleta seletiva e 23 possuem usinas de reciclagem. Pesquisas realizadas em 5.507 prefeituras brasileiras constataram que cerca de 43.500 crianças vivem do lixo e no lixo, concentradas especialmente em 64% das cidades nordestinas (BRASIL, 2000), promovendo impactos sócio-ambientais diversos.

O Estado da Paraíba conta com poucos municípios com sistema de tratamento dos resíduos sólidos urbanos (REMIGIO, 2001). Nesse contexto se inserem diversas cidades brasileiras, e entre elas especialmente os bairros da periferia. No município de Campina Grande-PB, são geradas cerca de 240 toneladas de resíduos sólidos/dia, e o destino final é o lançamento a céu aberto. Esse é um fator preocupante e de interesse público, pois essa disposição inadequada pode por em risco a vida de centenas de famílias. Portanto, há uma necessidade de pesquisas voltadas para essa temática, buscando contribuir com o desenvolvimento de ações de políticas públicas que possam reverter o quadro epidemiológico local, municipal e estadual.

Durante muito tempo o lixo tem sido conceituado como resíduos sólidos resultantes das atividades humanas e animais. No entanto, a NBR 10.004 da Associação Brasileira de Normas Técnicas apresenta uma definição mais completa para os resíduos sólidos, onde os resíduos sólidos são todos aqueles nos estados sólidos e semi-sólidos resultantes da atividade da comunidade de origem: industrial, doméstica, hospitalar, comercial, de serviços de variação ou agrícola. Incluem-se lodos de ETAS (Estações de Tratamento de Água) e ETES (Estações de Tratamento de Esgotos), resíduos gerados em equipamentos e instalações de controle da poluição e líquidos que não possam ser lançados diretamente na rede pública de esgotos, em função de suas particularidades (ABNT, 1987).

Dessa forma, estabeleceu-se um novo paradigma que contribui para o estabelecimento de critérios que permitiram a classificação dos resíduos sólidos, que de acordo com a origem podem ser classificados em domiciliar, comercial, industrial, de serviços de saúde, portos, aeroportos, terminais ferroviários e rodoviários, agrícola, construção

civil, limpeza pública, abatedouros de aves, matadouro e estábulo (BRASIL, 1999).

A composição dos resíduos sólidos varia de acordo com os hábitos e costumes da população, do número de habitantes no local, o poder aquisitivo, variações no clima, nível de desenvolvimento e educacional podendo variar para uma mesma comunidade (MOTA, 1999).

A produção de lixo ou de resíduos, está diretamente relacionada ao aumento do consumo, à cultura do desperdício e a escassez de espaços para disposição (FREITAS, 2001).

Estudos realizados por Miranda (2001), estimaram que de cada 100 toneladas de resíduos coletados: 60% de matéria orgânica, 30% de fração seca e 10% são rejeitos diversos que de alguma forma podem ser reaproveitados ou recuperados.

Quando não recebem cuidados convenientes, os resíduos sólidos, constituem vias de transmissão de doenças, através de vetores que encontram nos resíduos sólidos alimentos e condições adequadas para sua proliferação (BERTUSSI FILHO, 1994), constituindo problema sanitário, representando uma ameaça à sobrevivência do catador de resíduos e tornando-se um componente que não pode ser desprezado na estrutura epidemiológica de vários agravos à saúde (BRASIL, 1999; MOTA,1999).

Além dos problemas sanitários, a disposição inadequada dos resíduos sólidos pode poluir o solo, a água e o ar (LIMA et al., 2004). Os agentes patogênicos podem permanecer viáveis durante horas ou dias no solo, dependendo das condições ambientais; a água pode ser atingida pelo chorume (líquido proveniente da decomposição do lixo) e o ar pode se contaminar através de aerossóis que levam os microorganismos patogênicos através do ar podendo atingir um suscetível (BRASIL, 1999).

É importante identificar situações com as quais a população urbana se defronta ao lidar com resíduos sólidos domésticos nas residências, uma vez que esse conhecimento permite identificar as variáveis que interferem nos comportamentos dessas pessoas ao manejarem esses resíduos.

Nesse sentido, escolheu-se um bairro da cidade de Campina Grande/PB - Bairro das Cidades I, com atendimento do Programa de Saúde da Família (PSF), para realizar um estudo sobre a problemática dos resíduos sólidos domiciliares. Esta comunidade, foi escolhida por diversos fatores, entre eles destacam-se: presença freqüente de lixo no peridomicilio e ruas do bairro e aparecimento freqüente de inúmeras doenças infecciosas e parasitárias entre os usuários do Programa de Saúde da Família (PSF) local.

Nesta comunidade vem sendo realizados varias atividades educativas, através de palestras, oficinas, visitas domiciliares enfocando o tema de resíduos sólidos, e a equipe do Programa de Saúde da Família tem realizado várias atividades com os grupos (hipertensos, diabéticos, gestantes, desnutridos, adolescentes e planejamento familiar) destacando-se arrastões, mutirão de limpeza em parceria com Escolas, Sociedade Amigos de Bairro (SAB), Clube de Mães e Agentes Jovens.

Apesar de todo esse trabalho de prevenção e de haver coleta pública regular, observa-se freqüentemente lixo a

céu aberto em terrenos baldios e quintais, causando poluição do solo, do ar e contaminação do Riacho de Bodocongó, através da percolação do chorume.

Essa disposição inadequada dos resíduos pode estar relacionada à falta de informação dos moradores sobre os riscos e problemas oriundos do gerenciamento inadequado dos resíduos sólidos. Esta informação é importante para que se possa prevenir e controlar as doenças e assim melhorar as condições de saúde da comunidade, aumentando a vida média efetiva do homem, pela redução da morbi-mortalidade.

O presente estudo objetivou investigar a percepção da comunidade sobre os resíduos sólidos e caracterizar o processo de geração, acondicionamento, reutilização, reciclagem e destino final do lixo. Pretendeu-se com esse trabalho formar um banco de dados para a Secretaria Municipal de Saúde que possibilitará um melhor planejamento na elaboração de atividades sobre reutilização, redução e reciclagem do lixo no bairro, favorecendo a comunidade na diminuição e um melhor aproveitamento da quantidade de resíduos sólidos gerados e prevenir e controlar as doenças infecciosas e parasitarias associadas ao lixo.

Metodologia do Estudo

Foi realizada uma pesquisa aplicada e descritiva, com método de abordagem indutivo, no bairro das Cidades I (Foto 1), no município de Campina Grande - PB, no período de fevereiro a novembro de 2003.

O universo da pesquisa foi formado por 579 famílias cadastradas no PSF do referido bairro, e a amostra foi constituída pelas mulheres que participavam do grupo de planejamento familiar na faixa etária de 15 a 49 anos, correspondendo a um total de 54 famílias.

Utilizaram-se como instrumentos de coleta de dados um formulário composto por dez questões objetivas (ANEXO A), material fotográfico do bairro e balança para pesagem dos resíduos domiciliares.

Por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos, seguiu-se a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que preconiza que esses estudos só ocorram após consentimento livre e esclarecimento dos sujeitos ou grupos que por si e/ou seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa. Em cumprimento a esta Resolução elaborou-se um termo de consentimento livre e esclarecido, tanto para instituição onde foi realizada a pesquisa, como para os sujeitos da pesquisa. Este termo constou de um esclarecimento sobre a pesquisa e sobre os compromissos do pesquisador e também o consentimento dos pesquisados.

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas:

Primeira: aplicação do formulário no grupo de planejamento familiar do PSF, entre as mulheres de 15 a 49 anos, com o termo de consentimento assinado.

Segunda: para quantificação dos resíduos de cada residência, foi entregue um saco plástico preto de 100ml para cada participante e foi

orientado para que coletassem o lixo no período de vinte e quatro horas. Este foi então pesado em uma balança com capacidade de 120kg graduada de 100 em 100g, para se fazer uma amostra da quantidade de resíduos sólidos gerados diariamente.

A aplicação do formulário e a pesagem dos resíduos foram realizadas por uma equipe de profissionais do PSF local.

Resultados e Discussão

Serão apresentados a seguir resultados de um estudo realizado com 54 famílias do Bairro das cidades, no município de Campina Grande -PB, no ano de 2003, onde foi investigado a percepção e o processo de geração, acondicionamento, reutilização, reciclagem e destino final dos resíduos sólidos domiciliares.

- Avaliação dos serviços de limpeza urbana.

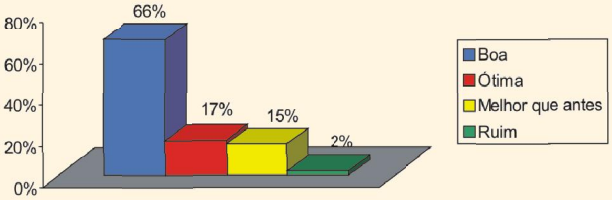
A população do Bairro das Cidades I é constituída de 579 famílias, o que corresponde a 2.234 habitantes.A maioria das famílias investigadas (72%) tem apenas o primeiro grau incompleto, com renda mensal menor que um salário mínimo (61%), com 63% dos domicílios constituídos em média de 2 a 4 pessoas. Os resíduos sólidos gerados na comunidade têm seu destino final no lixão a céu aberto localizado no bairro do Mutirão.

A comunidade conta com 100% de coleta de lixo nas ruas, todavia, os resíduos continuam em alguns casos sendo dispostos de forma incorreta, reduzindo sua utilização e favorecendo o aparecimento de doenças infecciosas e parasitárias entre os moradores do bairro.

O sistema de coleta publica do lixo, realizado no bairro foi considerado satisfatório por 66% das moradoras, 15% consideraram melhor que antes, pois o carro coletor não transitava em todas as ruas, e as mesmas tinham que colocar o lixo em caixa coletora em local pré-determinado. Apenas 2% das famílias consideraram deficiente o serviço de coleta e remoção de lixo, alegando que a coleta deveria ser diária (Figura 1).

A universalização do serviço regular de coleta dos resíduos sólidos domiciliares é necessária, para contribuir com a redução do quadro de morbidade, especialmente das crianças residentes em áreas carentes deste serviço de saneamento ambiental. Importância também deve ser dada à educação sanitária visando a sua contribuição para o processo de mudança de atitudes e práticas das pessoas quanto ao manejo e acondicionamento domiciliar dos resíduos sólidos.

Figura 1 - Avaliação da coleta do lixo no Bairro das Cidades - Campina Grande -PB, 2003.

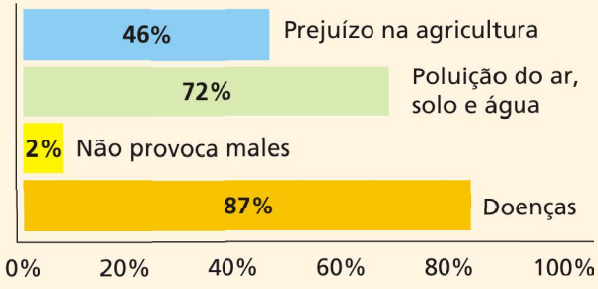


• Aspectos sanitários e ambientais dos resíduos sólidos domiciliares

Segundo a percepção das famílias o lixo está associado a doenças, provoca a poluição do ar, água e solo e gera prejuízo a agricultura. No entanto, ainda existem moradoras (2%) que consideram que a disposição inadequada dos resíduos não provoca males ao ser humano e ao meio ambiente (Figura 2).

Os resíduos sólidos constituem problema sanitário de importância quando não recebem os cuidados convenientes. A medida adotada para sua solução adequada tem sob o aspecto sanitário, objetivo comum a outras medidas de saneamento: de prevenir e controlar doenças a ele relacionadas. Os mesmos, quando mal acondicionados, podem causar danos à saúde, poluição do solo, ar, água e prejuízos na agricultura (SISSINO, 2000). Nos resíduos sólidos apresentam-se agentes patogênicos prejudiciais à saúde humana (SEGURANÇA e MEDICINA DO TRABALHO, 1997).

Figura 2 - Opinião das mulheres entrevistadas sobre os riscos provocados pelo lixo acondicionado de forma inadequada no Bairro das Cidades - Campina Grande - PB, 2003.



• Geração, acondicionamento, reaproveitamento e destino final dos resíduos sólidos

As famílias do Bairro das Cidades geram quantidade de lixo variada (Tabela 1), onde 41% das famílias geram entre 1 e 1,99kg lixo/dia; 13% geram entre 5 e 9,99Kg e 2% geram quantidade maior ou igual a 10kg. Multiplicando-se o número de famílias pela quantidade de lixo gerada diariamente, pode-se estimar que a geração de resíduos destas 54 famílias, que varia entre um mínimo de 98,4Kg/dia a um máximo de 191,6Kg/dia, com uma média de 145 kg/dia. Se esta quantidade média de resíduos for dividida por cada família tem-se uma geração de 2,7Kg/família/dia. Dividindo essa quantidade de lixo para famílias com uma média de 4 pessoas, resultará em aproximadamente 0,7Kg/hab./dia, quantidade que está abaixo da média gerada no país que é de 1,0Kg/hab./dia (ALVES, 2001).

Provavelmente essa média estimada é baixa devido ao reaproveitamento do lixo feito por algumas mulheres entrevistadas, como resultado do trabalho educativo realizado pela equipe do PSF local. Segundo Mota (1999), a composição e a quantidade dos resíduos varia de acordo com os hábitos e costumes da população, o número de habitantes no local, o poder aquisitivo, clima, nível educacional e ainda variam numa mesma comunidade.

Partindo dessa amostra, pode-se ainda estimar a quantidade média diária de resíduos sólidos gerados por toda comunidade do bairro que é

composto de 579 famílias, resultando num total médio de 1.555kg de resíduos sólidos/dia.

Tabela 1 - Quantidade de resíduos sólidos gerados/dia/família, Bairro das Cidades - Campina Grande-PB, 2003.

Nº de Famílias	%	Kg resíduos /dia	Kg tot /dia
4	7	< 0,5Kg	2,0
3	6	0,5-0,69Kg	1,5-2,1
1	2	0,7-0,79Kg	0,7-0,8
4	7	0,8-0,99Kg	3,2-3,0
22	41	1-1,99Kg	22,0-43,8
12	22	2-4,99Kg	24,0-60,0
7	13	5-9,99Kg	35,0-69,9
1	2	³ 10Kg	10,0
TOTAL : 54 famílias	100	-	98,4 -191,6

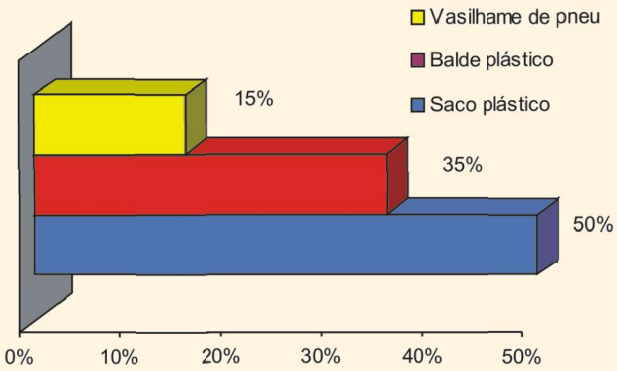
Onde:
Nº de Famílias = N

Kg resíduos/dia = X

Kg total de resíduos/dia = N. X

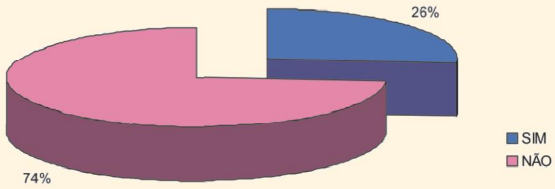
Com relação à forma como o lixo é acondicionado nos domicílios (Figura 3), observou-se que 50% usam sacos plásticos, 35% baldes plásticos e 15% utilizam vasilhames de pneu. O saco plástico é o tipo de embalagem mais utilizada no acondicionamento dos resíduos domésticos, a exemplo de outras localidades, talvez devido ao fato que são reaproveitados de compras em mercados ou padarias.

Figura 3 - Forma como o lixo é acondicionado nos domicílios no Bairro das Cidades - Campina Grande - PB, 2003.



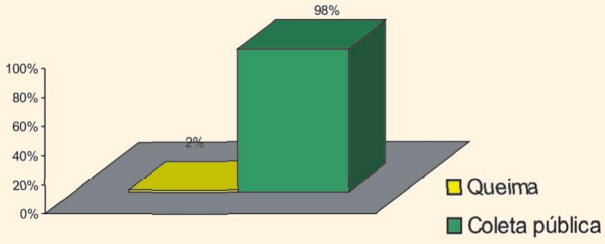
Sobre o reaproveitamento dos resíduos gerados verificou-se que 26% aproveitam grande parte do lixo produzido. Em contrapartida 74% afirmaram que não aproveitavam os resíduos gerados (Figura 4). Isso revela um dado alarmante, pois a comunidade é carente, e a maior parte do lixo poderia ser reaproveitada, eliminando o desperdício e reutilizando ou reciclando alguns materiais. Para estas pessoas, se faz necessário um trabalho educativo, pois a geração de resíduos vem tomando proporções crescentes sendo reconhecida como um dos maiores problemas da humanidade. Os padrões de consumo e de produção da sociedade moderna vêm, a cada dia, aumentando a quantidade de resíduos de toda espécie. Reduzir, reutilizar e reciclar representa fonte de economia, primeiro com a reutilização, segundo com a diminuição do uso de matéria-prima (BARCIOTTI & BADUE, 2002).

Figura 4 - Reaproveitamento dos resíduos pelas mulheres entrevistas do Bairro das Cidades - Campina Grande - PB, 2003.



Com relação ao destino do lixo nos domicílios, 98% utiliza o serviço de coleta pública, porém, 2% ainda queimam o lixo, demonstrando falta de conhecimento quanto ao destino correto dos resíduos e a pouca importância dada aos impactos ambientais causados ao meio ambiente (Figura 5) favorecendo especialmente a poluição atmosférica, onde os gases gerados como o dióxido de carbono, monóxido de carbono e derivados de hidrocarbonetos podem provocar especialmente problemas pulmonares.

Figura 5 - Destino do lixo doméstico no bairro das cidades - Campina Grande - PB, 2003



Percebe-se que se todos os moradores participassem efetivamente dos programas educativos feitos na comunidade, grande parte dos resíduos gerados poderia estar sendo reinserida no processo produtivo, como é o caso dos materiais recicláveis, e também por matéria orgânica, basicamente alimentos, que devido às más condições de armazenamento e ao desperdício, tanto no preparo quanto no consumo, acaba por virar lixo ao invés de transformar-se em composto orgânico. Em outubro/96, segundo dados da Secretaria de Agricultura, as perdas de hortaliças e frutas no mercado varejista de São Paulo chegaram a 9,6% dos produtos comercializados em supermercados, 9,3% dos comercializados em feiras e 14,6% dos comercializados em "quitandas". As perdas de grão correspondem a aproximadamente 15% da safra e um estudo do Ministério da Agricultura e Reforma Agrária indicou uma perda anual média de 4,4 milhões de toneladas de milho entre os anos de 1989 e 1992 (BRASIL, 2000).

Todo esse conjunto de práticas errôneas aliadas à falta de uma política específica para os resíduos sólidos urbanos, a uma legislação deficiente e à formação insatisfatória de profissionais para o setor acabam por relegar a questão dos resíduos sólidos ao último grau de prioridade nas discussões administrativas municipais e estaduais.

Considerações Finais

Os serviços de coleta de lixo foram considerados pelos moradores como satisfatório, especialmente por serem realizados de forma

periódica e regular. No entanto, é preciso repensar o destino final dos resíduos sólidos da cidade de Campina Grande, pois para poder ser incentivada a redução, reutilização e reciclagem se faz necessário também um tratamento adequado.

A população tem um grau satisfatório de consciência no que concerne a questão relacionada aos resíduos urbanos, mas que ainda existem pessoas que precisam passar por um processo educativo, pois desconhecem completamente os riscos decorrentes da disposição inadequada dos resíduos sólidos. Isso é preocupante, pois enquanto existirem pessoas que ignoram os problemas advindos da disposição inadequada do lixo, vão continuar acontecendo vários tipos de poluição. A progressiva conscientização da sociedade sobre as questões ambientais exigirá uma atuação mais incisiva dos administradores públicos, pois o compromisso com a gestão dos resíduos é um dever de todos.

A comunidade, apesar de ser muito carente, consome e desperdiça muito, sendo necessário um trabalho educativo e continuado que estimule o destino correto dos resíduos, redirecionando o volume do lixo produzido para a manufatura de novos produtos. A informação possibilitará o exercício da cidadania, aproveitando o potencial dos cidadãos na tomadas de decisão, e o poder público é desafiado a garantir o acesso à informação, para assegurar uma participação real. A questão não é apenas cientificar os cidadãos, mas tornar transparente as formas de participação. A disseminação da informação é necessária e se constitui em componente essencial para melhorar e democratizar o processo administrativo.

Portanto, a educação será uma ferramenta fundamental na adoção do gerenciamento dos resíduos sólidos gerados nos domicílios, apesar do conhecimento de que se trata de uma atitude ambientalmente adequada, que contribui para a diminuição de resíduos destinados ao seu destino final.

As recomendações são dirigidas a sociedade como um todo, envolvendo os moradores do bairro e os poderes públicos, através de ações a longo, médio e à curto prazo. Entres estas se destacam: mobilizar a comunidade para a adoção de novas atitudes com relação aos resíduos sólidos (acondicionamento correto, respeito aos horários e locais de coleta); realizar a capacitação de pessoal da equipe do PSF, dos líderes comunitários e de pessoas interessadas para atuarem como multiplicadores visando conscientizar e sensibilizar a comunidade quanto ao problema do lixo; promover oficinas na comunidade que orientem como reaproveitar e/ou reciclar os materiais que normalmente vão para o lixo e podem ser reaproveitados e solicitar aos poderes públicos locais a implantação de uma usina de compostagem simplificada.

A solução dos problemas urbanos deverá contar com a participação da sociedade, de forma que a administração das cidades não se realize com um único interlocutor, no caso, o Estado; por outro lado, é preciso que este continue a cumprir seu papel regulador e fiscalizador.

Referências

ABNT - Associação Brasileira de Normas e Técnicas NBR - 1004. Resíduos Sólidos: Classificação. São Paulo: [s.n], 1987, 63p.

ALVES, F. O lixo continua sendo um problema social. Saneamento Ambiental, São Paulo, ano 12, n.80, p.3, set. 2001.

BARCIOTTI, O. M. L.; BADUE, A. F. Minimização de resíduos, passaporte sustentável para o século XXI. Gerenciamento Ambiental, São Paulo, ano 4, n. 18, p.33-40, jan-fev. 2002.

BERTUSSI FILHO, Curso de Resíduos de Serviço de Saúde: gerenciamento, tratamento e destinação final. Curitiba. Associação Brasileira de Engenharia Sanitária, 1994, 61p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resíduos Sólidos. In: Manual de Saneamento. Brasília: [s.n], 1999, p. 203-263.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente - FNMA, FQA. Modelo de Gestão Integrada dos Resíduos Sólidos Urbanos. Brasília: [s.n], 2000, 183p.

FREITAS, E. Soluções alternativas ampliam vida útil dos aterros. Saneamento Ambiental, São Paulo, ano 12, n. 77, p. 16-19, jun. 2001.

LIMA, W. D. et al. Diagnóstico do sistema de coleta e disposição final dos resíduos sólidos domiciliares da cidade de Mossoró - RN. In: SIMPÓSIO LUSO-BRASILEIRO DE ENGENHARIA SANITÁRIA E AMBIENTAL. 11. 2004. Natal. Anais em CD Room ... Natal: ABES, 2004.

MATOS, S. V., SCHALCH, V.; PAULA JUNIOR, D. R. Oportunidades de minimização de resíduos na indústria de celulose e papel. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENGENHARIA SANITÁRIA E AMBIENTAL. 20. 1999. Rio de Janeiro. Anais em CD Room ... Rio de Janeiro: ABES, 2004.

MIRANDA, C. Projeto de aproveitamento total de resíduos. Gerenciamento Ambiental, São Paulo, ano 3, n. 13, p. 50-51, jan/fev. 2001.

MOTA, S. Saneamento. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e Saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 405-429.

REMIGIO, A. F.N. Estudo do processo do tratamento aeróbico conjugado de resíduos sólidos orgânicos. 2001. 91f. Dissertação (Mestrado em engenharia civil), Universidade Federal da Paraíba, Campina Grande.

SEGURANÇA e Medicina do Trabalho. Manuais de Legislação, São Paulo: Atlas, 1997, p. 93-96.

SISSINO, C. L. S. Resíduos Sólidos, Ambiente e Saúde: uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: FIO CRUZ, 2000, p. 41-57.

APÊNDICE A

1) Situação do domicílio:

a) endereço: _____
b) nº de pessoas que moram no domicílio: _____

2) Grau de escolaridade:

( ) 1º grau completo ( ) 2º grau completo ( ) 3º grau completo
( ) 1º grau incompleto ( ) 2º grau incompleto ( ) 3º grau incompleto
( ) analfabeto

3) Renda mensal da Família:

( ) Menos de 1 salário mínimo
( ) 1 salário mínimo
( ) Mais de 1 salário mínimo

4) Na sua avaliação a coleta de lixo na sua rua é:

( ) boa ( ) melhor que antes
( ) ótima ( ) boa ruim / péssima
( ) não sabe ( ) outros

5) Qual o destino do lixo doméstico?

( ) Caixa coletora ( ) no rio ( ) enterra
( ) terreno baldio ( ) queima ( ) coleta pública

6) Qual a freqüência de coleta pública do lixo?

( ) diária ( ) 2 vezes por semana
( ) não tem coleta ( ) 3 vezes por semana
( ) outros

7) Que tipo de mal, você acha que o lixo colocado de forma incorreta provoca?

( ) doenças ( ) poluição do ar, solo e água
( ) não provoca males ( ) prejuízo na agricultura

8) De que maneira o lixo doméstico é acondicionado? *(como você junta o lixo na sua casa?)*

( ) saco plástico ( ) vasilhame de pneu
( ) balde plástico ( ) outros

9) Você aproveita algum material que normalmente vai para o lixo?

( ) sim ( ) não

10) Quantidade média de resíduos gerados /dia:

( ) 500g ( ) 800g ( ) 700g
( ) 900g ( ) 1kg