

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Departamento de Apoio à Descentralização

I.^a Expogest – Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS

Prêmio Eleutério Rodriguez Neto

**Eixo I: Organização da Atenção Integral em Saúde
Resumos dos Trabalhos e Grandes Conversas**

Série B. Textos Básicos de Saúde

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 dessa obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:
<http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2006 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Departamento de Apoio à Descentralização
Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede,
3º andar, sala 350
CEP: 70058-900, Brasília – DF,
Tels: (61) 3315-3442 / 3315-3480
Fax: (61) 3226-9737
E-mail: dad@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br>

Gabriela Jacarandá Alves
Iandara de Moura Silva
Simone Barcelos dos Santos
Simone Lacerda Pedersoli
Stefanie Kulpa

Projeto Gráfico:

Tatiana Nassif Derze

Revisão de Texto:

Rejane de Meneses
Yana Palankof

Coordenação:

André Luiz Bonifácio de Carvalho
Lumena Almeida Castro Furtado

Colaboração:

Fundação Nacional de Arte – FUNARTE

Organizadores da Publicação:

Raquel Turci Pedroso
Renata Barbosa Santos

Parceria:

Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS
Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização.

1.ª Expogest: Mostra nacional de vivências inovadoras de gestão no SUS: prêmio Eleutério Rodriguez Neto: eixo 1: organização da atenção integral em saúde: resumos dos trabalhos e grandes conversas / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

498 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 85-334-1286-X

1. Atenção à saúde. 2. Política de saúde. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Série.

NLM W 84

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/1238

Títulos para indexação:

Em inglês: 1.ª Expogest: National Exhibition of Innovative Management Experiences in the SUS: Eleutério Rodriguez Neto Prize: Axis 1: Integrated Care Organization in Health: Works Summaries and Large Conversations

Em espanhol: 1.ª Expogest: Muestra Nacional de Vivencias Innovadoras de Gestión en el SUS: Premio Eleutério Rodriguez Neto: Eje 1: Organización de la Atención Integral en Salud: Resúmenes de los Trabajos y Grandes Conversas



APRESENTAÇÃO





APRESENTAÇÃO

No período de 04 a 07 de junho de 2006 o Ministério da Saúde, através da Secretaria Executiva com coordenação do Departamento de Apoio à Descentralização (DAD), em articulação com todas as áreas do MS e tendo como parceiros a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), realizou em Brasília a 1ª EXPOGEST – Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão do SUS.

Este conjunto de 3 publicações é dedicado à divulgação das experiências apresentadas e vivenciadas na 1ª EXPOGEST - Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão do SUS, na qual foram definidos três eixos temáticos que orientaram a organização do evento, a inscrição dos trabalhos e a elaboração destas publicações. Cada eixo corresponde a uma revista. São eles:

- Eixo 1: Organização da atenção integral em saúde;
- Eixo 2: Gestão do cuidado em saúde;
- Eixo 3: Condução do sistema de saúde.

Mas a história deste evento não pode ser contada a partir do momento de sua realização, pois o seu desenho teve início em meados de 2005 e contou com intensas horas de trabalho e reflexão sobre o momento desse grande encontro, no qual o diálogo, a conversa e a troca das experiências no campo da gestão fossem os objetivos a serem alcançados. Para tanto o Departamento de Apoio à Descentralização buscou realizar uma articulação com as diversas áreas do Ministério da Saúde aproveitando ao máximo as outras experiências já construídas. Com os parceiros, foram definidos os temas e as formas de acolher todos aqueles que nos grandes centros ou nas pequenas cidades, nas regiões urbanizadas ou nos lugares mais longínquos, estavam produzindo e apresentando mudanças na gestão do SUS.

Conhecer as diferenças, respeitar a diversidade, aprender com a experiência do outro, acreditar que o que cada um e todos fazem na busca da qualificação da gestão são movimentos importantes para a consolidação do SUS. Isto orientou o trabalho de preparação da EXPOGEST.

O desenho da Mostra buscou facilitar a criação de espaços de conversa e troca, colocando os trabalhos inscritos no centro das atividades. Como os trabalhos foram inscritos sob a forma de vídeos, fotos, teatros e apresentações musicais, foram criados espaços específicos para cada tipo de apresentação, o que possibilitou discussões e reflexões importantes sobre cada experiência.

Para facilitar o aprofundamento das discussões em torno de cada eixo foram criadas as *Grandes Conversas*, assim como 27 rodas de conversa que tiveram seus temas definidos a partir de cada eixo. As *Grandes Conversas* referentes à cada eixo estão reproduzidas neste conjunto de publicações.

A adesão dos gestores e profissionais da saúde à EXPOGEST superou todas as expectativas. Contamos com a participação de 27 estados e um conjunto grande de municípios o que nos leva a afirmar que “o Brasil veio a Mostra”. Na 1ª Expogest pudemos ver, sentir, vivenciar e experimentar um pouco do muito que se está fazendo para a consolidação do SUS no Brasil.

No intuito de incentivar o empenho de todos na qualificação do processo de gestão do SUS foi instituído o Prêmio Eleutério Rodriguez Neto que revelou a qualidade dos processos de gestão do SUS em diferentes espaços, com atores comprometidos com os princípios do SUS.

A convivência nos diversos espaços criados serviram para confirmar que a prática do diálogo, da cooperação e da

solidariedade são fundamentais para manter vivos os nossos ideais e fortalecermos nossa posição de defesa da saúde como direito de cidadania.

Por fim a 1ª Expogest somou como espaço de reflexão sobre a necessidade que temos de persistir e resistir na defesa intransigente da saúde como uma política pública inclusiva que contribua para a construção de uma sociedade mais justa e solidária.

Estas publicações possibilitam a divulgação de forma mais ampla das experiências apresentadas na Mostra, contribuindo para a qualificação deste processo cotidiano de construção do SUS, envolvendo tantos atores, em cada pedaço deste grande e plural território brasileiro.

José Agenor Álvares da Silva
MINISTRO DA SAÚDE

A large, stylized graphic of a tree with a thick trunk and several branches, rendered in a light orange color against a dark red background. The tree is positioned on the left side of the page, with its trunk extending towards the right.

SUMÁRIO





SUMÁRIO

Ordem alfabética por autor

21 :: Introdução

27 :: Grandes Conversas

41 :: Resumos

- 41 :: Adail Afrânio Marcelino do Nascimento – *Saúde da família como força social e política no âmbito da promoção da saúde*
- 43 :: Adna Moreira de Oliveira Santos – *Projeto aquarela*
- 45 :: Adriana Cavalcante Ferreira – *Implantação das ações para eliminação da hanseníase através da assessoria técnica regionalizada no estado do Tocantins (2005)*
- 47 :: Adriana de Magalhães Dourado – *As estratégias de ação da vigilância sanitária no carnaval de Salvador (BA - 2006)*
- 49 :: Adriana Prestes do Nascimento Palú – *Percurso histórico da saúde bucal em Apucarana*
- 50 :: Adriana Prestes do Nascimento Palú – *Saúde bucal e educação: uma parceria*
- 51 :: Adriane Feitosa Valadares – *Vigilância da febre amarela no Tocantins*
- 53 :: Adson Roberto França Santos – *Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: política do estado brasileiro, compromisso de todos!*
- 55 :: Afrânio Coelho de Oliveira – *Programa de controle do câncer de mama*
- 57 :: Alana Soares Barreto Brandão – *Análise da situação do câncer de colo do útero no estado da Paraíba*
- 59 :: Alberto Luiz Alves de Lima – *Implementação do sistema informatizado de dispensação farmacêutica nas unidades de saúde da cidade do Recife em 2005 e 2006*
- 61 :: Aldecides A. Santana – *Gestação e pré-natal*
- 62 :: Alessandro Farias Pantoja – *Programa nascer bem e viver feliz em Araguaína: uma experiência inovadora em gestão*
- 64 :: Alice Werner – *Atendimento multiprofissional a pessoas com deficiências mentais na tri-fronteira*
- 66 :: Aline Gomes de França – *Projeto Pair nos jateamentos e marmorarias*
- 68 :: Aline Mierzva – *Implantação do exame para detecção do estreptococo do grupo b na rotina do pré-natal no município de Irati (PR)*
- 69 :: Alline Jesuino de Oliveira – *Odontologia de atenção precoce: uma proposta inovadora no norte do país*
- 71 :: Álvaro Rodrigues de Freitas – *Fatores que desencadeiam o uso de drogas em mulheres jovens*
- 73 :: *cadastradas no PSF do paraíso em Santa Cruz (RN)*
Alvimar Botega – *Assistência farmacêutica básica e o programa hiperdia*
- 75 :: Ana Carolina de Sousa Barroso – *Equipe multiprofissional na hipertensão arterial sistêmica: uma abordagem preventiva*
- 77 :: Ana Cláudia Medeiros de Souza – *Análise da cobertura do programa saúde da família do município de João Pessoa nos anos de 2004 e 2005*
- 78 :: Ana Elza de Andrade Tavares Almeida – *Comunidade Assistida*



- 80 :: Ana Kelve de Castro Damasceno – *Projeto agente mirim de vigilância em saúde*
- 81 :: Ana Luzia Batista de Góis – *Acupuntura: a ampliação do seu uso nos serviços públicos como opção eficaz, natural e de baixo custo*
- 83 :: Ana Valeria Escolástico Mendonça – *Uma nova visão administrativa para o Crio na perspectiva de atendimento excelente para o cliente SUS*
- 85 :: Andréa Bonilha Bordin – *Cartilha nutricional “você é o que come”*
- 86 :: Andréa Bonilha Bordin – *Vigilância nutricional: vigiar para proteger à vida*
- 87 :: Andréa Bonilha Bordin – *A cantina saudável*
- 88 :: Andréa Corrêa Santos – *Comitê de planejamento familiar*
- 90 :: Andréa Gonçalves da Silva – *Policlínica regional de Itaipu: reorganizando o processo de trabalho*
- 92 :: Andréia Cristina da Silva Barro – *Leite materno: como e para que oferecê-lo*
- 93 :: Anhressa Araújo Fagundes Romeiro – *A estratégia macro-regional de capacitações para implantação do sistema de vigilância alimentar e nutricional (Sisvan no Brasil)*
- 94 :: Ângela Beatriz Schwerz – *Planejamento familiar*
- 96 :: Angélica Maria Adurens Cordeiro – *Implantação da unidade saúde escola na Universidade Federal de São Carlos: caminhos e desafios*
- 98 :: Antônia Maria Britto de Jesus – *Vigiando a saúde do folião durante o carnaval de Salvador (BA – 2006)*
- 100 :: Antônio Bezerra Rocco – *Projeto quadra limpa, saúde perfeita*
- 101 :: Antônio Jorge de Souza Marques – *Rede de transporte sanitário*
- 103 :: Aparecida Linhares Pimenta – *Estratégia de gestão da rede básica de amparo*
- 105 :: Ariane Tiago Bernado de Matos – *Intervenção educativa na diabetes gestacional*
- 107 :: Augusto César de Oliveira Rodrigues – *Vigilância da qualidade da água de consumo humano e monitoramento das doenças diarreicas agudas no distrito sanitário I da cidade do Recife*
- 109 :: Beatriz Figueiredo Dobashi – *Campo Grande e o desafio de estruturar a atenção básica nas grandes cidades*
- 111 :: Benedita Maria da Silva – *Dificuldades das visitas domiciliares na área rural*
- 112 :: Bernadete Aparecida Tavares Cunha – *A saúde bucal no PSF de Diadema*
- 114 :: Bernadeth Maia Mazza César – *Regulação de oferta de especiades como forma de equidade*
- 116 :: Brenda Carla Lima Silva – *Diagnóstico da situação de saúde e satisfação do usuário em uma área rural de Planaltina (DF)*
- 118 :: Carla Pedra Branca Valentim Silva – *Oficina de saúde mental: uma estratégia na formação de recursos humanos para consolidação do SUS*
- 120 :: Carla Sena Leite – *Portal Fiocruz: o desafio da equidade de informação num mundo globalizado*
- 121 :: Carlos Eduardo Mariz Neves – *Gerência de território: uma nova estratégia de gerenciar distritos sanitários*
- 123 :: Clara Ilza Lemes de Oliveira – *Teatro: todos contra a dengue*
- 125 :: Cláudia Adriani Traesel – *Criança saudável: um trabalho de integração entre os diversos serviços implicados no cuidado à saúde da gestante e da criança no município de Três Passos (RS)*
- 127 :: Cláudia Luciana Mascena Veras – *Avaliação do perfil de atendimento hospitalar no município de João Pessoa*
- 128 :: Cláudia Luciana Mascena Veras – *Avaliação do pacto dos indicadores da atenção básica em João Pessoa*
- 130 :: Cláudia Ramos Marques da Rocha – *Projeto remédio em casa*
- 132 :: Cleide Aparecida Freire – *Implantação da farmácia de manipulação em Santana de Parnaíba*
- 134 :: Cleuza Fialho – *Atuação do grupo de saúde do consórcio intermunicipal de saúde da região do Grande ABC*
- 136 :: Conceição de Maria Barbosa Kawano – *A saúde no sistema prisional do DF*



- 138 :: Cristiane de França Barros – *Dificuldades enfrentadas X soluções encontradas para prestar atendimento no PFS rural*
- 140 :: Cristina Dominguez Ortins – *Estudo de caso do programa de saúde da família unidade do subúrbio ferroviário (Salvador - BA)*
- 142 :: Daniela Jacobsen Grando – *Saúde bucal + SUS = qualidade?*
- 143 :: Daniela Maria Raulino da Silveira – *Epidemiologia da hepatite B na Amazônia: atuação da atenção básica na prevenção da transmissão vertical*
- 145 :: Danielle Soares Cavalcante – *Apoio integrado na Amazônia legal: uma estratégia para apoiar e cooperar com o fortalecimento e a qualificação da gestão descentralizada do SUS*
- 146 :: Dario Francisco Olivet Salles – *Pacto de gestão pela saúde 2006 – Noas 01/02 / regionalização: perspectivas e dificuldades na operacionalização da saúde pública odontológica no SUS*
- 150 :: Denise Elaine Garozi – *Equipe gestora da atenção básica no município de Marília*
- 151 :: Douglas Augusto Schneider Filho – *Organização da atenção básica e pactuação de planos de trabalho para as Ubs de Diadema através de oficinas de gestão*
- 153 :: Edlene de Freitas Lima Rocha – *Assistência fisioterapêutica domiciliar na zona rural: superando os desafios*
- 154 :: Edna Maria Covem – *Planejamento estratégico: um instrumento de gestão para a vigilância sanitária?*
- 155 :: Edna Maria Covem – *Sensibilização de gestores municipais: uma estratégia de fortalecimento do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária em Goiás*
- 157 :: Edsaura Maria Pereira – *Gestão democrática e controle social no SUS - estudo da consulta ampliada para indicação dos gerentes das unidades básicas de saúde de Goiânia (2001)*
- 159 :: Edson Aguilar Perez – *Utilização do sistema informatizado hiperdia no programa de saúde da família*
- 160 :: Edson Aguilar Perez – *Sistema informatizado hiperdia: cadastro e acompanhamento de pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes*
- 161 :: Eisenhower Alves de Brito Segundo – *Organização da acessibilidade do usuário ao sistema SUS utilizando a cobertura de 100% do PSF em Patos*
- 163 :: Elaine Aires Nunes – *Prevenção consciente: arraias sem dengue!*
- 164 :: Eliana Arroyo Rston – *Promoção de saúde trailer oftalmológico na gestão de saúde pra a diminuição do absenteísmo nas consultas oftalmológicas em crianças e adolescentes*
- 165 :: Eliana Márcia Sotello Cabrera – *Uma experiência bem sucedida de parceria entre a liga de saúde integral da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e equipe de saúde da família de Talhado na busca ativa de hipertensos e/ou diabéticos no território da ESF (2005)*
- 167 :: Elke Galvão Aragão – *A experiência do município de Medeiros Neto (BA) na detecção ativa da hanseníase*
- 169 :: Eloá de Carvalho Lourenço – *Avaliação da satisfação do usuário do Centro de Saúde Dr. Carlos Eduardo Epaminondas do Bairro Jardim Imperial (Cuiabá - MT)*
- 171 :: Ercília Gama de Oliveira – *Saúde mental na atenção básica de saúde: uma parceria com as equipes de saúde da família*
- 174 :: Eugênio Luiz Lazarotto – *I Congresso de Saúde no coração do Mercosul*
- 176 :: Eugênio Luiz Lazarotto – *Palestras educativas sobre cisticercose*
- 177 :: Eugênio Luiz Lazarotto – *I Congresso de Odontologia no coração do Mercosul*
- 178 :: Eulina Helena Ramalho de Souza – *Programa viva mulher em Monteiro (PB): um exemplo de comprometimento e gestão compartilhada entre as três esferas governamentais*
- 180 :: Fabiano Demétrio Zequetto – *Vivências positivas no combate a dengue no município de Sorocaba (SP)*
- 182 :: Fábio Aragão Kluthcovsky – *A construção da integralidade em um município de pequeno porte*
- 184 :: Fábio Aragão Kluthcovsky – *A expansão do programa saúde da família na construção da integralidade em um município de médio porte*



- 186 :: Fabíola Herbst Rodrigues – *Mutirão da saúde*
- 188 :: Fátima Regina da Cal Seixas – *Projeto amigos da amamentação*
- 190 :: Felipe Villela Gomes – *Plantas medicinais e fitoterapia no SUS: programa de fitoterapia no SUS em Juiz de Fora (MG)*
- 192 :: Fernanda Barros do Nascimento – *Multiplicadores em saúde bucal*
- 193 :: Fernanda Barros do Nascimento – *Gincana da saúde*
- 194 :: Fernanda de Oliveira Sarreta – *A gestão colegiada para a implementação do SUS e a formação dos trabalhadores na loco-região de Franca (SP)*
- 196 :: Flávia de Oliveira Gontijo Assis – *Um dia de cidadania: programa família saudável e projeto hip-hop pró-ativo*
- 197 :: Floribelle Castillo Carrasquel – *Carnaval com saúde: viva a mulher!*
- 199 :: Francisco das Chagas Teixeira Neto – *A utilização do plano de ação no planejamento da estratégia saúde da família de Brasilândia do Tocantins (TO)*
- 200 :: Gabriella Morais Duarte Miranda – *O acesso a cirurgias eletivas em Jabotão dos Guararapes: um projeto em construção*
- 202 :: Gilson Geraldo de Oliveira – *Atenção clínico-ginecológica: a população feminina adulta e adolescente no município de Serrinha (RN)*
- 203 :: Giovana Míriam Brückmann – *Agroindústria: descobrindo potenciais e proporcionando qualidade de vida*
- 205 :: Gisele Rocco Pereira – *Efetividade da atenção em saúde bucal na estratégia da saúde da família*
- 206 :: Graziela Hamann de Freitas – *Humanização do pré-natal: um compromisso interdisciplinar*
- 208 :: Guilherme Böck – *Implantação de equipe de PSF em unidade mista de saúde: relato de uma experiência inovadora*
- 209 :: Guilherme Böck – *O papel da enfermeira na prevenção do cancer cérvico-uterino e de mama no município de Paraíso do Sul: uma proposta de trabalho*
- 210 :: Guilherme Böck – *O Pacs e PSF como experiência de efetivação do princípio de universalização do direito à saúde: análise dos dados de assistência farmacêutica*
- 211 :: Guiomar Maria da Silva – *Saúde mental na atenção básica*
- 213 :: Heitor Fernando Xediek Consani – *Análise dos resultados imediatos e dos indicadores administrativos da criação de Centro Especializado em Cirurgia da Hérnia Inguinal (CCH) com a utilização da tela Phs® (Prolene hernia system)*
- 215 :: Helen Altoé Duar – *O acompanhamento das condicionalidades do setor saúde no Programa federal de transferência de renda: bolsa família (PBF - 2005)*
- 217 :: Hermelina Pereira C. Rodrigues – *Drogas: fuja desta idéia*
- 218 :: Iane Sousa Veloso Ribeiro – *Descentralização do diagnóstico e tratamento da tuberculose: uma ação bem sucedida*
- 220 :: Iracelis Fátima de Moraes – *Multimistura: uma experiência de participação popular e integração da equipe de saúde*
- 221 :: Iracema de Almeida Benevides – *Gestão da qualidade da atenção básica com o projeto avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família (AMQ)*
- 222 :: Iride Cristofoli Caberlon – *Política de enfrentamento à violência doméstica no ciclo de vida: enfoque no idoso*
- 223 :: Ivano Humbert Marchesi – *Estratégia de implantação do sistema nacional de informação em saúde no município do Rio de Janeiro*
- 224 :: Jane Akemi Nonaka Aravechia – *Combatendo a hipertensão arterial através do teatro*
- 226 :: Jane Akemi Nonaka Aravechia – *Teatro saúde da criança: informando e divertindo*
- 227 :: Jane Akemi Nonaka – *Por que as mães do setor veredas I não compareceram com seus bebês ao PFS para iniciar o programa cárie zero?*
- 229 :: Jane Suely de Melo Nóbrega – *Tratamento ortodôntico ao alcance de todos*



- 231 :: Jaqueline da Rosa Monteiro – *Internação psiquiátrica em hospital geral: uma política prioritária em saúde mental no Rio Grande do Sul*
- 233 :: Jaqueline Nicacio Pereira – *Papel do ACS na promoção de saúde*
- 234 :: Jaudete Silva Frontino de Nadai – *Parcerias: uma possibilidade de qualificação profissional na saúde pública*
- 236 :: Jeane Ludovico Mariano – *Agente comunitária de saúde em ação: informando a comunidade sobre saúde bucal*
- 238 :: João Batista Oliveira Maia – *Regional itinerante: uma nova abordagem*
- 239 :: João Batista Silva – *Programa cidadão consciente: a socialização da informação em saúde*
- 241 :: Jonilda Hugem Souza Vieira – *A importância da intersetorialidade na atuação do agente comunitário de saúde: um relato de experiência no município de Itajaí (SC)*
- 243 :: Jorge Otavio Maia Barreto – *A reestruturação da secretaria municipal de saúde de Piripiri*
- 245 :: Jorge Otavio Maia Barreto – *O desafio da assistência farmacêutica*
- PREMIADO** 247 :: José Carlos de Almeida Júnior – *O controle social como coadjuvante na gestão democrática participativa dos centros de referência em saúde do trabalhador: a experiência do Cest-Recife*
- 249 :: José Carlos de Almeida Júnior – *Implantação das ações de vigilância em saúde do trabalhador utilizando-se da metodologia do modelo operário italiano no município de Recife*
- 251 :: José Jerônimo L. Damasceno Ferreira – *Samu Metro II (RJ): experiência em gestão regionalizada*
- 253 :: José Joaquim Vasconcellos – *Projeto silicose em jateamentos e marmorarias*
- PREMIADO** 255 :: José Roberto Barreto Saraiva – *Operação inverno gaúcho 2005*
- 257 :: José Vadir de Araújo Alencar – *Projeto ecossistêmico de controle da dengue*
- 259 :: Josemar Siquara Marinho – *Centro de especialidades odontológicas*
- 260 :: Josemar Siquara Marinho – *Policlínica: busca de qualidade na atenção especializada no SUS*
- 261 :: Josenaide Engracia dos Santos – *Roda da saúde: serviço, comunidade e universidade para consolidação do SUS*
- 263 :: Júlia Emília Vaz Sette Câmara – *Definição de prioridades a partir das informações em saúde*
- 265 :: Juliana Colen de Paula – *Ouvidoria pública de saúde de Belo Horizonte: SOS saúde*
- 267 :: Júlio Augusto de Souza Mota – *Experiência de implantação de conselho local de saúde em Marau (RS)*
- 269 :: Julio César Marchi – *O planejamento local de saúde como ação estruturante numa nova gestão de saúde: a experiência de Itajaí (SC)*
- 270 :: Júnia Guimarães Mourão Cioffi – *Implantação dos padrões de atendimento nas unidades da Hemominas*
- 272 :: Karen Avilez de Andrade – *Controle de qualidade de mamadeiras dos lactários municipais de Guarulhos no período de 03/2005 a 03/2006*
- 273 :: Karen Suyan Clezar Fantini – *Transição do modelo assistencial em odontologia: uma proposta de humanização no município de Itajaí*
- 275 :: Kátia Maria de Almeida Correia – *Documento norteador: uma proposta para a organização de serviços na rede básica*
- 276 :: Kenia Rocha de Almeida – *Magnólia: uma flor que renasce no rosário*
- 278 :: Lenir Peres de Oliveira – *Gestão do processo de saúde no sistema penitenciário*
- 279 :: Letícia Maria Tosto Cuoco Muniz – *Projeto de vivências de medidas alternativas nas instituições*
- 281 :: Lia Augusta Sampaio de Souza – *Comissão regional de políticas públicas de prevenção e controle da Aids da Dir II em Santo André (SP): quinze anos de atividades*
- 283 :: Liane Santiago Andrade – *Informatização da programação da atenção básica: a experiência do estado da Bahia*
- 284 :: Liane Santiago – *Programação da atenção básica: uma ferramenta para a organização dos serviços básicos de saúde*



- 285 :: Lilian Nunes de Oliveira Machado – *Atuação da vigilância sanitária em equipe móvel no carnaval de Salvador*
- 287 :: Livia Teixeira de Souza – *O desafio de reestruturar o modelo assistencial com garantia de equidade no município de Jaboatão dos Guararapes*
- 289 :: Lucely Moraes Pio – *Alimentação alternativa*
- 291 :: Lúcia Regina Ortiz Lima – *Análise do perfil de morbimortalidade no município de Araraquara*
- 293 :: Luciene Maria de Carvalho – *Descentralização em prevenção de incapacidades e assessoria*
- 294 :: Lucimara Silva Mangas Catarino – *Funcraf e seus passos pela história*
- 296 :: Luís Antônio Benvegnú – *A atenção integral à saúde em Santa Rosa (RS)*
- 298 :: Luís Fernando Nogueira Tofani – *Construindo uma vida saudável*
- 299 :: Luis Fernando Rolim Sampaio – *Programação para gestão por resultados na atenção básica*
- 302 :: Luiz Manoel de Freitas – *O profissional da saúde bucal x PSF: uma nova forma de atuar*
- 304 :: Luiz Manoel de Freitas – *“O mal que nos fizeram”: perda precoce dos dentes*
- 306 :: Maja Cristina Toledo Alvesw – *Construindo um programa de atenção básica com o apoio de enfermeiros de equipes de Pacs*
- 307 :: Makissoel Souza de Araújo – *Agentes comunitários de saúde: equipe de saúde bucal de Veredas I e as atividades preventivas na comunidade*
- 308 :: Marcelo Bacci Coimbra – *Avaliação de risco como estratégia de organização das ações de saúde bucal na saúde da família*
- 309 :: Marcelo Ferreira Gonçalves – *Saúde em cores*
- 311 :: Márcia Aparecida de Souza Tomé – *Protocolo técnico de atenção integral à saúde do idoso*
- 313 :: Márcia Aparecida de Souza Tomé – *Proposta preliminar do plano estadual de saúde do idoso*
- 315 :: Márcia Furquim de Campos Arrivabene – *Prevenção com população adulta em situação de rua*
- 316 :: Márcia Gasparini Canuto – *Sistema de referência e contra-referência no município de Aparecida de Goiânia*
- 317 :: Márcia Ramos de Azevedo – *Saúde mental X saúde social*
- 319 :: Márcio Pantaleão Ghiu – *A integralidade e as especialidades médicas no programa de saúde da família da Fundação Zerbini: a experiência do ambulatório de oftalmologia da unidade de saúde Vila Espanhola*
- 321 :: Márcio José Villard Aguiar – *Vigilância em saúde e controle de vetores no Rio de Janeiro: interlocuções com o controle social e a Aneps-RJ*
- 322 :: Marcos César Valério Ameida – *O processo de trabalho da equipe multiprofissional nas ações do programa saúde da família de Mandaguari*
- 326 :: Marcos Elizeu Marinho de Oliveira – *Programação pactuada e integrada interestadual: relato da experiência de Mato Grosso -Rondônia e Amapá - Pará*
- PREMIADO** 328 :: Marcos Pierre Machado de Souza – *Pac (Programa de agentes comunitários de saúde): um elo de amor e humanização com a comunidade*
- 329 :: Marcos Pierre Machado de Souza – *Desafios encontrados pelo supervisor PFS/Samambaia na manutenção da harmonia do quadrilátero*
- 331 :: Maria Aparecida Nunes – *As mulheres de Veredas I e o grupo de terapias ocupacionais*
- 332 :: Maria Cristina de Oliveira Marques – *Região integrada de desenvolvimento do Distrito Federal e entorno (Ride-DF): regionalização*
- 333 :: Maria da Graça Gomes Paiva – *Pim: uma política de saúde pública inovadora para a primeira infância no Rio Grande do Sul*
- 334 :: Maria da Guia de Oliveira – *Mobilização da comunidade em torno de promoção a saúde em área rural do DF*
- 336 :: Maria de Fátima Silva Pontes – *O programa de internação domiciliar - Pid (Natal – RN)*
- 338 :: Maria Dionísia do Amaral Dias – *A análise epidemiológica subsidiando ações preventivas na atenção básica: a questão do suicídio em Amparo (SP)*



- 339 :: Maria Elaine Esmério – *Vila Icarai: uma experiência de trabalho intersetorial e comunitário*
- 341 :: Maria Inês Gândara Graciano – *Criação e implementação de uma rede nacional de cooperação e intercâmbio técnico-científico entre associações de portadores de lesões lábio-palatais do país*
- 342 :: Maria Luisa Fernandes Tostes – *Mortalidade infantil: uma proposta de intervenção no distrito sanitário nordeste*
- 344 :: Maria Terezinha Zeferino – *Organização do serviço de oxigenoterapia domiciliar prolongada no estado de Santa Catarina*
- 346 :: Maria Vilany de Jesus Batista Gomes – *Dot's: uma experiência compartilhada que deu certo em Patos (PB)*
- 348 :: Marilene Cruz de Oliveira – *A implantação do serviço de ouvidoria do hospital geral Dr. Waldemar Alcântara: um espaço permanente a serviço da participação do cidadão-usuário*
- 350 :: Marilú Garrido Lourenço – *Estratégia permanente na busca ativa da vacinação no município de São Caetano do Sul*
- 351 :: Mariluce Dantas Soares – *Redimensionamento do processo de trabalho – estratégia de implantação do colegiado de gestão microrregional – um novo modelo de gestão nas células regionais de saúde do Ceará*
- 353 :: Mariluce Lares Coutinho – *A saúde começa pela boca*
- 354 :: Marisa da Matta Aprile – *Seguimento multiprofissional das crianças pré termo em hospital municipal universitário*
- 356 :: Marisa da Rocha – *O planejamento local de saúde como instrumento de diagnóstico da realidade das comunidades do município de Itajaí (SC)*
- 358 :: Marla Fernanda Kuhn – *Gestão em saúde ambiental: a experiência da coordenadoria geral de vigilância em saúde (CGVS) em Porto Alegre*
- 360 :: Marla Regina Pavoni Gallina – *PSF: um diferencial na qualidade de assistência*
- 361 :: Marlene dos Santos Pedroso – *Experiência bem sucedida na construção do laboratório municipal de saúde pública no município de Guarulhos (SP)*
- 364 :: Marlene dos Santos Pedroso – *Experiência bem sucedida na implantação e implementação do tratamento supervisionado e busca ativa dos sintomáticos respiratórios no município de Guarulhos-SP*
- 366 :: Marta de Fátima Rodrigues da Cunha Guidacci – *Programa de atendimento ao paciente asmático do DF*
- 368 :: Marta Helena Buzati Fert - *Inovação Institucional e Gestão Participativa: Monitorando e Avaliando Mudanças na Modelagem da Atenção e da Gestão Hospitalar no Grupo Hospitalar Conceição*
- 370 :: Marta Meditsch – *Repercussão do programa Saúde da Família na saúde da criança do município de Matelândia*
- 372 :: Martha Helena Oliveira Noal – *Fórum permanente regional de saúde mental do Vale do Rio Pardo*
- 374 :: Mary Anne Fontenele Martins – *A experiência do comitê consultivo de vigilância sanitária no âmbito da comissão intergestores tripartite*
- 376 :: Mauricelia Sousa Costa – *Importância das parcerias no programa de Saúde de Família*
- 377 :: Mirella Maria Soares Vêras – *Núcleos de atenção integral no saúde da família (Naisf): a experiência de Sobral (CE)*
- 379 :: Moisés Silva Santos – *Condições de vida e situação de saúde da população do bairro Itapemirim: uma proposta de vigilância em saúde*
- 380 :: Mônica Loureiro Müller Pessoa Costa – *Ciesp: consórcio intermunicipal de especialidades*
- 382 :: Mônica Maria Henrique dos Santos – *O processo da construção da assistência farmacêutica regionalizada no estado de Pernambuco*
- PREMIADO** 383 :: Neide Aparecida Silocchi – *Assistência farmacêutica no município de Rondonópolis (MT)*
- 385 :: Nilcema Figueiredo – *Sorriso melhor: construindo a saúde bucal coletiva no Recife (PE) entre 2001-2006*



- 387 :: Nilcema Figueiredo – *Serviço de urgência odontológica 24 horas: um passo na consolidação do modelo de atenção em saúde bucal no Recife (PE)*
- 388 :: Nivaldo Carneiro Junior – *Equidade e saúde: construindo políticas públicas de atenção à saúde para a população em situação de rua na cidade de São Paulo*
- 391 :: Odaiz Cilene de Andrade Machado – *Campanha internacional de prevenção a DST/Aids*
- 393 :: Osmundo Nogueira Gonzaga – *Os desafios e caminhos da “re-tomada” da gestão da saúde no município de Medeiros Neto (BA)*
- 395 :: Paulo Henrique Mendes Teixeira – *Descentralização das ações de controle do programa de hanseníase no município de Colinas (TO): encontros e desencontros*
- 396 :: Paulo Henrique Mendes Teixeira – *Projeto Afrodite: organizados e prevenidos temos cidadania*
- 398 :: Paulo José Xavier Costa – *Caravana da saúde*
- 400 :: Pedrita da Cunha Sales Pereira Montenegro – *Programa anti-tabagismo realizado em área rural do DF*
- 402 :: Peterson Marco de Oliveira Andrade – *Promoção da integralidade na atenção básica*
- 404 :: Peterson Marco de Oliveira Andrade – *Processo de trabalho da fisioterapia na atenção básica*
- 406 :: Rebeca Cavalcante Britto Santos – *Projeto sorriso nota 10*
- 408 :: Régia Adriana Oliveira Monteiro – *Odontologia ao alcance de todos*
- 410 :: Regina Célia Paz da Silva Ramos - *Ação Kalunga*
- 411 :: Rejane Maria Pereira – *Controle social do SUS: estudo de caso no Conselho Municipal de Santana do Acaraú (CE)*
- 412 :: Renata Pititto – *Relato de experiência da ação da visa do município de Umuarama (PR) junto as instituições hospitalares: cumprindo as normas sanitárias a partir de um acordo mutuo e pactuado*
- 413 :: Renato Codeceira Lopes Gonçalves – *Saúde bucal no programa de saúde da família do município de Duque de Caxias*
- 414 :: Renilza Silveira Amorim Souza – *Atenção a crianças menores de 05 anos em alta hospitalar: a experiência do município de Vitória (ES)*
- 416 :: Renilza Silveira Amorim Souza – *Busca ativa de nascidos vivos: a organização da atenção à saúde da criança munícipe de Vitória (ES)*
- 418 :: Rita de Cássia Franco Rego – *Construindo a articulação entre a vigilância e a atenção à saúde em Lauro de Freitas (BA – 2005)*
- 420 :: Roberto dos Reis Ferreira Cortês – *Territorialização: uma alternativa de acesso a população da área rural aos serviços de saúde*
- 421 :: Roberto Onório Miele – *Centro de referência materno infantil de Bento Gonçalves (RS)*
- 423 :: Rosana Aparecida Garcia – *Baile da Felicidade: um exemplo de parceira entre serviço de saúde e comunidade*
- 424 :: Rosana de Castro Silveira Pimenta – *Pesquisa para verificar a satisfação do cliente referente atendimento do hospital*
- 426 :: Rosane Scssel Garcia – *Ferramenta para controle de dietas online*
- 428 :: Rosane Tumelero Fanchin – *Central informatizada de procedimentos subsistema integração monitoramento da integralidade da atenção a saúde a usuários do SUS/Curitiba*
- 428 :: Roseine Fortes Patella – *Sistema de vigilância materno-infantil (Sisvimi) em Santos (SP)*
- 431 :: Roselee Pozzan – *Organização da rede de serviços de saúde para a prevenção de amputações em diabéticos na cidade do Rio de Janeiro*
- 433 :: Rosemeire Aparecida da Silva – *A política de saúde mental de Belo Horizonte*
- 435 :: Rosinete Fátima Ferreira Neto – *CLS-Floresta: em processo permanente de construção das suas articulações e relações especiais com os gestores do SUS e áreas afins*
- 437 :: Rossana Cristina Xavier Ferreira Vianna – *A mortalidade materna e infantil como articulador na gestão e atenção à saúde*



- 439 :: Sandra Duarte Nobre Mauch – *O programa família saudável em Santa Maria (DF) e o controle da tuberculose*
- 441 :: Sandra Elis Pereira de Oliveira – *O processo de implantação da política de humanização no município de Santo André*
- 443 :: Sandra Regina Mendonça Lemos – *Participação social: avanços e perspectivas*
- 445 :: Sandra Valéria Martins Pereira – *Da organização curricular a práxis de enfermagem como expressão concreta do cuidado integral da população: experiência da parceria entre o curso de enfermagem da UniEvangélica e a Secretaria de Saúde do município de Anápolis (GO)*
- 447 :: Sandro Madaleno Correa Taques – *Municipalização da saúde em Acorizal (MT)*
- 449 :: Sheila Maria Santiago Borges – *A implantação do programa saúde da família na cidade de Fortaleza (CE)*
- 451 :: Sheila Maria Santiago Borges – *PSF em Fortaleza: análise de situação da área de abrangência do bairro Praia do Futuro no município de Fortaleza (CE)*
- 453 :: Silvana Corrêa de Barros Lampert Sagave – *Percepção das equipes de saúde da família no campo de atuação: um relato de experiências do município de Itajaí (SC)*
- 455 :: Silvani Botlender Severo – *Integralidade na política de saúde mental através da gestão colegiada*
- 457 :: Silvia Bonilha Bagatelli – *Sensibilização dos profissionais de PSF do município de Irati em busca ativa de casos de hanseníase e avaliação de incapacidades*
- 458 :: Silvia Moreira da Silva – *A redução de danos como estratégia para o cuidado com populações vulneráveis no município de Santo André (SP)*
- 459 :: Silvio Antonio Franceschini – *Construção de parceria universidade-serviço: um relato de experiência*
- 461 :: Sirlei Alves – *Compreendendo os sentimentos dos estudantes de enfermagem diante do ser louco*
- PREMIADO** 463 :: Sônia Lansky – *A gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal*
- 465 :: Sonia Maria Souza – *Programa de proteção à gestante no estado de Sergipe*
- 467 :: Soraia Roges Jordy Sant Ana – *Desafios e ousadia da implantação das políticas do SUS no país: iniciativas do Tocantins*
- 469 :: Susan Carla Pereira Rodrigues – *Ações de controle e eliminação da hanseníase: relato de experiência na atenção básica à saúde*
- 471 :: Tania do Rocio Ferreira – *Campanha internacional integrada do dia mundial da saúde*
- 473 :: Tazmânia Gomes de Medeiros Oliveira – *Clisam - clínica integrada de saúde da mulher: uma conquista na atenção secundária*
- 474 :: Tazmânia Gomes de Medeiros Oliveira – *Ludoterapia em saúde*
- 475 :: Telma de Lourdes Pascutti – *Projeto ribeiro*
- 477 :: Vanessa Murta Rezende – *Sistema integrado de saúde das fronteiras (Sis fronteiras)*
- 479 :: Vânia de Cássia de Araujo Dutra – *Promoção da saúde nas escolas: implantação dos núcleos de saúde escolar*
- 480 :: Vera Lúcia Alves de Oliveira – *Gestão em rede: enfrentar a violência contra crianças e adolescentes*
- 482 :: Vera Lúcia Batista Borges – *Implantação do serviço de transporte inter-hospitalar*
- 484 :: Vera Lúcia de Azevedo Dantas – *Manifestações da gente: o teatro construindo redes de articulação e socialização do saber em saúde*
- 485 :: Vitória Carvalho Cardoso – *Prevenção da sífilis congênita*
- 487 :: Walquyria Maria Pimentel Santos Lopes – *CTA integrando prevenção e assistência*
- 489 :: Washington Luiz Abreu de Jesus – *Laboratório de gestão e participação social em Alagoinhas (BA): a construção das diretrizes de um modelo de co-gestão coletiva*
- 490 :: Wilson Ayach – *Estágio supervisionado multiprofissional regional*
- 492 :: Zelionara Pereira Branco – *Organização da rede básica através da estratégia saúde da família: a experiência do município do Rio Grande (RS)*
- 494 :: Créditos**





INTRODUÇÃO





INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) e em conjunto com todas as suas Secretarias e áreas; em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com a colaboração da Fundação Nacional de Arte do Ministério da Cultura (FUNARTE/MC), promoveu a Iª EXPOGEST - MOSTRA NACIONAL DE VIVÊNCIAS INOVADORAS DE GESTÃO NO SUS e o Prêmio Eleutério Rodriguez Neto, de 04 a 07 de junho de 2006, em Brasília/DF.

A Iª EXPOGEST pretendeu divulgar e premiar vivências de gestão desenvolvidas por equipes do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, Secretária Municipais de Saúde, Serviços de Saúde. Incluíam-se ainda instituições de ensino, organizações não governamentais, Conselhos de Saúde e Movimentos Sociais que participam ou participaram de vivência na formulação e desenvolvimento de práticas de gestão inovadora e transformadora.

Teve como objetivo mobilizar os atores de gestão do SUS, fortalecer o processo de gestão descentralizada e compartilhada entre as três esferas de governo e de destacar os esforços de mudança, inovação e transformação na gestão, visando superar obstáculos que têm dificultado a consolidação do SUS.

A constituição do SUS parte do conceito de saúde que implica a complexidade, a diversidade e a amplitude da produção da vida. Portanto, a gestão do SUS deve buscar dar conta de pensar e organizar um sistema de saúde que corresponda ao conceito abrangente de saúde como expressão da qualidade de vida.

Nesse sentido, foi adotado como dimensão para análise das vivências os princípios norteadores do SUS como a universalidade, integralidade e equidade.

A universalidade compreendida como a possibilidade de fazer a gestão do sistema de saúde de forma inclusiva e dando conta das necessidades de saúde da população nas suas distintas expressões e dimensões, oportunizando acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade.

A integralidade como um princípio de organização contínua do processo de trabalho, permitindo a ampliação da leitura e intervenção sobre os problemas enfrentados pelos usuários. A organização dos serviços no sentido de realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população. Nessa perspectiva a integralidade da atenção à saúde envolve a idéia da clínica ampliada, segundo a qual o centro da atenção se desloca do profissional isolado para a equipe responsável pelo cuidado; e da doença para a pessoa que corre o risco de adoecer, para os modos como ela adocece e para a realidade em que ela vive. Envolve o trabalho em equipe multiprofissional, a ação intersetorial, o conhecimento e a capacidade de trabalhar com as informações epidemiológicas, demográficas, econômicas, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas de impacto regional, estadual e nacional.

A equidade trazendo o elemento diferenciador com o tom da priorização das ações e sua respectiva gestão e a identificação da integralidade com a organização dos serviços e das práticas de saúde na busca de uma necessária e efetiva horizontalização e articulação entre as ações presentes nos serviços de saúde.

Os trabalhos inscritos reveladores de práticas de gestão capazes de direcionar a política de saúde para a efetivação dos princípios do SUS com qualidade foram sistematizados nos seguintes eixos:

EIXO 1 – Organização da Atenção Integral em Saúde.

EIXO 2 – Gestão do Cuidado em Saúde

EIXO 3 – Condução do Sistema de Saúde

PRÊMIO ELEUTÉRIO RODRIGUEZ NETO

O Prêmio “Eleutério Rodriguez Neto” da Iª EXPOGEST - MOSTRA NACIONAL DE VIVÊNCIAS INOVADORAS DE GESTÃO NO SUS, representou um incentivo às vivências inovadoras e transformadoras na gestão, relacionadas ao SUS e ao reconhecimento do mérito dos atores envolvidos.



Tendo como referência os resumos dos trabalhos e a apresentação dos pôsteres durante a mostra foram atribuídos quatro prêmios por eixo temático, totalizando 12 (doze) premiações e mais uma feita através de votação direta dos participantes da mostra. O prêmio correspondeu a um recurso financeiro no valor de R\$10.000,00 a cada trabalho premiado, sendo metade para o autor e a outra metade para a instituição onde a vivência se realizou.

Eleutério Rodriguez Neto¹

Nasceu em Campinas (SP), em 21 de Julho de 1946.

Graduou-se em medicina, em 1970, pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília/UnB. Na universidade teve a oportunidade de conviver com um conjunto de pessoas igualmente inquietas e em busca de novas alternativas de organização pedagógica, acadêmica e social. Como também a oportunidade de uma prática participativa, compartilhando responsabilidade que transcendia aos estudos individuais. Tratava-se de construir uma nova Universidade para um Brasil novo. A experiência foi fundamental para sua formação pessoal, para seu interesse na área pedagógica e na saúde, por seus aspectos sociais e coletivos.

Em 1971, cursou na mesma faculdade residência em Clínica Médica, uma área mais abrangente em termos de formação, sem desvincular-se do compromisso com o tipo de abordagem que se pretendia imprimir ao ensino médico na Universidade de Brasília.

Interrompeu o segundo ano de residência para cursar o mestrado em Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/FMUSP. Esse foi outro grande marco de sua vida profissional, pois tomou contato com um novo instrumental de abordagem dos problemas médico-sanitários, a chamada medicina social, mediada pelas próprias Ciências Sociais, que o orientaram para sua prática profissional e docente.

Entre 1972 e 1973, foi professor do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP.

Em 1979, tornou-se mestre em Medicina Preventiva pela mesma faculdade com a dissertação *Integração Docente Assistencial em Saúde*.

Em 1974, impossibilitado de ingressar no corpo docente da USP por censura política, foi trabalhar no Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde (NUTES), da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, onde estava sendo implantado, mediante cooperação técnica com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), o Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde (CLATES).

Formalmente sua carreira docente iniciou-se na UFRJ. Em 1975, foi admitido por concurso público interno, de prova e títulos, para professor assistente da UFRJ.

No CLATES desenvolveu a atividade de consultor de recursos humanos, influenciando tanto os programas de pós-graduação da UFRJ, como muitos outros projetos de reforma de ensino da saúde no Brasil e em vários países da América Latina.

Em 1980, ingressou no Ministério da Previdência e Assistência Social, como Coordenador de Planejamento e Estudos da Secretaria de Serviços Médicos até 1982. Foi destacada sua atuação na formulação do “Plano de Reorientação de Assistência à Saúde Previdenciária”, elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981. Representando o Ministério da Previdência e Assistência Social, integrou a Comissão de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil e a Comissão Nacional de Residência Médica.

Entre 1983 e 1984, atuou no INAMPS, como Diretor do Departamento de Planejamento, onde estruturou as Ações Integradas de Saúde (AIS).

Eleutério desempenhava estas atividades com competência e afinco e era marcante sua motivação política e ideológica, com grande capacidade de formulação política e com um discurso claro e determinado. Desenvolveu neste período intensa articulação entre grupos docentes e pesquisadores nas universidades, e gestores e técnicos nos serviços de saúde, destacando-se como uma liderança do movimento sanitário brasileiro, já então denominado de movimento pela Reforma Sanitária.

Participou da criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e foi presidente da entidade entre 1980/1981 e 1991/1993 e vice-presidente na gestão 1994/1996. Em 1986 passou a integrar seu Conselho Consultivo. Foi membro do Conselho Editorial da Revista do CEBES de 1987 a 1991.

Foi vice-presidente da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), gestão 1986/1987.

Na Nova República foi indicado como Secretário Geral do Ministério da Saúde quando, a partir de um espaço privilegiado, participou da organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ainda nesse período, representou o país no Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em 1986, passou a exercer uma função de acompanhamento da ação governamental no campo social, como subchefe para acompanhamento da Ação Governamental do Gabinete Civil da Presidência da República. Ao mesmo tempo, dedicou-se à organização do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, onde desenvolveu intenso e produtivo trabalho de assessoria parlamentar aos constituintes em relação ao capítulo da Seguridade social. Ocupou também a função de diretor do Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares da UnB.

Em 1990 foi deslocado da UFRJ para a UnB, onde foi professor adjunto IV no Departamento de Saúde Coletiva.

¹ Memórias, Memorial - Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro/RJ - n° 28 – p. 100-104, julho 2003.



Nesse mesmo ano foi admitido por concurso de provas e títulos como assessor legislativo da Câmara dos Deputados.

Na esfera do Poder Legislativo contribuiu para a causa da saúde e da criação e consolidação do SUS.

Entre 1975 e 1995 desenvolveu múltiplas consultorias para a Organização Pan-americana da Saúde (OPS/OMS) em Washington, D.C., EUA, PAHO/HQ, Genebra, Argentina, Colômbia, Equador, Honduras, Costa Rica, México, Chile, Bolívia, Peru, Brasília, Quebec/Canadá, Rio de Janeiro.

COMO FOI A MOSTRA

Estiveram presentes na Mostra 2.800 pessoas implicadas com a gestão do SUS, de diversas regiões do Brasil, compartilhando as suas práticas e vivências.

A estrutura e organização da Mostra buscou privilegiar espaços múltiplos de debate, troca e reflexão crítica sobre as vivências compartilhadas, se diferenciando do formato de congressos.

Durante os quatro dias da EXPOGEST, os participantes transitaram pelos diversos espaços constituídos.

No primeiro dia contou-se com a presença de Ariano Suassuna, escritor e dramaturgo, que versou sobre “Saúde no Imaginário Popular”, ajudando a desvelar as lacunas do conhecimento que separam os cuidadores da saúde, da população que necessita dos serviços de saúde. Nas Grandes Conversas, nos dias subseqüentes, ao final da tarde, convidados dialogaram com os trabalhos expostos, de acordo com os eixos: Organização da atenção integral em saúde – Amélia Cohn, Eugênio Vilaça Mendes e Rubem Mattos; Gestão do cuidado em saúde – Adalberto Barreto, Célia Regina Pierantoni e Maria Luisa Jaeger; Condução do Sistema de Saúde – Carmem Teixeira, Francisco de Assis Machado e Rogério de Carvalho.

Durante todos os dias, ocorreram simultaneamente, a exposição permanente dos pôsteres e a apresentação dos trabalhos em outros formatos: exposição de fotos e de artes; vídeos; sistemas de informação em saúde; teatro/dança e apresentação musical. Aconteceram também as Rodas de Conversa, organizadas de acordo com os eixos e os seus respectivos temas.

Na sala dos pôsteres, os 846 trabalhos foram expostos de acordo com os temas específicos de cada eixo para melhor visitação e discussão pelo público e pelos autores dos trabalhos dos temas afins. Além da exposição dos pôsteres, duas mostras enriqueceram esse espaço: Festival Internacional de Humor DST/Aids e a Mostra Sociedade Viva – Violência e Saúde, Módulo do sertão à favela: da exclusão à inclusão.

Nas duas salas de vídeos foram organizadas sessões de exposição de 59 vídeos relacionados aos três eixos da mostra. Cada um dos vídeos foi exibido em dois horários diferentes, de forma a

possibilitar o acesso a esta atividade ao maior número possível de participantes da mostra. Além dos vídeos correspondentes a trabalhos inscritos na EXPOGEST foram exibidos vídeos institucionais e documentários relacionados aos eixos da mostra, encaminhados por diferentes áreas do Ministério da Saúde e por organizações não governamentais ligadas aos movimentos sociais da área da saúde.

Na sala de exposições, ocorreu a mostra permanente de fotos de 82 trabalhos e exposição de objetos de arte, referentes a 08 trabalhos.

Na sala de sistema informatizado, foram apresentados 23 trabalhos referentes a sistema de informação em saúde.

Na Tenda Cultural foram apresentados projetos que, através da arte, contribuem para a melhoria da gestão no SUS, do cuidado com o usuário do serviço, a formação de agentes de saúde, e a arte como um meio de transmissão de conhecimentos. As manifestações artísticas foram facilitadoras do encontro entre os participantes.

A maioria das peças inscritas foi informativa sobre determinadas doenças e maneiras de prevenção, como DST/AIDS, tuberculose, e sobre o Sistema Único de Saúde. Somente uma delas tratava sobre o uso do teatro na formação de agentes comunitários.

As Rodas de Conversa constituíram momentos de compartilhamento das vivências/experiências entre os participantes Mostra, com um facilitador para mediar e organizar e um relator para registrar a conversa. As rodas ocorreram durante dois dias da Mostra, sendo que no segundo dia os subtemas se repetiam. Os participantes se inscreveram nas Rodas de Conversa por interesse demonstrada pelos conteúdos dos eixos temáticos e foram disponibilizadas 38 vagas para cada sala.

27 subtemas fizeram parte das rodas:

EIXO 1 - Organização da Atenção Integral em Saúde

1. Território e Regionalização
2. Estratégias para a Integralidade na Atenção à Saúde
3. Organização da Rede de Serviços de Saúde
4. Intersetorialidade na Organização da Atenção
5. Ações de Vigilância em Saúde
6. Consórcios em Saúde
7. Modelos de Atenção à Saúde
8. Ações de Promoção da Saúde

EIXO 2 - Gestão do Cuidado em Saúde

1. Humanização e Acolhimento
2. Equipes Multiprofissionais e Relações entre Gestores, Profissionais de Saúde e Usuários
3. Gestão do Trabalho
4. Cuidando de Cuidadores
5. Educação na Saúde
6. Articulação com Movimentos Sociais e Populares



7. Ações para a Promoção da Equidade
8. Ações de Planejamento do Cuidado do Cidadão

EIXO 3 - Condução do Sistema de Saúde

1. Financiamento em Saúde
2. Pacto de Gestão
3. Programação Pactuada e Integrada
4. Regulação
5. Controle e Auditoria
6. Informações em Saúde
7. Planejamento em Saúde
8. Gestão Participativa
9. Instâncias Colegiadas de Gestão
10. Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
11. Ouvidoria

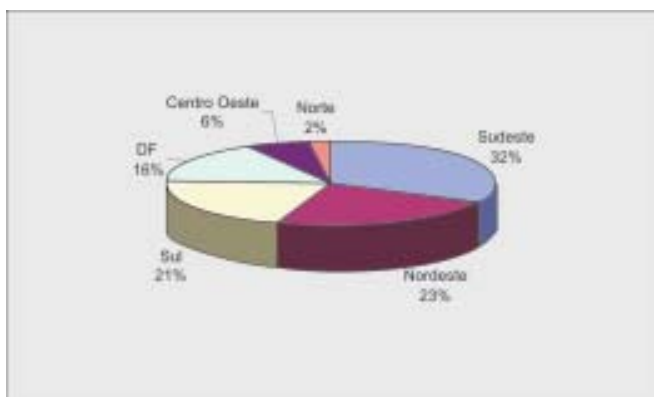
Trabalhos por Eixo

Dos trabalhos aprovados, a maioria se refere ao Eixo 2 – Gestão do Cuidado em Saúde, com 49%, em seguida do Eixo 1 – Organização da Atenção Integral em Saúde, com 31% e do Eixo 3 – Condução do sistema de Saúde, com 20% do total dos trabalhos.



Trabalhos por região

Do total de 846 trabalhos aprovados, destaca-se a região sudeste com 32%, em seguida as regiões nordeste e sul, com 23% e 21% dos trabalhos, respectivamente.





GRANDES CONVERSAS





GRANDES CONVERSAS

FALA INICIAL DO COORDENADOR DE MESA



Dr. Neilton Araújo de Oliveira – Assessor do Ministro da Saúde e Professor da Universidade Federal do Tocantins

Acredito que estamos vivendo um momento muito especial da construção do SUS com a realização da 1ª Expogest, não só pelo tempo político de gestão ou de construção de nosso sistema, mas pelo momento, pela oportunidade que temos de reunir tantas experiências, tantos desafios, tantas

vivências numa troca de experiências.

Eu acho que a idéia de se realizar este evento foi muito feliz, claro que em um momento, também, ainda muito próximo do período eleitoral, mas para dizer que nossa luta pela saúde, que é a luta pela vida, é em todos os momentos, em todos os lugares, de uma forma um pouco diferente, com a cara de cada lugar, com o sotaque de cada lugar. E as formas que elaboramos, que vimos essa comissão elaborar este encontro, também foi muito feliz porque há o momento de cada um trazer seu trabalho escrito, trazer seu trabalho oral, trazer seu filme, trazer seu *folder*, sua manifestação. Estive nos pequenos grupos de conversa, fiz questão de andar em todos os lugares e fiquei impressionado com a alegria das pessoas por estarem conversando, dizendo o que estão fazendo e por saberem o que o outro está fazendo. Os pedidos para tirar fotografias uns com os outros são feitos a todo momento. Então eu acredito que temos uma riqueza enorme nesse nosso encontro, e esse instante, essa grande conversa, para mim é um momento de síntese dessas pequenas conversas, dois a dois, cinco a cinco, das conversas menores que foram sistematizadas e naturalmente também para experimentar um desenho novo. Ghandi dizia que para chegarmos a lugares novos precisamos ter coragem de percorrer novos

caminhos e nós estamos aqui inaugurando uma nova forma de fazer essa conversa.

Aqui não vai ter ninguém que vai só perguntar, ninguém que vai só responder. Nós não teremos aqueles “professores”, e eles (os componentes da mesa) são de fato professores. Temos a alegria e a honra de estar com eles aqui à mesa, mas eles vão também trazer perguntas, vão também trazer questionamentos, vão também trazer dúvidas, e acredito que, principalmente, vão apontar rumos que juntos estamos olhando e tentando caminhar.

FALA INICIAL DOS FACILITADORES

Dra. Amélia Cohn – Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Coordenadora de Pesquisas do Centro de Estudo de Cultura Contemporânea

Nessas ocasiões, no geral, eu aprendo muito mais do que posso transmitir das minhas inquietações como estudiosa da saúde.

Na última década, comecei a refletir sobre a questão da saúde a partir da sua complexidade em termos das relações entre os níveis de saúde da população e as condições sociais em que ela vive. Mas, sobretudo, ampliando minha perspectiva de análise, já que a Constituição afirma que a atenção à saúde é direito de todos, e que a atenção à saúde envolve inúmeros fatores – emprego, salário, habitação, transporte, educação, etc. –, venho tentando estudar e entender a pobreza e as políticas de combate à pobreza, dentre elas as políticas de saúde. Então, em frente aos pôsteres – aliás, vocês estão de parabéns –, o que tentei fazer foi me colocar no lugar de vocês. Eu tinha preparado uma outra fala, mas a deixei de lado. Procurei me colocar no lugar de vocês, gestores, e diante dos leões que vocês têm de matar a cada dia, com o que vocês estão lidando de fato ao desenvolverem suas práticas.

Em primeiro lugar, o gestor tem de dar conta de dois tempos simultaneamente. Quais são esses dois tempos? Aquele da resposta num tempo de governo, porque ele é gestor do Estado, mas em



governos específicos; e no caso da saúde tentar que essas respostas se implantem no interior do Estado e tenham a legitimidade e o apoio da sociedade. E isso não é fácil. E não é fácil porque nós temos uma tradição de um padrão de oferta de saúde que não é o padrão de oferta que faz com que a população reconheça como positiva a integralidade. Ela reconhece como positivo aquele serviço resolutivo para todos os problemas que ela está sentindo naquele momento, mas a integralidade da atenção é algo extremamente mais complexo. Portanto, vocês trabalham ao mesmo tempo com duas questões. De um lado está a integralidade do atendimento do serviço, isto é, ser capaz de dar resposta, ou no serviço, ou no sistema local, e se necessário encaminhar o cidadão para os níveis de maior densidade tecnológica. De outro lado, há o problema da integralidade da atenção à saúde. E ambas são coisas complementares, não são opostas, são distintas. E uma das coisas que me chamaram a atenção nos pôsteres é que essa integralidade do atendimento do serviço, que seria a eficiência, grande parte das experiências, traduz a racionalização do serviço e a facilidade de acesso ao serviço, a disponibilidade de medicamento, a racionalização de gestão. Nesse ponto há uma convergência de interesses entre os governos locais e estaduais e o governo federal, que propõe o Cadastro Único do Programa Bolsa Família como instrumento de gestão, colocando essa população-alvo com a atenção focada na atenção básica.

A segunda coisa é pensar a integralidade da atenção à saúde como uma questão das condições sociais de vida; e como uma questão das condições sociais de vida eu penso na intersetorialidade – e essa é outra “bananosa”. Quando a gente estuda a pobreza, a disputa é para saber quem é o dono dos pobres. É a assistência social, é a previdência, é a saúde, é a educação, quem é? E quem é mais legitimamente o dono dos pobres? Então buscar essa intersetorialidade, que em tese desembocaria na integralidade da atenção à saúde é algo extremamente complicado.

Qual é o outro leão com o qual vocês se defrontam? O pacto federativo brasileiro. Isto é, municípios e estados são concorrentes em programas, em divisão de recursos, e grande parte do tempo dos gestores municipais é gasto procurando como fazer projetos para ter recursos do nível estadual ou do nível federal. E mais do que isso é a questão da disputa intersetorial. E aí nós da saúde não somos nada modestos, pois queremos impor aos demais gestores setoriais o que a gente entende por descentralização ou por intersetorialidade. A racionalidade que tem de reger a descentralização da saúde não é a mesma, necessariamente, daquela de que a educação necessita. Não é a mesma que a política de habitação ou de saneamento utiliza. Mas a saúde quer impor sua lógica de descentralização sobre as outras políticas, quer impor sua intersetorialidade sobre as outras e as outras sobre cada uma, só que a gente felizmente chegou antes e teve uma proposta mais acabada e mais firme nessa questão do que as demais políticas setoriais.

Por último, vou colocar um problema que me preocupa muito em todas as políticas sociais e que tem a ver com a questão da integralidade e da organização dos serviços. Em toda a América Latina, especialmente no caso brasileiro, as políticas sociais, em geral, estão adquirindo uma capilaridade na sociedade que é inédita, como, por exemplo, o PSF e o PACS. Elas estão saindo dos muros dos serviços e indo para a sociedade. Perfeito. Eu estou ampliando o acesso, estou descobrindo necessidades de saúde que o Estado e os serviços desconheciam. Mas eu estou com um fenômeno novo, e esse fenômeno, dependendo do grau de democratização do Estado, pode ser muito bom ou pode ser muito ruim. Qual é esse fenômeno novo? O Estado está entrando na vida privada das pessoas. A atenção básica com o PSF, por exemplo: o agente comunitário de saúde, quando põe o jaleco de agente comunitário de saúde, ele não é sociedade, ele é Estado e ele entra dentro da casa das pessoas e normatiza comportamentos, o que é bom, mas ao mesmo tempo não é. Nos pequenos municípios ou nas pequenas áreas geográficas, isso dá um poder discricionário brutal ao Estado. Aí sim por que eu sempre lutei para que na saúde, na reforma sanitária, não se falasse de controle social da saúde, porque controle social remete à sociedade ou ao Estado controlando os indivíduos; mas sempre defendi o exercício do controle público, isto é, que a saúde disponibilizasse seus dados para o público com o intuito de que a sociedade pudesse efetivamente acompanhar e controlar o poder público.

Mas nesses programas recentes eu estou tendo o que se chama um controle social. Qual é o controle social? Vejam bem. Bolsa Família tem condicionalidade. Eu participei do programa Bolsa Família, da sua formulação e, durante o ano subsequente, da sua implantação. A condicionalidade tem como função muito mais legitimar o programa junto à sociedade, porque como existe preconceito contra o pobre, não se pode dar nada de graça. Qual é o pobre que quer ver seu filho doente e que não o leva para vacinar? Qual é o pobre que não quer pôr o filho na escola? Para eles, pôr filho na escola significa tirar da violência e do perigo da rua e pode ser uma garantia de ele fugir da condição de vida de seus pais. Por outro lado, o que eu tenho? Um monitoramento da condição de vida dessas famílias. Eu acho que aí sim está a responsabilidade da integralidade, dos gestores, que buscam a integralidade na atenção à saúde. A responsabilidade é de todos nós, caso contrário nós podemos estar construindo aquele Estado todo-poderoso que vai controlar milímetro a milímetro nossa vida privada. Eu acho que nesse sentido os nossos desafios são enormes.

Dr. Eugênio Villaça Mendes – Consultor de Saúde Pública

Há vários modos de tratar a questão da integralidade. Vou tratar da integralidade da rede de atenção à saúde. O SUS acaba de completar 15 anos, entrando, portanto, em sua adolescência. Os



resultados alcançados são impressionantes. Seus números falam por si mesmos: 12 milhões de internações, 1 bilhão de procedimentos, 2 milhões de partos, 150 milhões de consultas médicas. Além disso, os resultados, em termos de níveis de saúde, são muito favoráveis. Se há avanços a celebrar, há desafios enormes a superar.

Um desafio importante está no modelo de atenção à saúde praticado e que se expressa na dificuldade de melhorar os indicadores relativos às doenças crônicas. Antes de entrar nessa discussão, eu queria fazer uma categorização que vou utilizar:

A epidemiologia, convencionalmente, divide as doenças em doenças transmissíveis e doenças não transmissíveis. Essa é uma boa tipologia para estudos epidemiológicos, mas não dá conta da questão da organização dos serviços. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde propôs, recentemente, uma outra categorização dividindo as condições e as doenças em condições crônicas e condições agudas. Condições crônicas são aquelas doenças ou condições que têm curso de vida longo, superior a três meses e que, em geral, não se autolimitam, nem são curáveis, mas cuidáveis; as condições agudas são aquelas que têm um tempo de vida curto, em geral se curam e se autolimitam. Então, condição crônica são todas as doenças crônicas e mais um conjunto de doenças transmissíveis, que não sendo crônicas, são condições crônicas, porque têm curso longo e não se autolimitam, como HIV-Aids, hanseníase, tuberculose, etc.

Uma análise da situação da saúde no Brasil feita por meio de estudo de carga das doenças mostra que ela é determinada em 75% por condições crônicas e apenas em 25% por condições agudas. Essa situação epidemiológica tem sido denominada como dupla carga da doença. O modelo de atenção à saúde prevalecente no SUS é voltado para as condições agudas, seja voltado para as doenças agudas, seja para os momentos de agudização das condições crônicas, por intermédio de unidades de pronto-atendimento ambulatoriais e hospitalares. Mesmo a atenção primária à saúde é influenciada fortemente por esse modelo de atenção à demanda espontânea da população em busca da atenção às urgências. Isso significa que há, no SUS, uma grave crise do modelo de atenção à saúde, expressa na incoerência entre uma situação epidemiológica de dupla carga das doenças, com 2/3 de condições crônicas, e um modelo de atenção voltado para as condições agudas. Essa é a razão pela qual estamos perdendo a batalha em relação às condições crônicas. Basta um dado para ancorar essa afirmação: a taxa de mortalidade padronizada por doenças crônicas é duas vezes superior no Brasil em relação ao Canadá. Como superar isso? Significa mudar radicalmente a forma como nós estamos organizando o sistema de saúde, ou seja, transitar de um modelo voltado para as condições agudas – que a população valoriza muito e da qual é a principal vítima, para um modelo voltado para o enfrentamento das condições crônicas. Isso significa, e aí tomo o problema da integralidade, sair do modelo hierárquico do SUS para a construção de redes

horizontais de atenção à saúde, nas quais não há hierarquia entre os pontos de atenção. Nas redes de atenção à saúde poliárquicas, todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes, mas essa rede da saúde tem uma singularidade: ela tem o centro de comunicação numa atenção primária à saúde resolutive e coordenadora. Então, se nós quisermos dar conta da situação epidemiológica de dupla carga da doença, nós só vamos conseguir isso estruturando redes integradas de atenção à saúde. E o que são redes integradas de atenção à saúde? São, no fundo, a articulação de um sistema de serviços que permita prestar uma atenção integral a uma determinada população, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, com a tecnologia certa e responsabilizar-se pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população.

Uma rede de atenção à saúde compõe-se de um conjunto de, pelo menos, quatro grandes componentes. O primeiro são os pontos de atenção à saúde, os nós da rede, lugares onde se produzem produtos de saúde segundo funções de produção singulares: é a atenção domiciliar, é o ambulatório especializado; o hospital tem vários pontos de atenção dentro dele. Esses pontos estão conectados por uma central de comunicação que se localiza na atenção primária à saúde. O segundo componente são os sistemas de apoio. Há de se organizar o sistema de assistência farmacêutica e o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico. O terceiro componente de uma rede são os sistemas logísticos. É o que dá a possibilidade dos fluxos e também dos contrafluxos das pessoas e das coisas dentro do sistema. Significa a implantação de um cartão de identidade, cartão SUS ou similar, de prontuários eletrônicos, dos sistemas de transporte sanitários e das centrais de regulação. Por fim, o quarto componente é a gestão da rede de atenção à saúde, que transcende a idéia de gestão dos pontos de atenção à saúde por governar as relações entre eles. O SUS só enfrentará com sucesso a situação epidemiológica que o Brasil tem hoje se organizar redes de atenção à saúde com esses quatro componentes, de forma integrada. Isso me introduz uma preocupação. Quando eu andava pela exposição, eu via – e essa é uma demonstração exuberante da vitalidade do SUS – os inúmeros trabalhos de boa qualidade que se apresentaram. A pergunta que eu me fazia era: Como é que se pode integrar tudo isso? Uma Secretaria tem um belo trabalho de um sistema de transporte. Um outro trabalho é relativo aos prontuários clínicos. Outro já mostra a experiência de atenção domiciliar terapêutica. Alguns municípios, como Amparo e Curitiba, já articulam várias respostas aos seus problemas.

Os problemas de saúde são complexos e demandam soluções complexas e sistêmicas. Não serão resolvidos com soluções tópicas, por melhores que sejam. Esse é o desafio que se coloca para o SUS: articular respostas sociais aos problemas de saúde sob a forma de redes integradas de atenção à saúde. É o único modo de enfrentar a grave crise do modelo de atenção à saúde do SUS e de responder, adequadamente, à situação epidemiológica brasileira.



Dr. Ruben Mattos – Professor Adjunto e Diretor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Coordenador Adjunto do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde

Para discutir uma questão que é roubada pelos pôsteres, me traz à tona, um pouco para conversar, tentando apontar a resposta, a partir do que vi nessa mostra. Não vi tudo, vi apenas uma parte, mas que fala

da vitalidade do SUS. É interessante, a gente vive quando proporciona um evento como esse, de grande importância, uma certa tensão. Uma tensão entre trabalhos bons ou experiências interessantes. É porque se tratam de experiências, de vivências as mais diversas que se apresentam, mas nós não inventamos ainda uma outra forma senão por meio de apresentações de trabalhos. Mas eu prefiro não vê-los como trabalhos. Eu prefiro não ver vocês como autores de trabalhos, mas como atores de experiências, valorizando este lado da história. Isso coloca uma questão muito importante no campo da reflexão: a vitalidade do SUS se expressa por um enorme conjunto de experiências vivenciadas um pouco e por toda parte. Estou usando aqui uma expressão de um sociólogo, Boaventura de Sousa Santos, mas acho que é bem pertinente. A gente não encontra nos pôsteres, nas experiências, nenhuma experiência, digamos, plena de organização dos serviços para a integralidade. Eu diria, que bom! Porque se tivéssemos encontrado, correríamos o risco de transformá-la num modelo e tentar sair repetindo por aí. O que a gente encontra é o esforço de muitos atores absolutamente materializado, procurando, a partir de condições muito distintas – políticas, técnicas, institucionais, de participação popular – construir um pouco a organização do serviço de saúde pautado pelos valores do SUS. Nesse sentido o SUS oferece-nos um campo de experimentação social muito fértil, muito rico, e aí eu queria, unindo alguns dos eixos dessas experiências, pensar um pouco sobre elas, o que elas estão colocando, que desafios são colocados?

Primeira coisa: o que foi classificado nesse eixo. Deve-se dizer que a integralidade, por exemplo, transborda completamente qualquer eixo, mas, enfim, o que foi colocado nesse eixo é que há um grande conjunto de experiências que são propostas de organização dos serviços que buscam dar respostas a alguns problemas de saúde. Isso é uma coisa muito presente: vários trabalhos sobre a questão do câncer de mama, da hanseníase, da tuberculose, a questão do diabetes,

aliás, alguns desses trabalhos mostram que, de fato, temos conseguido, pelo menos em alguns lugares, produzir impactos importantes sobre algumas doenças crônico-degenerativas, sobre algumas doenças crônicas. Vi alguns resultados até de dimensões concretas. Existe um fervilhar dessas questões. Mas eu queria convidar, compartilhar um pouco das indagações que faço sobre essas experiências. Abordando algumas das questões que ainda nos fazem ser um pouco e não todo, e sermos ainda espalhados.

Uma primeira indagação que eu acho que se tem de fazer ao olhar as experiências é a seguinte: algumas dessas experiências se orientam para responder às questões mais afilivas epidemiologicamente, há uma grande prevalência do câncer de mama, precisamos ampliar a possibilidade do acesso inicial, do acesso precoce, sabemos que isso é muito bom, melhora determinadas questões de saúde das pessoas. Mas aí a pergunta para ficar no ar: E a reconstrução cirúrgica de mama das mulheres mastectomizadas no tratamento? A primeira indagação que eu gostaria de fazer, para que todos nós pensássemos é: Em que medida o esforço de resposta a alguns problemas de saúde abrange de maneira ampliada todo o...???? de ações que são disponíveis e necessárias para garantir o direito à saúde? Essa pergunta é a primeira pergunta de reflexão, de extensão da integralidade, que está presente efetivamente num grande conjunto de experiências, mas que talvez precise de um desafio maior nosso, como atores, de estender um pouco mais para realmente termos formas de resposta ao câncer de mama, ao diabetes e a outras doenças.

O segundo elemento que eu queria colocar como questão é que esse esforço de organização – que às vezes é feito por uma pessoa só, às vezes é feito por grupos, às vezes é feito por secretarias, por gestores (essas são as condições de partida diferenciadas, volto já a elas), esse tipo de abordagem que enfatiza resposta a alguns problemas de saúde – não necessariamente responde às outras necessidades que as pessoas que sofrem e vivem com essas doenças têm. O risco que a gente tem é de não superar os velhos modelos verticais de resposta. É claro que há experiências muito interessantes que sinalizam possibilidades de ampliação horizontal, no sentido de, por exemplo, perceber alguma oportunidade ou até de aproveitamento de oportunidades. Estou fazendo uma ação, mas estou vendo as outras. Falo da perspectiva de aumentar um pouco esse nosso esforço de horizontalização, de compreensão de que uma pessoa que tem diabetes não pode ser um diabético: ela é uma pessoa que *tem* diabetes e *tem* várias outras necessidades de saúde. A gente não pode aceitar essa redução da pessoa à identidade dela ter uma doença. Temos de olhar o resto. Como é que essas experiências, as nossas experiências de construções, caminham no sentido de responder mais amplamente às necessidades daqueles que sofrem por uma doença e que têm um modo de vida fortemente restrito por ela, mas que têm outras necessidades de saúde muito mais amplas?



A terceira questão que eu queria colocar, provocando a continuidade da conversa, diz respeito exatamente a um reconhecimento: as condições das experiências que vocês apresentam como atores protagonistas que constroem o SUS no dia-a-dia são condições muito diferentes. Mas os trabalhos pouco falam delas. Os trabalhos pouco dizem das condições de construção. A gente vai percebendo isso pelas pequenas pistas: é o trabalho de um cirurgião-dentista aqui; é o trabalho de uma prefeitura que tem vários trabalhos e que claramente se reconhece que tem uma gestão colocada ali..., varia. Às vezes é uma equipe, mas a gente não sabe das outras equipes dos municípios. As condições que possibilitam o avanço dessas experiências não estão explicitadas e talvez mereçam que a gente possa pensar nisso.

Essa situação traz um problema extremamente complicado para a comissão que vai avaliar as experiências. Como avaliar experiências que são produzidas partindo de condições políticas e institucionais completamente diversas? De repente, a grande inovação do SUS está numa pequena experiência, conduzida individualmente por um profissional em condições absolutamente hostis. De repente, um grande gestor de uma secretaria municipal de saúde, de uma prefeitura, que tem uma série de iniciativas, pelas condições favoráveis poderia muito mais... Enfim, na verdade, esse parâmetro não existe. Talvez nas rodas de conversa valha a pena compartilhar isso para que possamos entender um pouco melhor as condições de possibilidade de construção dessas experiências.

E no último minuto que me resta nessa primeira rodada, a pergunta que faço é a seguinte: Sem olhar as condições de produção dessas experiências, como imaginar aquilo que Eugênio chamava de generalização delas, como imaginar o processo de torná-las mais do que um pouco por toda parte, torná-las uma coisa mais presente? Porque isso depende da montagem de estratégias, e se essas estratégias dependem da gente, temos de saber onde é que estamos conseguindo e por que isso está sendo conseguido em determinadas condições. Tem de haver a gestão conjunta da secretaria municipal comprometida com o projeto político de defesa do SUS? Sem dúvida isso ajuda, mas o que essa Mostra aponta é que não precisa, pois tem muita coisa que pode ser feita em condições um pouco diferentes. Tem de haver um certo modelo de organização de rede? Ótimo se tiver, mas também essa Mostra aponta uma outra coisa: na ausência de um modelo ótimo de redes, tem muita coisa que pode ser construída e que está sendo construída concretamente.

Para encerrar essa primeira consideração, o que essa Mostra nos mostra é que a experiência não errou. Muitas das coisas que estão apresentadas poderiam ser consideradas por alguns como possibilidades, mas elas aconteceram. O fato de estar podendo vê-las acontecer, o fato de essas conversas de todas as formas, pequenas e grandes, acontecerem mostra que é possível: é possível

construir formas de organização nos serviços de saúde pautadas pelos valores do SUS, que ajudem a produzir, mais do que impactos epidemiológicos, a vida digna do nosso povo.

CONSIDERAÇÕES DOS PARTICIPANTES

Participante 1 – SP

Estamos muito honrados de retornar a Brasília numa Mostra Nacional de Vivências do SUS. Estivemos aqui em 2004 na segunda Mostra Nacional de Saúde da Família apresentando a primeira pesquisa que tínhamos feito no curso de especialização em Saúde da Família da Unesp/Botucatu sobre a identidade do agente comunitário de saúde. Queríamos saber quem são essas pessoas que saem da comunidade e vêm nos ajudar a cuidar da saúde dos seus concidadãos. E por que vêm, o que as traz? Por quê? Acreditamos que a motivação que as traz, as experiências de vida que trazem essas pessoas para a equipe de saúde são materiais, conhecimento rico e importante, talvez fundamental para que a gente possa capacitá-las para o trabalho que realmente vêm fazer, para que possamos avaliar se o que elas fazem realmente é o que a comunidade precisa, e não partir apenas das nossas pressuposições – baseadas num modo de vida às vezes muito diferente do delas. Os resultados que nós achamos em uma pesquisa fenomenológica sobre a experiência de ser agente, o que é essencial para ser agente comunitário de saúde, trouxemos para Brasília, e ficamos muito motivados porque 58 pessoas pediram cópia do nosso trabalho, sendo a maior parte delas de agentes comunitários de saúde do Brasil inteiro. Isso confirmou que usamos um caminho da experiência essencial do ser humano e não de uma coisa que é restrita a uma região.

Continuamos, formamos um grupo de pesquisa com agentes comunitários de saúde que se apropriaram daquele conhecimento e reescreveram nossa pesquisa com suas condições de entendimento e de vivência, e hoje nós fazemos o mesmo processo de releitura, com textos de outros autores que se relacionam com os termos encontrados na identidade do agente comunitário. Gostaríamos de presentear a Mesa com um exemplar do nosso livro e agradecer muito pela profundidade com que a integralidade da saúde está sendo abordada aqui. Porque saúde não é só assistência: construir conhecimento também é saúde.

Participante 2 – PE

Falar sobre integralidade é sempre complexo em diversos níveis, incluindo o profissional que está na ponta, o gestor federal, o gestor estadual, o gestor municipal, o controle social. Mas uma coisa que me angustia é um princípio básico: não tem como a gente trabalhar a integralidade se a gente não trabalha a organização de rede. Não temos como trabalhar a organização de rede se não trabalharmos



a organização de cuidado. E não temos como trabalhar a organização de cuidado se nós, como profissionais de saúde, não entendermos o ciclo da vida e o ciclo da doença. Preocupa-me muito como trabalhamos os programas, esse modelo que a gente continua repetindo com uma visão muito focal. Não só os programas, mas o sistema de informação, o sistema de gestão, sem integralidade. Então, eu acho que esse é o momento de a gente repensar como está trabalhando. Trabalhar a integralidade também em nível institucional. Então é essa a preocupação que trago para vocês, considerando as dificuldades de quem trabalha em uma Secretaria. Sabemos que isso também ocorre no Ministério: é preciso conseguir integrar para descobrir a integralidade.

Participante 3 – SP

Eu queria colocar para a mesa pelo menos duas questões, para não me estender muito: uma é se a integralidade não é apenas e tão-somente uma utopia. Utopia na seguinte perspectiva: um lugar a ser perseguido e talvez nunca alcançável. E aí a questão: A perseguição dessa utopia ou desse lugar não existente ajuda hoje a construir o SUS?

Como segunda questão, abordada principalmente na fala da Amélia e do Ruben: se nós teríamos três tipos de integralidade. Talvez nem pudéssemos então fazer uma similitude com o singular, o universal e o particular. E então pergunto se o mais importante na construção do SUS não seria essa singularidade ou a construção de uma integralidade do sujeito, da pessoa. Aí, quando você fala da história do câncer de mama, como o problema mais importante... Não sei se é mais. "Mais" é muito difícil quando estamos falando das pessoas, do sujeito, da vida. Pois tão importante quanto compreender que redes eu tenho de construir para tratar o câncer de mama, fazer o necessário diagnóstico precoce, tratar o câncer, posteriormente fazer a reabilitação, reconstruir a mama, etc. é compreender quem é essa pessoa, qual é o seu caminhar na vida, como é que ela chegou a ter seu câncer de mama, como é que ela vive com isso, ou quem é ela mesma sem o câncer de mama. Essa é uma singularidade que aparece nas falas, mas eu acho que deveria ficar explícita. E isso na minha opinião é mais importante que a construção das redes. Sem deixar as redes de lado. Que sujeitos são esses que nós cuidamos?

Além disso, uma última questão: É possível ter um profissional, o tal do generalista, que faça essa integralidade? Eu acho que não. E se isso não é totalitarismo, na medida em que eu estou buscando essa integralidade por intermédio de uma única pessoa, ou de um único sujeito que se transforma numa grande equipe e carrega o SUS nas costas. Acho que são questões instigantes para pensarmos.

Participante 4 – BA

Gostaria de aproveitar essa oportunidade para parabenizar os organizadores do evento, acho que está muito bem organizado e apresentado.

Na verdade, eu gostaria de ouvir essas pessoas que falam muito bem. De algumas delas eu conheço o trabalho e admiro.

Gostaria ainda de fazer uma provocação com relação a esse tema da integralidade. Acho que o Dr. Eugênio falou um pouco dessa coisa, ou, pelo menos, foi a leitura que eu fiz dessa coisa de normatização, que eu acho muito importante para conseguirmos a integralidade de uma forma equânime, como é preconizado pelo SUS. E em suas falas a Dra. Amélia e o Dr. Ruben falaram muito dessa parte da singularidade do indivíduo e dos municípios. A gente conhece esse Brasil enorme, e essa "belíndia". Essas realidades diferentes de Bélgica e de Índia que a gente encontra por aqui. E eu gostaria de provocar vocês, aproveitar essa oportunidade de estarmos com esses expoentes aí na frente para falar um pouco sobre como é que a gente consegue uma integralidade. Porque o sujeito, com toda a sua diferença, quer ter acesso a toda tecnologia disponível. Todo indivíduo quer ser respeitado com suas particularidades, suas diferenças. Mas ele quer também ter acesso a toda a tecnologia disponível. Então, como é que a gente vai conseguir respeitar essa individualidade, essas diferenças que esse país nos impõe, inclusive econômicas, e também permitir a integralidade do acesso, de forma equânime, como é preconizado e como é também o desejo, eu imagino, do indivíduo?

Participante 5 – PE

Acredito que em nosso trabalho tenhamos colocado um pouco do que Ruben Matos falou, que seria a organização de um modelo que pudesse ver o indivíduo como um todo. Como a gente o trabalha? O título, só para vocês terem uma idéia, foi Gestão da Saúde sobre a Ótica do Ciclo da Vida e da Situação de Saúde da Cidade de Paulista. O que isso significa? Significa que a gente observa o indivíduo na vida pré-natal, na fase de criança, na fase de adolescente, na fase adulta e o idoso por gênero e faixa etária. Então, todas as políticas são pensadas para o indivíduo. Todas as ações de vigilância tentam ser detalhadas para o indivíduo por essas faixas. Então, tentamos montar, lógico que com a realidade do município e com a maturidade da equipe técnica de lá, essa proposta. Pensamos nessa questão que parecia uma lacuna: indivíduos isolados ou momentos isolados, mas conseguimos, no município de Paulista, ver o indivíduo na sua totalidade. Agora, o que acontece é que estamos em um momento de avaliação dessa experiência. Conseguimos montar o plano municipal de saúde sob essa ótica, sob esses eixos, mas partimos para o próximo momento, que é o de monitoramento e avaliação, no qual os atores já foram definidos, já estão sendo acompanhados e avaliados por indicadores. Então, olhamos o indivíduo na sua particularidade. Era só isso que eu estava querendo pontuar.

Participante 6 – SP

Minha questão é um pouco bruta. Será que a nossa problemática em conseguir trabalhar essa integralidade não está no



campo epistemológico? Para produzir conhecimento, isolamos acontecimentos, isolamos fatores. Para produzir saúde, temos de primeiro identificar a doença. Isolamos a doença e identificamos fatores, que também estão isolados. Será que isso não é uma problemática para realmente conseguirmos ter essa visão integral do sujeito?

Participante 7 – Alegrete – fronteira oeste com a Argentina e o Uruguai

É uma Mostra que mostra, né? Eu gostei muito dessa fala do nosso companheiro da Mesa.

Faço parte dos Apoiadores da Política Nacional da Humanização e temos trabalhado com um princípio, que é a questão da inseparabilidade da atenção e da gestão, e me parece que isso, com relação à busca da integralidade, é fundamental – as pessoas se apropriarem do modelo local e construírem sobre ele, com ele ou junto a ele sua ação como cidadãos, transformando esse modelo. Para mim é o que vislumbro como a busca da implementação dessa integralidade de que estamos falando.

A questão que a Professora traz é a da intersectorialidade. Acho que temos de começar a fazer fóruns das políticas públicas para discutirmos como é que é isso em cada setor, como acontece. E aí, quem nos ensina? Digo sempre que é o usuário, que diz como é que é na prática. A gente fala da coisa do câncer de mama... Daqui a pouco, não sei se é a saúde que tem de fazer isso, se não precisamos ter um outro interlocutor que ensine as mulheres a se tocarem, que faça com que elas percebam antes do adoecimento. Acho que essas coisas é que temos de estar pensando. É um “brinco” esse tema. E parece-me que o que essa mostra traz para a discussão é a busca da integralidade das práticas de saúde.

Participante 8 – RS

Escutei um colega falando também sobre a questão epistemológica na saúde. Falando que, às vezes, falta essa discussão. E uma coisa que eu estava observando nos trabalhos que consegui ver e que me incomodou bastante me traz a seguinte pergunta: Por que quando se fala em gestão não se fala em formação em saúde? Por que o gestor não se preocupa em formar um profissional de saúde? Parece que a gente está fazendo experiências... Assim, lógico, são todas válidas, importantes. Nem sempre temos como fazer a formação do jeito que queremos. Mas parece que isso, às vezes, fica em segundo plano. E quando estamos fazendo a formação em saúde é um negócio muito sofrido, porque parece que estamos abandonados, ao léu. Acho que isso é muito importante para a integralidade também.

Participante 9 – AC

Eu sou médico, trabalho no Programa de Saúde da Família do Estado do Acre, cidade de Rio Branco, e venho aqui me congratular

com todos os senhores por essa maravilhosa exposição e falar da minha alegria, da minha satisfação. Em 2001, tivemos uma epidemia de dengue, lá no Estado do Acre, mas, na época, não tínhamos condição de fazer exames diagnósticos. O sangue tinha de ser colhido e enviado para Goiânia e esperar trinta dias para chegar o resultado. Existe um hábito do Nordeste e também dos caboclos do Amazonas, dos seringueiros, de utilizar um chá de uma planta em determinadas situações de dores muito intensas com febre forte. O que fizemos? Utilizamos esse chá, conseguimos neutralizar a epidemia de dengue no bairro Maurício Sérgio, não houve mais a epidemia, ela se estabilizou, como se fosse uma barreira sanitária. Repetimos isso em 2002, em um outro bairro onde fui trabalhar posteriormente, porque o primeiro foi municipalizado, e o que me valeu foi um processo ético. Eu não pude ser condenado, porque foram mais de cem pessoas que utilizaram o chá e todas melhoraram no dia. E não pude ser defendido porque eram médicos falando de plantas medicinais quando era proibido aos médicos falarem ou usarem plantas medicinais. E hoje eu fico feliz sabendo do reconhecimento do Ministério e vou aqui trazer, então, essa proposta. Temos um indicativo de que há algo a ser estudado e que isso é um trabalho genuinamente brasileiro e que pode ser levado adiante. Então, eu conclamo aos senhores para que observem com atenção e, se for o caso, levem adiante. Parabéns a todos.

Participante 10 – SP

Sou psicóloga sanitária e acho que esse encontro está sendo extremamente importante. Cheguei aqui por acaso, porque não houve nenhuma divulgação da Secretaria Municipal de Saúde da minha cidade. Acho que isso demonstra o quanto se investe nessa possibilidade das trocas e acho importante estar aqui para poder compartilhar. Não fosse o convite para nossa apresentação, não estaríamos aqui hoje. E o que mais me mobiliza a fazer uso da palavra é que eu acho que a intersectorialidade é a grande alternativa de possibilidades, hoje, de se pensar a saúde sob um novo paradigma. Experimento há alguns anos uma vivência, que acredito inovadora, que envolve saúde, cultura e meio ambiente. Envolve secretarias, mas envolve, acima de tudo, pessoas e a crença em um determinado jeito de fazer saúde. Essa vivência trabalha com as linguagens culturais e artísticas e envolve pessoas na sua diversidade. Então, eu acho que a heterogeneidade é um aspecto também importante para a gente sair do campo único e exclusivo da doença. E o que eu gostaria de trazer como dado interessante é que, quando essas pessoas se juntam para essas oficinas, por exemplo, os cidadãos cantantes, que cantam, dançam e teatralizam – e ontem o Ariano Suassuna falava disso, que isso é a cara do povo brasileiro –, o que a gente percebe é que nessa construção criativa eles potencializam criação e ação. Então desenvolver potencial criativo e ativo é fazer saúde, porque a moçada que está lá não é toda ela vulnerável em saúde, é gente misturada, mas o que



acontece na vida dessa gente é que na hora que se potencializa para a criação mudam-se hábitos. Vão caminhar, mudam o hábito da alimentação... Então, aquele hipertenso, aquele obeso, aquele que faz uso de psicotrópico está alterando sua rotina, seu jeito de estar no mundo, e esse jeito é um indicador importante para se pensar saúde. A gente não os junta para que eles mudem sua condição de obesos. Eles não estão juntos para deixar de tomar o remédio psiquiátrico. Eles não estão juntos para que monitoremos o uso do coquetel para HIV. Mas efetivamente o coquetel passa a fazer mais efeito. Eles deixam de ser internados no hospital psiquiátrico, diminuem o uso de psicotrópicos, aumentam o círculo de amigos. Porque não são só loucos sendo amigos de loucos... Abre-se espaço para a procura de emprego, e por aí vai. Então, acho que isso é um jeito de pensar a integralidade sob um outro ponto de vista, mas tem de passar pela intersetorialidade.

Participante 11 – SP

Sou enfermeira, sou da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, do Colegiado de Centros Formadores, que são seis escolas da RETSUS. Minha pergunta é a seguinte: em nossa experiência de ajudar na coordenação dos cursos de formação de agentes comunitários de saúde, quando fomos construir a matriz curricular e entender qual era o objeto de trabalho do agente comunitário, deparamos com esse buraco da intersetorialidade e uma atitude da saúde buscando que o agente trabalhasse nisso, mas que de uma certa forma suprisse isso. Então, assim como o companheiro do Acre, é um apelo aos pensadores da Academia para nos ajudarem a trabalhar um pouco, ter um pouco mais de conteúdo ou entendimento do que é este objeto de trabalho do agente comunitário de saúde. Esta é a primeira pergunta.

A segunda pergunta é com relação à questão da integralidade na assistência, num outro trabalho que estamos fazendo com a coordenação de serviços de saúde. No estado inteiro a atenção básica é municipalizada, e nós temos sessenta unidades de saúde próprias do estado fazendo assistência secundária e terciária. Em uma reunião com enfermeiros, discutindo a qualidade da assistência da enfermagem, fiquei com o grupo dos ambulatórios e há também um outro hiato. Quer dizer, o que é o ambulatório de especialidade, quer dizer, como é que a gente pode entender o papel do ambulatório de especialidade nessa expansão que você fala do atendimento, da assistência, do cuidado à pessoa, como miolo de um sanduíche, que recebe da função básica e encaminha pra assistência especializada, mas que não tem uma identidade dentro do SUS?

Participante 12 – CE

Vim compartilhar, nesse momento, uma experiência com o registro e o prontuário eletrônico que nós implantamos em Fortaleza quando, na época, só existia em Curitiba. Foi uma experiência muito

boa, com respostas entre vários setores, inclusive da vigilância epidemiológica, da vigilância sanitária, inclusive na educação. Foi um trabalho difícil de ser implantado, porque todo processo de mudança é difícil, mas em nenhum momento foi desmotivador. Então acredito que a intersetorialidade, a integração, é o caminho certo, e temos como experiência o indício de que vale a pena tentar.

Participante 13 – RJ

O que nós percebemos em nosso município é que essa integralidade, que é importantíssima, da nossa população ao serviço de saúde se faz tão importante quanto quando há uma integralidade de nós, atores do SUS. Nós que fazemos saúde. E percebemos isso quando todas as medidas que utilizamos, todos os eventos, todos os projetos que deram certo em Volta Redonda, que começaram de forma isolada, foram integrados. Capacitamos os atores e hoje o Programa Saúde da Família deixou de ser uma instituição de saúde vertical e se tornou horizontal, e a população teve um acesso maior à qualidade de vida, um acesso maior à sua saúde.

Participante 14 – PB

Sou responsável pelo projeto Viva Mulher, a experiência lá no ribe paraibano, e quero dizer aos senhores que tenho muito prazer de participar desse projeto e ver hoje os resultados. Há cinco anos, quando o programa foi instalado, encontrávamos apenas lesões ulceradas, sangrantes e hoje temos condições de encontrar lesões impalpáveis, fazendo nessas mulheres, pelo SUS, o que nós fazemos nos serviços privados de melhor qualidade. Biópsias percutâneas guiadas por ultra-som. Reconstrução mamária, Dr. Ruben, com prótese. Reconstrução imediata. Então, o projeto realmente é um sucesso. Estou muito feliz que o Ministério finalmente tenha colocado o câncer de mama como um indicador de saúde, entrou nessa nova Portaria, de 2006. E esperamos que outros municípios sigam o exemplo da cidade de Monteiro, dividindo responsabilidades com relação à saúde mamária e à detecção precoce do câncer de mama.

Participante 15 – SC

Gostaria de iniciar com o enfoque dado pela Professora Amélia quando citou a questão da integralidade do atendimento. Ela observa que o padrão de oferta atualmente não é resolutivo e diz que a política social do Estado tem de ser aquela que garanta o direito de acesso dos usuários aos serviços em todos os níveis de complexidade. Atenho-me à relação público-privada que nós mantemos hoje na oferta de serviços da rede SUS. Hoje, temos uma característica, que é o credenciamento das unidades de leitos hospitalares e de serviços de auxílio diagnósticos, que estão na ordem de 80% na mão da rede privada – e nós somos reféns desse sistema. Para provocar uma inversão da capacidade instalada pública, como dever do Estado, que se dará em oferta adequada e



suficiente, a pergunta que eu lhe faço é a seguinte: Como é que a senhora visualiza essa possibilidade de termos realmente o dever do Estado cumprido, com a capacidade pública instalada e sairmos dessa questão, dentro daquilo que o Suassuna mencionou ontem, de continuarmos no imaginário popular e não apenas nas questões efetivamente concretas de ter a instalação pública dos sistemas numa forma adequada?

Participante 16 – MG

Trabalho no projeto de saúde ambiental de Belo Horizonte e estou muito honrada de estar aqui essa noite, escutando pessoas brilhantes e me provocando muito. Só isso que me fez vir aqui na frente, porque eu estou muito sem graça de estar aqui. Mas enfim, o Prof. Ruben falou que prefere usar a palavra sujeito a indivíduo, e quero dizer que, como psicóloga, fiquei cinco anos na faculdade, mais três no mestrado e aprendi a escutar a palavra sujeito. Para psicanálise, sujeito é aquele que responde, então eu prefiro também a palavra sujeito porque assim eu incluo cada um na linha de cuidados da saúde, pela qual ele é responsável também.

Quero comentar a fala da Professora Amélia sobre o Estado estar entrando na esfera privada: eu, como psicóloga, entro na esfera privada e entro com muito cuidado, com muita delicadeza, e queria deixar essa mensagem: se aprendi alguma coisa, é mais escutar do que normatizar ou dizer o que acho sobre a vida das pessoas. Trabalho no Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte, e represento equipes de saúde mental de um projeto que acredito e que está de parabéns, porque Belo Horizonte realmente conseguiu diminuir os leitos de 2006 para 1.400. Belo Horizonte interna muito pouco seus pacientes e tem uma rede substitutiva muito boa, embora cheia de problemas e de dificuldades. Temos lutado, mas, epidemiologicamente, o Distrito Nordeste não tem ainda um impacto visível. Mas fico muito feliz com cada usuário que tiramos da rede manicomial e colocamos em um serviço substitutivo, no qual ele pode construir um projeto terapêutico. Então, não estou muito preocupada com o impacto ainda, não aprendi a me preocupar com isso.

E só para terminar, o projeto de saúde mental de Belo Horizonte não está preocupado somente com a estabilidade do psicótico, com o fato de ele estar tomando direitinho seu remédio. Queremos mais que isso. Queremos que ele esteja na rua “trançando”, indo ao cinema, fazendo trabalho, com sua loucura, com suas três, quatro tranças, ao invés de só duas. A gente quer vê-lo rodando na cidade. Só que a saúde, concordo com a Dr. Amélia, precisa baixar a bola sim, porque não damos conta de fazer isso sozinhos. Se os outros setores não entrarem nesta luta conosco, não vai ter jeito.

São só estes dois registros. Muito obrigada, estou muito honrada de estar aqui.

Participante 17 – SC

Trabalho e resido em Florianópolis, onde em 1993/1994 discutíamos distrito sanitário com a presença do Dr. Eugênio. E começamos a ver a evolução da busca desta integralidade que depende de um modelo de atenção e de gestão pelo qual se faz opção. Distrito sanitário, depois planejamento local e saúde. Atualmente se discute o modelo de defesa da vida. Então eu queria que você refletisse um pouco: como é que essa integralidade se relaciona com os modelos de atenção propostos hoje, em termos de construção da melhor estratégia? Acho também que os recursos de que dispomos para a integralidade são sempre finitos. A busca daquela utopia que foi comentada aqui sempre esbarra na carência de recursos. Os recursos maiores continuam sendo gastos em média e alta complexidade. Não vejo o Ministério da Saúde, as diretrizes políticas ainda firmes, corretas para garantir que essa integralidade passe, primeiramente, por uma atenção básica na saúde.

Um exemplo concreto de Itajaí (SC): iniciamos um programa de enfrentamento do tabagismo, constituímos uma equipe com assistente social, enfermeira, psicóloga... Com a promessa de que viriam medicamentos do Ministério. O Ministério manda um lote de medicamentos; agora está faltando. E temos de colocar recursos do fundo municipal de saúde. Como é possível construir essa estratégia reforçando a atenção básica em saúde se ainda continuam faltando recurso e direcionamento principalmente para a atenção básica? Acho que é necessária uma diretriz muito clara do modelo de atenção. É fundamental para nós que estamos construindo e desenvolvendo o SUS na maior parte deste país. E deixo uma sugestão para o final deste evento: eu sei que vocês (da mesa) têm um vínculo muito grande com a prática. Então, que a academia esteja sempre presente para a reflexão teórica da nossa prática.

Dr. Neilton Araújo de Oliveira

Dra. Amélia, a senhora fala que o Estado está entrando na vida privada das pessoas e que a saúde, de forma nada modesta, coloca a sua lógica. E vemos os depoimentos e as contribuições aqui dos companheiros, e ao mesmo tempo os trabalhos nos estandes. Como é que se coloca isso? Essa falta de modéstia é uma virtude, um valor? Como é que a senhora analisa isso?

Dr. Eugênio, as redes integrais de saúde dialogam com a rede de proteção social? Seriam sinônimos? Seria uma depois da outra? Coexistiriam?

CONSIDERAÇÕES FINAIS DOS FACILITADORES

Dr. Ruben Mattos

Bom, já estava esperando essa inversão. Primeira coisa. Falamos muito em “trabalhar a integralidade”, “como se trabalha a



integralidade” ou “como se chega à integralidade”, e nas perguntas isso aparece em vários momentos. Confesso que acho muito mais interessante não trabalharmos a integralidade, não queremos chegar à integralidade. Ou seja, não pensar a integralidade como alguma “coisa”, ou como um atributo e sim pensá-la como um conjunto de valores que movem nossa ação. Eu acho que isso faz uma diferença significativa na hora de discutirmos algumas das questões que estão postas aqui.

Primeiro, porque fica claro que não será alcançável a integralidade como uma coisa. Fica claro que ela funciona como uma utopia a ser perseguida, como valores a serem defendidos. Nesse sentido, acho que o ponto central nesses valores não é a questão do indivíduo, mas uma reflexão, que eu acho muito rica, de que, se nós defendemos um direito à saúde, é porque nós reconhecemos que a saúde é o modo de andar a vida.

E os modos de andar a vida das pessoas sofrem estreitamentos de ordens diversas. Estreitamentos produtos de condições de vida, mas também estreitamentos produtos de certos processos de adoecimento muito concretos. E que colocam ao campo, do ponto de vista das nossas intervenções para concretizar o direito à saúde, no sentido de alargamentos dos modos de andar a vida, o desafio da remoção daqueles estreitamentos que, às vezes, derivam das condições de vida concretas e, às vezes, são mediados por questões de adoecimento. Sendo assim, não faz sentido responder, a pretensão da integralidade, a demanda dos indivíduos de ter acesso à tecnologia; não é disso que se trata. Trata-se de que dispomos de certas tecnologias que são capazes de alargar os modos de andar a vida estreitados pela doença ou estreitados por certos modos de condição de vida, e é direito de todos ter acesso a essas tecnologias, mesmo que não possam pagar por elas. É nesse sentido que podemos dizer “acesso à tecnologia” – “porque a pessoa deseja que fique bonito”, não é, não faz parte da noção de integralidade. Mas tem uma noção de necessidade definida por essa leitura daquilo que alarga o modo de andar a vida, que é um elemento central desses valores pelos quais lutamos. É claro que para isso a centralidade do sujeito é fundamental. Isso não quer dizer integralidade só na ponta. Quer dizer que o gestor, os gestores do SUS devem, e acho que esse é um imperativo ético, pautar suas ações pelo esforço de organizar a rede, os serviços de saúde de que dispõem, no sentido de responder às necessidades, alargando os modos de andar a vida dos sujeitos – eu não usaria a palavra indivíduo no meio dessa história – que estão colocados.

Sobre a questão epistemológica: temos alguns conhecimentos parciais que são altamente eficazes para alargar os modos de andar a vida dos sujeitos. Então, por exemplo, sabemos

coisas sobre o diabetes produzidas de um conhecimento até muito restrito. Mas muitas pessoas usufruíram desse conhecimento, dessas tecnologias, e não terão o pé amputado. Isso é um alargamento do modo de andar a vida muito concreto. Então, eu acho que, mesmo reconhecendo a insuficiência e a fragmentação que a nossa base de conhecimento de hoje tem por ser centrada na doença, temos de reconhecer que ela tem alguns conhecimentos que nos são úteis. Agora, o que não podemos é dizer que só conhecemos isso e não enfrentar efetivamente o problema de buscar novos conhecimentos que nos permitam compreender de uma maneira mais abrangente – eu não diria total, mas pelo menos mais abrangente – esses estreitamentos e seu significado na vida das pessoas e das populações que a gente atende.



Dra. Amélia Cohn

Acho que nossa falta de modéstia na área da saúde foi, até o momento, um valor. Agora, acho que precisamos “baixar um pouco a bola” e buscar os outros setores também. As formas de financiamento das outras políticas são distintas, as exigências da sociedade são distintas, e a contribuição de cada política setorial no combate à pobreza e na promoção do desenvolvimento social também. Como velha militante da reforma sanitária, até por velhice mesmo (eu pertenço a este grupo da meia-idade), acho que ampliamos muito a noção de saúde nesse esforço relatado pelo Ruben, o que eu acho que é certo. E com isso, perdemos um pouco qual é a especificidade do setor para contribuir para esse bom modo de andar a vida. Eu acho que temos de baixar um pouco a bola e nos dedicarmos a refletir e a propor ações práticas sobre “o que, no que e para que uma boa e democrática gestão da saúde pode contribuir na sociedade?” Se vocês me perguntarem qual é o grande papel da saúde hoje, na questão da integralidade da atenção à saúde (não estou falando do atendimento, mas da atenção à saúde), eu diria que este é o desafio de todas as políticas sociais hoje no país. Primeiro desafio: a melhor forma de monitoramento da efetividade de qualquer política, do ponto de vista do seu impacto social. Não técnico, não só de seus indicadores. Mas o grau com que a sociedade toma conhecimento, tem conhecimento dos seus direitos e como ela é tratada na esfera estatal. Nós somos tão maltratados na esfera estatal quanto na esfera privada, mas na esfera privada a gente paga e diz: é isso mesmo, esse médico é assim mesmo, ele não usa relógio. Na esfera estatal, reclamamos porque reconhecemos que temos um direito, mas não militamos por esse



direito. E o que é militar? É eu não me apropriar como um agente, como uma pessoa, mas sim como uma cidadã de determinado serviço. Outro dia, por exemplo, eu “rodei a baiana” no Incor. Eu sou da Faculdade de Medicina, estava no Incor, e havia uma fila. Entrei, peguei minha senha. Tinha um bando de gente lá. Eu estava no setor privado, pois tenho seguro saúde, mas também havia gente pobre na fila. Veio um jovem executivo, com a sua mochilinha de couro, e quando vem lá o numerozinho da senha no mostrador, era a vez de uma velhinha pobre, mas até ela se levantar, ele foi e pumba, passou à frente dela. Daí eu rodei a baiana. Por quê? Pelo meu direito, porque eu posso lutar pelo meu direito. Eu não preciso ter medo de não ser atendida, eu posso lutar pelo direito daquela velhinha que voltou para a cadeira e esperou novamente por sua vez. Mas, sobretudo, porque aquele é um hospital de ensino. Então o que nós estamos ensinando aos profissionais de saúde? Que quem está mais bem vestido, tem melhores condições, pode mais. O resto espera. Então eu acho que o grande desafio é, na integralidade, resgatar, como em todas as políticas sociais, a credibilidade do Estado. E não é o Estado funcionar ou não funcionar, só. A credibilidade de que o Estado é para todos e que ele tem regras, que são regras universais e regras dos cidadãos.

Eu queria terminar discutindo se a integralidade é ou não uma utopia. Eu tive uma experiência muito interessante porque saio da torre de marfim da academia, chego aqui no Palácio do Governo e a primeira tarefa que me dão é esta: “olha, você vai negociar com o Banco Mundial o empréstimo para o Programa Bolsa Família. Eu falei: como? É, com o Banco Mundial, daqui a quinze minutos eles vão chegar aqui.” Tá bom. O tempo todo da negociação, a coisa que mais espantou o pessoal do Banco Mundial (e eu acho que é um pouco isso que o Ruben queria falar...) é o seguinte: que o bom Bolsa Família é aquele programa que se autodissolvesse. Isto é, que dados seus objetivos, ele só teria sucesso, em termos redistributivos e de emancipação dos indivíduos, o dia em que ele não fosse mais necessário.

Isso é uma utopia? É. Mas ela é fundamental para a implementação de um programa dessa natureza de um outro jeito. Senão o implementamos na base do assistencialismo, quando temos que implementá-lo na base da emancipação. E a segunda coisa pela qual eu brigava, porque não sou muito politicamente correta, e acho que isso tem a ver com os agentes e tem a ver com essa coisa do Estado entrando na esfera privada, é o seguinte: a questão das condicionalidades e a questão de saber se o programa estava bem focado nos pobres. Eu dizia: esse dinheiro tem uma contrapartida do governo brasileiro e ele não vai ser gasto implantando *chip* em

orelha de pobre para saber se ele se comporta bem. É esse o perigo que a gente tem em programas como Agente Comunitário de Saúde, Bolsa Família, Controle de Frequência Escolar, de vacinação e etc. É este o cuidado que a gente tem que tomar.



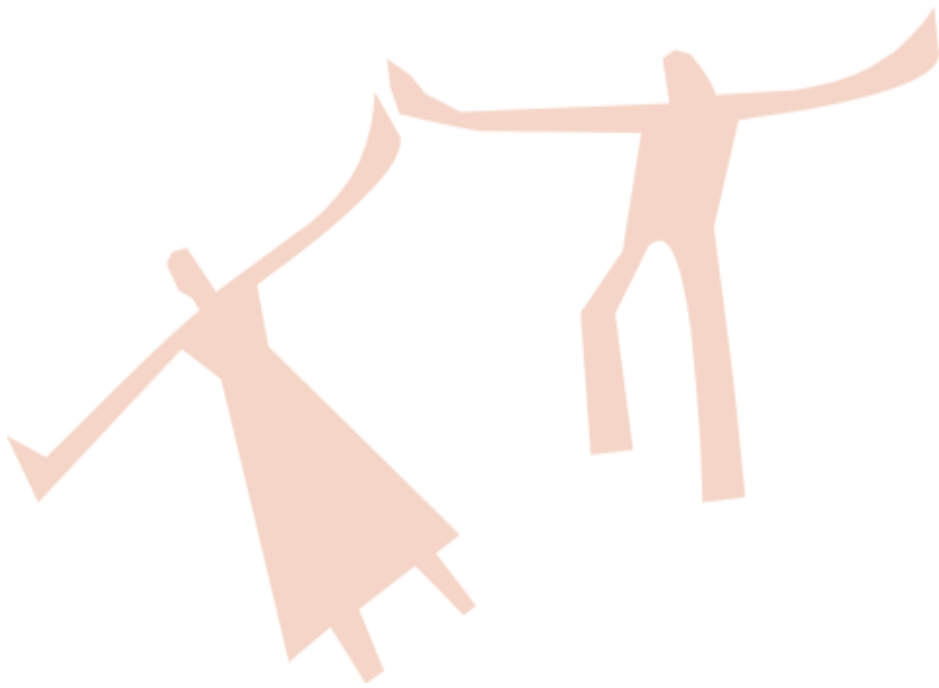
Dr. Eugênio Villaça Mendes

Acho que uma rede integrada de atenção à saúde integra internamente o sistema de saúde para que esse, internamente integrado, possa articular-se intersetorialmente com outros sistemas sociais que vigem numa sociedade. Eu me fixei, chame-se isso de Município Saudável, chame-se isso de Agenda 21, chame-se Desenvolvimento Integrado, etc, mas quis marcar um pouco essa idéia de que há uma integração interna necessária ao setor para que ele possa integrar-se intersetorialmente com outros. Mas sobre as perguntas que foram feitas pelos participantes, eu estava ouvindo as questões e estava

pensando, um pouco na linha do que apresentei... O maior problema de saúde do Brasil, o câncer de mama, que foi falado aqui mais de uma vez e que também aparece em alguns pôsteres. São 50 mil casos novos no Brasil, por ano. A taxa de mortalidade é ascendente, apesar de estarmos investindo cada vez mais dinheiro.

Investindo onde? Abrindo CACONS. Aumentando a oferta de quimioterapia, de radioterapia, de cirurgias. Mas como essas mulheres chegam aos hospitais? 86% das mulheres brasileiras chegam aos hospitais em estágio 2, 3 e 4. Apenas 14% chegam em estágio 1. Apenas 43% das mulheres brasileiras fazem mamografias. Nós não sabemos se são as mulheres de risco que estão fazendo esses 43%. A pesquisa, a PNAD, mostra que esses 43% de mamografias podem chegar a mais de 60% numa população de mulheres com maior escolaridade e à menos de 10% das mulheres com menor escolaridade. No meu estado, Minas Gerais, a média de mamografias é de 42%, que varia de 65% na região centro a 1% na região do Vale do Jequitinhonha e 40,35% das equipes de atenção primária não dispõem de equipamento gineco-obstétrico básico. Não há uma rotina de exame clínico de mamas nas unidades de atenção primária.

Onde está o problema? Eu deixo a questão pra ser respondida por cada um.





RESUMOS





SAÚDE DA FAMÍLIA COMO FORÇA SOCIAL E POLITICA NO AMBITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Autor principal: Adail Afranio Marcelino do Ascimento

Outros Autores: Lucilane Maria Sales da Silva; Maria Veronica Sales da Silva

Instituição: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará- 12ª CERES de Acaraú

Município: Fortaleza

Estado: Ceará

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA, INDICANDO A SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO LOCAL

No campo da atenção à saúde, em nosso país, tem-se discutido e investido muito na elaboração, formulação, implementação e efetivação de políticas públicas, abordando a promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo testemunhados esforços na construção de um modelo de atenção à saúde voltado nas ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e da coletividade.

Há que se destacar que um importante componente desse processo foi priorização da atenção primária saúde para a reorganização dos sistemas de saúde, tendo como estratégia operacional o Programa Saúde da Família (PSF), onde os profissionais desse programa devem ser treinados e habilitados clinicamente para este programa (STARFIELD, 2002).

O PSF vem se destacando como estratégia para a reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção centrada na promoção da saúde. A promoção da saúde como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

Refletindo-se na perspectiva da promoção da saúde, ressaltamos a importância do processo de trabalho do Programa Saúde da Família (PSF) como força social e política, que perpassa qualquer ação de cunho prático, como considerar a promoção da saúde como uma produção social e política, ou seja, produz socialmente saúde desenvolvendo os capitais humanos, social e produtivo, de forma sustentada, exercitando políticas públicas intersetoriais, incentivando a participação social e reduzindo as iniquidades, de forma a melhorar a qualidade da vida dos cidadãos.

OBJETIVO GERAL

Analisar a prática da equipe do PSF, principalmente, médico e enfermeiro, como força social e política de trabalho na promoção da saúde no âmbito da estratégia saúde da família.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA.

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva. Escolhemos para viabilizar a pesquisa de campo a 12ª Microrregião de Saúde do Acaraú-Ce, Os sujeitos da pesquisa foram dez enfermeiros e cinco médicos das equipes do PSF pertencente a 12ª CERES de Acaraú. Onde oito profissionais não quiseram participar do estudo. A escolha desses sujeitos ocorreu de maneira aleatória, usando o critério não probabilístico intencional por cota (GIL 1991: 104).

A coleta de dados foi no período de março a junho de 2004. Foi utilizado a entrevista semi-estruturada contendo quatro categorias de análise: Atuação do médico e enfermeiro abordando força social e política de trabalho na promoção da saúde no PSF e suas ações desenvolvidas.

Análise e discussão dos dados quantitativos e qualitativos foram realizada através de análise documental sobre PSF e promoção da saúde.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Para a nossa compreensão, algumas ações desenvolvidas no PSF reportam ainda ações voltadas para modelo biomédico, onde deveria ser lógica da Vigilância à Saúde através dos Sistemas Locais de Saúde. Dessa forma, não despertaram para as mudanças das práticas de saúde, onde se utiliza o cumprimento de protocolos ministeriais, esquecendo de reinventar novas práticas profissionais como a maior aproximação com a comunidade e o atendimento humanizado.

Durante o estudo observamos que maioria dos profissionais do PSF, médicos e enfermeiros, não entendem que para realizar a promoção da saúde não constitui uma prática com dia e hora marcados a ser desenvolvida, ela está no cerne da práxis profissional, da comunidade e da população em geral. Entretanto, a compreensão da promoção da saúde supera a história natural das doenças numa compreensão causal, unidirecional, acríca e descontextualizada e exigindo uma visão ampliada do processo saúde-doença.



APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA FACILIDADES E DIFICULDADES

O processo de trabalho da equipe do PSF é realizado através da organização e forma de trabalho da equipe, onde as atividades estejam direcionadas para práticas multiprofissionais, no entanto nada garante que nas estratégias do PSF haverá ruptura com a dinâmica medicocentrada, do modelo hegemônico atual. As atividades realizadas pelos profissionais do PSF devem contemplar os cuidados humanizados, multidisciplinares e interdisciplinares, relacionando as necessidades sociais, a promoção da saúde, a prevenção das doenças e a recuperação do indivíduo ou controle da saúde para melhorar a qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que a equipe do PSF possui toda ferramenta para trabalhar com o desenvolvimento de capital humano, na implantação de um sistema de políticas sociais -educação, de serviços de saúde, de saneamento, de alimentação e nutrição, de assistência social e da cultura, onde capacite o cidadão a usufruir o direito à vida, a desenvolver as suas capacidades e a aproveitar as oportunidades que lhes são de direitos.

É mister que estes profissionais do PSF compreendam o conhecimento político-didático na sua prática, pois, sua ação e seu saber tem sido historicamente determinados pelas condições sociais e econômicas que produzem as políticas públicas, ou seja, o conhecimento e comportamento tem relação com a doença e a saúde, e requer do profissional postura de educadores para enfrentar seus problemas para adquirir consciência crítica.



PROJETO AQUARELA

Autor principal: Adna Moreira de Oliveira Santos

Outros Autores: Evanilda Vieira Queiroz; Verusca Azevedo Veras

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde/Palmas-TO

Município: Palmas

Estado: Tocantins

INTRODUÇÃO

Os profissionais participantes da Unidade de Saúde da Família (USF) desenvolvem grandes vínculos afetivos com a comunidade assistida, visando não somente o planejamento, implantação e coordenação do PACS/PSF, mas sim formar e/ou reforçar os laços entre o serviço de saúde e a comunidade, promovendo a qualidade do atendimento, rompendo então, grandes barreiras que poderiam interferir nos objetivos do Programa.

Pretendemos despertar a curiosidade e interesse das crianças incluindo os profissionais da saúde no projeto de forma criativa e qualitativa nas brincadeiras no que diz respeito à conservação da saúde e incentivo no seu aprendizado, aspecto esse que seria indispensável no seu desenvolvimento.

JUSTIFICATIVA

A Unidade de Saúde da Família da quadra 307 norte no município de Palmas, estado do Tocantins, possui uma população circunvizinha bastante carente, em relação às condições sócio – econômicas e, também, culturais. E entendendo a necessidade de contribuir para uma melhoria nas condições de saúde, promovendo-a através de atividades lúdicas. Enfatizando desde cuidados básicos como a higiene pessoal e do lar à importância da imunização para todas as idades. Ainda, por trabalharmos na Estratégia Saúde da Família e entendermos a real necessidade de trabalhar em parceria com o serviço público de saúde, exercendo o importante papel de promoção da saúde e prevenção de doenças, surgiu a idéia do Projeto AQUARELA que visa, principalmente, trabalhar atividades de cunho educativo, através do entretenimento, do lazer, reforçado pelas atividades lúdicas voltadas para as crianças, por entendermos que as mesmas representam um forte elo entre a informação – prestada pelos profissionais do serviço público de saúde / Acadêmicos (ULBRA) – à família, e este será o verdadeiro impacto que gostaríamos de provocar com a educação em saúde. Nossa idéia é que, os pais ou responsáveis, ao levarem as crianças para brincar no Projeto AQUARELA, eles possam, além de obter informações sobre saúde, de forma simples e em linguagem acessível, possam ter um contato mais direto e próximo com a Equipe de Saúde,

fortalecendo o vínculo entre USF e Comunidade, através de momentos de alegria e descontração para eles e para seus filhos.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

Promover saúde, através de atividades educativas, utilizando a abordagem lúdica, para a comunidade usuária das Unidades de Saúde da Família de Palmas, contribuindo para o fortalecimento da humanização no serviço público de saúde. E sensibilizar acadêmicos da área da saúde à necessidade de iniciar a humanização.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

O projeto AQUARELA foi implantado no município de Palmas e iniciado na Unidade de Saúde da Família 307 norte no dia 15 de março de 2006 de 08:00 às 12:00 horas. Com presença das equipes de outras unidades de saúde do município e de autoridades locais.

Para a realização do projeto aquarela houve a busca de parceiros comprometidos com a humanização na saúde que pudessem oferecer a comunidade brinquedos, lanches e demais materiais necessários, tendo em vista que o projeto acontece na estrutura física da unidade de saúde, com a participação de todos os servidores nas diversas atividades.

Foi realizada previamente uma sensibilização enfatizando os objetivos do projeto envolvendo os funcionários da USF, acadêmicos e parceiros.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS.

Enfermeiras, odontólogas, médicos, agentes comunitários de saúde, auxiliar de consultório dentário, auxiliares de serviços gerais, gerente, recepcionistas e acadêmicos da área de saúde, distribuídos por toda a unidade interagiram com as crianças e seus familiares nos diversos brinquedos: castelo de bolinhas, cama elástica, futebol de botão, tênis de mesa, futebol de sabão, dama, xadrez. Em seguida houve distribuição de lanches: pipoca, algodão-doce, refrigerante, balas e pirulitos.



As peças teatrais que abordaram a higiene bucal e imunização tiveram participação efetiva da comunidade.

A partir da integração com a comunidade, os servidores da USF 307 norte relataram que houve uma mudança no ambiente de trabalho e que os mesmos sentem-se motivados e buscam a resolutividade dos problemas da comunidade. Foi registrado aumento do número de participantes do grupo de puericultura e hiperdia. No grupo de escovação da pré-escola houve maior participação. E também a comunidade está mais informada no que diz respeito as estratégia saúde da família.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA FACILIDADES E DIFICULDADES

As facilidades encontradas iniciaram-se quando os funcionários da USF 307 norte acreditaram e deram credibilidade ao projeto. Em seguida a secretaria de saúde deu apoio total. Os colaboradores apoiaram e incentivaram durante toda a caminhada. As dificuldades encontradas foram poucas, pois todos os colaboradores acreditaram nos resultados. Uma dificuldade percebida foi o curto prazo que os materiais foram entregues

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar o Projeto Aquarela, as equipes de Saúde da família estarão interligadas e interagindo junto às secretarias: saúde, educação, juventude e esporte em busca de ações direcionadas para humanização do serviço público de saúde, visando à satisfação da comunidade.



IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES PARA ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE ATRAVÉS DA ASSESSORIA TÉCNICA REGIONALIZADA NO ESTADO DO TOCANTINS; 2005.

Autor principal: Adriana Cavalcante Ferreira

Outros Autores: Luciana Ferreira Marques da Silva; Suen Oliveira Santos

Instituição: Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins

Município: Palmas

Estado: Tocantins

INTRODUÇÃO

O Brasil tem como meta acordada com a Organização Mundial de Saúde - OMS, a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o final do ano de 2005. Espera-se até o final deste ano, alcançar taxas de prevalência mais aceitáveis (menos de 01 caso por cada 10.000 habitantes), haja vista que a taxa de prevalência no Estado em 2004 foi registrada em 5,2 por 10.000 Hab., se fez necessário uma mobilização técnica, política e social em torno da meta de eliminação da hanseníase no Estado, através da implantação de uma estratégia, em caráter emergencial, como a Assessoria Técnica Regionalizada.

Realizou-se a descentralização das ações de eliminação / controle da Hanseníase com mudança do modelo de atenção prestada anteriormente, ofertando-se assessoria aos municípios e profissionais de sua referência (com caráter permanente), através de equipes volantes.

O Estado do Tocantins apresentou em 2005 uma prevalência de 5,3 por 10.000 Hab., (considerando-se Muito Alto). Anualmente, são notificados em média cerca de 1.200 casos novos de hanseníase. O alcance da eliminação da hanseníase no Estado é uma prioridade, entretanto, houve a necessidade de uma grande mobilização, perpassando pelas três esferas do governo, em torno deste objetivo.

A reorganização dos serviços de saúde do Estado do Tocantins, como estratégia de redução do alto índice da doença, foi efetiva para melhoria dos serviços de saúde pública. Embora exista um grande avanço na assistência primária nos últimos tempos no Estado (conquistado pelas excelentes coberturas populacionais, proporcionadas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, com 100% dos 139 municípios existentes e, 61 % de cobertura populacional pelas equipes Saúde da Família), assistindo a uma população residente de 1.305.708 habitantes (IBGE/2004), ainda havia uma necessidade urgente em implementar as ações desenvolvidas por estas estratégias, objetivando monitorar permanentemente os municípios e profissionais, minimizando as dificuldades quanto ao manuseio destes pacientes e contribuindo para atingir a meta proposta pelo Brasil.

A melhoria e a qualidade da assistência prestada a este público alvo específico, está diretamente relacionada com as características estruturais apresentada pelo Estado, com a inexistência de regionais de saúde e uma vasta extensão territorial que dificulta o acompanhamento dos municípios em tempo hábil pela Secretaria de Estado da Saúde / Gerência Estadual do Programa de Eliminação da Hanseníase, encontrando -se centralizado na capital e por apresentar apenas uma referência, na cidade de Araguaína.

Todo o processo de estruturação da atenção à saúde dos pacientes portadores deste agravo, foi fortemente calcado na participação popular, mediante suas lideranças e organizações que foram estimuladas ao longo da efetivação deste projeto, visando o fortalecimento da vigilância como um processo permanente e maduro.

Objetivou-se ofertar uma assessoria aos municípios / profissionais que atuavam na rede básica de saúde, no tocante ao fortalecimento das ações de vigilância, detecção, diagnóstico, tratamento, organização de serviços, sistema de informação e controle de qualidade laboratorial, monitorando os resultados dos indicadores do SISPACTO e PPI - VS, mobilização social, capacitação sobre os sinais e sintomas da hanseníase aos Agentes Comunitários de Saúde - ACS e demais técnicos envolvidos neste agravo, visita ao sistema prisional local, áreas indígenas, quilombos e o controle dos contatos intradomiciliares.

METODOLOGIA

Foram realizadas reuniões técnicas com os municípios e Instituições das regiões que apresentavam uma rede de serviços e recursos humanos ampliados, sensibilizando-os quanto à necessidade de fortalecer parcerias para eliminar a hanseníase, no que se refere à liberação destes profissionais uma vez ao mês por uma semana (durante seis meses), reforçando que os mesmos desenvolveriam ações de referência em seus próprios municípios de lotação. Foram selecionados profissionais que trabalhavam na rede em esquema de rotatividade para não comprometer os serviços dos municípios / instituições (quando das suas liberações), como: 01 médico e 01 enfermeiro.



Trabalhou-se em parceria junto ao Pólo de Educação Permanente/CGES/TO e áreas técnicas afins, quanto à elaboração da grade do curso de capacitação dos profissionais de saúde, previamente identificadas, priorizando necessidades, como qualificação em diagnóstico, tratamento, estado reacional, prevenção de incapacidades, sistema de informação (SINAN), organização de serviços e educação em saúde, subdividida em duas etapas de 40 horas semanais cada; visando alinhar conceitos e metodologias de trabalho a serem aplicadas durante realização das ações.

Elaborou-se junto aos profissionais de saúde selecionados, cronogramas de monitoramento/ supervisão aos municípios por regional (06 regiões no total), de acordo com os seguintes critérios: índices epidemiológicos, como prevalência alta em hanseníase, municípios que não atingiram metas propostas na PPI – VS e Pacto dos Indicadores da Atenção Básica no ano de 2004, municípios que se encontravam há mais de 04 anos sem supervisão da Gerência Técnica e com dificuldades de organização de serviços. Houve sensibilização dos gestores municipais e do gestor estadual quanto à importância de subsidiar as ações de supervisão das equipes volantes.

CONCLUSÃO

Com o trabalho realizado pela Assessoria Técnica Regionalizada, houve uma melhoria nas ações de vigilância, as quais repercutiram de forma positiva, com redução significativa de 20% no percentual de casos em registro ativo no banco de dados do sistema de informação, passando de 1.819 casos em janeiro de 2005 para 1.453 em dezembro de 2005, através da alimentação no banco de dados, favorecendo a diminuição do número de casos em abandono, dos candidatos à alta por cura e a alta estatística.

Observou-se aumentou de 9% na proporção de casos curados nas coortes de 2004 em relação ao ano de 2005 de 68% para 75%, respectivamente. Houve incremento de 27% de cobertura de unidades básicas de saúde com as ações descentralizadas do programa nos municípios (196 unidades em dezembro de 2004 para 248 em dezembro de 2005). Capacitou -se cerca de 800 ACS, 1.800 pessoas foram sensibilizadas através de palestras nos municípios, e registrou-se elevação do número de municípios assessorados no ano de 2005 (65 municípios) em relação a 2004 (20 municípios).

Desta forma, o Estado do Tocantins propõem-se a dar continuidade ao projeto durante o ano de 2006, haja vista, ter alcançado um grande avanço em relação às ações de eliminação da doença, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica, desenvolvendo atividades de promoção da saúde com base na educação em saúde, e assim fazer mudanças na organização do controle deste agravo.



AS ESTRATÉGIAS DE AÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO CARNAVAL DE SALVADOR, SALVADOR-BAHIA, 2006.

Autor principal: Adriana de Magalhães Dourado

Outros Autores: Ana Simões, Antônia Maria Brito de Jesus, Terezinha Marques da Silva, Jussara Lacerda Santos Bonfim.

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador

Município: Salvador

Estado: Bahia

INTRODUÇÃO

O Carnaval de Salvador, importante festa popular que reúne mais de 2 milhões de pessoas entre baianos e turistas de todo o mundo, tem sido foco das ações de Vigilância Sanitária, por se constituir num espaço que favorece situações de risco para a saúde da população, em especial quanto às doenças de veiculação hídrica e por ingestão de alimentos contaminados.

Nesse período a Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (VISA) desenvolve práticas de segurança alimentar com o objetivo de impedir a contaminação dos produtos alimentícios desde sua manipulação, produção, até o preparo, comercialização e consumo. Outras atividades importantes são a inspeção e orientação da prestação de serviços de interesse da saúde.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

As ações educativas e preventivas se constituem na principal estratégia para o desenvolvimento das práticas cuja descrição é o principal objetivo desse trabalho. Para tanto pretende-se apresentar as principais irregularidades e ocorrências associadas ao comércio formal e informal de alimentos e outros serviços de interesse à saúde desenvolvidos durante o Carnaval dos Bairros e nos principais circuitos oficiais da Festa e descrever as ações de fiscalização, comunicação e educação em saúde desenvolvidas junto ao público em geral, comerciantes, entidades carnavalescas e foliões, em especial.

METODOLOGIA

Fase preparatória: na etapa que antecedeu o Carnaval foi traçado um plano de fiscalização e orientações a estabelecimentos ligados ao turismo como: restaurantes, shoppings, motéis e hotéis. Nas festas populares foram montadas equipes volantes para atuarem junto aos ambulantes e trabalhadores do comércio formal e informal de alimentos e demais estabelecimentos de interesse da saúde.

Infra-estrutura: Foram contratados 445 profissionais com plantões de 24 horas, no período de 23 a 28 de fevereiro de

2006, e instalados 16 postos de trabalho em praticáveis nos circuitos oficiais do carnaval. Foram constituídas 01 equipe móvel, 01 equipe de coordenação central e 10 equipes distribuídas nos 04 bairros que tiveram carnaval descentralizado, além dos circuitos centrais.

Ações estratégicas: A difusão de informações de interesse sanitário foi planejada com base no conhecimento técnico acumulado; produzida com cuidadoso acompanhamento; e executada com base em minucioso plano de mídia e cronograma de previsão de distribuição de folhetos educativos.

A ação da VISA abrangeu o comércio ambulante nos locais de grande concentração popular, a inspeção dos trios elétricos e carros de apoio dos blocos e demais entidades carnavalescas, o monitoramento dos descartes de dejetos pelos trios e carros de apoio para prevenção de incidentes como o derramamento em via pública, além da inspeção dos camarotes nos circuitos Dodô, Osmar e Batatinha. Além disso, foi realizada inspeção dos postos fixos e serviços móveis de saúde, visando proteger a saúde do folião durante os dias de festa.

PRODUTOS E RESULTADOS

Durante o Carnaval foram distribuídos 200.000 folhetos educativos dirigidos ao folião, 14.000 folhetos dirigidos a comerciantes, 10.000 folhetos bilíngüe dirigidos a turistas e 7.000 adesivos de alerta para as condições de higiene dos locais de venda, além de informações do acesso aos serviços em jornal, TV e rádio. O impacto do trabalho educativo corpo a corpo se traduz nos resultados, observando-se através do consolidado dos relatórios técnicos diários, que 90,8% do total de 7.780 ocorrências registradas pelas equipes foram orientações educativas (7.066) realizadas durante as inspeções, seguidas da emissão de 553 notificações (7,10%) com recomendações dirigidas às irregularidades constatadas pelas equipes. Pequena proporção das ocorrências (2,1%) tiveram caráter punitivo (emissão de auto de infração, apreensão ou interdição).

Outro resultado importante foi o número expressivo de estabelecimentos inspecionados que se encontravam em conformidade com as normas sanitárias vigentes, ou seja, refletindo a ausência de irregularidades (3503), correspondendo a 36% do total de ocorrências notificadas.



FACILIDADES E DIFICULDADES

A falta de infra-estrutura física dos locais de venda de alimentos, principalmente no comércio informal, em muito comprometeu as condições higiênico sanitárias dos produtos, sendo uma das principais dificuldades registradas pelas equipes. Como facilidades no processo, ressalta-se a importância da fase preparatória do Carnaval e das ações de pré-vistoria na minimização das irregularidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias de difusão de informações de interesse sanitário são importantes recursos para a prevenção de situações de risco à saúde durante o carnaval.



PERCURSO HISTÓRICO DA SAÚDE BUCAL EM APUCARANA

Autor principal: Adriana Prestes do Nascimento Palú

Outros Autores: Elizabeth Correa de Souza

Instituição: Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana

Município: Apucarana

Estado: Paraná

A parceria estabelecida entre a Secretaria de Saúde, Departamento de Odontologia, e a Secretaria de Desenvolvimento Humano (Educação) permitiu a realização do I Concurso de Redação e Desenho sobre Saúde Bucal de Apucarana/PR. Os objetivos foram capacitar a comunidade escolar e pais de alunos, através da co-participação no processo, sensibilizar e estimular os alunos no auto cuidado para a prevenção de doenças buco-dentais. As equipes de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família (ESB/PSF) capacitaram a comunidade escolar e deram suporte técnico para que os temas fossem trabalhados, nas linhas transversais do ensino fundamental. As 36 escolas públicas municipais (9.949 alunos) participaram das atividades, sendo que pré-escolares concorriam com Desenhos e os demais com Produção de Texto, sendo livre gênero textual e criação. A seleção foi realizada num primeiro momento selecionando os melhores trabalhos por turma pelos professores; depois por série de cada instituição pela direção escolar e a final, por uma comissão julgadora composta por cirurgiões-dentistas das ESB/PSF e pedagogos. Os finalistas foram convidados a participar da Cerimônia de Premiação durante uma noite solene, realizada no Cine Teatro, com apresentações culturais e presença de autoridades do município e região, além de alunos, familiares, comunidade escolar, profissionais de saúde e convidados. A classificação foi divulgada na solenidade, onde alunos e professores receberam certificados e prêmios. A educação é um instrumento essencial para a mudança de hábitos e atitudes, e deve ser uma ação transformadora contínua. Este projeto foi uma importante estratégia de ação para a promoção em saúde bucal, como resultado positivo obteve-se: estabelecimento de parcerias, sensibilização da comunidade escolar e conscientização da necessidade do auto cuidado. A resposta maior foi envolver setor saúde, escola e família, evidenciada na expressão emocionada dos premiados e envolvidos. Um marco na história de vida de cada sujeito social, trazendo um significado muito especial e motivador ao trabalho, às parcerias, à promoção da saúde bucal.



SAÚDE BUCAL E EDUCAÇÃO: UMA PARCERIA

Autor principal: Adriana Prestes do Nascimento Palú

Outros Autores: Elizabeth Corrêa de Souza; Simone Regina Gonçalves Jost

Instituição: Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana/ Escolas Municipais

Município: Apucarana

Estado: Paraná

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), das políticas de saúde, particularmente de saúde bucal, e das estratégias de organização e gestão dos serviços têm uma longa trajetória de formulações e lutas. Este trabalho visa apresentar alguns marcos históricos da política de saúde bucal no município de Apucarana-Pr, num paralelo ao cenário brasileiro. Apresenta seu desenvolvimento, a consolidação da saúde bucal como parte indissociável da política de saúde deste município e a mudança do serviço e do perfil dos profissionais envolvido. O atendimento odontológico em Apucarana/Pr teve início com o credenciamento de seis cirurgiões-dentistas (CDs) pelo INPS, na década de 70. Neste período a atenção odontológica era centrada exclusivamente na doença e no tratamento, de caráter mutilador e estimulando produção quantitativa de serviços. Seguiu-se a implantação do Sistema Incremental (SI), mudando o foco da atenção, esta proposta iniciou um modelo de atividades preventivas e reabilitadoras, porém centrado nos escolares. Nesta ocasião foram contratados os primeiros profissionais do setor de Odontologia. Em 1988, foi implantado o Laboratório de Prótese Dentária com profissionais vinculados à Autarquia Municipal de Saúde, criada em 1985. Este serviço foi financiado inteiramente pelo município, oferecendo próteses totais à população, entretanto sem acompanhamento clínico sistemático dos casos, das prioridades e das indicações, sendo apenas à livre demanda que se apresentava. Ainda na década de 80, o avanço das tecnologias em Odontologia; a conquista, no plano jurídico-institucional, do SUS; o cenário econômico forçando a busca pelos serviços públicos e o início do exercício do controle social, culminaram no aumento da demanda pelo serviço odontológico, sendo então instalados cinco consultórios odontológicos em “Postos” de Saúde, oferecendo atendimento odontológico cirúrgico-reabilitador à livre demanda, sem programações ou avaliações das ações, centrado na produção de serviços. Em 1992 foi cancelado o atendimento pelos CDs autorizados pelo INPS e o serviço odontológico foi, totalmente, municipalizado. Numa análise distante, o SI foi uma importante ação de reorientação do serviço odontológico, porém mostrou deficiências na proposta da prevenção em saúde bucal e na limitação do acesso. Já os serviços odontológicos oferecidos nos “postos” de saúde mostram-se insuficientes e limitados, ainda que iniciasse o acesso a um número maior de pessoas, entretanto sem capacitá-las para a

prevenção de doenças e para a promoção de saúde bucal. Em 1997 foi realizado o primeiro concurso público do setor, aumentando o quadro de profissionais. Em 2001, atendendo à necessidade de mudança do modelo de atenção e ampliação do acesso ao serviço odontológico, aliado à existência de equipes “médicas” do Programa Saúde da Família (PSF) no município, foram implantadas doze Equipes de Saúde Bucal. Esta estratégia mostrou um impacto positivo sobre a população, agora apresentando um profissional e uma unidade de referência, estabelecendo vínculo, num modelo de atenção centrado na promoção de saúde bucal e, ao mesmo tempo, oferecendo atendimento aos problemas já instalados. Muitas dificuldades foram encontradas para a consolidação desta estratégia, como número de pessoas sob responsabilidade de cada equipe, elementos estruturais físicos e humanos, além da dificuldade da integralidade da assistência no atendimento especializado. Como resposta a esta última dificuldade apontada, foi instalado o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Apucarana, inaugurado em 2005 e o credenciamento do Laboratório de Prótese Dentária, graças à priorização da Saúde Bucal nas políticas públicas federais, ao movimento social local reivindicando estes serviços e a vontade política do gestor municipal. Este CEO oferece atendimento especializado nas áreas de Odontopediatria, Cirurgia, Periodontia, Endodontia, Radiologia, Prótese Dentária e atendimento aos portadores de necessidades especiais, ambulatorial e hospitalar, dentro de um sistema de referência e contra-referência, com central de agendamento. A operacionalização das atividades apresentadas acima não tem sido uma tarefa simples e enfrenta obstáculos no financiamento, na experiência recente de implantação de políticas de SB, na formação de recursos humanos com perfil compatível com a estratégia, e no exercício efetivo do controle social. Entretanto, fica evidente a consolidação da Saúde Bucal dentro das prioridades em saúde, pela população e pela gestão local, as experiências mostram-se como elementos de grande motivação para o serviço e para os profissionais envolvidos e confirma-se que o avanço se constrói no cotidiano de todos aqueles interessados no desenvolvimento da Saúde Bucal no município de Apucarana, no Estado do Paraná, enfim, no Brasil.



VIGILÂNCIA DA FEBRE AMARELA NO TOCANTINS

Autor principal: Adriane Feitosa Valadares

Outros Autores: Whislay Maciel Bastos; Camila Barros Pantarotto; Rafael Balestra

Instituição: Secretaria de Saúde do Estado de Tocantins

Município: Palmas

Estado: Tocantins

O Tocantins está inserido na Amazônia Legal, extensa área territorial, contínua a nove Estados brasileiros, que abriga hospedeiros e vetores da Febre Amarela, e além destes, verifica-se também a circulação viral esporádica, tornando-a área endêmica em do ciclo silvestre da doença. A coexistência das condições favoráveis para a sua ocorrência, amplifica o risco de surtos e/ou epidemias.

No período de 1999 e 2000, a Diretoria de Vigilância em Saúde, da Secretaria Estadual do Tocantins, registrou 26 casos da doença, todos ocorridos dentro da área da Amazônia Legal. 22 casos contraíram a infecção no Tocantins, destes, 7 residiam em outros Estados. Os demais contraíram a infecção no Estado do Pará (3) e no estado do Maranhão(1).

A incidência da febre amarela silvestre apresenta comportamento cíclico e regular, com surtos a intervalos de cinco a sete anos, alternados por períodos de baixa ocorrência de casos (RIPSA, 2002).

Considerando que a febre amarela silvestre pode aparecer em surtos, geralmente conseqüente a epizootias em macacos (transmissão intensa de um agente patogênico entre os animais hospedeiros naturais), e que o Estado do Tocantins está completando cinco anos sem confirmação de casos, indicam a necessidade de reforçar as ações de vigilância do agravo.

As recentes epizootias ocorridas em Minaçu, em 2004, município de Goiás que faz divisa com o Tocantins, seguida, no mesmo ano, de epizootias neste Estado e que persistem até o momento, fizeram a equipe de vigilância elevar o alerta ao nível máximo na expectativa de detectar precocemente possíveis casos da doença em primatas não humanos, bem como em humanos, que geralmente são precedidos por epizootias (SESAU, 2005).

Dentre as ações prioritárias destacam-se o fomento das notificações de epizootias de primatas não humanos, e a sensibilização da população para vacinar-se. Isto porque em 130 dos 139 municípios existentes no Estado, verifica-se a ocorrência de *Aedes aegypti* o que representa 93 % de municípios infestados pelo vetor, agravando o risco de reurbanização da febre amarela (SESAU, 2005).

Os objetivos forma então definidos visando identificar precocemente a circulação do vírus da febre amarela em seu ciclo

epizootico (transmissão entre primatas não humanos), ampliar a cobertura vacinal e garantir a intersetorialidade com os órgãos que fazem interface com a febre amarela.

Ampliamos os encontros dos gestores da região sul e região central do Estado, áreas em que houve registro de epizootias, para abordar os elos que integram a vigilância da febre amarela, definidas como, vigilância de casos humanos, vigilância dos primatas não humanos, vigilância entomológica, bem como, a importância da integração com a atenção básica, ações de imunização, laboratorial e atividades de educação em saúde e comunicação. Numa destas ocasiões, os gestores elaboraram um proposta para assegurar a vacinação de forma homogênea em seus municípios.

A mídia tem divulgado comunicados de alerta à população com o objetivo informar sobre o as epizootias e o risco que a mesma representa, como também, a recomendação de regularizar seu cartão de vacina.

Uma ação estratégica adotada foi a realização de mini-palestras em todos os órgãos que fazem interface com a febre amarela, com disponibilidade de vacina a todos os servidores dos respectivos órgãos. Este evento teve duas finalidades claras, primeiro, imunizar os servidores que atuam em locais de risco e segundo estabelecer parcerias e ampliar a identificação de morte de macacos nas adjacências em que atuam.

De forma a abranger todos os municípios do Estado, no ano de 2005, realizou-se a "I Conferência de Vigilância Integrada da Febre Amarela", ressalta-se que na programação deste evento preocupou-se em garantir a fala dos órgãos que fazem interface com a febre amarela, como: Secretaria da Indústria, Comércio e Turismo e Secretaria de Planejamento e Meio Ambiente.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Observamos o aumento das notificações de epizootias em primatas não humanos, tanto por servidores da saúde, como pela população e órgãos que fazem interface com a febre amarela. Percebe-se que aumentou o leque de fontes de notificação facilitando assim a detecção precoce do vírus da febre amarela, como também, a adoção de medidas de controle.



Verificamos expressiva melhora na cobertura vacinal, elevando a taxa de 77,1% registrada em 2004, na população menor de 1 ano, para 88,9% em 2005.

Até o momento não há registro de casos confirmados de febre amarela silvestre em nosso Estado.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA DIFICULDADES E FACILIDADES

É perceptível que o controle da febre amarela perpassa por setores diferenciados, o que requer a garantia da intersetorialidade. No entanto, um fator que dificulta garantir esta ação de forma contínua é a eleição de prioridades das instituições que fazem interface com a febre amarela.

Com este movimento de estimular a notificação de epizootias e devido a demanda, a equipe técnica, adquiriu os equipamentos necessários e adequados para implementar a vigilância de epizootias em primatas não humanos.

Com esta iniciativa evidenciou-se que é possível efetivar a vigilância epidemiológica de forma oportuna e ágil, antes dos casos humanos acontecerem.

Um fator preocupante é a garantia de 100% da cobertura vacinal, pois, sabe-se que existem pessoas que tomam duas ou mais doses durante o período de dez anos. Ressalta-se que apenas uma dose é suficiente para proteger o indivíduo durante dez anos. E por outro lado, existem pessoas que não vacinam no tempo recomendado, tornando-se suscetível a contrair a doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do princípio de que não é possível erradicar a febre amarela silvestre, uma vez que a doença tem um importante ciclo natural de circulação entre os primatas não humanos das florestas tropicais, faz-se necessário aprimorar o sistema de vigilância local, no que se refere a vigilância de casos, vigilância de epizootias e entomológica, como também a organização de serviços e rede de assistência.

Dá a necessidade de intensificar e aprimorar as ações de vigilância da febre amarela, com a finalidade de detectar precocemente a circulação viral, se possível antes mesmo de incidir em seres humanos, enquanto atinge somente animais silvestres.

Evidencia-se com clareza a necessidade da intersetorialidade nas ações de vigilância em saúde, pois somente com a participação de todos os agentes envolvidos, inclusive a comunidade é viável a obtenção de um trabalho de relevância em saúde pública. Necessita-se implementar estratégias diferenciadas de vacinação, a saber: casa a casa, com vistas a atingir toda a população.

Ademais, busca-se inovação das estratégias para elevar a cobertura vacinal anti-amarílica, manter a articulação com instituições parceiras, e garantir as atividades de comunicação social, aliadas às ações educativas. Tais ações constituem como práticas de saúde fundamentais para obter a vigilância, prevenção e controle da febre amarela.



PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL: POLÍTICA DO ESTADO BRASILEIRO, COMPROMISSO DE TODOS!

Autor principal: Adson Roberto França Santos

Outros Autores: Maria José de Oliveira Araújo; Regina Viola; Tereza de Lamare; José Gomes

Temporão; Maria Cristina Boaretto; Lena Peres; Márcia Lucas; Kátia Ratto; Ana Sucupira; Jorge Solla;

Terezinha Marques; Tereza Campos; Liege Rocha; Mari

Instituição: Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

JUSTIFICATIVA

No ano de 2002 foram registrados no Brasil mais de dois mil óbitos maternos (74,5/100.000) por hipertensão arterial, hemorragias, complicações de abortamentos e infecções puerperais, e 38 mil óbitos de crianças com até 28 dias de vida (18,3/1.000) por problemas respiratórios e circulatórios, prematuridade e baixo peso, infecções perinatais e hemorragias (90 a 95% dos quais evitáveis). Destacam-se as causas associadas à baixa visibilidade do problema, à cobertura e à qualidade da atenção obstétrica e neonatal.

OBJETIVO GERAL

Coordenado pelo Ministério da Saúde e aprovado pelas instâncias de decisão colegiada do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal se estruturou como ação trans-setorial do Estado brasileiro de pactuação com governos sub-nacionais e sociedade civil (movimento feminista, entidades científicas e de profissionais), orientado pela decisão política de Reduzir os coeficientes de mortalidade materna e neonatal em 15% até 2006, como parte do esforço para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (MDG).

METODOLOGIA

Lançado em março de 2004, foram priorizados 78 municípios com mais de 100.000 habitantes, com base em critérios epidemiológicos, para os quais foi criada uma linha de financiamento de R\$ 31.179.000,00.

Composta por 37 importantes atores sociais coletivos comprometidos com a redução da mortalidade materna e neonatal (entidades científicas e de profissionais, movimento feminista e gestores do Sistema Único de Saúde), a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi instituída e empossada em 22 de março de 2005 com a missão de monitorar

e avaliar a implementação do Pacto Nacional, propor estratégias de ação, diretrizes e instrumentos, e acompanhar e divulgar ações das três esferas de governo que visam a implementação do Pacto Nacional.

PRODUTOS

A análise preliminar do Plano Nacional de Saúde 2004-2007 e das ações desenvolvidas pelo Governo Federal até 2005 revela um balanço positivo de projetos e realizações para reduzir a mortalidade materna e neonatal. Foram realizados 28 Seminários de Pactuação e mais de 180 debates (mais de cinco mil participantes), que resultaram em 71 planos municipais; elaborados protocolos clínicos de atenção ao recém-nascido e à criança; capacitados 1.237 médicos e 1.126 auxiliares em reanimação neonatal; garantida a presença do acompanhante no parto (Portaria de dezembro de 2005) e qualificados 552 profissionais de 138 maternidades como parte da política de humanização da atenção obstétrica e neonatal; ampliada a Rede de Bancos de Leite Humano; implantados Comitês de Morte Materna em todos os estados, em 171 regionais de saúde, 748 municípios e 206 hospitais-maternidades; e criada a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação do Pacto.

Com esse objetivo ainda, as políticas de investimento e custeio para a atenção básica e para a média e alta complexidade foram redefinidas; qualificaram-se os profissionais da atenção obstétrica e neonatal e ampliaram-se as ações de planejamento familiar e de atenção integral à saúde da mulher e da criança; implementou-se uma política de humanização da assistência obstétrica e neonatal e a vigilância do óbito materno; projetos de premiação de serviços exemplares foram apoiados e o recorte étnico-racial foi incorporado como parte das preocupações governamentais. Apesar da capacidade de ação de outras forças sociais, houve acumulação suficiente para produzir normas técnicas para qualificação e humanização dos serviços de atenção ao abortamento legal.



LIÇÕES APRENDIDAS

O Pacto Nacional tem tido um papel importante na articulação – dentro do Governo Federal, com governos sub-nacionais e com a sociedade civil –, de um conjunto de ações que visam mudanças de práticas no SUS, com a finalidade de enfrentar a elevada mortalidade materna e neonatal no Brasil. Inexistentes os indicadores de resultado, destaque-se a adesão ao Pacto de 22 (81 %) unidades federadas e 91 % dos municípios priorizados, reveladora da efetividade da articulação com os governos sub-nacionais e com a sociedade civil, e que faz do Pacto uma política de Estado e um compromisso da sociedade brasileira.

Posto que o sucesso do enfrentamento dos fatores determinantes da elevada mortalidade materna e neonatal depende da qualidade da cooperação entre governos e a sociedade civil, foi bem-sucedida a criação de um espaço formal para articulações entre os principais atores sociais comprometidos com a redução da elevada mortalidade materna e neonatal. Vários projetos de qualificação de profissional foram desenvolvidos em parceria com entidades científicas e de profissionais. Evidenciou-se o potencial da Comissão para a validação do marco de referência que orienta o Pacto e que deve ser permanentemente atualizado e submetido à crítica; para o desenvolvimento de uma rede de divulgação das ações do Pacto Nacional em eventos científicos e nos veículos de comunicação social; e para o monitoramento e avaliação do Pacto Nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Funcionando como contexto de negociação para os principais atores comprometidos com a redução da mortalidade materna e neonatal, a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto demonstrou potência afirmativa, avaliativa e propositiva, isto é, enquanto estratégia efetiva que busca garantir a sustentabilidade do Pacto Nacional, que visa a sua permanência como política de Estado.



PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA

Autor principal: Afrânio Coelho de Oliveira
Outros Autores: Solange da Silva Malfacini; Pedro José Bello Gomes; Salete de Jesus
Fonseca Rêgo; Celia Maria de Andrade Costa; Jacob Kligerman
Instituição: Secretaria Municipal de saúde do Município do Rio de Janeiro
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

O presente trabalho consiste em um relato da experiência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, através da Superintendência de Controle do Câncer, na implementação do novo modelo do PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA (PCCM), como parte integrante do processo de reorganização da assistência em Oncologia, com a estruturação de uma linha de cuidado em Mastologia, perpassando todos os níveis de atenção.

Os resultados são analisados de forma comparativa com o período pré-projeto, permitindo uma melhor avaliação dos objetivos alcançados.

JUSTIFICATIVA

O câncer de mama é uma das neoplasias mais comuns entre a população feminina, sua incidência cresce rápida e progressivamente após os 35 anos de idade. As estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2006 são de 48.930 casos novos de câncer de mama no Brasil, dos quais 7.850 no Estado do Rio de Janeiro, sendo 4.330 no Município do Rio de Janeiro, representando quase 10% do total de casos novos esperados para todo o país.

O custeio do tratamento do câncer de mama, cada vez mais onera os sistemas de saúde, entretanto o diagnóstico precoce do câncer de mama pode diminuir a extensão da cirurgia, minimizando o tratamento loco-regional. A implantação de programas de rastreamento no câncer de mama leva a um aumento no diagnóstico de lesões não palpáveis da mama, com potencial de mudar a história natural do câncer de mama, permitindo às mulheres continuarem inseridas na vida social, com sua capacidade de trabalho preservada e terem um aumento global da sobrevivência.

OBJETIVOS

Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama, estruturação da atenção em Oncologia, integração de todos os níveis de atendimento, capacitação profissional com treinamento em serviço.

METODOLOGIA

Foi implementado um projeto piloto na AP 5.II, com avaliação após um ano. O protocolo para indicação do exame mamográfico, foi estabelecido de acordo com a determinação do Documento de Consenso do Ministério da Saúde para o Controle do Câncer de mama, sendo introduzido o rastreamento mamográfico anual para mulheres de 50 a 69 anos, e anual para mulheres de 40 a 49 anos com antecedentes pessoais ou familiares de câncer de mama. Foram realizados treinamentos para os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e Programa de Saúde da Família (PSF) visando o rastreamento clínico, captação e triagem das mulheres portadoras de lesão na mama. Foi implantado Pólo Secundário de Patologia Mamária com resolubilidade para confirmação diagnóstica através de procedimentos invasivos, além da definição de fluxo para referências de maior complexidade, previamente pactuadas, mantidas sob regulação local.

PRODUTO

Foram treinados todos os profissionais envolvidos na atenção à saúde da mulher, totalizando 35 ginecologistas, além de 12 Médicos Generalistas, 24 Enfermeiros e 141 Agentes Comunitários de Saúde. Durante o Projeto Piloto, foram submetidas a exame clínico das mamas 58.045 pacientes. Foram solicitadas 5.865 mamografias, sendo 1037 (18,53%) por alteração clínica, 813 (13,86%) em pacientes assintomáticas de 40 a 49 anos com antecedentes familiares ou pessoais de patologia mamária e 3965 (67,61%) em pacientes assintomáticas de 50 a 69 anos. Foram encaminhadas ao Pólo de Patologia Mamária 470 pacientes, das quais 56 (11,91%) apresentavam lesão mamária suspeita. Destas, 43 (77%) foram encaminhadas com diagnóstico de lesão suspeita palpável, 13 (23%) com lesão suspeita não palpável. Foram referenciadas para os Centros de Alta Complexidade Oncológica (CACON) um total de 52 pacientes, representando 11% das pacientes atendidas no Pólo de Diagnóstico Mamário. Para tratamento cirúrgico de patologias benignas, foram referenciadas 46 pacientes. Permaneceram em acompanhamento no Pólo 137 pacientes e 235



pacientes retornaram para acompanhamento na Unidade de origem, após avaliação pelo Pólo.

No segundo ano do Programa, foram encaminhadas ao Pólo de Patologia Mamária da AP 5.11 627 pacientes, das quais 82 (13,07%) apresentavam lesão suspeita, destas 59 (72%) eram palpáveis e 23 (28%) eram não palpáveis.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O aumento considerável na oferta de mamografias na AP durante o Projeto Piloto, em relação ao ano de 2001, apesar da redução significativa de atendimentos realizados no Pólo, traduziu uma melhor qualificação da demanda. A quantidade de procedimentos realizados e o baixo percentual de mulheres que permaneceram no Pólo para acompanhamento, refletem a maior resolubilidade alcançada em relação ao período anterior. Além do aumento da captação de lesões suspeitas, o aumento percentual de lesões suspeitas não palpáveis detectadas no segundo ano (28%) quando comparado ao observado no primeiro ano (23%), sinaliza para uma tendência ao incremento no diagnóstico de tumores iniciais, podendo, com a expansão e continuidade do programa, refletir em redução dos índices de mortalidade por Câncer de Mama. A regulação do fluxo permitiu maior rapidez no diagnóstico e tratamento do Câncer de Mama, contribuindo para a organização da porta de entrada dos Centros de Alta Complexidade Oncológica (CACON). Foram observadas dificuldades referentes a informação, dificultando a estratificação das lesões palpáveis por estadiamento clínico, mostrando a necessidade de implantação de um sistema informatizado de apoio, facilitando o acompanhamento e avaliação das ações do PCCM.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos apontam para a importância da regulação e da estruturação de grade de referência para a ordenação das ações de atenção à saúde, mostrando ser este um modelo exequível, e capaz de atender às diretrizes do Sistema Único de Saúde.



ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NO ESTADO DA PARAÍBA

Autor principal: Alana Soares Barreto Brandão

Outros Autores: Alysson Kennedy P. de Souza

Instituição: Secretaria Estadual de Saúde

Município: João Pessoa

Estado: Paraíba

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Em 2000, a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba implantou o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero - "Viva Mulher", por entender que é a melhor forma de conhecer e alterar o perfil epidemiológico da doença por meio da implementação de ações de controle e prevenção.

O Câncer do Colo do Útero (CCU) constitui um grande problema de saúde pública em todo o mundo, principalmente, nos países com condições socioeconômicas e culturais precárias. A detecção precoce e o tratamento das lesões precursoras são meios eficazes na prevenção e na redução da mortalidade. Além disso, a implantação do Programa contribui para um melhor conhecimento da realidade local e para um acompanhamento mais específico e eficiente das ações que estão sendo desenvolvidas.

OBJETIVOS

Este estudo tem por objetivo principal analisar a situação do câncer do colo do útero no Estado da Paraíba, nos últimos cinco anos, por meio da análise dos indicadores disponíveis, após implantação e implementação das ações de prevenção e controle do câncer de colo do útero.

METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, analisamos os dados fornecidos pelos Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero - SISCOLO e DATASUS. Foram correlacionados os números de exames citopatológicos realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, com o número de lesões de alto e de baixo graus, e o número de internações por câncer de colo do útero (2000 a 2004) com o número de Cirurgia de Alta Frequência (CAFs) e Colposcopias, além de calculadas as taxas de mortalidade e ocorrência de internação no Estado da Paraíba.

RESULTADOS ALCANÇADOS

O percentual de cobertura das mulheres com a idade de 25 a 59 anos (faixa etária prioritária do programa) aumentou entre os anos analisados, tendo um pico de 48% de cobertura no ano de 2002, devido à realização de uma grande campanha para realização de exames citológicos.

Com o aumento da oferta de Cirurgias de Alta-Frequência (CAF) observou-se uma diminuição no número de internações hospitalares (Figura 1).

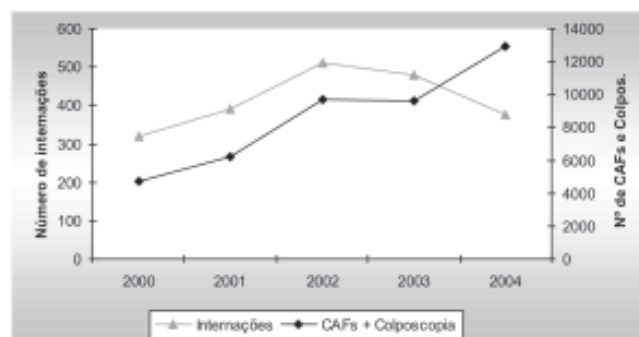


Figura 1 - Comparação entre o número de internações por câncer do colo do útero e os CAFs e Colposcopias realizadas no Estado da Paraíba, 2000-2004.

A detecção das lesões de baixo ($R=0,89$) e principalmente de alto grau ($R=0,98$) estão fortemente correlacionadas com o aumento no número de exames citológicos realizados.

No período compreendido entre 2000 e 2004, observou-se um aumento nas taxas de mortalidade por câncer do colo do útero, o que pode ser devido à melhoria na qualidade das informações sobre mortalidade (Sistema de Informação de Mortalidade) no Estado e uma queda nas taxas de ocorrência de internação, o que pode estar relacionado com a ampliação do acesso ao exame de Papanicolau (Figura 2).

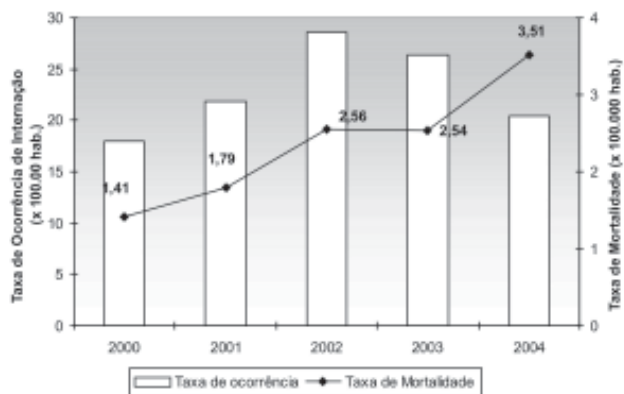


Figura 2 - Comparação entre a evolução das taxas de ocorrência de internação e mortalidade por câncer do colo do útero no Estado da Paraíba, 2000-2004.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Houve uma visível evolução na atenção secundária e uma notória melhoria na qualificação das informações de mortalidade (SIM). Outro fator muito importante para o aumento do número de exames citológicos e conseqüentemente maior detecção das lesões de alto e baixo graus foi a ampliação na rede de coletas. Tudo isso promove a validação da eficiência do Programa VIVA MULHER no Estado da Paraíba

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Faz –se necessário ainda um maior investimento na sensibilização e conscientização dos gestores municipais de saúde, quanto à priorização das ações de controle e prevenção do câncer de colo do útero, como a melhor forma de redução de mortalidade.



IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA INFORMATIZADO DE DISPENSAÇÃO FARMACÊUTICA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA CIDADE DO RECIFE EM 2005 E 2006.

Autor principal: Alberto Luiz Alves de Lima

Outros Autores: Fábio Carvalho; Tiago Feitosa de Oliveira; Lídia Lira; Kássia Arcoverde; Elizabeth Vilar e Hermias Veloso

Instituição: Prefeitura do Recife - Secretaria de Saúde - Diretoria de Regulação

Município: Recife

Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal do Recife (SMS) está dividida em seis Distritos Sanitários (DS), com infra-estrutura básica, desempenhando o papel de gestores locais de saúde. Quanto à distribuição dos serviços de saúde, a maioria das unidades hospitalares ainda se encontra sob gestão estadual, ou seja, de modo geral a rede municipal se concentra na atenção básica, mas atende também parte da atenção especializada necessária à população recifense. Na gestão 2001-2005 registrou-se um significativo aumento na rede municipal de saúde. Na rede ambulatorial básica o município ampliou em 475% o número de Unidades de Saúde (US), chegando ao final de 2004 com 92 US implantadas. O número de Equipes do Programa Saúde da Família (ESF) teve um aumento de 688,88%. Em termos de cobertura populacional do PSF, foi ampliada de 6,5% para 51,27%, passando de 93 mil para mais de 733.666 mil pessoas atendidas pelo programa. Nesse mesmo período, outros níveis de atuação também foram ampliados com o objetivo de alcançar uma atenção integral. A questão do incremento e aprimoramento da Assistência Farmacêutica na rede aparece neste contexto de desafios gerenciais como ponto crucial para garantir o acesso e o uso racional de medicamento, exigindo viabilização imediata de mecanismos que ampliem a capacidade de regulação sobre o setor.

JUSTIFICATIVA

O custo da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica em 2004 foi de cerca de R\$ 6.500.000,00 em Medicamentos e Material Médico Hospitalar (MMH) e atualmente, se dá em áreas carentes de um controle mais efetivo da assistência farmacêutica. Estima-se para 2005/2006 o custo total de 16 milhões. Desta forma esse projeto se justifica devido à necessidade de investimentos em controles eficientes dos quantitativos de medicamentos dispensados e nos processos aquisitivos.

OBJETIVOS

Dar continuidade ao projeto de informatização, ampliando e melhorando a assistência farmacêutica pela promoção imediata da conectividade entre as unidades de saúde e as áreas administrativas, na busca de mecanismos de controle para manutenção de estoques reguladores adequados, através da viabilização das trocas de dados necessárias e da capacitação dos profissionais de saúde envolvidos nas atividades de controle e dispensação de medicamentos, quer na utilização dos sistemas de informação ou na sua sensibilização para a questão da humanização dos serviços em saúde, melhorando a gestão para uma assistência farmacêutica eficiente e de qualidade no município.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Em 2005 foi iniciado o projeto de implantação tecnológica do sistema de regulação das farmácias da Secretaria Municipal de Saúde no Centro Especializado em Hipertensão, Diabetes e Oftalmologia – COHD, localizado no Distrito Sanitário III, que se configura como um centro de referência municipal. Todo processo iniciou-se com a elaboração dos Projetos de Rede para conectividade das farmácias; Licitação para contratação de empresa prestadora de serviços especializados; Licitação Sistema de Registro de Preço-modalidade Pregão para aquisição de equipamentos; Execução do Projeto de Conectividade; Adequação e reforma estrutural da farmácia; Distribuição e instalação dos equipamentos na farmácia; Implantação do Projeto de Assistência Farmacêutica; Capacitação e treinamento dos profissionais de saúde, principalmente, os envolvidos nas farmácias; Transferência tecnológica à empresa municipal de informática -EMPREL.

PRODUTOS

Como resultado temos a definição do custeio da Assistência Farmacêutica do COHD, bem como a definição do custeio dos Programas Estratégicos de Saúde do Ministério da



Saúde; Definição das metas para os Programas de Saúde, especialmente para Hipertensão e Diabetes estimando: população atendida, coeficiente de incidência, taxa de abandono, número de casos detectados, etc. O sistema de dispensação de medicamentos do Recife está se configurando como uma garantia do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos, através de sistemas gerenciais informatizados interligados em rede. Como resultado observamos uma diminuição sensível da fila de espera para recebimento do medicamento. Algumas dificuldades foram encontradas no decorrer do processo, como a necessidade de ajustes (internos) na seleção e padronização dos Medicamentos e MMH para a Rede Municipal de Saúde; Ausência de um Banco de Preços e Cadastro de Empresas que atendam os requisitos das licitações municipais; Carência de recursos humanos e Inexistência de Sistemas de Controle de Dispensação Informatizados nas Farmácias Distritais (CAF).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de melhoria do parque tecnológico, para implantação do Sistema de Regulação da Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde, está contemplado com investimentos do Convênio com o Ministério da Saúde, o que possibilitará a ampliação do sistema e conseqüentemente a melhoria do atendimento a população.



GESTAÇÃO E PRÉ - NATAL

Autor principal: Aldecides A. Santana

Outros Autores: Ricardo Diniz de Melo ;Natal da Silva;Francisco de Carvalho;Cristiane Quinta de Brito

Instituição: FUNDAÇÃO ZERBINI

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

Para que a gravidez transcorra com segurança são necessários cuidados da própria gestante, parceiro e também da equipe interdisciplinar de saúde. A atenção Básica na gravidez inclui a prevenção de doenças, a promoção da saúde e o tratamento de agravos que possam ocorrer durante o período gestacional. A Equipe 399 PACS do Recanto das Emas - DF, ao constatar que grande parte das gestantes da área de abrangência não procuravam o Centro de Saúde para realizar o Pré-Natal ou faltavam às consultas com frequência, realizou um trabalho educacional junto as mesmas, com o objetivo de proporcionar a conscientização sobre a importância desse acompanhamento e de um planejamento familiar. Desta forma os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) organizam grupos de gestantes e suas microáreas, orientando os cuidados durante a gravidez, parto e pós parto. Com isso conseguiu-se que todas as gestantes da área aderissem ao Pré- Natal com segurança e credibilidade nos profissionais, promovendo uma gravidez tranquila e o parto saudável. O acompanhamento do puérpereo e do bebê também são realizados pela equipe.



PROGRAMA NASCER BEM E VIVER FELIZ EM ARAGUAÍNA: UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA EM GESTÃO.

Autor principal: Alessandro Farias Pantoja

Outros Autores: Zilene do Socorro Santa Brígida da Silva

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde

Município: Araguaína

Estado: Tocantins

O município de Araguaína vem desenvolvendo diversas estratégias no intuito de garantir uma assistência de qualidade à mulher e a criança na Atenção Básica de Saúde, o qual é característica de seu Modelo de Gestão. No entanto, através de análise da situação de saúde materno-infantil no município em 2003, notaram-se baixos percentuais de acompanhamento notados no relatório de indicadores do SISPRÉ-NATAL, discrepância entre informações relacionadas nas fichas de acompanhamento com as dos prontuários das gestantes, baixo número de conclusões de pré-natal, baixo índice de aleitamento materno exclusivo, grande quantidade de gestantes cadastradas com idade gestacional acima de 120 dias, alta taxa de mortalidade materna, alta proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, além da centralização de alguns serviços como Triagem Neonatal e Pré-natal Odontológico. Portanto, através de esforços organizados e pautados nas diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, potencializaram-se as ações já desenvolvidas pelo município, estabelecendo suporte ao acolhimento e à humanização da assistência prestada, sendo implantado, no início do ano de 2004, o *Programa Nascer Bem e Viver Feliz em Araguaína*, que possui os principais objetivos: 1 - Reorganizar a assistência materno-infantil na Atenção Básica; 2 - Contribuir para a redução das taxas de morbi – mortalidade materno-infantil; 3 - Incentivar a prática do Aleitamento Materno Exclusivo até os seis meses de vida; 4 - Estimular tanto a captação precoce de gestantes como sua adesão ao pré-natal; 5 - Qualificar profissionais das equipes de PACS/PSF e Saúde Bucal para atuação intensivamente nas ações referentes à área materno-infantil. Instituiu-se um incentivo à adesão ao Pré-natal, sendo entregues kit's enxoval e certificados de menção de elogio para gestantes que cumprirem as exigências Pré-natal, conforme recomendações do Ministério da Saúde. Foi realizada a aquisição e confecção de materiais educativos. Avançou-se no processo de vínculo inter e intra-institucional com o apoio Programa Bolsa Alimentação, Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho Tutelar, Pastoral da Criança, Conselho Municipal de Saúde e serviços de referência para realização de atendimentos especializados, como o Hospital e Maternidade conveniado com o SUS, o qual é referência para o Pré-natal de médio, alto risco e parto, no desenvolvimento de ações conjuntas. As equipes de PACS/PSF realizam o acompanhamento de gestantes

e crianças através de consultas clínicas, seguindo o protocolo dos programas ministeriais da área materno-infantil, desenvolveram atividades educativas, visitas domiciliares e referencia os casos que necessitem de atenção especializada, conforme protocolo local estabelecido para esse fim. Houve intensificação na estrutura, planejamento, execução, monitoramento e avaliação do SISPRÉ-NATAL, incluindo-se reuniões técnicas *in loco* às UBS. Implantou-se e implementou-se, também, o Serviço de Triagem Neonatal e atendimentos na Estratégia AIDPI para os Centros de Saúde de forma gradativa e organizada. Em articulação a Vigilância Epidemiológica Municipal, está se discutindo a implantação do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil. Com os investimentos ora citados, tem-se percebido resultados significativos como: maior adesão das gestantes com menos de 120 dias de gestação e maior número de conclusões no pré-natal. Sendo que em 2003, 70% das gestantes foram cadastradas antes dos 120 dias de gestação; em 2004, 79% e em 2005, 85%. No ano de 2003 foram realizadas 43 conclusões; em 2004, 255 e em 2005, 325. E, até março de 2006, 167 gestantes o concluíram. A proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de Pré-natal em 2003 foi de 41%, subindo em 2004 para 46%, alcançando 50% em 2005. A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer que foi de 6,9% em 2003, caiu para 5,8% em 2004. Em 2003, o percentual de crianças menores de 4 meses em Aleitamento Materno Exclusivo foi de 68,12. Em 2004, foi de 72,57% e em 2005, 71,71% e até março de 2006, 72,13%. Segundo o SIAB Municipal, em 2003, em média, 98% das gestantes cadastradas nos Centros de Saúde foram acompanhadas. Em 2004, obteve-se a média de 99,7%. No ano de 2005 a média foi 98,7% e até março de 2006, 100%. A taxa de mortalidade infantil em 2003 foi de 16,6 por mil, tendo uma redução significativa em 2004, com um valor de 12,33 por mil. Em 2005 foi de 15,6 por mil, resultado este relacionado à intensificação das ações de investigação e notificação por parte da Divisão de Vigilância Epidemiológica do município. A taxa de mortalidade materna em 2003 foi de 147,71 por cem mil. Em 2004, caiu para 72,54. Em 2005, a taxa foi de 71,25. Alcançou-se, em 2005, em parceria com a APAE – Araguaína, a cobertura de 103% de realização do Teste do Pezinho em recém-nascidos do município. Verificou-se, ainda, maior consistência e veracidade dos



dados do SISPRÉ-NATAL. O serviço de Pré-natal Odontológico vem sendo implantado nos Centros de Saúde do município. No final do ano de 2005, Araguaína recebeu o Prêmio *Bibi Vogel*, reconhecimento nacional pelo desenvolvimento de ações inovadoras na promoção, proteção e apoio à amamentação. Foram premiadas apenas 5 cidades no Brasil, uma por Região e Araguaína foi a contemplada da Região Norte. Na implantação e implementação do Programa Nascer Bem e Viver Feliz em Araguaína, foram encontradas algumas dificuldades, principalmente em relação à alta rotatividade de profissionais e à constante população flutuante, porém, com o compromisso e apoio das Gestoras do município e da Secretaria Municipal de Saúde, em articulação com serviços internos e externos do município, foi possível reunir esforços para o alcance dos objetivos. Nesse contexto, o município de Araguaína tem avançado significativamente no que diz respeito à área materno – infantil, através da sistematização da assistência, otimização e potencialização de recursos humanos, físicos e financeiros, o que possibilita uma melhor qualidade de vida para a população, ressaltando a importância de se “Nascer Bem e Viver Feliz em Araguaína”.

¹ Enfermeiro. Pós-graduando em Estratégia Saúde da Família. Coord. Materno – infantil. Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína.

² Enfermeira. Especialista em Educação em Saúde. Coord. de Atenção Básica. Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína – TO.



ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL A PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS MENTAIS NA TRI-FRONTEIRA

Autor principal: Alice Werner

Outros Autores: Adriana Girelli; Mariza F. O. Diel e Odaiz Machado

Instituição: Escola de Educação Especial Novos Horizontes - APAE Barracão - PR

Município: Barracão

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O cidadão das cidades da tríplice fronteira passa por uma situação atípica do país, transita durante o dia por três cidades, três Estados e dois países, uma realidade própria, que precisa ser respeitada. Portanto, deve ser tratado de forma integrada.

Devido à deficiência mental e outras associações, pessoas e familiares com esta problemática têm dificuldade em encontrar tratamento especializado adequado às suas capacidades e limitações, tendo que recorrer a centros maiores, distantes dos municípios de origem.

Os portadores de deficiências são muitas vezes marginalizados e excluídos devido a estrutura física e social dos municípios, quando necessitam de respeito, apoio e incentivos para uma real reinserção na sociedade, pois as limitações e dificuldades diárias podem, na maioria dos casos, ser superadas com trabalho biopsicossocial.

Visando a melhoria da qualidade de vida das populações das cidades da tri-fronteira seca, é essencial oferecer atendimento multiprofissional que desenvolva as capacidades e respeite as limitações destas pessoas, estendendo o serviço aos cidadãos argentinos também em função da proximidade e da dificuldade de locomoção destas pessoas, possibilitando também um espaço de orientação, apoio e reflexão que facilite o desenvolvimento e relacionamento familiar e social destas pessoas.

OBJETIVOS

O principal objetivo deste projeto é oferecer atendimento especializado nas áreas de psiquiatria, psicologia, fisioterapia, equoterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e assistência social, a pessoas com deficiência mental e associados a estes (DM-DA, DM-DV e DM-DF), a pessoas residentes nos municípios da tri-fronteira seca. Objetiva-se ainda a melhoria da qualidade de vida destas pessoas e seus familiares, a otimização do desenvolvimento de suas capacidades, e a inclusão social e escolar dos mesmos.

METODOLOGIA

A Escola de Educação Especial Novos Horizontes – APAE, do município de Barracão-PR, através de credenciamento junto ao SUS – Sistema Único de Saúde, contratou profissionais das áreas de psiquiatria, psicologia, fisioterapia, equoterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e assistência social, para realizar atendimentos especializados, além do trabalho pedagógico já desenvolvido na escola, junto aos alunos matriculados na escola.

A escola atende a 143 alunos, provenientes dos municípios de Barracão-PR, Bom Jesus do Sul-PR, Dionísio Cerqueira-SC, e Bernardo de Irigoyen-Misiones-Argentina. O atendimento oferecido refere-se a :

Psicologia - Avaliação psicológica, triagem, atendimento aos pais, acompanhamento do desenvolvimento dos alunos, encaminhamentos. Aumentar a auto-estima e promover o desenvolvimento de habilidades psicomotoras, cognitivas e sociais, palestras e dinâmicas com alunos e pais.

Assistência Social - Visitas domiciliares, atendimento com alunos, encaminhamento dos direitos dos alunos bem como de sua família, e do benefício de prestação continuada; fornecimento de alimentação para famílias necessitadas, elaboração de projetos assistenciais.

Terapia Ocupacional - Avaliação terapêutica, atividades de vida diária, atividades de vida prática, estimulação sensorio-motora, terapia de mão, cozinha experimental, manipulações articulares, alongamentos e relaxamentos musculares, atendimentos e orientações aos pais, adaptações no ambiente escolar e familiar, confecção de órteses. Fisioterapia clínica - Avaliação fisioterápica, atendimentos de reabilitação física, manipulações articulares, relaxamentos e alongamentos musculares, estimulação da motricidade global, treinos de equilíbrio e marcha, atendimentos e orientações aos pais, confecção de órteses. Equoterapia - treinamento para técnicos em equoterapia; auto-estima, autoconfiança, sensação de independência; tônus muscular, controle de cabeça e tronco, postura e simetria.



Fonoaudiologia - Intervenções nas áreas de comunicação oral e escrita, audição e motricidade oral, reabilitação dos órgãos fonoarticulatórios e estimulação da linguagem oral e escrita.

RESULTADOS DO PROJETO

A integração de alunos dos quatro municípios mostra bons resultados, com boa aceitação e participação familiar, especialmente os argentinos. O desenvolvimento obtido com o tratamento multiprofissional é visível nos alunos, por trabalhar o todo integrado, oferecendo assim maior oportunidade de evolução a estas pessoas. São realizadas palestras educativas/preventivas em relação às deficiências e a inclusão educacional e social pelas profissionais da equipe técnica referente a este projeto.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Percebeu-se a importância da união das equipes para a eficiência da ação. A dificuldade enfrentada foi a falta de políticas públicas específicas nos municípios, que atendam às necessidades destas pessoas, como apoio à escola, e o preconceito da população em relação a eles, o que através do trabalho integrado e da divulgação das ações realizadas na escola tem diminuído um pouco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste projeto demonstra a importância das parcerias e da participação de todos em um trabalho de equipe para conseguir atingir os resultados específicos que venham de encontro com as reais necessidades da população deficiente.



PROJETO DE PREVENÇÃO DA PERDA AUDITIVA INDUZIDA PELO RÚIDO NOS JATEAMENTOS E MARMORARIAS

Autor principal: Aline Gomes de França

Outros Autores: Profissionais do CEREST de Joinville

Instituição: CERES/Joinville

Município: Joinville

Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO

No ambiente de trabalho, o sistema auditivo pode ser atingido por diversos agentes agressores como por exemplo, o ruído intenso, certos produtos químicos, o ruído de impacto muito intenso e os traumatismos físicos.

O ruído certamente é um dos fatores de risco mais presentes nos processos de trabalho e que expõe um número considerável de trabalhadores.

Este agente físico ganha maior importância quando se considera que o dano auditivo dele decorrente é irreversível, e que a exposição a elevados níveis de ruído pode acarretar ao trabalhador alterações importantes que interferem na sua qualidade de vida.

Segundo a (OPAS - OMS, 1980), o ruído pode perturbar o trabalho, o descanso, a comunicação nos seres humanos, pode prejudicar a audição e causar reações psicológicas, fisiológicas e talvez até patológicas.

As questões relacionadas com a qualidade de vida da população, em geral, e da maioria dos trabalhadores podem e devem ser incluídas no âmbito da Saúde Pública, justificando, por isso, um projeto sobre os danos provocados pelo ruído, que contribuirá para o conhecimento sobre os seus efeitos e interferir nas políticas para sua redução.

OBJETIVO

Desenvolver ações para prevenção e detecção precoce dos danos provocados pelo ruído ocupacional, tendo como foco a PAIR, priorizando medidas de investigação e de orientação aos trabalhadores, empregadores e comunidade em geral.

METODOLOGIA

- Levantamento quantitativo dos níveis de ruído, conforme critérios técnicos previamente estabelecidos.
- Avaliação Audiológica e clínica dos trabalhadores dos setores expostos ao ruído intenso.
- Encaminhamento dos trabalhadores com exames alterados ao otorrinolaringologista para determinação do diagnóstico diferencial ou tratamento de orelha média.

- Abertura de CAT para os trabalhadores com diagnóstico de PAIR.
- Definição e recomendação das medidas de proteção, atenuação e eliminação do ruído a serem executadas pela empresa.
- Realização de reuniões, seminários e capacitação com trabalhadores das empresas investigadas, informando-os sobre os riscos, e meios de prevenção e proteção.



RESULTADOS

Referente os resultados da avaliação audiológica nos trabalhadores dos jateamentos, pode-se dizer que dos 40 trabalhadores avaliados, 62,50% tiveram suas audiometrias alteradas.



Com relação ao perfil audiológico destes trabalhadores, 56% tiveram suas audiometrias sugestivas de PAIR, e 16% com outras patologias.

Em relação ao grau de perda encontrado nos trabalhadores que apresentaram a PAIR, foi detectado que 50% apresentaram grau leve e 42,86% apresentaram grau moderado.

Referente a notificação, 66,67% dos trabalhadores com PAIR emitiram a CAT.

No que diz respeito aos trabalhadores das Marmorarias, dos 87 trabalhadores avaliados, 32,19% tiveram suas audiometrias alteradas.

Com relação ao perfil audiológico destes trabalhadores, 50% tiveram suas audiometrias sugestivas de PAIR, e 21,43% com outras patologias.

Referente ao grau de perda encontrado nos trabalhadores que apresentaram a PAIR, foi detectado que 35,71% apresentaram grau leve e 64,29% apresentaram grau moderado.

Referente a notificação, 64,28% dos trabalhadores com PAIR emitiram a CAT.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perda auditiva induzida pelo ruído apresenta um importante problema de saúde pública, não só pelo aumento de sua incidência, mas também, por acometer qualquer indivíduo independentemente de sua atividade laboral.

Os resultados deste trabalho apontam a importância da implementação e o fortalecimento de políticas de saúde voltadas à prevenção de perdas auditivas relacionadas ao trabalho, incluindo ações que visem a redução dos riscos e melhora das condições de saúde dos trabalhadores expostos.

BIBLIOGRAFIA

- NULDEMANN, A.A, COSTA, E. A; PAIR: Perda Auditiva Induzida pelo Ruído. Porto Alegre: Bagagem Comunicação LTDA, 1997.
- NULDEMANN, Alberto A. org PAIR: Perda Auditiva Induzida pelo Ruído. Rio de Janeiro: v. II, Revinter, 2001.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD Y ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. - Critérios de salud ambiental, 12, El ruído, México, 1980.



IMPLANTAÇÃO DO EXAME PARA DETECÇÃO PRECOCE DO ESTREPTOCOCO DO GRUPO B NA ROTINA DO PRÉ-NATAL DO MUNICÍPIO DE IRATI –PR

Autor principal: Aline Mierzva

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Irati - PR

Município: Irati

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Devido ao número elevado de óbitos infantis ocasionados pela Infecção Neonatal, vimos a necessidade de implantarmos um novo exame na rotina do Pré-Natal no município de Irati para detecção do Estreptococo do Grupo B (GBS) em gestantes no terceiro trimestre de gestação. Este é um coco gram positivo que pode colonizar o trato gastrointestinal inferior, tanto de homens quanto de mulheres, podendo disseminar para o trato genital. Gestantes com GBS positivo podem transmitir esta bactéria para o bebê durante o trabalho de parto e parto, causando a infecção neonatal.

OBJETIVOS

O objetivo deste projeto é reduzir a mortalidade infantil causada pela Infecção Neonatal, por meio do estudo da prevalência da colonização por Estreptococo do Grupo B em gestantes no terceiro trimestre de gravidez, inscritas no Pré-Natal do município de Irati, e posterior tratamento das gestantes com GBS positivo, garantindo, assim, a saúde materno-infantil.

METODOLOGIA

Em abril de 2005, realizou-se uma reunião com os obstetras, neonatologista, enfermeiros, secretário municipal de saúde e funcionários da Santa Casa de Irati para comunicar a implantação do exame, atribuindo funções a cada profissional envolvido no projeto. No período de maio de 2005 a fevereiro de 2006 foi realizado um estudo com 485 gestantes no terceiro trimestre, sendo realizado coleta de amostra de secreção vaginal e anal para a identificação do GBS. Foram incluídas as gestantes inscritas na Unidade do Pré-Natal, com idade gestacional a partir de 34 semanas, as quais receberam orientações sobre os procedimentos necessários para obtenção de amostra adequada para o exame. As gestantes que tiveram resultado positivo após a realização do exame, foram identificadas, através do Cartão da Gestante, recebendo tratamento com quimioprofilático durante o pré-parto, pela equipe médica, segundo protocolo médico.

RESULTADOS OBTIDOS

Após a implantação do exame na rotina do Pré-Natal, observamos que 21,8% das gestantes (106) apresentaram GBS positivo, demonstrando grande incidência no município. Percebemos também, que os óbitos devido à infecção neonatal foram reduzidos para dois após a implantação do exame, sendo que estes ocorreram devido a partos prematuros (antes de 34 semanas), não sendo possível a realização do exame. Devido a isso, o período de realização do exame foi antecipado para a 30ª semana gestacional.

VIVÊNCIA

A presente experiência vem possibilitando num curto espaço de tempo, melhorias na qualidade dos serviços prestados e também com relação a qualidade de vida, satisfação e segurança materno-infantil. Este projeto apresenta caráter inovador, uma vez que o exame acima citado não está incluído nos exames de rotina preconizados pelo Ministério da Saúde, nem é prática comum em consultórios particulares e em outros municípios, sendo implantado em nosso município devido a dados epidemiológicos existentes, demonstrando a necessidade de melhorias na assistência prestadas às gestantes durante o Pré-Natal e parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto abre novas perspectivas com relação à saúde pública, proporcionando melhorias e qualidade no atendimento prestado à população na Atenção Básica, possibilitando a avaliação contínua dos procedimentos realizados, incentivando os profissionais na busca constante de aperfeiçoamento através de estudos e pesquisas, além de priorizar os cumprimentos de metas como o deste projeto, que tem como objetivo futuro reduzir a zero os óbitos neonatais causados pela Infecção Neonatal.



ODONTOLOGIA DE ATENÇÃO PRECOCE: UMA PROPOSTA INOVADORA NO NORTE DO PAÍS

Autor principal: Aline Jesuino de Oliveira

Outros Autores: José Ferreira de Menezes Filho; José Carlos Pettorossi Imparato

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína - TO

Município: Araguaína

Estado: Tocantins

A Odontologia como ciência confunde-se com a Medicina e, como tal, possui uma trajetória onde, por longos anos, a cura sobrepôs-se a todos os demais aspectos da doença. No caso da Medicina, quando não se tinha um remédio para um mal grave e que pudesse afetar outras pessoas, fazia-se o isolamento do paciente ou sua remoção para as colônias, como no caso da tuberculose e da hanseníase. Na Odontologia, a solução para o mal maior e de relato mais antigo – a cárie dentária – não era tão agressiva a ponto de separar o paciente da comunidade, porém tinha aspectos de verdadeiro sacrifício, pois os dentes eram extraídos em presença do público e sem anestesia. Os resultados eram as mutilações da arcada dentária, com todas as conseqüências para a fonação, mastigação e o envelhecimento precoce das pessoas.

Passaram-se os séculos e a Medicina preventiva começou a florir e trazer resultados através das medidas de saúde pública, que envolvem aspectos como a higiene, saneamento, alimentação, vacinas e habitação digna.

A Odontologia, por sua vez, também se desenvolveu, especialmente através da Odontologia Social e Preventiva e da Odontopediatria.

Em se tratando de crianças, as técnicas de prevenção da cárie dentária, desenvolvidas e praticadas no Brasil nas últimas quatro décadas, modificaram o perfil dessa enfermidade, de modo importante, porém ainda distante dos níveis desejados e que haviam sido preconizados pela Organização Mundial de Saúde para o ano 2000.

Os índices de cárie dentária na população brasileira precisam ser reduzidos a níveis próximos de zero nos próximos quatro anos, uma vez que somos signatários juntos à Organização Mundial de Saúde do desafio de alcançar um CPO-D de no máximo 1 aos 12 anos de idade. Dessa forma, hoje, acredita-se que através de programas educativo-preventivos, em que a promoção de saúde pública constitua uma base sólida e as técnicas preventivas da cárie dentária sejam aplicadas paralelamente, de forma controlada e abrangendo mãe e filho a partir da gestação, poder-se-á esperar por resultados positivos em relação aos índices da Organização Mundial de Saúde para o ano 2010.

O presente trabalho retrata o pioneirismo do município de Araguaína que, através de um projeto de Saúde Bucal, busca atingir toda amplitude do problema odontológico brasileiro,

permeando toda a complexidade e diversidade com ações inovadoras em todos os níveis de atenção, a saber, promoção e prevenção, diagnóstico e tratamento, dando acesso a todas as faixas etárias, oferecendo estes procedimentos sob forma de programas, como é o caso do Programa de Atenção Odontológica Mãe-Filho (P.A.O.M-F), foco da presente apresentação.

O Programa de Atenção Odontológica Mãe-Filho, desenvolvido em um Centro de Saúde Municipal do município de Araguaína – TO, desde o ano de 2002, tem contribuído para a promoção de saúde pública junto às gestantes e seus bebês, aos quais são oferecidos, de forma regular e controlada, técnicas de prevenção, do nascimento aos 36 meses de idade.

O Programa é realizado todas as quartas-feiras, no período da manhã e é desenvolvido em duas etapas: palestras educativas às gestantes e atendimento clínico preventivo de crianças, na faixa etária de zero a 36 meses.

A inscrição no programa é realizada espontaneamente após assistir uma palestra educativa, ministrada às quartas-feiras pela manhã no auditório do referido Centro de Saúde e destinada às gestantes e mães de bebês com até 12 meses de idade.

Nesta palestra, são abordados temas como saúde bucal da gestante e do bebê, dieta, aleitamento materno, cárie dentária de acometimento precoce, entre outros. Nesse momento, são entregues às gestantes e mães presentes folhetos educativos, bem como um cartão-controle para o agendamento dos próximos retornos. Caso a gestante tenha necessidade de tratamento curativo, receberá o encaminhamento para sua realização.

As consultas da criança atendem a um protocolo preestabelecido, onde são submetidas a um atendimento odontológico bimestral, no qual é realizado a remoção do biofilme dentário, acompanhada pela mãe que é instruída e treinada para realizar esta limpeza em casa, além de receber orientações de como administrar a dieta cariogênica.

Ao completar quatro anos de funcionamento, o Programa de Atenção Odontológica Mãe-Filho contabilizou 284 crianças sob controle periódico, onde mais de 96% obtiveram índice zero de cárie dentária, com acompanhamento baseado em metodologia da dissertação de Mestrado da autora do trabalho, ora sob análise.



Os resultados obtidos refletem o valor desta prática inovadora em relação à redução dos índices de cárie dentária nas crianças de zero a 36 meses, uma tarefa de grande impacto no futuro de toda dentição, tanto decídua quanto permanente da comunidade araguainense.

O apoio recebido pela Secretaria Municipal de Saúde, facilitou enormemente o desenvolvimento deste Programa. Por outro lado, as dificuldades se concentraram somente na educação e informação precárias da população, em dar o devido valor à saúde bucal, o que se estende aos profissionais médicos e enfermeiros, que poderiam contribuir mais, estimulando as mães para as ações de saúde bucal.

A vivência desta prática em pleno interior do norte do Brasil, está trazendo frutos novos, cujo resultado reflete-se no desejo expresso pela Coordenação do Programa Saúde da Família do município de Araguaína, de capacitar seus odontólogos para expansão de programas como este em outras comunidades.

Partindo desse princípio, acredita-se que, aliando o conhecimento à vontade política de gestores comprometidos, o S.U.S será viável para todos.



FATORES QUE DESENCADEIAM O USO DE DROGAS EM MULHERES JOVENS CADASTRADAS NO PSF DO PARAÍSO EM SANTA CRUZ/RN

Autor principal: Álvaro Rodrigues de Freitas

Outros Autores: Márcia Cerveira Abuana Osório

Instituição: Prefeitura Municipal de Santa Cruz/RN

Município: Natal

Estado: Rio Grande do Norte

INTRODUÇÃO

O uso indevido de drogas tornou-se um grande problema de saúde pública em praticamente todo o mundo. Suas conseqüências e prejuízos não se restringem ao usuário, espalhando-se por todas as áreas de relacionamento do indivíduo: família, vizinhos, emprego e comunidade.

Desde que a mulher, após seu movimento de emancipação, ampliou seu espaço social e aumentou sua disputa pelo mercado de trabalho, incrementando suas responsabilidades, houve uma modificação na gravidade e nos tipos de doença que incidem no sexo feminino. Também as mulheres estão cada vez mais usando drogas, tanto as permitidas como o cigarro e o álcool, antidepressivos, hipnóticos, ansiolíticos, etc; quanto às proibidas como a maconha e cocaína, entre outras (Brasil, 1992).

Este estudo tem como interesse maior responder ao seguinte questionamento: quais os fatores que desencadearam o uso de drogas em mulheres jovens cadastradas no PSF do Paraíso em Santa Cruz/RN?

OBJETIVOS

- Identificar os aspectos relacionados com as necessidades básicas, primárias e secundárias das mulheres no PSF do bairro do Paraíso em Santa Cruz/RN;
- Relacionar a influência dos vínculos afetivos, familiares, de trabalho e escola com a motivação de mulheres pelo uso de drogas no PSF do bairro do Paraíso em Santa Cruz/RN.

METODOLOGIA

O estudo proposto estrutura-se sob forma de pesquisa descritiva do tipo exploratório, com abordagens quantitativa e qualitativa. Foram entrevistadas quatorze mulheres, selecionadas através de alguns requisitos básicos: que estejam em abstinência e cadastradas no PSF do bairro do Paraíso em Santa Cruz/RN. As entrevistadas foram norteadas por um formulário de questões abertas e fechadas. A primeira

parte (questões fechadas) contem informações sobre a identificação das entrevistadas e aspectos sobre as necessidades básicas, primárias e secundárias propostas por Maslow (1975). Na segunda parte (questões abertas) trás questões sobre como e quando surgiu o interesse das entrevistadas por drogas, o significado da droga para suas vidas hoje, quando iniciaram o seu consumo e suas perspectivas futuras. Além de relatar o seu lado pessoal, tais como: relacionamentos familiares, afetivos, profissionais e com amigos.

RESULTADOS

Os dados foram analisados, procurando-se identificar os motivos mencionados pelos sujeitos como associados ao uso de drogas. Para identificar o nível geral (nas questões fechadas) estabeleceu-se um índice de satisfação o qual foi calculado através de uma média ponderada feita a partir dos valores encontrados na qualificação: péssimo, ruim, regular, bom e ótimo (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Nível de satisfação das necessidades básicas das entrevistadas





Devido a impossibilidade de descrever todas as declarações das entrevistadas, foram selecionadas algumas declarações para ilustrar cada pergunta (questões abertas):

– As Relações Familiares, Amigos, Vida Afetiva, Vida Escolar e Profissional

“Meu convívio em casa era péssimo, nunca existiu amor, afeto, carinho, respeito. “

“Nas rodinhas de amigos, tinha umas amigas que já usavam”.

“Não tinha vontade de estudar, nem de trabalhar, minha vontade era sumir!”

- Significado da Droga para suas Vidas e Perspectivas Futuras

“Meu interesse surgiu para me livrar dos problemas, por que via na droga a solução”.

“Hoje percebo que era tudo uma ilusão, estou tentando voltar a ter uma vida normal”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São diversos os motivos que levam a mulher a ingressar no mundo das drogas, mas faz perceber que esses motivos estão diretamente relacionados entre si, todos eles procuram uma forma de preencher algo ou fugir da realidade em que se encontram, por isso as drogas são usadas com o intuito de camuflar uma situação real, na tentativa de criar uma outra situação que venha a ser mais agradável e prazerosa, essa atitude desesperada pode acarretar um enorme problema e não a tão almejada solução. Trabalhos estão sendo executados pelos profissionais junto com a casa da família para que essas mulheres permaneçam em abstinência e prevenindo que outras mulheres venham a buscar a droga como subterfúgio.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA E O PROGRAMA HIPERDIA

Autor principal: Alvimar Botega
 Outros Autores: Cláudia Fátima Morais
 Instituição: DAF/SCTIE/MS
 Município: Brasília
 Estado: Distrito Federal

O Ministério da Saúde (MS) instituiu o Plano de Reorganização da Atenção (PRA) à Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM) por meio da Portaria/GM nº 16, de 03/01/2002, estabelecendo “a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede, a implementação de programa de educação permanente em HA e DM e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares”. Posteriormente, como parte integrante deste Plano, foi instituído o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) para HA e DM - Hiperdia, por meio da Portaria GM/MS nº 371, de 05/03/2002.

Ao lançar o PNAF para atender o Hiperdia, este Ministério disponibilizou concomitantemente aos municípios, um sistema informatizado denominado “Sis-Hiperdia” para cadastramento e acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos. Esta portaria definiu as atribuições e competências de cada gestor, estabelecendo a responsabilidade do MS pela aquisição e fornecimento contínuo aos municípios brasileiros, dos medicamentos de uso oral (Captopril 25 mg, Hidroclorotiazida 25 mg, Propranolol 40 mg, Glibenclâmida 5 mg e Metformina 850 mg), instituído pelo Comitê Técnico do Programa (CTP), de forma a contemplar todos os pacientes cadastrados no Sis-Hiperdia.

Aos municípios, entre outras competências, cabia realizar o cadastro e acompanhamento dos pacientes e a manutenção do cadastro nacional atualizado. Embora a implantação desse Programa fosse importante ao enfrentamento dessas doenças, de grande impacto na morbi-mortalidade da população, é notório que na prática, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) vinham enfrentando várias dificuldades na sua implementação e execução.

O estudo objetivou discutir a atuação da Assistência Farmacêutica Básica, em especial do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica e da Cadeia Pública Produtiva de Medicamentos no atendimento ao Hiperdia.

O trabalho foi realizado em 2005, subsidiado por informações do Sis-Hiperdia, da Coordenação de Fomento à Produção Farmacêutica do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF), pelas observações na prática cotidiana do DAF/MS, bem como pelas discussões da Comissão Intergestores Tripartite.

Dentre os problemas verificados, destacam-se: baixo número de pacientes cadastrados no Sis-Hiperdia, com consequente uso de dados de incidência epidemiológica para determinar o quantitativo de cada medicamento, ao invés do cadastro, conforme preconizado pela portaria; desconhecimento por parte dos municípios da base de cálculo (critérios) adotada pelo MS; excesso/insuficiência de alguns medicamentos por distorções na base de cálculo; falta de capacitação dos prescritores e consequente falta de adesão aos protocolos clínicos instituídos pelo CTP; irregularidade na entrega dos medicamentos pelos Laboratórios Públicos Oficiais (LPO) em virtude de problemas de gestão, qualidade da matéria prima, equipamentos, entre outros; e enfrentamento de ações judiciais pelo MS, pelo descumprimento da referida portaria.

Na condução da Política de Assistência Farmacêutica para a Atenção Básica (AB), observou-se que o MS vem ampliando anualmente os investimentos. No entanto, grande parte desses recursos não era alocada sob a égide da descentralização, conforme previsto na Política Nacional de Medicamentos (PNM) e diretrizes do SUS, com grande parte dos recursos (cerca de 2/3) em compras centralizadas pelo gestor federal (Gráfico 1).

Estes fatores geraram tensionamentos entre os gestores das esferas de governo, desencadeando discussões no âmbito da AF, em 2005, e consequentemente, nova pactuação tripartite para o setor, apontando a descentralização dos recursos do Hiperdia, a partir de abril de 2006. Verificou-se também, que a inadiquência dos gestores estaduais na alocação da contrapartida dos recursos do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB) também contribuiu para a dificuldade no acesso aos medicamentos da Atenção Básica.

enfrentando várias dificuldades na sua implementação e execução. Dessa forma, este estudo objetivou discutir a gestão da Assistência Farmacêutica Básica, em especial do PNAF e da Cadeia Pública Produtiva de Medicamentos no atendimento ao Hiperdia. O trabalho foi realizado em 2005, subsidiado por informações do Sis-Hiperdia, da Coordenação de Fomento à Produção Farmacêutica do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF), pelas observações na prática cotidiana do DAF/MS, bem como pelas discussões da Comissão Intergestores Tripartite. Dentre os problemas verificados, destacam-se: baixo número de pacientes cadastrados no Sis-Hiperdia, com consequente uso de dados de incidência epidemiológica para determinar o quantitativo de cada medicamento, ao invés do cadastro, conforme preconizado pela portaria; desconhecimento por parte dos municípios da base de cálculo (critérios) adotada pelo MS; excesso/insuficiência de alguns medicamentos por distorções na base de cálculo; falta de capacitação dos prescritores e consequente falta de adesão aos protocolos clínicos instituídos pelo CTP; irregularidade na entrega dos medicamentos pelos Laboratórios Públicos Oficiais (LPO) em virtude de problemas de gestão, qualidade da matéria prima, equipamentos, entre outros, e enfrentamento de ações judiciais pelo MS, pelo descumprimento da referida portaria.

BOTEGA, Alvimar¹; SANTOS, Cláudia Fátima Morais²
¹Departamento de Assistência Farmacêutica/Ministério da Saúde, Brasília-DF; ²UNICAMP - Campinas-SP
 alvimar.botega@saude.gov.br

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) instituiu o Plano de Reorganização da Atenção (PRA) à Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM) por meio da Portaria/GM nº 16, de 03/01/2002, estabelecendo “a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede, a implementação de programa de educação permanente em HA e DM e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares”. Posteriormente, como parte integrante deste Plano, foi instituído o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) para HA e DM - Hiperdia, por meio da Portaria GM/MS nº 371, de 05/03/2002.

Ao lançar o PNAF para atender o Hiperdia, este Ministério disponibilizou concomitantemente aos municípios, um sistema informatizado denominado “Sis-Hiperdia” para cadastramento e acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos. Esta portaria definiu as atribuições e competências de cada gestor, estabelecendo a responsabilidade do MS pela aquisição e fornecimento contínuo aos municípios brasileiros, dos medicamentos de uso oral (Captopril 25 mg, Hidroclorotiazida 25 mg, Propranolol 40 mg, Glibenclâmida 5 mg e Metformina 850 mg), instituído pelo Comitê Técnico do Programa (CTP), de forma a contemplar todos os pacientes cadastrados no Sis-Hiperdia.

Aos municípios, entre outras competências, cabia realizar o cadastro e acompanhamento dos pacientes e a manutenção do cadastro nacional atualizado. Embora a implantação desse Programa fosse importante ao enfrentamento dessas doenças, de grande impacto na morbi-mortalidade da população, é notório que na prática, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) vinham enfrentando várias dificuldades na sua implementação e execução.

OBJETIVO

O estudo objetivou discutir a atuação da Assistência Farmacêutica Básica, em especial do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica e da Cadeia Pública Produtiva de Medicamentos no atendimento ao Hiperdia.

METODOLOGIA

O trabalho foi realizado em 2005, subsidiado por informações do Sis-Hiperdia, da Coordenação de Fomento à Produção Farmacêutica do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF), pelas observações na prática cotidiana do DAF/MS, bem como pelas discussões da Comissão Intergestores Tripartite.

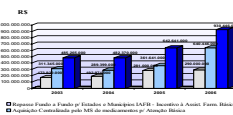
RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dentre os problemas verificados, destacam-se: baixo número de pacientes cadastrados no Sis-Hiperdia, com consequente uso de dados de incidência epidemiológica para determinar o quantitativo de cada medicamento, ao invés do cadastro, conforme preconizado pela portaria; desconhecimento por parte dos municípios da base de cálculo (critérios) adotada pelo MS; excesso/insuficiência de alguns medicamentos por distorções na base de cálculo; falta de capacitação dos prescritores e consequente falta de adesão aos protocolos clínicos instituídos pelo CTP; irregularidade na entrega dos medicamentos pelos Laboratórios Públicos Oficiais (LPO) em virtude de problemas de gestão, qualidade da matéria prima, equipamentos, entre outros; e enfrentamento de ações judiciais pelo MS, pelo descumprimento da referida portaria.

Na condução da Política de Assistência Farmacêutica para a Atenção Básica (AB), observou-se que o MS vem ampliando anualmente os investimentos. No entanto, grande parte desses recursos não era alocada sob a égide da descentralização, conforme previsto na Política Nacional de Medicamentos (PNM) e diretrizes do SUS, com grande parte dos recursos (cerca de 2/3) em compras centralizadas pelo gestor federal (Gráfico 1).

Estes fatores geraram tensionamentos entre os gestores das esferas de governo, desencadeando discussões no âmbito da AF, em 2005, e consequentemente, nova pactuação tripartite para o setor, apontando a descentralização dos recursos do Hiperdia, a partir de abril de 2006. Verificou-se também, que a inadiquência dos gestores estaduais na alocação da contrapartida dos recursos do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB) também contribuiu para a dificuldade no acesso aos medicamentos da Atenção Básica.

Gráfico 1. Evolução dos Gastos com Medicamentos para a Atenção Básica, 2003/2006. Ministério da Saúde.



Obs.: 2004, período representado por um ano, após a descontinuação do Grupo AB e AS.

A implantação do Plano de Reorganização da Atenção à HA e DM foi passo importante dos gestores do SUS no enfrentamento dessas doenças, mas ainda é necessário ampliar o processo de capacitação e educação permanente aos profissionais da rede básica, incluindo o farmacêutico neste processo, bem como aos profissionais da rede de referência, além de ampliar o cadastramento e realizar efetivo acompanhamento e vinculação desses pacientes à rede básica de saúde.

Diante da descentralização dos recursos federais, a partir de abril de 2006, torna-se necessário que os gestores do Sistema realizem uma reavaliação na base de cálculo do hiperdia para que estados e municípios possam ofertar de acordo com as necessidades dos usuários da rede pública. Esta descentralização, de certa forma, desonera o MS na execução de processos de aquisição e distribuição de medicamentos básicos, possibilitando ao gestor federal dar maior ênfase ao seu papel de condutor da Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, além de fortalecer o papel dos gestores estaduais e municipais de saúde, proporcionando-lhes maior responsabilidade na gestão da Assistência Farmacêutica.

No entanto, entende-se que a União deve potencializar esse processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem seus papéis de gestores da AF, por meio de investimentos na estruturação, qualificação e na gestão dos serviços farmacêuticos, e que os estados e a União, passem a ter papel fundamental na indução e condução do processo de regionalização da saúde, respeitando as diferenças loco-regionais e a capacidade de organização e gestão dos entes federativos, como forma de garantir a otimização na aplicação desses recursos.

Quanto aos Laboratórios Públicos Oficiais, constata-se que a criação da Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos - RBPPM, instituída no final de 2005, poderá ser uma saída oportuna para os LPO se tornarem mais competitivos frente aos laboratórios privados, visto que estes se adequaram às novas regras propostas pela Rede estando também trazendo melhorias na gestão, na qualidade, produtividade e atendimento aos seus clientes, sejam eles municípios, estados ou o Ministério da Saúde.

CONCLUSÕES

Conclui-se que o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para o Hiperdia foi importante na ampliação do acesso aos medicamentos, mas se faz necessário maiores investimentos na estruturação, qualificação e na gestão dos serviços farmacêuticos, bem como na cadeia produtiva, em termos tecnológicos e de gestão, para que os LPO possam atender a contento às necessidades do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Medicamentos*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 40 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. MS/OPAS. *Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil*. Ministério da Saúde/OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. -
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Seminário Produção Oficial de Medicamentos: diagnóstico, limitações e perspectivas*. Relatório Final. Brasília: julho de 2005.



parte dos recursos (cerca de 2/3) em compras centralizadas pelo gestor federal. Estes fatores geraram tensionamentos entre os gestores das esferas de governo, desencadeando discussões no âmbito da AF, em 2005, e conseqüentemente, nova pactuação tripartite para o setor, apontando à descentralização dos recursos do Hiperdia, a partir de abril de 2006. Verificou-se também, que a inadimplência dos gestores estaduais na alocação da contrapartida dos recursos do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB) também contribui para a dificuldade no acesso aos medicamentos da AB. A implantação do Plano de Reorganização da Atenção à HA e DM foi passo importante dos gestores do SUS no enfrentamento dessas doenças, mas ainda é necessário ampliar o processo de capacitação e educação permanente aos profissionais da rede básica, incluindo o farmacêutico neste processo, bem como aos profissionais da rede de referência, além de ampliar o cadastramento e realizar efetivo acompanhamento e vinculação desses pacientes à rede básica de saúde. Diante da descentralização dos recursos federais, a partir de abril de 2006, torna-se necessário que os gestores do Sistema realizem uma reavaliação na base de cálculos do hiperdia para que estados e municípios possam ofertá-los de acordo com as necessidades dos usuários da rede pública. Esta descentralização, de certa forma, desonera o MS na execução de processos de aquisição e distribuição de medicamentos básicos, possibilitando ao gestor federal dar maior ênfase ao seu papel de condutor da Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, além de fortalecer o papel dos gestores estaduais e municipais de saúde, proporcionando-lhes maior responsabilidade na gestão da Assistência Farmacêutica. No entanto, entende-se que a União deve potencializar esse processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem seus papéis de gestores da AF, por meio de investimentos na estruturação, qualificação e na gestão dos serviços farmacêuticos, e que os estados e a União, passam a ter papel fundamental na indução e condução do processo de regionalização da saúde, respeitando as diferenças locais-regionais e a capacidade de organização e gestão dos entes federativos, como forma de garantir a otimização na aplicação desses recursos. Quanto aos LPO, constata-se que a criação da Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos – RBPPM, instituída no final de 2005, poderá ser uma saída oportuna para os LPO se tornarem mais competitivos frente aos laboratórios privados, visto que estes ao se adequarem às novas regras propostas pela Rede estarão também trazendo melhorias na gestão, na qualidade, produtividade e atendimento aos seus clientes, sejam eles municípios, estados ou o Ministério da Saúde. Conclui-se que o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para o Hiperdia foi importante na ampliação do acesso aos medicamentos, mas se faz necessário maiores investimentos na estruturação, qualificação e na gestão dos serviços farmacêuticos, bem como na cadeia produtiva,

em termos tecnológicos e de gestão, para que os LPO possam atender a contento às necessidades do SUS.



EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA ABORDAGEM PREVENTIVA

Autor Principal: Ana Carolina de Sousa Barroso

Outros Autores: Anísia Maria Mariano; Gabrielle Borges Barbosa; Gigliane Borges Santana; Gilson Alves Carneiro; Okatiana de Matos Messias Amorim

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) atinge cerca de 15 a 20% da população adulta com mais de 18 anos, e podendo atingir índices de 50% nas pessoas idosas. Além da alta prevalência na população, suas conseqüências são altamente lesivas, indicando grande importância dessa doença do ponto de vista de saúde pública.

Por se tratar de uma doença multifatorial e multicausal, os hábitos de vida inadequados são fatores determinantes da HAS. Na tentativa da possibilidade de adequação destes hábitos, a equipe multiprofissional, através de suas diferentes especialidades, complementa o atendimento médico, orientando o hipertenso e interferindo em sua qualidade de vida.

A Equipe Básica Multiprofissional (EBM) do Programa Família Saudável (PFS) de Planaltina no Distrito Federal (DF), composta por Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Psicólogo, age junto à comunidade rural, nas microáreas: Bica do DER, Tabatinga, Taquara, Jardim Morumbi, Jardim Roriz, Rajadinha, Rio Preto, São José, Santos Dumont e Pipiripaua. Através da reeducação familiar e coletiva, procurando alterar os hábitos de vida no meio em que o hipertenso vive. Desta maneira ocorre uma prevenção de novos casos, além de auxiliar o hipertenso no controle e/ou minimização da progressão de sua doença.

OBJETIVOS

- Interferir na mudança de hábito de vida do hipertenso e seus familiares, reduzindo o surgimento de novos casos e prevenindo o agravamento dos casos já existentes de HAS na comunidade;
- Estimular o tratamento não-farmacológico em detrimento do farmacológico, e reduzir o consumo de medicamentos.

METODOLOGIA

Ações comuns a EBM:

- Realizar o Mutirão da HAS, para quantificar a demanda espontânea e identificar os hábitos de vida na comunidade, através de questionário – 1º Fase.

2º Fase:

- Ações educativas com ênfase em mudança do hábito de vida, correção de fatores de risco modificáveis e produção de material educativo;
- Treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- Ações assistenciais individuais e em grupo.

Assistente Social:

- Orientações sobre direitos previdenciais e assistenciais;
- Alternativas de geração de renda;
- Potencializar as habilidades;
- Acionar redes de serviços.

Farmacêutico:

- Estímulo ao uso racional de medicamentos;
- Práticas medicinais fitoterápicas da própria comunidade.

Fisioterapeuta:

- Incentivar a prática regular de exercícios físicos;
- Mostrar os benefícios do exercício a médio e longo prazo.

Fonoaudiólogo:

- Atuar na atenção básica;
- Palestrar sobre as conseqüências da HAS, potencializando seus riscos.

Psicólogo:

- Psicoterapia comunitária;
- Acessoria a EBM, para esclarecer a melhor abordagem do paciente;
- Implementação de treino de controle do estresse;
- Grupos de convivência para reflexão.

PRODUTO

- Realização do Mutirão da HAS (1º Fase), na microárea Bica do DER, em Planaltina – DF, para identificação dos prováveis portadores e grupos de risco de HAS;
- Acompanhamento dos hipertensos com orientações gerais e específicas.

A partir da 1º Fase, houve subsídios para a implantação da 2º Fase. Portanto, os resultados só poderão ser quantificados em longo prazo.



APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A idéia de alteração de modo de vida de uma comunidade é utópica. A EBM tem incorporado às suas práticas, ferramentas culturais da própria comunidade ou com auxílio de parcerias. Nota-se que a multiprofissionalidade gera entusiasmo da população, pela valorização do indivíduo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família pode ser um agente excludente para o hipertenso, rejeitando-o. Orientá-la melhora o convívio familiar, diminui o estresse social, além de prevenir o surgimento de novos casos de HAS, através da mudança de hábito de vida familiar.



ANÁLISE DA COBERTURA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA NOS ANOS DE 2004 E 2005.

Autor Principal: Ana Cláudia Medeiros de Souza

Outros Autores: Cláudia Mascena Veras ; Jória Viana Guerreiro ; Ronei Marcos Moraes

Instituição: Secretaria de Saúde de João Pessoa

Município: João Pessoa

Estado: Paraíba

Dentro das ações executadas pela Secretaria de Saúde do município de João Pessoa, o Programa Saúde da Família (PSF) se constitui enquanto principal estratégia de organização da Atenção Básica, com o apoio das Unidades Básicas de Saúde. O município implantou o PSF em maio de 2000, com 07 Equipes de Saúde da Família (ESF). Esse número foi ampliado entre 2001 e 2004 chegando a 180 em outubro de 2004. A ampliação do número de equipes visou traduzir-se em uma expansão da cobertura territorial e populacional das ações de saúde.

O acesso à saúde básica é direito de todo cidadão e a análise da cobertura do Programa Saúde da Família da Secretaria de Saúde do município de João Pessoa, nos anos de 2004 e 2005, vem a contribuir na identificação das áreas do município onde não existe acesso às ações e serviços da Atenção Básica.

Esse estudo tem por objetivo realizar a análise da cobertura do PSF para identificação das áreas que necessitam de melhor distribuição das ESF e estudar o acompanhamento da população, realizado pelos agentes de saúde, para verificar se houve melhorias no padrão de atendimento das ESF nos anos de 2004 e 2005 em relação aos anos anteriores (2001 a 2003).

A fonte de dados utilizada neste trabalho foi o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), onde pudemos avaliar o cadastramento e acompanhamento das famílias, bem como levantar informações quanto aos dados sócio-sanitários da população.

O estudo foi realizado através de técnicas de geoprocessamento, localizando espacialmente as informações de cobertura e verificando a existência de aglomerados espaciais, através do Índice de Moran. No caso do acompanhamento das famílias, esse foi avaliado através de teste estatístico para diferença de proporções entre os períodos analisados.

Observa-se que a cobertura populacional das ESF do município no ano de 2005 foi de 76,1%, enquanto que em 2004 essa cobertura era de 71,5%. Mas no que se refere a cobertura dos bairros do município, nota-se que a distribuição da cobertura é semelhante nos dois anos. Observou-se também, que 14 dos 64 bairros de João Pessoa não possui acesso ao atendimento das ESF, tanto no ano de 2004 quanto no ano de 2005. Através da análise de autocorrelação espacial global não se verificou influência de cobertura

entre os bairros. Ressaltando a percepção de uma possível aglomeração de bairros com cobertura de 75 a 100% na região sul da cidade. No que concerne ao acompanhamento das famílias cadastradas, notou-se que o percentual médio do acompanhamento aumentou significativamente nos anos de 2004 e 2005, em relação aos anos anteriores (2001 a 2003). Porém, a proporção de acompanhamento apresentou uma tendência de queda por todo o ano de 2005.

O estudo contribuiu para a identificação de áreas no município carentes de ações e serviços da Atenção Básica, possibilitando a redefinição das áreas de abrangência das ESF, através do remapeamento dos bairros e ruas. Isso permitiu uma melhor distribuição do número de pessoas por ESF com conseqüente ampliação do acesso da população a este nível de atenção, visto que houve aumento significativo no acompanhamento das famílias cadastradas.



COMUNIDADE ASSISTIDA

Autor Principal: Ana Elza de Andrade Tavares Almeida

Outros Autores: Sheyla Maria Lúdice Auzier

Instituição: Prefeitura Municipal de Óbidos - Secretaria Municipal de Óbidos

Município: Óbidos

Estado: Pará

IDENTIFICAÇÃO

Tendo em vista as dificuldades encontradas pelos comunitários da zona rural em deslocar-se até a sede do município para os atendimentos básicos em saúde, propõe-se realizar, através de visitas de equipes de saúde às comunidades, atendimentos médicos, de enfermagem, e laboratório, voltados para a prevenção, com periodicidade quinzenal – ou, da forma que atenda as necessidades e condições das comunidades.

JUSTIFICATIVA

Compreendemos que um posto de saúde tem por finalidade possibilitar atendimentos básicos à comunidade. As condições de acesso dos moradores ribeirinhos e terra firme aos serviços de saúde oferecidos na sede do município, dificultam tal assistência em vários aspectos: um deles é o transporte indisponível durante todos os dias, ou seja, na maioria das comunidades, os moradores podem contar com transporte somente em um dia da semana; admitindo que problemas de saúde não tem dia e nem hora para acontecerem, sentimos a importância de que se garanta atendimentos básicos, com profissionais competentes e treinados para que possam no momento oportuno resolver previamente as situações inesperadas, possibilitando conforto e amparo aos munícipes que encontram-se distantes de um socorro médico. Outra questão relevante, é o custo das passagens via fluvial ou terrestre, que é necessário para se alcançar do mais simples atendimento – como aplicação de vacinas - ao mais criterioso como uma consulta médica. Nem sempre as condições financeiras estão disponíveis para o momento, sem falar na alimentação e alojamento que alguns procedimentos exigem. Levando em consideração esses agravantes, tomamos a iniciativa deste projeto, para que num futuro não muito distante, possamos nos estruturar melhor no sistema de atendimentos à saúde no sentido de proporcionar e promover um atendimento mais humano e coerente com o que preconiza o SUS : Saúde para Todos.

OBJETIVOS

· Disponibilizar atendimentos básicos de saúde para as comunidades: Cipoal, Curumú, Flexal, Mata, Igarapé Açu e Santa Rita.

- Aumentar cobertura nos atendimentos de pré-natal, hiperdia e vacinação.
- Diminuir índice de seqüelas por hipertensão e diabetes através do tratamento precoce.
- Diminuir índice de complicação por IRA e DDA através do tratamento precoce.
- Promover exames de coleta citopatológica, no sentido de descobrir precocemente possíveis casos de CA de colo.

PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

- Enfermeiros
- Auxiliares de Enfermagem
- Técnicos de Laboratório
- Médico (1 vez ao mês)
- Agente Comunitário de Saúde

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

O expediente no Posto de Saúde das referidas comunidades será cumprido numa carga horária de 8 horas.

METODOLOGIA

- Determinar um enfermeiro(a) para cada posto de saúde, onde este realizará os atendimentos quinzenalmente ou semanal, aos finais de semana, ficando a cargo da comunidade expor o dia mais viável, se no sábado ou domingo, combinando sempre com a agenda do profissional.
- Todas as ações de serviço deverão ser agendadas previamente com o(a) aux. de Enf. do PS, sendo o número de atendimentos determinados pelo Enfermeiro (a) e pelo médico.
- Utilizar a visita domiciliar do ACS para a divulgação do projeto, serviços que serão oferecidos e forma de agendamento.

SERVIÇOS OFERECIDOS

- Pré-Natal (Inscrições e acompanhamentos)
- PCCU (Coleta e resultados)



- CD\Bolsa Alimentação (Acompanhamento)
- Consulta de Enfermagem – IRA\ Diarréia
- Hiperdia – (Acompanhamento)
- Vacinas
- Teste do Pezinho
- Consultas Médicas

POSTOS DE SAÚDE ONDE PRETENDE-SE IMPLANTAR O PROJETO

1. Curumú
2. Santa Rita
3. Cipoal
4. Igarapé Açu
5. Flexal
6. Mata

HONORÁRIOS DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Os valores pré acertados com os profissionais foram: o valor de R\$ 15,00 por hora aos profissionais de nível superior e R\$ 5,00 por hora aos profissionais de nível médio e técnico.

RECURSOS UTILIZADOS PARA A MANUTENÇÃO DO PROJETO

- PAB
- Recursos Próprios

MEDIDAS IMEDIATAS

Equipar os Postos de Saúde com materiais que possibilitem a realização dos procedimentos nas ações dos programas de saúde pretendidos.

FORMAS DE LOCOMOÇÃO

Faz-se necessário a utilização de transportes para a zona rural da terra firme e várzea. Serão utilizados carros, voadeiras (motor de popa) ou barcos.

O QUE SE PRETENDE

Aprimorar os atendimentos básicos prestados na zona rural, fazendo com que os profissionais permanentes dos postos de saúde, passem a fazer os atendimentos permitidos ao nível médio, diariamente, visto que alguns outros só podem se dar diante do profissional

enfermeiro ou médico. Propõe-se que seja aproveitado a oportunidade da presença mensal do profissional enfermeiro, para que no momento dos atendimentos na comunidade, dê capacitação ao profissional lá permanente.

INFORMAÇÕES SOBRE O PROJETO

Este projeto entrou em pauta no Conselho Municipal de Saúde no dia 04 de janeiro de 2006. Aprovado por unanimidade sob a resolução nº 004\2006 CMS.



PROJETO AGENTE MIRIM DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Autor Principal: Ana Kelve de Castro Damasceno

Outros Autores: Luis Célio Andrade Sampaio

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde de São Sonçalo do Amarante-CE

Município: Fortaleza

Estado: Ceará

INTRODUÇÃO

Mediante o atual quadro de dengue no Estado do Ceará, nosso Município colocou em prática este projeto com parcerias entre a Secretaria da Saúde e a Secretaria de Educação, através das direções das escolas públicas. Acharmos essencial a participação do adolescente neste projeto, em ações de educação em saúde como agente multiplicador tanto na escola quanto em sua comunidade. Os adolescentes tiveram a oportunidade de desenvolver em um turno de trabalho, duas vezes por semana, ações educativas juntamente com os agentes de vigilância à saúde na área de seu distrito.

OBJETIVOS

Estabelecer parceria da Secretaria de Saúde com a Secretaria da Educação; Capacitar os adolescentes para ser agentes multiplicadores dentro da Escola e Comunidade; Dar oportunidade aos adolescentes para conviverem com práticas educativas no controle e combate à dengue.

METODOLOGIA

Inicialmente fizemos uma sensibilização nas escolas sobre o projeto, para que os adolescentes tivessem interesse em participar, sendo esta a primeira fase. Na segunda fase fizemos a aplicação de uma prova escrita sobre o assunto e uma apresentação individual, tipo seminário, para que os adolescentes pudessem mostrar o seu potencial de trabalho com ações de educação em saúde, que exigem um perfil de pessoa ativa e comunicativa para tal ação. Nestas localidades foram escolhidos 02 adolescentes por escola, que compuseram um grupo de 30 agentes mirins de vigilância à saúde.

RESULTADOS

Para que os adolescentes pudessem iniciar os trabalhos, após a seleção, receberão um treinamento na sede do Município, pelos técnicos da Vigilância em Saúde sobre conhecimentos

referentes à dengue. Cada adolescente participante do projeto de Agente Mirim de Vigilância à Saúde, tem como incentivo os seguintes itens: Uma bolsa-auxílio no valor de R\$ 15,00 por mês, fardamento e material didático. E mais importante foi o resultado na diminuição do índice de infestação pelo mosquito, fazendo com que no de ano de 2004 o município ficasse com menos de 1%.



ACUPUNTURA: A AMPLIAÇÃO DO SEU USO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS COMO OPÇÃO EFICAZ; NATURAL E DE BAIXO CUSTO.

Autor principal: Ana Luzia Batista de Góis

Instituição: Instituto Municipal de Medicina Física Oscar Clark

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

O aumento da utilização da acupuntura nos serviços de saúde é observado em diversos países do ocidente, inclusive no Brasil, ao mesmo tempo em que se vivencia o crescente perfil demográfico da população idosa; a complexidade dos fatores inerentes ao envelhecimento leva a necessidade de indicação das modalidades assistenciais multidisciplinares, para que possam fazer frente a sua heterogeneidade. A acupuntura tem na sua essência a multidisciplinaridade facilitando uma melhor abordagem ao paciente em geral, e uma aproximação maior com a geriatria /gerontologia.

É bastante recente o oferecimento de tratamento através da acupuntura no sistema brasileiro de saúde pública, e a conveniência de serem mais divulgados os benefícios dessa técnica e ampliada sua oferta encontra respaldo em fortes argumentos, alguns dos quais são abordados a seguir.

O tratamento através da acupuntura (assim como o de outras terapias ditas alternativas e oriundas da medicina oriental tradicional, como, por exemplo, yoga, shiatsu, shantala, tai-chi-chuan, pa-tuan-ching, tui-ná) ainda não pode ser considerado um substituto dos tratamentos da medicina ocidental. Mas é uma medida complementar cuja eficácia vem sendo comprovada por pesquisas que vêm sendo realizadas em todo o mundo (PAI, HSING & WU TU, 2005).

Os custos de um tratamento através da acupuntura são muito baixos (BANNERMAN, 1979), principalmente quando

comparados aos custos das condutas da medicina ocidental, que envolvem a participação de vários especialistas na abordagem de um único paciente e a repetição exaustiva de exames de rotina e de controle (CARVALHO-FILHO, 1998; CAMARANO, 2004). Então, se a população puder ter acesso a esses tratamentos através do

sistema de saúde pública, podem concorrer para diminuir os altos custos dos serviços ambulatoriais mantidos pelo governo.

Especificamente em relação à população idosa, cresce no mundo de forma acelerada, sabe-se que acima dos 60 anos aumenta a incidência de afecções crônicas, muitas das vezes acarretando para o idoso dificuldade na realização das atividades da vida diária e o demandando do auxílio de outra (s) pessoa (S) (KALACHE, VERAS & RAMOS, 1987). A limitação física gera, conseqüentemente, a improdutividade e os custos governamentais.

A falta de informação sobre o valor da acupuntura em grupos específicos de pacientes impede uma ação eficiente de sua ampliação e promoção desse tipo de atendimento. Sendo assim, mediante o estudo da literatura da área, dos pacientes atendidos no ambulatório de acupuntura e a resposta obtida com o tratamento ministrado; este estudo teve como objetivo contribuir para ampliação

do seu uso na rede pública do Brasil, com o propósito de ampliar o oferecimento e o acesso de uma opção de tratamento alternativo a maior parte possível da população do Brasil.

Título: ACUPUNTURA: A AMPLIAÇÃO DO SEU USO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS COMO OPÇÃO EFICAZ, NATURAL E DE BAIXO CUSTO.

Autor (es): Ana L.B. Góis

Instituição Responsável: Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark

EIXO 1 – Organização da Atenção Integral em Saúde.

Resumo:

Introdução: O aumento da utilização da acupuntura nos serviços de saúde é observado em diversos países do ocidente, inclusive no Brasil, ao mesmo tempo em que se vivencia o crescente perfil demográfico da população idosa; a complexidade dos fatores inerentes ao envelhecimento leva a necessidade de indicação das modalidades assistenciais multidisciplinares, para que possam fazer frente a sua heterogeneidade. A acupuntura tem na sua essência a multidisciplinaridade facilitando uma melhor abordagem ao paciente em geral, e uma aproximação maior com a geriatria /gerontologia. **Objetivo:** contribuir para o conhecimento da acupuntura e na ampliação do seu uso na rede pública. **Método:** revisão de literatura, realizada uma coleta de dados nos prontuários dos 23 pacientes atendidos em 21 de dezembro de 2004, no período da tarde, pelos acupunturistas de formação multidisciplinar do ambulatório de Acupuntura do Instituto Municipal de Medicina Física Oscar Clark, na cidade do Rio de Janeiro, a fim de que a prática profissional obtida pudesse contribuir para o melhor desenvolvimento do mesmo. **Resultados:** a idade se concentrou na faixa entre 60 a 80 anos (61%); a maior frequência entre as doenças encaminhadas coube às algias (39%); quanto melhora dos pacientes com o tratamento ministrado, o maior índice indicaram uma melhora de 26 a 50%. **Conclusão:** a acupuntura oferece um bom resultado, inclusive no caso de doenças crônicas e nos idosos. Aconselha-se a sua utilização nos demais serviços públicos e nas ações públicas multidisciplinares que visem o bem-estar como opção eficaz, natural e de baixo custo. Aconselha-se manter a base filosófica científica dos orientais quanto a importância da acupuntura ser mantida como uma atividade multidisciplinar e livre de disputas por monopólio.

Palavras-chave: acupuntura; doenças crônicas; idoso; saúde pública.





Utilizou-se do método da revisão de literatura, sendo realizada uma coleta de dados nos prontuários dos 23 pacientes atendidos em 21 de dezembro de 2004, no período da tarde, pelos acupunturistas de formação multidisciplinar do ambulatório de Acupuntura do Instituto Municipal de Medicina Física Oscar Clark, na cidade do Rio de Janeiro, a fim de que a prática profissional obtida pudesse contribuir para o melhor desenvolvimento do mesmo.

Os resultados mostraram que a idade se concentrou na faixa entre 60 a 80 anos (61%); a maior frequência entre as doenças encaminhadas coube às algias (39%); quanto melhora dos pacientes com o tratamento ministrado, o maior índice indicaram uma melhora de 26 a 50%, confirmando o crescente perfil demográfico da população idosa e das doenças crônicas.

Do ponto de vista técnico-administrativo, este trabalho contou com o emprego de indicadores com as seguintes características, como a simplicidade, a flexibilidade, a facilidade de obtenção, o custo operacional compatível e a oportunidade. Essas características mencionadas são fundamentais em condições habituais de funcionamento dos serviços. Ressalta-se que os resultados aqui obtidos, referem-se à limitação deste estudo.

Pode-se concluir que: a acupuntura oferece um bom resultado, inclusive no caso de doenças crônicas e nos idosos. Mediante o estudo realizado, recomenda-se a sua utilização nos demais serviços públicos e nas ações públicas multidisciplinares que visem o bem-estar como opção eficaz, natural e de baixo custo. Aconselha-se manter a base filosófica científica dos orientais quanto a importância da acupuntura ser mantida como uma atividade multidisciplinar e livre de disputas por monopólio.

Palavras-chave: acupuntura, multidisciplinar, saúde pública.



UMA NOVA VISÃO ADMINISTRATIVA PARA O CRIO, NA PERSPECTIVA DE ATENDIMENTO DO PACIENTE ONCOLÓGICO DO SUS

Autor principal: Ana Valéria Escolástico Mendonça

Instituição:

Município: Fortaleza

Estado: Ceará

Considerando ser o Sistema Único de Saúde - SUS ser o maior mantenedor dos serviços especializados em ONCOLOGIA, o Centro Regional Integrado de Oncologia - CRIO sentiu a necessidade de (Re)posicionar o modelo de gestão visando oferecer um serviço mais amplo, mais acessível e principalmente mais efetivo. Introduzimos então o Projeto “Uma nova visão administrativa para o CRIO, na perspectiva de atendimento do paciente oncológico do SUS”. O CRIO é um prestador de serviços SUS com 98% de sua capacidade instalada dedicada a esta parceria. Nosso maior desafio foi imprimir na mentalidade dos colaboradores em geral, fornecedores, comunidade, a própria Diretoria e todo corpo funcional, que o CRIO era uma Empresa e como tal necessitava rever conceitos, quebrar alguns paradigmas e conquistar competitividade para garantir sua própria sustentabilidade. Indiscutivelmente o impacto causado, gerou uma nova visão e estabelecemos neste momento as “novas regras”, o novo jeito de fazer saúde, numa perspectiva mais firme e abrangente. Os resultados de imediato foram aparecendo e instalava-se um clima favorável a toda mudança que estávamos propondo. Neste momento registramos um impacto no sistema de saúde local, pois como referência estadual em Oncologia, o CRIO consolida sua tradição de bons serviços e colaborando com os indicadores mais otimistas no setor saúde do Estado do Ceará. Optamos pelo eixo 3 - Condução do sistema de saúde pois analisando os tópicos propostos neste, vislumbramos que este é o caminho.

Estrategicamente estabelecemos objetivos Institucionais e operacionais que garantem até hoje a missão do nosso negócio. Prioritariamente elegemos a qualidade nos serviços prestados e a amplitude no atendimento como objetivo permanente. Ampliamos o mix de serviços e imprimimos a marca da atenção integral em saúde, pois entendemos que só o tratamento terapêutico não atende as necessidades do nosso cliente, principalmente no Cenário ONCOLOGIA A metodologia utilizada foi revista. Quanto ao gerenciamento de processos administrativos e assistenciais, o Projeto por tratar de aspectos principalmente no foco de custos e novo modelo de gestão, com certeza tem-se apresentado de forma absolutamente inovadora, inclusive praticando metodologias não convencionais em empresas especializadas como é o CRIO. Implementamos ferramentas da gestão pública, observando

obviamente o porte de nossa empresa, a missão e o negócio e dispensando aspectos burocráticos excessivos e prejudiciais ao bom andamento dos processos. (RE)criamos os processos administrativos, principalmente no que refere-se a gestão de compras, estoques, financeiro e faturamento. Implantamos o sistema de METAS, e fomos monitorando cada indicador e trabalhando na filosofia PDCA do Programa de qualidade. Neste aspecto qualidade total, optamos por criar um modelo prático, abrangente e alinhado com as estratégias da empresa, ao invés daqueles programas de qualidade proforma e que são implantados somente por modismo. Atualmente apresentamos os resultados sob a forma de relatório de gestão mensal, onde as metas são analisadas e revistas a cada informação gerencial apresentada.

No aspecto instrumentos normativos realizamos 02 grandes feitos: A padronização de medicamentos (drogas em geral) e de material médico hospitalar. Estabelecemos também critérios normativos quanto ao uso racional destes insumos X repasse da tabela SUS e convênios particulares. No trato administrativo elaboramos várias normatizações que geraram maior controle e confiabilidade dos processos. Hoje dispomos de ferramentas gerenciais que facilitam o processo de tomada de decisão, sobretudo por terem impacto financeiro.

Intensificamos as ações numa importante área administrativa: Zeladoria

Através da implantação do Projeto “NOVA VISÃO” ampliamos os serviços e oferecemos hoje tratamento especializado em oncologia com o diferencial de oferecermos apoio multiprofissional com: terapia ocupacional, psicologia, serviço social, nutrição, fonoaudiologia, clínica da dor, fisioterapia dentre outros que estamos estruturando para melhor atender nosso cliente SUS. Quanto a contribuição para o desenvolvimento sustentável da sociedade: O Projeto teve grande impacto social para a comunidade, pois pela a Instituição está localizada em área considerada de média e baixa rendas, os programas aqui implantados atingem diretamente a comunidade adjacente. Considerando o aspecto institucional a maior contribuição social foi a implantação da “Nossa Casa de apoio”, hoje reconhecida como OSCIP, atendendo em média 40 pessoas / mês, oriundas do interior do Estado e mesmo da Capital que não têm condição de



realizar tratamento diário (custo com transporte) e/ou por apresentarem falta de condição física no traslado (debilitados pelo tratamento de quimio ou radioterapia).

Desenvolvemos também ações como prevenção de câncer ginecológico, mama, boca, próstata, dentre outros. Realizamos também palestras nas escolas com parceiro científico nosso - O GEEON, grupo de estudos especializados em oncologia, desenvolvido com o apoio da Universidade Federal do Ceará. Estamos também engajados em diversas campanhas institucionais. No próximo dia 28/05 realizaremos a I CORRIDA CONTRA O TABAGISMO DO CRIO - com percurso programado para passar em escolas da comunidade e em equipamentos de saúde localizados nas adjacências do CRIO.

Estamos também desenvolvendo vários programas através da ASSOCRIO - associação dos amigos do CRIO, OSCIP mantenedora da "NOSSA CASA" e que realiza atividades através do grupo gestor de apoio denominado - GRUPO REVIVER, composto por administrador hospitalar (Idealização do Projeto), assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, médicos, fonoaudiologia, fisioterapeutas, farmacêuticos, enfermeiros e voluntários em geral. Estamos recebendo doações diversas e como a manutenção financeira da NOSSA CASA é assegurada pelo próprio CRIO, estamos desenvolvendo ações no sentido de prestar um atendimento personalizado no pós tratamento, pois detectamos que nossos pacientes ao retornarem para sua origem, normalmente têm dificuldades financeiras, comprometendo alimentação, cuidados especiais, higiene pessoal e outros.



CARTILHA NUTRICIONAL: “VOCÊ É O QUE COME”

Autor principal: Andréa Bonilha Bordin

Outros Autores: Monica de Biase Wright Kastrup; Patrícia Bonilauri Sens

Instituição: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Município: Curitiba

Estado: Paraná

Atualmente, a obesidade constitui-se em um dos mais graves problemas de Saúde Pública no mundo, superando até mesmo a desnutrição e as doenças infecciosas.

Segundo estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), calcula-se que cerca de 25% da população mundial é obesa e que destes, 25% morrem por conseqüências diretas ou indiretas da obesidade. Os fatores que poderiam explicar essa tendência de aumento da obesidade parecem estar mais relacionados às mudanças no estilo de vida e aos hábitos alimentares. Atualmente é possível observar algumas mudanças no perfil nutricional da população, decorrentes de modificações na composição da alimentação, o que tem sido denominado de “transição nutricional”. Pode-se observar que as mudanças convergem para uma alimentação rica em gorduras (principalmente de origem animal), açúcar e alimentos refinados e reduzida em carboidratos complexos e fibras; além de declínio progressivo da atividade física.

Visando promover práticas alimentares e estilos de vida saudáveis a cartilha “Você é o que Come”, publicação da Coordenação de Vigilância Nutricional da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, ensina como se alimentar melhor, de forma segura e saudável, e também dá dicas sobre cuidados no supermercado, conservação dos produtos e higiene. É uma forma de mudar hábitos e promover a saúde utilizando um material lúdico que educa e diverte ao mesmo tempo.

O objetivo é divulgar informações sobre qualidade e segurança alimentar, incentivando a adoção de hábitos saudáveis, sendo, portanto componente importante da promoção da saúde e da melhoria da qualidade de vida.



VIGILÂNCIA NUTRICIONAL: VIGIAR PARA PROTEGER À VIDA

Autor Principal: Andréa Bonilha Bordin

Outros Autores: Monica de Biase Wrigth Kastrup; Patrícia Bonilauri Sens

Instituição: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Município: Curitiba

Estado: Paraná

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, tem por objetivo prioritário a identificação e a descrição do estado nutricional da população materno-infantil, permitindo o conhecimento da magnitude do problema nutricional.

O presente trabalho tem por objetivo comparar as informações geradas por esse sistema, descrevendo o perfil nutricional de crianças menores de 5 anos e gestantes, atendidas na rede básica de saúde dos municípios do Estado do Paraná, no período de 1999 a 2004.

A análise dos dados foi realizada a partir do banco de dados da Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição, sendo que estas informações foram coletadas por profissionais de saúde na rotina de atendimento e consolidadas mensalmente.

Nesse período de 5 anos, a vigilância nutricional está implantada em 384 municípios, representando uma cobertura de 96,24% dos municípios do Estado. Em 2003, foram cadastradas no SISVAN 625.855 crianças menores de 5 anos, representando 67,99% da população nesta faixa etária. Houve uma redução de 4,9% do “baixo peso e risco nutricional” para peso/idade em crianças, sendo que a redução mais acentuada ocorreu no período de 2003 e 2004, 2,4%. Quando se analisa os resultados por faixa etária, observa-se que a tendência de redução de “risco nutricional e baixo peso” mais acentuada ocorreu no ano de 2004 em todas as faixas de idade e que o grupo etário mais acometido em todos os anos foi o de crianças entre 12 e 23 meses de idade, seguido do de 6 a 11 meses.

Em relação às gestantes observa-se uma tendência de redução no percentual de “baixo peso” a partir do ano de 2003 e aumento do “sobrepeso” no mesmo período.

As informações produzidas pelo SISVAN, vêm contribuindo para a análise das causas e fatores associados aos problemas nutricionais, permitindo assim, articular ações de alimentação e nutrição e intervenções mais efetivas para a melhoria da qualidade de vida da população materno-infantil.



A CANTINA SAUDÁVEL

Autor Principal: Andréa Bonilha Bordin

Outros Autores: Monica de Biase Wrigth Kastrup; Patrícia Bonilari Sens

Instituição: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Município: Curitiba

Estado: Paraná

Nos últimos anos, tem sido cada vez mais intenso o debate sobre as cantinas escolares como espaço privilegiado de atuação quando se busca a promoção da alimentação saudável na escola.

O Paraná figura entre os Estados com iniciativa de regulamentação deste tipo de atividade. Em junho de 2004, foi publicada a lei estadual nº 14.423 que proíbe a comercialização dos seguintes alimentos nas unidades educacionais públicas e privadas: bebidas com quaisquer teores alcoólicos; balas, pirulitos e gomas de mascar; refrigerantes e sucos artificiais; salgadinhos industrializados; salgados fritos; e pipocas industrializadas. Esta lei dispõe também, que o estabelecimento deverá colocar à disposição dos alunos dois tipos de frutas sazonais, bem como, um mural de um metro de altura por um de comprimento que deverá ser fixado em local visível, para divulgação de informações pertinentes à alimentação saudável. Esta medida foi bastante oportuna, tendo em vista que, as práticas alimentares inadequadas representam um dos fatores de risco mais importante para o desenvolvimento da obesidade, sendo que esta geralmente cursa concomitante à hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e diabetes.

Com o intuito de apoiar a implementação dessa Lei, a Coordenação de Vigilância Nutricional da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, elaborou o material educativo de incentivo, apoio e promoção à alimentação saudável junto às crianças, pais, professores e proprietários de estabelecimentos alimentícios – A Cantina Saudável.

O material elaborado com uma linguagem clara e objetiva trás ainda, ilustrações divertidas quanto à importância da alimentação saudável e contribui para a formação de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.

A Cantina Saudável foi disponibilizada para as escolas e proprietários de cantinas através de Cd-Room e, pode também, ser acessada através portal eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.



COMITÊ DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Autor Principal: Andréa Corrêa Santos
Outros Autores: Marília Corrêa Lenz
Instituição: Município de Cachoeira do Sul
Município: Cachoeira do Sul
Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

Escrevemos este trabalho, referente à participação social na gestão de serviços de saúde, com objetivo de apresentar as atividades que estamos desenvolvendo em Cachoeira do Sul, município com 89395 habitantes, habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, que é a criação de um Comitê para tratar sobre Planejamento Familiar (PF), devido aos índices colhidos através de pesquisa realizada no município pelo Ministério Público, que apresentaremos à seguir:

“Das 1032 crianças que nasceram vivas entre janeiro e outubro de 2005 no Hospital de Caridade e Beneficência de Cachoeira do Sul, 218 delas são filhas de mães que têm entre 12 e 19 anos. Em 885 famílias visitadas em 37 bairros da cidade, existem 2363 filhos e netos vivendo sobre o mesmo teto, o que significa uma média de 2,67 dependentes por família. O indicativo é alto, um dos casos que comprova isso é o de um casal cachoeirense que tem 11 filhos e 2 netos. O Bolsa Família é a única renda de 17,41% destas 885 famílias. A maioria delas, 55,37% sobrevive com renda de até 1 salário mínimo. Além disso, 1,46% sem renda mensal fixa. Nas 15 escolas municipais com alunos adolescentes, em 6 delas há meninas grávidas. A metade das grávidas, 5 estudantes, tem apenas entre 14 e 15 anos. Na rede estadual, de 23 escolas, foram encontradas garotas grávidas em 12 delas. Das 29 gestantes, 34,49% tem apenas 16 anos”.

Nosso desafio é traduzir em ações concretas nos serviços de saúde, os avanços já conquistados no campo da formulação dos direitos reprodutivos e sexuais, implementando a assistência em PF, para adultos e adolescente, como parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher e ao homem dentro de uma visão integral à saúde. E obter em médio e longo prazo menores índices de famílias miseráveis, de gravidez na adolescência, de mortalidade infantil, de DSTs e fomentar a paternidade responsável.

OBJETIVOS

Contribuir para a realização da política de PF, no âmbito do Município, em conjunto com as autoridades e órgãos públicos ligados à área da saúde, abrangendo as ações educacionais e de saúde pública.

METODOLOGIA

A iniciativa de criar o Comitê de PF surgiu no I Encontro de Planejamento Familiar que reuniu quase 300 participantes, no 16/12/05, realizado na Sociedade Rio Branco, promovido pela Procuradoria Geral de Justiça, através da Subprocuradoria-geral para Assuntos Institucionais, com o Centro de Apoio dos Direitos Humanos e Promotoria de Justiça. A primeira reunião ocorreu no dia 28 de dezembro e resultou na formação do Comitê. A plenária é composta por representantes da sociedade civil e organizada. As atividades são planejadas e desenvolvidas em encontros semanais. As ações aprovadas pelo Comitê valorizam a intersetorialidade e formação de redes de atenção para fortalecimento dos profissionais e agentes envolvidos nas ações propostas, que resultaram em um Plano de Ação.

PRODUTOS

Resultaram da plenária as Comissões de Saúde, Educação e Paternidade Responsável. Várias metas e atividades positivas surgiram das propostas e iniciativas dos membros como o mapeamento dos serviços prestados à comunidade, seleção das entidades que devem ser articuladas, planejamento da Cartilha de Saúde para divulgar os serviços preventivos e assistenciais sobre o PF e outros; I Jornada Educando para o PF. Reprodução de folders educativos sobre métodos anticoncepcionais, participação do comitê nos eventos como semana da Mulher, Feiras do Livro e festividades populares como carnaval, feiras, etc. organização para maio do I Encontro de Serviços Prestados à Saúde. A Comissão de Paternidade Responsável está desenvolvendo “Operações” de localizar e identificar as crianças e adolescentes que ficam nas ruas, por vezes “mendigando” nos estabelecimentos comerciais, encaminhando-o à família, bem com preenchendo-se um formulário circunstanciado de toda situação sócio-econômica-educacional-familiar, advertindo-se os responsáveis de suas obrigações.

Comissão da Saúde: Descentralização dos grupos de planejamento familiar com equipe multiprofissional, incrementando os grupos já existentes na Atenção Básica, celebração de contratos e convênios, como credenciamento do hospital de referência no município, conforme a Lei nº 9263, para o atendimento pelo SUS



dos Métodos Voluntários definitivos. Previsão da demanda de cada método contraceptivo através de Dados Demográficos. Organizar a referência das parturientes à rede SUS para Puerpério/PF ainda no momento da alta. Propor aumento do número de ACS no município, ampliando a cobertura insatisfatória. Interiorização do PF com grupos nas microáreas de atuação dos ACS, principalmente nas zonas rurais, e ainda distribuindo folders e preservativos nos eventos. Desenvolvendo ações conjunta de prevenção de DST/AIDS. Implantação de grupo de PF para adolescentes ou < 20 anos no Ambulatório Vida especializado no atendimento e treinamento na prevenção de DST/AIDS e sexualidade na adolescência. Promover a melhoria da saúde reprodutiva da mulher redimensionando o número de oferta de consultas ginecológicas estimulando exames preventivos como os de Câncer de Colo de Útero, Mama e outros.

FACILIDADES, DIFICULDADES e CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tentativa de amenizar e prevenir problemas que estão tomando grandes proporções, como evasão escolar, drogadição, gravidez precoce e crianças nas ruas em nosso município, resultou na imediata adesão à proposta do Comitê pela sociedade em geral. As dificuldades se concentraram no momento das negociações de credenciamento de prestadores para realizar os procedimentos cirúrgicos voluntários definitivos pelo SUS. Esperamos que este trabalho possa contribuir para a permanência desta rede de atenção que formou-se, com o objetivo de controlar, sugerir e desenvolver ações que beneficiem a população Cachoeirense.



POLICLÍNICA REGIONAL DE ITAIPU: REORGANIZANDO O PROCESSO DE TRABALHO

Autor Principal: Andréa Gonçalves da Silva

Outros Autores: Maria Célia Vasconcelos; Maria das Graças Esteves

Instituição: Fundação Municipal de Saúde de Niterói

Município: Niterói

Estado: Rio de Janeiro

O município de Niterói sempre esteve na vanguarda do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, e alcançou expressão nacional na construção de uma rede de atenção à saúde segundo a lógica da descentralização, regionalização, integralidade e hierarquização dos serviços. Desde 1989 vem tentando implementar o seu Sistema Único de Saúde, com efetiva participação da população na construção de melhores indicadores de saúde e qualidade de vida. Sua história tem muito a ver com todo o processo de descentralização da atenção à saúde em nosso país, tendo ousado sobremodo na construção de uma proposta de atenção de base municipalista, anterior até a criação da Lei Orgânica da Saúde. Niterói já em 1991 municipalizava toda a rede de serviços públicos estadual e federal existente no município e aprovava o Projeto Médico de Família dando início à capacitação da primeira equipe técnica e na implantação das primeiras equipes, em setembro de 1992.

Os Distritos Sanitários foram extintos em 1994 e uma nova sistemática de organização regional foi iniciada, assim, Niterói passou a ter 05 regionais de saúde tendo nas Policlínicas Comunitárias (P.C.) - originalmente Unidades Básicas situadas em áreas estratégicas, visando uma articulação com o Programa e outras Unidades de menor porte, agregando recursos tecnológicos, configurando um nível de atenção secundária de referência, criando um espaço de encaminhamento das questões internas e externas ao Setor. A necessidade de reorganizar o sistema de saúde municipal de modo que seja coerente com o paradigma de produção social da saúde, em consonância aos princípios do SUS, tendo como eixos principais a organização dos serviços, processos de trabalho, política de informação e a educação permanente resultou na ampliação do saúde da família como modelo de atenção básica para todo o município e a transformação de algumas P.C. em Policlínicas Regionais (P.R.), mas com o desafio de torná-las o pólo de autoridade / responsabilidade sanitária regional. Pretendemos neste texto evidenciar a regionalização da "regional oceânica" no município de Niterói como base essencial no desenvolvimento de ações integradas e do sistema hierarquizado.

No ano de 1994 foi implantado o primeiro módulo do Programa Médico de Família (PMF) de Niterói na regional Oceânica

inicialmente com 04 equipes básicas de trabalho, na comunidade do Engenho do Mato e atualmente com 05 módulos e 02 extensões do PMF na Regional oceânica num total de 20 equipes de saúde de família. Já no ano de 2003 a P.C. de Itaipu sofreu reforma em sua estrutura física permitindo a ampliação de oferta de especialidades para a referência e contra-referência desta regional de saúde.

Diversas reuniões e oficinas foram realizadas para promover a aproximação da então rede municipal de saúde composta pela P.C. Itaipu, Unidade Básica de Saúde, antes Unidade Municipal, de Piratininga e de Várzea das Moças com o PMF e com o objetivo de composição de uma rede única de saúde, a oficina mais marcante foi a realizada em abril de 2004 cujo desafio dos gestores, diretores de Policlínicas, chefes de Departamento da Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e Familiar e coordenadores do PMF era o de identificar os problemas relacionados aos eixos de organização dos serviços, processos de trabalho, política de informação e a educação permanente e criar ações propositivas para o enfrentamento dos problemas identificados, o grande marco foi a transformação da P.C. em P.R. de Itaipu em 2005. Considerando que a existência de um "ambiente regional" potencializa a organização regionalizada da assistência, entendemos que a definição desses espaços de organização dos serviços de saúde deve reconhecer as afinidades regionais (econômicas, políticas, culturais e epidemiológicas), assim a P.R. de Itaipu faz parte do projeto piloto do DATASUS na implantação do Sistema de Gerenciamento Local de Informação (GIL).

Esta organização permitiu a criação de um sistema de referência através da implantação da regulação das referências e contra-referências pela P.R. quando é requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica pelos profissionais de saúde da própria policlínica, das unidades básicas e das equipes de saúde da família desta regional. O monitoramento das referências das equipes de saúde da família faz-se pela equipe de supervisão do PMF, equipe esta que compõe o Grupo Básico de Trabalho, garantindo uma maior resolutividade pelo PMF na atenção básica da regional. Assim ocorre o reconhecimento das necessidades regionais com conseqüente



melhoria da qualidade do atendimento realizado pelo sistema de saúde local na qual está situado, contribuindo na implementação da integralidade quanto as atribuições das práticas dos profissionais de saúde e da organização dos serviços.

A construção de um sistema de parcerias e de reconhecimento de ações contribui para a construção de novos paradigmas de intervenção que exigem capacitação e comprometimento profissional. As experiências, de interinstitucionalidade e intersetorialidade, vem demonstrando ser imprescindível na promoção de políticas públicas eficazes. Como exemplo de amadurecimento da Rede de parceiros houve a criação do Comitê de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente da Região Oceânica para dar enfrentamento às questões relacionadas à violação e violência contra criança e adolescente que geralmente são fragmentadas, isoladas e insuficientes. As perspectivas de avançar na construção, manutenção e ampliação de Rede em 2006 como forma de fornecer subsídios para o trabalho do PMF, dando base para a efetiva prevenção e promoção da saúde e a integralidade da atenção básica fazem parte da proposta do processo de trabalho.



LEITE MATERNO: COMO E PARA QUE OFERECÊ-LO

Autor Principal: Andréia Cristina da Silva Barro

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

O presente trabalho reflete a necessidade de se divulgar a suma importância do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês, bem como almeja mostrar e abordar de forma didática o modo correto de trabalhar as mesmas para garantir o aleitamento materno.

OBJETIVO

O objetivo principal do trabalho seria a prevenção e combate à morbimortalidade infantil por meio do incentivo ao aleitamento materno.

Através do trabalho e da divulgação da prática do trabalho manual das mamas as mães concomitantemente seriam continuamente informadas, sobre as vantagens do aleitamento e também teriam melhor preparo para lidar com os obstáculos à "pega perfeita".

METODOLOGIA

Os métodos são constituídos pela divulgação e treinamento das mães sobre as técnicas da auto massagem, baseadas em técnicas desenvolvidas na África em conjunto com a OMS.

A "Auto Massagem" promove a drenagem efetiva do leite anterior e posterior de modo a desfazer os nódulos e facilitar a lactação.

CONCLUSÃO

O trabalho tem a tarefa de elucidar as lactantes sobre a melhor forma de oferecer o peito ao filho e assim contribuir para a melhora da imunidade da criança, relação materno/infantil e redução significativa da morbimortalidade.

GDF - Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado da Saúde do DF

ALEITAMENTO MATERNO

O TRABALHO DAS MAMAS E OS BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

SILVA, Andréia Cristina

Introdução
Objetivo

O trabalho se baseia na divulgação e treinamento do ACS bem como trabalhar as mamas da puérpera visando proporcionar, promover o aleitamento materno e assim reduzir a morbimortalidade infantil.

Metodologia

Os agentes comunitários de saúde foram treinados a ensinar as mães a técnica do "Trabalho das mamas". Os ACS foram informados, preparados a preparar a drenagem do leite anterior e do leite posterior. A técnica de massagem manual foi ensinada de modo que tanto o leite anterior como o leite posterior fossem sugados adequadamente pelo bebê. Também é verificado se o bebê está "pegando" de forma correta pois a má pega resulta em fissuras mamárias sendo que estas últimas são muitas vezes responsáveis pela suspensão do aleitamento materno por parte da mãe. Ocorrem também aulas didáticas aos ACS a fim de explicar todo o mecanismo de drenagem e ejeção do leite.

Conclusão

Dessa forma, os ACS se tornam mais preparados, após a orientar as mães puérperas e a triar os casos que necessitam de acompanhamento intensivo no período de lactação e pós parto.

GDF
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
www.saude.df.gov.br
www.zerbini.org.br

Programa Família Saudável



A ESTRATÉGIA MACRORREGIONAL DE CAPACITAÇÕES PARA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN NO BRASIL

Autor Principal: Andhressa Araújo Fagundes Romeiro

Outros Autores: Helen Duar; Luciana Sardinha; Marília Leão; Ana Beatriz Vasconcellos

Instituição: Ministério da Saúde / DAB

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

O monitoramento da situação nutricional da população brasileira, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, é uma ação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN, que propicia diagnosticar precocemente os desvios nutricionais e definir tendências em saúde. A uniformização das práticas do SISVAN em um país com tantos contrastes é tarefa complexa, sendo imprescindível a padronização de um sistema nacional.

OBJETIVO

Descrever a estratégia das capacitações do MS para a implantação do SISVAN no âmbito da atenção básica à saúde.

METODOLOGIA

Entre maio e agosto de 2005 o MS executou Capacitações Macrorregionais do SISVAN. A estratégia foi agrupar as 27 UF pela proximidade geográfica. A metodologia utilizou 2 dias de trabalho, baseada na pedagogia da problematização: construção coletiva dos problemas enfrentados e discussão de soluções. O objetivo foi ampliar o conhecimento dos profissionais, como participante e agente de transformação das ações do SUS, e que multiplicassem os conteúdos nos seus estados. Foram utilizados dinâmicas de grupo, aulas práticas, filmes, apresentações orais e estudo de caso. As macrorregionais foram avaliadas diariamente: auto-avaliação dos participantes e avaliações das atividades e da equipe.

RESULTADO

Foram realizadas 11 macrorregionais, com as 27 UF, capacitados 643 profissionais que atuam na implantação do SISVAN dos 5561 municípios, representados por suas 357 regionais de saúde. A média nacional atribuída ao evento foi 4,0 em uma escala de 0-5.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção das capacitações adotou os princípios da atenção básica, no que se refere a intersetorialidade, interdisciplinaridade e promoção da saúde. Os resultados das avaliações permitem afirmar que os objetivos foram alcançados. As estatísticas de acompanhamento demonstram que a multiplicação está sendo realizada: 70% das UF iniciaram a replicação e as demais executarão em 2006. Espera-se que o SISVAN, uma vez adotado nos municípios brasileiros, possa contribuir para a melhoria do perfil de saúde e nutrição da população do SUS.

**A ESTRATÉGIA
MACRORREGIONAL DE
CAPACITAÇÕES PARA
IMPLANTAÇÃO DO
SISTEMA DE VIGILÂNCIA
ALIMENTAR E
NUTRICIONAL – SISVAN
NO BRASIL**





PLANEJAMENTO FAMILIAR

Autor Principal: Angela Beatriz Schwerz

Outros Autores: Geovane Rigue

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde - Santa Cruz do Sul

Município: Santa Cruz do Sul

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

As ações em Saúde Pública são práticas assistenciais destinadas a prevenir doenças e promover a saúde, de forma integral, visualizando as necessidades de bem-estar da população nas diferentes etapas da vida.

A partir destas necessidades, dentro do contexto do SUS, vários programas são operacionalizados com o intuito de disponibilizar à população melhores condições de saúde. Dentre estes, está o programa de planejamento familiar.

O planejamento familiar é uma das ações que garantem assistência integral à mulher, ao homem ou ao casal, proporcionando conhecimentos dos métodos contraceptivos existentes, para que possam escolher juntamente com o profissional da saúde o método quem mais adequa à sua necessidade.

Em Santa Cruz do Sul o programa de planejamento familiar esta instituído nas unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e no CEMAI, facilitando desta forma, o acesso a toda a população.

JUSTIFICATIVA

A justificativa do programa é que a partir do ano de 1997, com a implantação do PACS e PSF muitas demandas surgiram e uma delas dizia respeito a necessidade de um efetivo projeto de planejamento familiar. Com isso se implantou o programa e se buscou subsídios para seu desenvolvimento.

OBJETIVO GERAL

Fornecer assistência integral a população no que se refere a planejamento familiar através de ações individuais e coletivas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fazer cumprir a lei municipal nº 2817 de 20 de dezembro de 1995, que institui o programa de Planejamento Familiar (anexo)

- Fazer cumprir a lei nº 9263, de 12 janeiro de 1996 que regula o § 7º do artº226 da Constituição Federal que trata Planejamento familiar (anexo).
- Envolver segmentos públicos e privados no programa
- Fornecer através de equipe multiprofissional subsídios que permitam ao cidadão livre escolha dos métodos, e do número de filhos que desejam ter;
- Fornecer a população os métodos contraceptivos escolhidos
- Divulgar através do programa do agente comunitário de saúde a importância do planejamento familiar para a família e os locais de referência do programa (PSFs, PACS/ CEMAI)
- Cadastrar no programa de planejamento familiares homens e mulheres, após orientação sobre os métodos para recebimento do contraceptivo escolhido.
- Priorizar o atendimento aos adolescentes, no que diz respeito a informações sobre DST/AIDS e gravidez indesejada, através de atendimentos individualizados e em grupos, escolas e ou comunidades.

METODOLOGIA

São oferecidos à população os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a liberdade de opção. Entre os métodos estão os temporários como os naturais, contraceptivos hormonais, dispositivo intra-uterino, preservativos. Em alguns casos os métodos cirúrgicos (laqueadura tubária e vasectomia) definitivos são os indicados.

Quando a opção ou indicação recai sobre os métodos definitivos o usuário é encaminhado para assistir à uma palestra com uma equipe multidisciplinar, na qual recebe orientação sobre todos os métodos disponíveis na rede pública. Num segundo momento o casal passa por avaliação psicológica onde são avaliadas as motivações conscientes e inconscientes implicadas no processo. Antes da cirurgia o usuário também passa por avaliação médica de suas condições de saúde.

De acordo com os dados epidemiológicos de Santa Cruz do Sul, percebe-se diminuição de gestações não planejadas.



RESULTADOS ALCANÇADOS

Programa de Planejamento Familiar

Indicadores de Natalidade

Ano	Nº Total de Nascidos
1997	1 933
1998	1 910
1999	1 953
2000	1 841
2001	1 562
2002	1 639
2003	1 534
2004	1 627
2005	1 575

Pessoas Cadastradas no Planejamento Familiar que utilizam

Anticoncepcionais: Orais e Injetáveis

Ano	anticon. Orais	anticon. Injetáveis
2002	3 060	221
2003	4 080	350
2004	4 154	490
2005	5 187	1 232

Pacientes Submetidos a Métodos Definitivos

Ano	Laqueadura Tubária	Vasectomia
1999	69	24
2000	15	29
2001	47	12
2002	91	52
2003	92	52
2004	94	96
2005	99	96

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

FACILIDADES E DIFICULDADES

No que diz respeito ao planejamento familiar, diversas ações já eram tomadas isoladamente e percebemos que o maior desafio foi o de começar a trabalhar de forma mais integrada com o objetivo de somar esforços, trabalhando em equipe. Desta forma, faz parte da equipe os agentes de saúde, postos de saúde, PSFs, médicos, enfermeiros e psicólogos. Parte da equipe localiza-se nos bairros e trabalha diretamente com os usuários no sentido de clarear sobre o uso dos métodos e facilitar o acesso aos mesmos através de encaminhamento aos demais membros da equipe, a saber: médico, enfermeiro, psicólogo.

Também percebemos a importância de que o projeto seja apoiado pelos gestores. No nosso caso, a medida que fomos

conseguindo maior apoio por parte da administração o projeto ganhava maior abrangência na população uma vez que aumentava a nossa possibilidade de oferta de métodos para os usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseados nos resultados positivos que temos encontrado e que foram demonstrados no item "D", sentimo-nos muito motivados a mostrar nosso trabalho para que outros municípios possam organizar suas ações afim de que também obtenham resultados significativos.

Também sentimos a necessidade de continuarmos ampliando nossos planos de ação e para isso é de vital importância para nós a participação de Fórum de debates e eventos onde esta temática seja abordada e possamos conhecer a metodologia aplicada por outros municípios.



IMPLANTAÇÃO DA UNIDADE SAÚDE ESCOLA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS: CAMINHOS E DESAFIOS

Autor Principal: Angélica Maria Adurens Cordeiro

Outros Autores: Prof^ª Dr^ª Ana Lucia Cavalcanti de Albuquerque Williams/ Prof^ª Dr^ª Márcia Niituma Ogata/Prof^ª Dr^ª Sofia Iost Pavarini

Instituição: Universidade Federal de São Carlos

Município: São Carlos

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

A Unidade Saúde-Escola (USE) é um espaço para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão em saúde, da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Foi criada em 2004, com o objetivo de integrar as ações já existentes da educação física, enfermagem, fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional. Insere-se no Sistema Único de Saúde como um ambulatório de média complexidade e constitui-se num espaço de integração com o sistema de saúde do município. O objetivo da USE consiste em melhorar a qualidade de vida da população por meio de atendimento interdisciplinar em saúde de forma articulada entre as diversas áreas do conhecimento, em parceria com as instâncias responsáveis pela saúde da população de São Carlos (SP) e região, assim como constituir em espaço para produção de conhecimento e inovação tecnológica, além de formação e capacitação profissional na área da saúde.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é divulgar o processo de construção e implantação da Unidade Saúde-Escola da UFSCar que integrou as ações de saúde historicamente desenvolvidas de forma isolada, buscando a integralidade e a humanização na assistência, formação e capacitação de recursos humanos no SUS.

METODOLOGIA

O funcionamento da USE tem como eixo norteador a integração entre diferentes áreas do conhecimento e de atuação profissional com a rede pública de assistência à saúde, por meio de parcerias com a Prefeitura Municipal de São Carlos, principalmente com a Secretaria Municipal de Saúde, de forma a potencializar os recursos existentes e ampliar possibilidades de acesso da população ao atendimento de saúde de qualidade. Os recursos para implementação da unidade foram obtidos por meio de emendas orçamentárias (Ministério da Saúde) e pela liberação de vagas para

contratação de profissionais técnicos em diferentes áreas (Ministério da Educação), num movimento de integração entre saúde e educação.

PRODUTOS

A construção e inauguração da USE representou a realização de um antigo anseio da Universidade, no sentido de reunir as diferentes ações de saúde em torno de um novo paradigma capaz de contemplar aspectos educativo-preventivos de forma a não só oferecer tratamento e reabilitação de qualidade a usuários, como também, desenvolver ações que garantam a formação de alto nível aos alunos e profissionais envolvidos, contribuindo para o desenvolvimento regional na área para a consolidação do SUS. Suas atividades organizam-se em torno de programas, encontrando-se implementados os Programas do Idoso, de *Saúde Mental*, *Pólo de Capacitação em Saúde* e *Programa de Atenção a Pessoa com Necessidades Especiais*.

O Programa do Idoso foi elaborado pautando-se nos princípios norteadores do SUS, na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso. Seu objetivo consiste em desenvolver ações a partir da compreensão do contexto de vida dos idosos e de seus cuidadores, familiares ou profissionais, e da multiplicidade de fatores que afetam a qualidade da relação entre eles.

O Programa de Saúde Mental desenvolve ações que levem ao atendimento humanizado dos usuários na área de saúde mental, voltadas para a reabilitação e reintegração plena do indivíduo, de forma a empoderá-lo a exercer seu papel social de cidadão. As ações envolvem atendimento de adultos de ambos os sexos com queixas, por exemplo, de depressão e ansiedade.

O Pólo de Capacitação visa gerenciar as ações de capacitação de recursos humanos, a fim de melhorar a qualificação de alunos, profissionais de saúde e docentes para o melhor desenvolvimento de ações de saúde que promovam a integralidade e humanização. São realizadas atividades em parceria com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.

O Programa de Atenção à Pessoa com Necessidades Especiais visa desenvolver pesquisa e intervenção por meio de ações



de prevenção, intervenção e reabilitação de pessoas com deficiência física, mental e com população de risco para o desenvolvimento de problemas de conduta em crianças (mães vítimas de violência doméstica).

Os programas de atenção à saúde da mulher e da criança encontram-se em fase de implantação.

APRENDIZADO

A necessidade de garantir recursos de diferentes tipos para o funcionamento da USE desde o espaço físico apropriado para a implantação de um projeto de grande complexidade até definições sobre o funcionamento estratégico e cotidiano de um conjunto amplo e diferenciado de ações em saúde de forma articulada, tem exigido o trabalho permanente de uma comissão que vem propondo e implementando condições para a criação e implantação da USE, dentro da concepção para ela delineada. A construção de relações humanas e institucionais que dêem suporte à unidade, tem exigido um esforço de administração do processo, que requer atenção a detalhes e aproveitamento máximo do potencial humano disponível na instituição, assim como articulações externas para inserção da USE no Sistema Único de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de implantação desta Unidade na Universidade tem sido muito importante, tanto no aspecto da articulação das ações em programas que propiciou a integração dos diferentes cursos na área da saúde, quanto na construção de parcerias entre os gestores estadual e municipal.



VIGIANDO A SAÚDE DO FOLIÃO NO CARNAVAL DE SALVADOR, SALVADOR - BAHIA, 2006

Autor Principal: Antônia Maria Britto de Jesus

Outros Autores: Adriana de Magalhães Dourado; Terezinha Marques da Silva; Ana Maria Menezes Simões; Terezinha Marques da Silva; Maria do Socorro Farias Chaves; Cristiane Wanderley Cardoso; Maria Adelina Lopes Amoedo.

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador

Município: Salvador

Estado: Bahia

INTRODUÇÃO

Arelevância do Carnaval para a saúde pública, hoje, se justifica pelo risco de adoecimento relacionado a grande concentração de pessoas vindas de várias partes do país e do mundo, facilitando a propagação de doenças transmissíveis e de agravos à saúde. Vários fatores contribuem para a instalação de um quadro de risco epidemiológico e sanitário: a aglomeração populacional que favorece o aumento de casos de doença transmissíveis, principalmente as respiratórias; o aumento da comercialização informal de alimentos, que eleva o risco de ocorrência de agravos decorrentes da ingestão de produtos contaminados; o aumento do consumo de bebidas alcoólicas e substâncias psicoativas, aumentando a violência; estimulando a sexualidade e favorecendo situações de risco de contaminação por doenças como Aids e outras DST, além do risco de gravidez indesejada.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

Pretende-se, então, nesse trabalho apresentar as principais ocorrências e situações de risco e descrever as estratégias de ação adotadas pela Coordenação de Saúde Ambiental da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador para a vigilância da saúde do folião durante o Carnaval de Salvador.

METODOLOGIA

Na etapa que antecedeu o Carnaval foi intensificada, através da mídia, a divulgação junto ao público geral, dos principais cuidados para a prevenção de riscos e agravos à saúde do folião, aconselhando-se o cuidado na escolha certa dos alimentos; o consumo moderado de bebidas alcoólicas, a hidratação, o uso de preservativos, entre outras recomendações. Como parte dessa etapa foi também traçado um plano de inspeção a estabelecimentos diretamente ligados ao turismo, sendo montadas equipes volantes que realizaram o trabalho de orientação à população, aos

ambulantes, trabalhadores do comércio formal de alimentos e demais estabelecimentos de interesse da saúde. Infraestrutura: foram montados núcleos de trabalho das distintas subcoordenações de vigilância, compondo equipes de plantão que deram cobertura às ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses nos circuitos oficiais do Carnaval e nos Bairros. Foi também disponibilizado às equipes material educativo contendo o mapa do circuito, sinalizando as referências de saúde, praticáveis da Vigilância Sanitária e Unidades de Assistência à Saúde, além das referências de apoio ao folião da Prefeitura Municipal de Salvador. Essas informações circularam em folheteria, anúncio em jornal, inserções e entrevistas em rádio e televisão. Ações estratégicas: a abordagem preventiva e educativa de aconselhamento foi adotada como estratégia de divulgação de informações. A Secretaria Municipal de Saúde vem desenvolvendo intervenções educativas dessa natureza, visando incentivar práticas seguras como o uso de preservativo como método de prevenção às DST/HIV/Aids; incentivando a redução da violência e abuso de drogas. Outras ações importantes dizem respeito às orientações e inspeção em Vigilância Sanitária, dirigidas ao comércio formal e informal e às Entidades Carnavalescas. Foram ainda desenvolvidas ações de controle de zoonoses e de investigação epidemiológica, incluindo investigação e busca ativa de casos suspeitos de doenças transmissíveis, além de ações de imunização.

PRODUTOS E RESULTADOS

De acordo com os dados registrados pela Vigilância Sanitária foram realizadas durante o carnaval dos circuitos Dodô, Osmar e Batatinha e no Carnaval dos Bairros, 9.443 inspeções/fiscalizações. Foram registradas 9.804 ocorrências resultantes da fiscalização do comércio formal e informal, de camarotes e entidades carnavalescas, entre outros estabelecimentos. O maior número de ocorrências registradas foi de orientações (5.843), sendo realizada em maior proporção junto às entidades carnavalescas (79,08%). No que se refere ao controle de zoonoses, foram realizados 4.881



atendimentos para monitoramento ambiental. Esses atendimentos incluíram inspeção, remoção de animal, captura, coleta de amostra para análise laboratorial, ação conjunta com a Vigilância Epidemiológica, tratamento, observação, liberação do animal e bloqueio de foco, entre outros. Em relação à vigilância epidemiológica foram realizadas 168 investigações epidemiológicas, busca ativa de atendimento anti-rábico, totalizando 82 atendimentos, além de ações de imunização. A cobertura do Programa Municipal de DST/Aids no Carnaval de Salvador sofreu uma ampliação de 09, para 21 locais de intervenção com distribuição de preservativos, um incremento de 133% (cento e trinta e três por cento) em relação ao ano anterior. Foi também ampliado o quantitativo de preservativos distribuídos para a população, passando de 750.000 em 2005 para 1.167.066 unidades em 2006, o que representa um aumento, portanto, de 55% (cinquenta e cinco por cento) no quantitativo de preservativos distribuídos.

FACILIDADES E DIFICULDADES

As parcerias entre instituições como a Polícia Militar, Limpeza Urbana, Secretaria de Segurança Pública em muito facilitaram o processo, possibilitando o desenvolvimento de ações conjuntas e intervenções preventivas. A complexidade do evento por sua abrangência e extensão, em algumas situações limita a atuação do corpo técnico, interferindo na cobertura das ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

as estratégias de educação e comunicação em saúde têm sido essenciais para promover a saúde do folião durante o carnaval, como o mecanismo principal de integração em vigilância e de monitoramento de situações de risco à saúde.



PROJETO QUADRA LIMPA, SAÚDE PERFEITA

Autor Principal: Antônio Bezerra Rocco

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

A comunidade da Quadra 511 da Regional Administrativa Recanto das Emas do Distrito Federal, se encontra em condições de muita falta de higiene tendo lixos jogados nas ruas, animais soltos (cavalos e cães), esgoto a céu aberto, entulhos nos domicílios (atraindo roedores e insetos indesejados). Mediante esta situação há um alto índice de doenças causadas por estes fatores, tais como, escabiose, verminoses, dengue, hantavírus e outras doenças. Criar na comunidade a conscientização de cidadania para a realidade em que vivem. Através de ações educativas para incentivar a comunidade para limpar, conservar e fiscalizar, fazendo assim diminuir o alto índice de doenças e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida e o bem estar da comunidade. Através de visitas domiciliares e parcerias com Organizações Não Governamentais, a equipe estimulará a comunidade para participar do processo de limpeza das ruas, quadras e domicílios. Unindo esforços e para implementar o plantio de árvores em toda a quadra 511 do Recanto das Emas, palestras e orientações sobre higiene, promoção de lazer e educação ambiental na comunidade mensalmente. A ação de limpeza das quadras e conservação da mesma deverá ocorrer todo mês em uma data pré-determinada até que os objetivos sejam alcançados. Com educação em saúde obter-se-á necessariamente a melhora na qualidade de vida, conscientizando para o bem estar geral da comunidade.

Projeto Família Saudável

GDF - Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde do DF

PROJETO: QUADRA LIMPA, SAÚDE PERFEITA

88000, Antônio Bezerra

Introdução

A Quadra 511 do Recanto das Emas, se encontra em condições de muita sujeira, lixos, animais soltos (cavalos e cães), esgoto a céu aberto, entulhos nos domicílios (atraindo roedores e insetos indesejados) e condições precárias de higiene. Mediante esta situação há um alto índice de doenças causadas por estes fatores, tais como: Escabiose, Hantavírus, Dengue, Verminoses, etc.

Objetivo

Trabalhar junto a comunidade para criar uma realidade através de ações diretas e contínuas mensalmente. Limpeza, conservação e fiscalização, divulgação e educação em saúde e melhoria da qualidade de vida e bem estar da comunidade.

Metodologia

- Atividade de visitas domiciliares a equipe atenderá e orientará a comunidade para participar do processo de limpeza.
- Parcerias com ONGs governamentais, organizações regionais e outras ações realizadas.
- Realização de visitas regulares a equipe permanente.
- Plantação de árvores em toda a quadra.
- Realização de palestras e orientações sobre a conservação da limpeza.
- Promover lazer e atividades recreativas para a comunidade mensalmente.

Conclusão

Após término de cada mês ocorrerá uma avaliação para verificar a eficácia do projeto e se os objetivos foram alcançados. Durante todo o processo, aplicamos a conscientização do que fazemos, que pode promover saúde, educação, lazer e a conscientização da limpeza para que a comunidade consiga manter a qualidade e a conservação da vida.

FUNDAÇÃO ZERBINI



IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE TRANSPORTE SANITÁRIO EM MG

Autor Principal: Antônio Jorge de Souza Marques

Outros Autores: Marta Vasconcellos Carrilho/ Otávio Bedinelli

Instituição: Agência de Cooperação Intermunicipal em saúde Pé da Serra

Município: Juiz de Fora

Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO

Por consórcios em saúde entende-se uma associação voluntária entre municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações. Tendo como norte este conceito, os consórcios intemunicipais de saúde – CIS's, tornaram-se um modelo de regionalização ascendente, tendo cada um características próprias, baseada numa relação de igualdade entre seus pares, preservando, principalmente, a autonomia de decisão do gestor local. Em Minas Gerais esta prática teve início na década de 90 quando se tornou um dos pilares da política do governo estadual para o setor saúde. Os CIS passaram a fazer parte de uma proposta hierarquizada, ficando responsáveis pela atuação direta na atenção secundária – a média complexidade. Esta pactuação possibilitou: uma maior flexibilidade e economicidade no que tange aos recursos materiais, humanos e financeiros; ampliação e melhoria do acesso a serviços de saúde; atendimento da população na própria região evitando deslocamento para os grandes centros; diminuição considerável de custos (já que municípios pequenos de uma mesma região possuem os mesmos problemas de saúde e indicadores homogêneos).

A Agência de Cooperação Intermunicipal de Saúde Pé da Serra – ACISPES foi criada em março de 1996 e atualmente congrega 12 municípios do entorno de Juiz de Fora-MG; Aracitaba, Belmiro Braga, Chácara, Coronel Pacheco, Ewbanck da Câmara, Goianá, Matias Barbosa, Oliveira Fortes, Piau, Santos Dumont, Simão Pereira e Rio Novo. Suas ações, na área ambulatorial de média complexidade têm como alvo a população usuária do SUS nestes municípios, beneficiando um contingente de aproximadamente 100.000 pessoas. Em 2005 foram executados 32.053 procedimentos, sendo 15.919 em consultas especializadas e 17.134 exames.

JUSTIFICATIVA

A garantia de acesso ao serviço de saúde, um dos princípios ordenadores da organização do SUS, usualmente encontra-se comprometida por uma série de fatores, dentre eles a dificuldade de locomoção dos usuários. Este fato tem se revelado uma barreira

para a expansão da cobertura assistencial, mesmo quando existe capacidade instalada para a oferta dos serviços. Na Agência de Cooperação Intermunicipal de Saúde Pé da Serra – ACISPES, os serviços de média complexidade (consultas especializadas, ultrasonografias, eletrocardiograma, eco cardiograma, eletroencefalograma, mamografia e teste ergométrico) estão concentrados no município polo da macro região – Juiz de Fora – e os doze municípios associados à agência têm como missão, prover o transporte destes usuários (transportados de forma precária e com veículos inadequados). Em estudo recente da Secretaria Executiva da entidade ficou evidenciado a necessidade de encontrar uma solução que equacionasse este problema. A proposta apresentada foi a implantação de uma rede de TRANSPORTE SANITÁRIO, integrando os 12 municípios no mesmo planejamento logístico, eficientizando os vários tipos de transporte (transporte de usuários para procedimentos eletivos, transporte de usuários em situação de urgência – atendimento pré-hospitalar, transporte de material biológico, transporte de servidores públicos em tarefas estratégicas).

OBJETIVO GERAL

Ofertar, aos municípios que compõe a ACISPES, logística que possa equacionar as demandas oriundas das secretarias municipais de saúde que necessitam de transporte tanto para os usuários bem como para os resíduos sólidos de saúde e servidores públicos em atividades estratégicas.

METODOLOGIA

Considerando a PPI em vigência, a capacidade instalada na ACISPES e a média de procedimentos realizados diariamente em Juiz de Fora, 450 atendimentos, nossa proposta foi a de adquirir 06 (seis) micro-ônibus, com capacidade de 24 passageiros, 02 caminhões de lixo, sistema de monitoramento por satélite para localização em tempo real, dos veículos, software para gestão do programa (interfacing da agenda eletrônica de consultas com a disponibilidade de vagas para transporte), e treinamentos. A frota de



Rede de Transporte Sanitário
um instrumento de gestão fortalecendo o SUS

QUEM SOMOS
A Agência de Cooperação Intermunicipal de Saúde Pé da Serra – ACISPES é uma associação civil, sem fins econômicos. Criada em março de 1996 congrega 12 municípios do entorno de Juiz de Fora-MG; Aracitaba, Belmiro Braga, Chácara, Coronel Pacheco, Ewbank da Câmara, Goianá, Matias Barbosa, Oliveira Fortes, Piau, Santos Dumont, Simão Pereira e Rio Novo. As ações, na área ambulatorial de média complexidade, têm como alvo a população usuária do SUS desses municípios, beneficiando um contingente de aproximadamente 100.000 pessoas e estão concentradas no município polo da macro região – Juiz de Fora

Item	Antes da Implantação	Depois da Implantação
Nº de funcionários envolvidos	48	12
Nº de veículos envolvidos	32	06
Custo com combustível	R\$ 45.716,00	R\$ 23.000,00 (incluído reposição de peças, gasto com rodagem, seguro, gerenciamento, etc.)
Nº de usuários transportados	945	1.630

GOVERNO DE MINAS GERAIS
ACISPES
Associação Intermunicipal de Saúde Pé da Serra

R. São Francisco, 11 - São Mateus - Juiz de Fora - MG.
(31) 3219-3888 - 3219-6709 - atendimento@acispes.com.br

FACILIDADES E DIFICULDADES

Facilidades : Satisfação do usuário (conforto, segurança e prontidão); garantia de transporte para todo procedimento agendado; redução dos custos; visibilidade dos municípios que compõe a ACISPES perante seus municípios; monitoramento da frota por satélite permitindo um eficaz controle gerencial.

Dificuldades: Adequação dos prestadores de serviços ao novo modelo (horários tem que ser disponibilizados de acordo com a rota de cada veículo); mudança cultural do usuário e dos gestores na pactuação das vagas (rigidez nos horários de saída e chegada ao se destino)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo o investimento, para a aquisição da frota e sistema de logística, foi financiado pela Secretaria de Estado de Saúde. O funcionamento e manutenção da Rede de Transporte Sanitário são custeados através de rateio dos municípios da ACISPES. A partir do mês de maio/06 estará sendo implantada a segunda etapa do sistema a coleta dos resíduos sólidos de saúde de acordo com que é preconizado pela ANVISA.

veículos (ônibus e caminhões) circulam a partir de rotas pré-estabelecidas facilitando o acesso até o município de destino. O território da agência será dividido em seis rotas:

Rota 1 : Oliveira Fortes e Ewbank da Câmara;

Rota 2: Santos Dumont;

Rota 3: Matias Barbosa e Simão Pereira;

Rota 4: Piau e Coronel Pacheco;

Rota 05 Rio Novo e Goianá e

Rota 06: Belmiro Braga e Chácara.

Custo da implantação: R\$ 512.000,00 (quinhentos e doze mil reais)

PRODUTOS

Após 90 dias de funcionamento :

Itens	Antes da Implantação	Depois da Implantação
Nº de funcionários envolvidos	48	12
Nº de veículos envolvidos	32	06
Custo com combustível	R\$ 45.716,00	R\$ 23.000,00 (incluído reposição de peças, gasto com rodagem, seguro, gerenciamento, etc.)
Nº de usuários transportados	945	1.630



ESTRATÉGIA DE GESTÃO DA REDE BÁSICA DE AMPARO

Autor Principal: Aparecida Linhares Pimenta

Outros Autores: Eliana Rocha de Lima; Fátima Livorato; Juliana Cajado Gabriel;

Marcelo Bacci Coimbra

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Amparo

Município: Amparo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

A construção e gestão de uma rede básica resolutive e humanizada é um elemento estruturante de um sistema municipal de saúde, comprometido com a implantação das diretrizes do SUS.

A gestão é uma atividade complexa, que envolve o exercício de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento e avaliação. Na Saúde a gestão é sempre gestão de processos de trabalho voltados para a produção do cuidado. A produção do cuidado ocorre a partir da relação de um trabalhador de saúde e um usuário; o primeiro portador de um saber fazer que o habilita para a produção do cuidado, e o usuário portador de um sofrimento, que ele procura resolver na sua relação com o profissional ou equipe de saúde.

A equipe de uma unidade básica de saúde deve organizar seu processo de trabalho para acolher a demanda, usar toda a tecnologia disponível para resolver os problemas de saúde dos usuários e responsabilizar-se pela saúde da população adscrita à unidade.

A construção de uma rede básica centrada na atenção às necessidades de saúde da população exige uma construção permanente, com espaços democráticos de planejamento, avaliação, articulação e negociação de diretrizes e objetivos a serem compartilhados e “contratados” coletivamente com os gerentes de cada uma das unidades que compõe esta rede. Este gerente, por sua vez, deve planejar, executar, avaliar, articular e negociar com sua própria equipe a gestão do cuidado na unidade.

OBJETIVO

A Secretaria Municipal de Saúde de Amparo criou, a cerca de um ano, um Grupo de Apoio a Atenção Básica, com objetivo de fazer a gestão da rede básica municipal.

CAMINHO PERCORRIDO

O Grupo de Apoio é formado por um médico, um enfermeiro, um psicólogo e um dentista. A médica, a enfermeira e a psicóloga trabalham em tempo parcial numa UBS e dedicam parte da jornada à coordenação: 16 horas da médica, 20 horas da enfermeira e

20 horas da psicóloga. O dentista trabalha em tempo integral na coordenação. A proposta é ter uma equipe de apoio que participe também da assistência, pois avaliamos que esta vivência no dia a dia da equipe da UBS permite compreender melhor os desafios da produção do cuidado.

O Grupo de Apoio foi formado a partir das necessidades da própria rede, e suas atribuições foram definidas para responder a estas necessidades. Estas atribuições foram apresentadas aos gerentes das unidades, e ajudam a orientar o trabalho do Grupo; são elas:

a) Acompanhar a gestão de pessoal das unidades garantindo, na medida do possível, as substituições em períodos de afastamentos prolongados, férias e demissões;

ESTRATÉGIA DE GESTÃO DA REDE BÁSICA DE AMPARO
Aparecida Linhares Pimenta, Eliana Rocha de Lima, Fátima Livorato, Juliana Cajado Gabriel, Marcelo Bacci Coimbra

Saúde

Introdução
A construção e gestão de uma rede básica resolutive e humanizada é um elemento estruturante de um sistema municipal de saúde, comprometido com a implantação das diretrizes do SUS.

Objetivo
A Secretaria Municipal de Saúde de Amparo criou, a cerca de um ano, um Grupo de Apoio a Atenção Básica, com objetivo de fazer a gestão da rede básica municipal.

Estrutura organizacional
O Grupo de Apoio é formado por um médico, um enfermeiro, um psicólogo e um dentista. A médica, a enfermeira e a psicóloga trabalham em tempo integral na coordenação. O dentista trabalha em tempo integral na assistência. A proposta é ter uma equipe de apoio que participe também da assistência, pois avaliamos que esta vivência no dia a dia da equipe da UBS permite compreender melhor os desafios da produção do cuidado.

Considerações finais
O Grupo de Apoio foi formado a partir das necessidades da própria rede, e suas atribuições foram definidas para responder a estas necessidades. Estas atribuições foram apresentadas aos gerentes das unidades, e ajudam a orientar o trabalho do Grupo; são elas:

Secretaria Municipal de Saúde - SMS de Amparo.
Av. Dr. Carlos Burgos s/n / CEP: 13.901-300
saude@amparo.sp.gov.br



b) Acompanhar a gestão de pessoal das unidades discutindo com as coordenações as possíveis soluções para os problemas internos das equipes;

c) Fazer os remanejamentos de pessoal solicitados, em comum acordo com as coordenações, e considerando a rede básica como um todo;

d) Realizar as atividades de Educação Permanente, de acordo com as prioridades definidas nas Reuniões do Colegiado de Coordenadores do PSF e no nível central da Secretaria;

e) Atender as solicitações dos coordenadores referentes aos problemas de infra-estrutura e manutenção, fornecimento de material de consumo, equipamentos e veículos para visitas domiciliares;

f) Atender as solicitações dos coordenadores referentes aos problemas de articulação com as referências ambulatoriais e de apoio diagnóstico: Centro de Saúde I, Laboratório Municipal, CAPS, VISAVE, Saúde do Trabalhador, TFD.

g) Acompanhar e incentivar as mudanças necessárias no processo de trabalho das equipes, com o objetivo de implementar e fortalecer o ACOLHIMENTO;

h) Acompanhar e incentivar as mudanças necessárias no processo de trabalho para criação de VÍNCULOS da equipe com os usuários, e a RESPONSABILIZAÇÃO pela saúde das famílias adscritas, pelo conjunto dos profissionais das equipes;

i) Acompanhar e incentivar as mudanças necessárias para a construção do trabalho INTERDISCIPLINAR das equipes;

j) Acompanhar e incentivar as mudanças necessárias no processo de trabalho das equipes, com o objetivo de estimular as atividades em grupos;

k) Atuar como elo de ligação entre o nível central da Secretaria e as equipes de Saúde da Família, discutindo as diretrizes e dificuldades da Secretaria com as equipes, bem como discutindo com a equipe do nível central as prioridades e problemas das unidades;

l) Elaborar os Relatórios Anuais de Hipertensão Arterial, de Diabetes, de Assistência Pré Natal, e do Protocolo de Atenção a Criança;

m) Analisar a coleta e os dados de produção das unidades e propor discussões para aperfeiçoar os Sistemas de Informação, e para solucionar os problemas na produção das equipes;

n) Receber, encaminhar para as equipes e analisar as reclamações dos usuários e respostas dos coordenadores.

o) Favorecer a integração e a troca de experiências entre as equipes.

p) Apoiar as equipes na implantação e implementação dos Conselhos Locais de Saúde.

q) Fortalecer o processo de integração entre as equipes de Saúde Bucal e Saúde da Família.

r) Fortalecer o processo de integração da Saúde Mental na Saúde da Família.

O Grupo de Apoio está construindo a própria grupalidade e buscando construir um jeito próprio de fazer a gestão da rede de atenção básica, respeitando a diversidade das equipes e dos coordenadores de unidade, cada um com seus problemas singulares e com suas fortalezas.

O espaço coletivo de fazer a gestão da rede é o colegiado de coordenadores de saúde da família, que faz uma reunião mensal de quatro horas, sob a coordenação do Grupo de Apoio, para discutir temas da gestão, com uma pauta acordada entre os coordenadores e os apoiadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grupo tem trabalhado no sentido de cumprir seu papel, mas esta experiência de gestão está ainda em construção e não há um resultado quantificado. A percepção que temos é que este processo de construção de um grupo de apoio e uma metodologia de gestão está contribuindo para a construção de uma rede básica mais resolutiva e humanizada.



INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA DIABETES GESTACIONAL

Autor Principal: Ariane Tiago Bernardo de Matos

Instituição: PFS - Fundação Zerbini / Ceilândia

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellito Gestacional (DMG) podem desenvolver cerca de 7% na gestação. Algumas das causas do DMG são provenientes das grandes alterações hormonais que a mãe sofre durante o período de gestação. Estas mudanças durante a gravidez põem à prova a capacidade do pâncreas para produzir insulina.

O profissional capacitado deve buscar quatro sinais e sintomas clássicos do diabetes, tais como: poliúria, polifagia, polidipsia e emagrecimento. A gravidade do diabetes determina o grau das anormalidades que a mãe desenvolve (hiperglicemia, cetose, cetoacidose diabética, hidrânio, hipertensão, alterações vasculares da retina e infecção). O diabetes descontrolado, ou o diabetes associado à lesão vascular, aumenta o risco de complicações.

O diabetes materno pode causar efeitos adversos ao feto e ao recém-nascido. Essa doença aumenta a incidência das anomalias fetais e a mortalidade neonatal, e predispõe o recém-nascido ao diabetes. Sem tratamento rigoroso, o diabetes aumenta o risco de óbito fetal ou neonatal.

Toda mulher que apresenta durante a gestação, intolerância à glicose, idade acima de 25 anos, história familiar de Diabetes, obesidade ou sobrepeso, ter tido bebê com mais de 4 quilos; problemas de malformação congênita em gestação anterior e infecções recorrentes (por *Cândida albicans*), é considerada gravidez de risco, portanto, precisa fazer exame de intolerância à glicose logo que engravida, ou seja, antes das primeiras 7 semanas de vida intra-uterina. O teste para detectar o diabetes gestacional deve ser repetido entre 24 e 28 semanas de gravidez, mesmo que o resultado do primeiro teste tenha dado negativo.

Tratar o DMG envolve conhecimento para que se processem mudanças dos hábitos de vida, tanto no que se refere ao tratamento não medicamentoso quanto à adesão aos hipoglicemiantes orais e insulinas injetáveis.

Se tudo correr satisfatoriamente através da assistência do pré-natal e acompanhamento de visitas domiciliares poderá o bebê nascer no prazo certo e de parto normal; e no término da gestação, a maioria das mulheres volta a ser normoglicêmica.

Assim, a educação em saúde é uma das áreas importantes de atuação. A preparação da gestante por meio de

reuniões em grupos nos quais são abordados assuntos relacionados às alterações fisiológicas e patológicas na gravidez, orientações sobre hábitos de vida (alimentação, repouso, atividade física, higiene, vestuário, fumo, álcool, medicamentos, atividade sexual, e outros). Realizar visita domiciliar, pois o profissional da saúde ao adentrar no lar do cliente, pode conhecê-lo melhor, aproximar-se de sua família e perceber suas relações e atitudes. Caso apresente descompensação contínua da doença, a visita ao cliente se torna imprescindível.

JUSTIFICATIVA

Este trabalho será realizado com o objetivo de colaborar com o tratamento do diabetes gestacional, voltada à atenção para os fatores educacionais que deve ser parte integrante da assistência pré-natal e de visita domiciliar, tendo como papel a modificação de hábitos que possam interferir na evolução normal da gestação. Apesar da eficiência das medidas terapêuticas há a necessidade da associação ao processo de educação em saúde para a redução de complicações do diabetes gestacionais.

OBJETIVOS GERAIS

Este trabalho tem como meta ressaltar a importância de se fazer intervenções educativas para se obter a adesão da gestante diabética ao tratamento, através de palestras, teatros, reuniões direcionadas a diabetes gestacionais, trabalhos sobre hábitos alimentares, lazer com atividade física, vigilância no peso e na pressão arterial, materiais didáticos educativos, assistência ao pré-natal de qualidade e visitas domiciliares.

METODOLOGIA

Este estudo será realizado com pacientes atendidos pelo programa de agente comunitário de saúde (PACS), no Centro de Saúde 12 de Ceilândia, Regional Administrativa de Brasília-DF. No período de 06 de fevereiro de 2006 a 06 de julho de 2006, com amostra de pacientes do programa família saudável (PFS), totalizando 15 casos, escolhidos através de visitas domiciliares e em consultas de pré-natais.



REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- SMELTEZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Brunner & Suddarth. Rio de Janeiro, 2002.
- POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G.. Grande Tratado de Enfermagem Prática: Clínica e Hospitalar, São Paulo, 1997.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE: Programa Saúde da Família, 1998. Brasília
- NASCIMENTO, Fátima; AQUINO, Márcia Maria Auxiliadora. Saúde da mulher. São Paulo: Revista Nurse, 2005. 230p.
- REVISTA de bem com a vida. 10. ed. São Paulo: ACCU-CHEK, 2002.
- GROSS, Jorge Luiz; FERREIRA, G. Sandra Roberta; Diagnóstico e Classificação do Diabetes Melito e Tratamento do Diabetes Tipo 2. São Paulo: Endocrinologia & Metabologia, 2000.8p.
- NASCIMENTO, Regina; Diabetes & Gravidez. São Paulo: De Bem com a Vida, 2004. 11 p.
- SARAIVA, Joelma de Brito; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; Educação Diabetológica a Clientes com Diabetes Descompensado. Ceará: Revista Nurse, 2005. 332p.
- BRANDEN, Pennie Sessler. Materno-infantil. Diabetes melito, São Paulo, n. 2, p. 86-96.



VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA DE CONSUMO HUMANO E MONITORAMENTO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS NO DISTRITO SANITÁRIO I DA CIDADE DO RECIFE.

Autor Principal: Augusto César de Oliveira Rodrigues

Outros Autores: Suely Gomes; Ivaldo F. Silva; Leandra M. Silva; Ieda C. S. Moura; Fabiana A. Camarão.

Instituição: Distrito Sanitário I; Secretaria de Saúde da Prefeitura de Recife

Município: Olinda

Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Cidade do Recife foi fundada em 1537 a partir de uma vila de pescadores, sendo estratégica para o escoamento de mercadorias, donde surgiu o Porto e em seu entorno foi se desenvolvendo o Comércio da Cidade (SESAN, 2002). Atualmente, possui 94 bairros divididos, na gestão da Saúde, em 06 Distritos Sanitários (DS). O DS-I possui 11 bairros distribuídos em 3 microrregiões, com população de 78.098 habitantes (IBGE, 2000). Constatam-se problemas de esgotamento sanitário e de poluição ambiental, gerando condições insalubres, principalmente para às populações mais pobres. No que diz respeito ao perfil epidemiológico das DIP (Doenças infecciosas e parasitárias), estas representam a 4º causa de morte em menores de um ano na cidade (SINAN, 2003) e as diarreias correspondem a 64% dos óbitos por DIP. É ainda uma importante causa de internamento em crianças. Segundo dados da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), doenças decorrentes da falta de tratamento adequado da água, como a diarreia, a cólera e a esquistossomose mataram, em 1998, 10.844 pessoas, quase 30 brasileiros por dia.

O Programa de Saúde Ambiental (PSA), no tocante a Vigilância da Qualidade da Água de Consumo Humano, verificou a necessidade da elaboração de mecanismos que possam criar condições para se prevenir riscos e agravos à saúde da população. Como um instrumento importante de apoio, a Vigilância à Saúde elaborou o Mapa de Risco das Doenças Relacionadas com a Água, dividindo-se a cidade em quatro estratos: Muito Alto Risco, Alto Risco, Médio Risco e Baixo Risco. A partir deste mapa houve o redirecionamento das ações de Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas (MDDA), localizando as Unidades Sentinelas (US) em bairros de Alto e Muito Alto Risco, preferencialmente em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF).

OBJETIVOS

O objetivo do trabalho é compreender melhor a realidade observada, conhecer o comportamento das Doenças Diarréicas

Agudas (DDA) em nível local, identificando alterações no padrão das DDA. Sendo assim, poderá subsidiar a avaliação do impacto das ações do Programa de Saúde Ambiental (PSA), da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VQACH), do Programa de Saúde da Família/Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF/PACS) e outros, visando detectar precocemente surtos e a re-introdução do *V. cholerae* e recomendar medidas de controle, auxiliando na tomada de decisões que contribuam para a prevenção de doenças de veiculação hídrica.

METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado a partir da obtenção de amostras de água coletadas no âmbito do DS-I, tanto no Sistema de Abastecimento de Água (SAA) como em Soluções Alternativas (SA), mensalmente, de acordo com a técnica descrita no Manual de Saneamento da FUNASA (1999) e remetidas ao Laboratório Municipal de Saúde Pública para determinação da presença de Coliformes Termotolerantes (CTT).

Os dados referentes aos casos de Doenças Diarréicas Agudas foram obtidos a partir das notificações realizadas nas Unidades Sentinelas (US), que no ano de 2004 eram em número de duas e que durante o ano de 2005 passaram a ser em número de oito. As US foram escolhidas segundo critérios que levaram em consideração o Mapa de Risco das Doenças Relacionadas com a Água, além das características das Unidades de Saúde.

PRODUTOS

Em 2004 notificaram-se 259 casos de diarreia, assim distribuídos: São José – 3; Boa Vista – 3; Coelhos – 65; Santo Amaro – 93 e Ilha Joana Bezerra – 95. A Vigilância da Qualidade da Água p/ Consumo Humano (VQACH) fez 37 coletas no Sistema de Abastecimento de Água (SAA), sendo 6 (16,2%) amostras positivas p/ Coliformes Termotolerantes (CTT), 57 coletas em Soluções Alternativas (SA), sendo 12 (21%) positivas p/ CTT. Em 2005 notificaram-se 843 casos assim



distribuídos: Ilha do Leite – 1; Recife Antigo – 2; Sto. Antônio – 2; Paissandu – 3; São José – 26; Boa Vista – 60; Ilha Joana Bezerra – 174; Coelhos – 240 e Santo Amaro – 335. Realizaram-se 64 coletas no SAA, com 6 (7,8%) amostras positivas p/ CTT, nas SA realizaram-se 62 coletas, com 14 (22,5%) positivas p/ CTT. O aumento do número de casos no biênio pode estar relacionado também ao incremento das US, que passaram de 2 US em 2004 p/ 8 em 2005, além de outros fatores tais como as condições higiênicas sanitárias e indicadores sócio-econômicos nos diferentes bairros. Houve redução no percentual de amostras de água positivas p/ CTT provenientes do SAA e uma discreta elevação no percentual de amostras originadas de SA.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A vivência está possibilitando uma maior percepção do comportamento das DDA e sua

relação com as condições higiênico-sanitárias, com o nível sócio-econômico, bem como de diversos aspectos a serem contemplados, que vão desde a necessidade da elaboração de políticas, programas, planos e projetos de saneamento ambiental e inclusão social, até a mudança de atitudes, hábitos, comportamentos e mesmo valores das referidas populações, através de ações informativas e educativas, que despertem nas mesmas a consciência ambiental e sanitária, necessárias para a prevenção das DDA e de outros agravos. Observa-se, entretanto a necessidade de se aprimorar a coleta de dados, os sistemas de informação e a análise dos diversos fatores relativos à problemática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário que se ampliem os estudos, para melhor compreender a realidade observada, auxiliando na tomada de decisões para a prevenção de doenças de veiculação hídrica, contribuindo, desta forma para a melhoria da qualidade de vida da população, na perspectiva da construção de Cidades Saudáveis.

CAMPO GRANDE E O DESAFIO DE ESTRUTURAR A ATENÇÃO BÁSICA NAS GRANDE CIDADES

Autor Principal: Beatriz Figueiredo Dobashi

Outros Autores: Chirstinne Cavalheiro Maymone Gonçalves

Instituição: Prefeitura de Campo Grande - SESAU

Município: Campo Grande

Estado: Mato Grosso do Sul

Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, engloba quase 40% da população sul-mato-grossense, com importante concentração de serviços e profissionais de todos os setores, principalmente da saúde. O município assumiu responsabilidades do SUS - Sistema Único de Saúde desde 1994, na gestão semi-plena da NOB 01/93, chegando à gestão plena da NOB 01/96 e da NOAS 01/2002, momento em que passou a responder pela gestão da totalidade dos serviços de saúde presentes em seu território (Mapa 01 – distribuição da rede municipal de saúde em Campo Grande/MS – 2004).

Mais que isso, no período de 1997 a 2004, Campo Grande realizou um grande esforço para estruturar seu sistema de saúde a partir do fortalecimento da atenção básica, tornando-a mais resolutiva através da qualificação das equipes e mais acolhedora, na medida em que ampliou a cobertura sob os critérios da territorialidade (Tabela 01 - evolução da rede básica, o crescimento da alocação de recursos próprios e ampliação da cobertura).

O desafio iniciou-se com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1997. Foram criados 760 cargos comissionados, por seleção pública, com prova escrita e entrevista, inscrições realizadas por área de abrangência da Unidade Básica de Saúde e a exigência de residir, há pelo menos dois anos, na área de atuação futura. Em 1998 os ACS já atendiam 62% dos

campo-grandenses, reconhecendo as peculiaridades de cada território trabalhado e mapeando as chamadas áreas de risco. Essa ação contou também com o reforço dos agentes de saúde municipalizados pela FUNASA. A responsabilidade pela execução do controle das endemias cuja transmissão está ligada a vetores foi assumida, em especial a Dengue.

A união dos agentes com vistas a uma nova abordagem, mais integral, do território foi deflagrada e, em que pesem todos os percalços enfrentados, os resultados foram altamente positivos: os agentes comunitários passaram a ter o olhar da vigilância no reconhecimento dos fatores de risco; a cobertura foi ampliada com os agentes municipalizados atuando nas áreas centrais da cidade, diferentemente daquelas em que só procuravam os focos de *Aedes aegypti*; os indicadores de saúde melhoraram, inclusive o índice de infestação predial (Tabela 02 – Indicadores de saúde no período de 1997 a 2004, em Campo Grande/MS).

Em 1999, chegaram as equipes de Saúde da Família com médicos, dentistas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que

se juntaram aos pioneiros agentes, comunitários ou não e mudaram a “cara” da atenção básica nas regiões. A territorialidade e a intersetorialidade foram sua marca registrada. Em 2001, estavam demarcadas as 32 áreas de risco, hierarquizadas em 06 grupos, de acordo com critérios como: deficiências de serviços urbanos; existência de famílias numerosas e/ou desagregadas; presença de





gestantes e/ou crianças menores de 05 anos em situação vulnerável; idosos desassistidos e risco ambiental (Mapa 02 – Áreas de risco em Campo Grande/MS).

A partir desse mapeamento a Prefeitura desencadeou um grande projeto de ação governamental integrada, reunindo todos os órgãos municipais e discutindo com os Conselhos Regionais Urbanos, a fim de promover o desenvolvimento das áreas de risco: era o projeto “Viva Seu Bairro”, dotando bairros antes abandonados de serviços de saúde; centros de educação infantil; centros de múltiplo uso que reúnem famílias, crianças e idosos, em atividades de formação profissional, lazer, reabilitação e convivência; asfalto; paradas de ônibus humanizadas; iluminação pública; campos de futebol com pistas de caminhada; arborização e principalmente, novas frentes de trabalho, através das “incubadoras” que profissionalizam o mercado informal, preparando pequenos empreendedores no setor de alimentos, vestuário, artesanato e produtos de limpeza.

Além da mudança radical na qualidade de vida de cerca de 137.000 pessoas em uma área de 5.094 hectares que engloba 90 bairros, o projeto inaugurou uma nova forma de governar em Campo Grande, integrando políticas públicas mediante o aval e o controle da sociedade. Os Secretários Municipais compunham um colegiado de gestão do projeto que trabalhava com equipes matriciais, as quais transitavam transversalmente em toda a Prefeitura.

O número de agentes comunitários passou a 960 (chegando a 1.500 no final da gestão), cobrindo 100% da área urbana e dois dos quatro distritos na zona rural. Também se incorporaram ao grupo os Fiscais Sanitários que passaram a trabalhar de forma territorializada, ampliando o leque dos riscos monitorados. Por exigência do Ministério Público do Trabalho foi realizado concurso público para os ACS, cujo cargo foi criado em 12/12/2002. O concurso se transformou em “megaoperação” administrativa, com a publicação em Diário Oficial dos mapas das 960 microáreas e a inscrição de 3.825 candidatos.

O processo percorrido foi revelador da prática de gestão pautada no compromisso de organizar o sistema de saúde voltado à promoção da qualidade de vida de seus cidadãos, incluindo a vivência da intersectorialidade das políticas, uma nova governança com o exercício da democracia e da participação social para, efetivamente, consolidar os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade da atenção! Não há espaços para retorno! A sustentabilidade deste processo instaurou-se no seio da sociedade e a co-gestão deverá permear quaisquer outras administrações que ocuparem o comando da capital.



DIFICULDADES VIVENCIADAS PELOS AGENTES DE SAÚDE DA ÁREA RURAL DO REGIONAL DURANTE A REALIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES

Autor Principal: Benedita Maria da Silva

Outros Autores: Maria Dalia Sousa Castro; Josenir Ferreira Matos de Oliveira; Sara Lin Ramos Rocha

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

A equipe rural do Altiplanoeste da Regional do Paranoá - DF é composta por seis micro-áreas, sendo que cada uma delas é da responsabilidade de um agente comunitário de saúde, que deve ser morador da área.

Os agentes comunitários de saúde funcionam como um elo entre a comunidade e a equipe. E o seu trabalho é fundamentalmente realizado através da visita domiciliar. Após o cadastramento de todas as famílias residentes na área, a visita domiciliar a cada família deve ser mensal.

Este trabalho tem por objetivo mostrar as dificuldades experimentadas por nós ACS durante a realização de tais visitas. As principais dificuldades são: ausência de moradores na casa durante o turno de trabalho, a distância entre uma residência e outra, que às vezes chega a quatro ou cinco km, sendo que na maioria das vezes estas distâncias são percorridas a pé ou com bicicletas antigas e sem manutenção; insegurança pessoal, já que andamos por locais afastados e desertos; a presença de animais como cães, ratos, cobras no trajeto das nossas visitas, expondo-nos a mordidas destes animais, como já acontecido com uma ACS da equipe, que foi mordida por um cão; caminhada pelos asfaltos das grandes rodovias como a DF-250, que não possuem acostamento ou local adequado para o pedestre transitar na maior parte dos seus trechos deixando-nos expostos ao risco de atropelamento; temos também o fator climático já que vivemos numa cidade em que um período relativamente longo é de chuvas e o outro de muito calor e seca, o que dificulta mais ainda o nosso deslocamento; a falta de cooperação das famílias em nos receber adequadamente sem que muitas vezes nos deixem entrar em suas residências.

O trabalho foi realizado através do relato das experiências vivenciadas pela ACS durante estes dois anos de programa.

Como conclusão esperamos uma reflexão consciente dos envolvidos; equipe, dos gestores e da comunidade para a busca de soluções para as dificuldades apresentadas.





A SAÚDE BUCAL NO PSF DE DIADEMA

Autor Principal: Bernadete Aparecida Tavares Cunha

Instituição: Prefeitura do Município de Diadema

Município: São Bernardo do Campo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O município de Diadema, segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (JUNHO -2003), apresenta uma população absoluta de 357.064 habitantes (IBGE - 2000), com 12 Unidades Básicas de Saúde e 7 Unidades Saúde em Casa. Diadema se caracterizou por ser referência em saúde bucal e obter durante anos um dos melhores indicadores de saúde bucal do país. Porém, mantinha-se com uma enorme população de excluídos, já que o excelente serviço de saúde bucal apresentado pelo município contemplava crianças em idade escolar, pré-escolares, bebês e gestantes. O atendimento ao adulto era feito através da demanda espontânea (urgências). Em janeiro de 2002 houve em Diadema a primeira tentativa da introdução da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família, com cinco equipes. Porém, sem diretrizes, durou pouco mais de um ano e em nada mudou o perfil da população de suas áreas adstritas.

Em maio de 2003, na Unidade Piraporinha, que é uma unidade de Saúde da Família, foi introduzido um trabalho diferenciado, por apresentar uma nova metodologia, na tentativa de introduzir um novo conceito à Saúde Bucal do município, através de uma diminuição da exclusão. A cobertura familiar seria a melhor estratégia para se conseguir a melhoria da saúde bucal da população.

OBJETIVOS

Propôs-se uma estratégia de intervenção caracterizada pela articulação, diversidade e flexibilidade de ações, objetivando produzir efeitos de redução na produção de nova doença e, ao mesmo tempo, efeitos requalificadores no estoque de necessidades, buscando produzir deslocamentos estruturais da situação epidemiológica e a instalação de estados de equilíbrio continuamente mais favoráveis.

Em termos quantitativos o objetivo da experiência foi: dar cobertura em 17 meses para a população de 0 a 14 anos; aumentar o acesso para maiores de 15 anos; entre usuários, obter uma relação de 5X1 entre usuários regulares e irregulares ou seja, um máximo de 20% de urgência/emergência; ter no máximo 10% de absenteísmo; dar uma cobertura a 9,84% da população ao ano, segundo dimensionamento proposto; ampliar o atendimento às demais Unidades de Diadema.

METODOLOGIA

Para o planejamento do serviço foi utilizado um indicador de necessidades, o IHC (Indicador de Hierarquia e Complexidade) e foram consideradas as seguintes variáveis:

- População Alvo: População Potencialmente Usuária do Sistema Único de Saúde estratificada em duas faixas etárias: até 14 anos e 15 anos e maior.
- Serviço oferecido pelo município: Este serviço pode ser dividido em quatro grandes dimensões (Controle da Doença, Controle da Lesão, Serviço Especializado e Prótese) com sub-dimensões levando a um importante diferencial para o planejamento e organização do serviço.
- Recursos Humanos: Composição qualitativa e quantitativa da equipe de saúde bucal.
- Recursos estruturais e financeiros do município: Espaço físico, equipamentos e recursos financeiros disponíveis.
- Carga horária: Relacionar a carga horária com o número de consultas/mês oferecidas.
- Tempo de cobertura da população alvo: O tempo de cobertura da população se traduz em metas a serem alcançadas pelo programa, permitindo avaliações.

RESULTADOS

Resultou no dimensionamento de recursos humanos, físico e estrutural para a unidade, além de organizar o planejamento das ações assistenciais e de promoção da saúde bucal para a equipe. A demanda é organizada e o paciente entra em tratamento através do ACS.

As crianças são chamadas mensalmente em grupos por faixa etária onde recebem educação em saúde bucal na Unidade ou na comunidade, ocasião em que são identificadas suas necessidades de tratamento através do IHC. A entrada dos adultos é através do número de família do SIAB, numa seqüência ordenada onde as famílias são chamadas pelos ACS em suas residências para que compareçam ao grupo, onde da mesma forma que as crianças, recebem educação em saúde bucal, suas necessidades são classificadas através do IHC e entram em tratamento. A demanda espontânea (irregular) se dá nos casos de urgência/emergência.



Através desta metodologia de trabalho, conseguiu-se programar o número de consultas disponíveis de cada profissional e o número de consultas requeridas em cada tratamento. Sendo assim, o tempo de tratamento para os pacientes que são chamados é de um mês e todo início de mês, novas famílias são chamadas.

FACILIDADES E DIFICULDADES

A maior dificuldade para a inserção da saúde bucal no PSF está no RH da prefeitura, pois os cirurgiões dentistas não aceitam sua inserção na estratégia, já que a saúde bucal de Diadema apresenta-se prioritariamente para o atendimento de escolares, sendo o atendimento ao adulto quase inexistente.

Uma das facilidades que nos trouxe esta metodologia, foi o acesso garantido ao usuário, de forma contínua e em fila única, tendo assim a garantia de atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de saúde bucal no PSF teve como lógica o rompimento da organização disciplinar tradicional, com prioridade somente biológica do processo saúde doença.

A demanda organizada acabou por sofrer um processo de seleção natural, não sendo preocupante a exclusão ou o "momento" do tratamento de determinada população dita prioritária. Apesar dos objetivos propostos terem sido alcançados, sugere-se o incentivo aos CD para ingressarem na estratégia sugerida, para que o alcance da saúde bucal seja universal.



REGULAÇÃO DE OFERTA DE ESPECIALIDADES COMO FORMA DE EQUIDADE

Autor Principal: Bernadeth Maia Mazza Cesar
Instituição: Hospital da Lagoa
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

O trabalho apresenta uma experiência institucional de regulação da oferta dos serviços ambulatoriais no enfrentamento das desigualdades no acesso às consultas especializadas e contribui para uma melhor acessibilidade das classes populares ao SUS. No estado do Rio de Janeiro a crise permanente da saúde pública apresenta características próprias face ao grande número de estabelecimentos de saúde pública (177) em contraste com a baixa cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), ainda vigente em toda a Região Metropolitana I.

Nestes dois últimos anos (2004 e 2005), vimos um agravamento da crise de planejamento e gestão do SUS que culminou com a perda da gestão plena do Município do Rio de Janeiro e a refederalização pelo Ministério da Saúde das unidades hospitalares municipalizadas em 1999, inclusive, uma delas, o Hospital da Lagoa (HL).

Contudo, há três anos o Hospital da Lagoa (HL), localizado na Área Programática 2.1, utiliza o sistema HOSPUB-DATASUS, associado a um Sistema Remoto de Marcação de consultas (SIRMAR), na disponibilização de sua oferta para a rede básica de saúde das Áreas Programáticas (APs) 2.1, 5.1, 5.2 e 5.3 do Município do Rio de Janeiro. Este movimento institucional teve sua origem, em 1998, quando o HL era vinculado o Ministério da Saúde.

Concomitantemente de municipalização do HL, houve grandes investimentos da Secretaria Municipal de Saúde na viabilização desta proposta de Porta de Entrada informatizada com certa parcela

das unidades de saúde que compõem sua rede de serviços médicos assistenciais à saúde.

A AP 2.1 apresenta 11 unidades hospitalares (04 federais, 01 estadual, 02 municipais e 04 universitários), 03 Centros Municipais de Saúde, 02 Postos de Saúde e

uma única unidade do Programa de Saúde da Família, revelando grande distorção em relação aos investimentos nos diferentes níveis de atenção à saúde. Também é crítica a situação das APs 5, cuja extensão territorial representa quase a metade do município, e apresentam três unidades hospitalares estaduais, três Centros Municipais de Saúde, dois Postos de Atendimento Médico (PAMs), 28 postos de saúde e baixa cobertura do PSF. As duas APs apresentam situação inversa em relação à hierarquização dos seus serviços.

O HL está localizado próximo à favela da Rocinha que conta com um único posto de saúde para uma população estimada em mais de 50.000 habitantes. Esta proximidade tomava o hospital rota de demanda expontânea e de pronto-atendimentos, embora o Hospital

Municipal Miguel Couto, localizado nas proximidades, seja eminentemente emergencial. A AP2.1, ao nível da 6ª região administrativa, apresenta todas as condições indutivas do modelo centrado no atendimento hospitalar.

Outro agravante é que a rede de saúde não apresenta um sistema de referência e contra-referência articulado, tampouco as unidades contemplam perfis assistenciais definidos. Assim, o investimento na informatização dos serviços ambulatoriais do HL

Saúde
Ministério da Saúde

REGULAÇÃO DE OFERTA DE ESPECIALIDADES COMO FORMA DE EQUIDADE

Autor: Bernadeth Maia
Coordenadora da Unidade de Pacientes Externos
Hospital Geral da Lagoa

RESUMO

O trabalho apresenta uma experiência institucional de regulação da oferta dos serviços ambulatoriais no enfrentamento das desigualdades no acesso a consultas especializadas e contribui para uma melhor acessibilidade das classes populares ao SUS. No estado do Rio de Janeiro a crise permanente da saúde pública apresenta características próprias face ao grande número de estabelecimentos de saúde pública (177) em contraste com a baixa cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), ainda vigente em toda a Região Metropolitana I.

Das áreas programáticas (APs) 2.1, 5.1, 5.2 e 5.3 do Município do Rio de Janeiro, a AP 2.1 apresenta a maior população em termos de habitantes, porém, a menor em termos de estabelecimentos de saúde pública (17) em contraste com outras áreas do Município de Saúde (APs 5.1, 5.2 e 5.3).

Na área programática (AP) 2.1, há um grande número de estabelecimentos de saúde pública (17) em contraste com a baixa cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF).

Na área programática (AP) 2.1, há um grande número de estabelecimentos de saúde pública (17) em contraste com a baixa cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF).

OBJETIVOS

• Realizar um levantamento de dados sobre a oferta de serviços ambulatoriais no Município do Rio de Janeiro, com o objetivo de identificar as áreas com maior necessidade de serviços ambulatoriais e planejar a oferta de serviços ambulatoriais de acordo com a demanda.

CONCLUSÃO

• A regulação da oferta de serviços ambulatoriais no Município do Rio de Janeiro, com o objetivo de identificar as áreas com maior necessidade de serviços ambulatoriais e planejar a oferta de serviços ambulatoriais de acordo com a demanda.

REFERÊNCIAS

• Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

• Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

• Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PROFUNDIDADE DE ATENDIMENTO EM SAÚDE

População	1.000.000
Atendidos	100.000
Porcentagem	10%

MAPA DO RIO DE JANEIRO

O mapa mostra a divisão do Rio de Janeiro em áreas programáticas (APs) coloridas: AP 2.1 (verde), AP 5.1 (amarelo), AP 5.2 (laranja), AP 5.3 (roxo), e outras áreas em tons de cinza e branco.



visou não só o gerenciamento de sua produtividade, mas principalmente a equidade da oferta de serviços que puderam contemplar as áreas mais carentes da municipalidade (APs 5.1, 5.2 e 5.3)

O modelo desenvolvido em prol da informatização das agendas médicas exigiu certa determinação dos gestores e pactuação com os profissionais da saúde devido à informatização das agendas médicas. A participação dos profissionais médicos foi de fundamental importância na adesão ao novo procedimento institucional, assim como na construção de protocolos específicos de pré-requisito para agendamento.

A implantação deste modelo de regulação do HL exigiu maior intercâmbio dos gestores da unidade com os respectivos Coordenadores de Áreas Programáticas, que ampliou os níveis de comunicação entre os gestores propiciando mediações diferenciadas em relação às necessidades específicas de cada região. Várias reuniões e oficinas de treinamento foram realizadas, tanto para implantação do HOSPUB como para a constituição do agendamento por *email*, via SIRMAR. Todo processo exigiu incorporação de técnicos de informática, agentes administrativos e recepcionistas para o funcionamento do sistema de marcação de consultas à distância.

Também houve necessidade de se constituir um sistema de auditoria no HL para avaliação dos encaminhamentos internos, procedentes das diversas especialidades da saúde entre si, implantando uma equivalência de critérios semelhantes àqueles exigidos para os encaminhamentos procedentes da rede de unidades de atenção à saúde. Coube a cada gestor de unidade solicitante aferir os critérios necessários para o agendamento em determinada especialidade clínica demandada.

Entretanto, a despeito da implantação de uma porta de entrada hierarquizada em rede informatizada, o HL permaneceu na rota de peregrinação por atendimentos especializados de diferentes unidades e procedentes de várias regiões da Região Metropolitana I. Houve necessidade de absorver esta demanda secundária de "porta" por meio de um sistema institucional específico. Os usuários protocolam suas guias de referência e contra-referência, que serão auditadas para ulterior agendamento pelo HOSPUB.

É preciso citar que a este modelo de regulação de consultas especializadas foram desenvolvidas propostas específicas de acolhimento para os usuários peregrinos da porta de entrada do HL, pois a fila da madrugada permanece como expressão dos investimentos insuficientes no PSF, principalmente no Município do Rio de Janeiro, impondo às classes populares que dependem do SUS um movimento hospitalocêntrico de alto custo social.

Assim, a regulação proposta pelo HL se consolidou como uma ação viável de ser considerada para a Região Metropolitana I. A informatizada dos serviços especializados ambulatoriais do HL visa dar suporte à rede básica e, principalmente, ao PSF. O modelo se revela como um protótipo de regulação, mediada pelos serviços de

saúde que integraram a rede hierárquica de unidades de determinadas APs, em prol de um sistema de referenciamento comprometido com a equidade no acesso ao SUS no estado do Rio de Janeiro.



DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO EM UMA ÁREA RURAL DE PLANALTINA (DF)

Autor Principal: Brenda Carla Lima Silva

Outros Autores: Pablo Almeida Rocha; Antenor Couto Neto; Carina

Lassance de Albuquerque

Instituição: Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Ser parte de um processo de estímulo à participação social nos Conselhos de Saúde visando o fortalecimento da gestão da atenção à saúde local – esse é o objetivo primordial desse trabalho, uma parceria entre estudantes de medicina da ESCS e profissionais do Programa Família Saudável da Fundação Zerbini. O trabalho consiste em realizar um diagnóstico de uma área – a Bica do DER – por meio de uma observação holística e da análise de dados obtidos de serviços oficiais, para então identificar as queixas e necessidades da comunidade e apresentar as possíveis soluções para tais problemas.

A Bica do DER é uma área rural pertencente à Região Administrativa de Planaltina, no Distrito Federal, principalmente destinada para residências, e ocupada por inúmeros condomínios – em grande parte irregulares.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, observacional e transversal da área da Bica do DER e do acompanhamento de sua população pela equipe do Programa Família Saudável, além de uma entrevista qualitativa e quantitativa com 23 usuários da Unidade Básica de Saúde, entre abril e novembro de 2005.

RESULTADOS

A Unidade Básica de Saúde do PFS da Bica do DER foi implantada em novembro de 2004, e desde então a população tem se mostrado satisfeita com o trabalho realizado pela equipe.

A Bica do DER apresenta microáreas extremamente distantes uma das outras, o que dificulta o acesso dos ACS aos domicílios e o acesso dos moradores à UBS. Portanto, o atendimento na Unidade Básica é prioritariamente de moradores das proximidades. Para atender as populações de locais mais distantes, a equipe do PFS, ocasionalmente, realiza “ações” nessas localidades, com todo o suporte multiprofissional.

Foram cadastradas 617 famílias, totalizando 2.329 pessoas. 581 crianças de 0 a 10 anos; 678 adolescentes (10 a 19 anos); 587 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), sendo que 112 gestantes foram inscritas no programa de pré-natal somente no 1º semestre de 2005.

A maior parte das visitas são realizadas somente pelos Agentes Comunitários de Saúde. O local, também, dispõe dos serviços profissionais de médicos, enfermeiros e de auxiliares de enfermagem. Não há atendimento odontológico no local.

Segundo os informantes-chave, a região é violenta, influenciada pelo alto número de bares e jovens ociosos. Quanto





à infra-estrutura educacional, na região, há somente o ensino fundamental – escolas de ensino médio e superior só estão presentes em centros maiores. Ainda segundo os informantes, o transporte coletivo é bastante deficitário e dispendioso.

Mesmo sendo uma grande área, e com casas esparsas, a Bica do DER possui um razoável acompanhamento dos profissionais do PFS.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O trabalho propiciou um bom conhecimento da área de forma holística, além de gerar uma boa integração entre os acadêmicos de Medicina, a equipe do Programa Família Saudável e a população.

CONCLUSÃO

A população se diz satisfeita com o atendimento da Unidade Básica de Saúde da Bica do DER e com o atendimento dos profissionais do PFS em geral.

No entanto, para melhorar a qualidade de vida da população local, é imprescindível um remanejamento do transporte coletivo, de forma que atenda às necessidades das áreas mais distantes. Palestras educativas, oficinas de capacitação e orientações em geral seriam de grande valia para o povo.

A área da Bica do DER compõe-se de um território bastante extenso, portanto, ao avaliar suas características, é compreensível a existência de várias disparidades – portanto, há que se melhorar a distribuição e adequação da atenção à saúde de sua comunidade.

Um pôster com os principais resultados e sugestões foi encaminhado ao Conselho Regional de Saúde de Planaltina.



OFICINA DE SAÚDE MENTAL: UMA ESTRATÉGIA NA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Autor Principal: Carla Pedra Branca Valentim Silva
 Outros Autores: Josenaide Engracia dos Santos
 Instituição: Centro Social Urbano de Pernambués
 Município: Salvador
 Estado: Bahia

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se constitui um dos mais importantes passos da política nacional de saúde, seus princípios e suas diretrizes é dos mais avançados do mundo, contudo, a implementação é um desafio constante para todos, principalmente, para os profissionais de saúde que estão nele inseridos.

A elevação da consciência sanitária por parte de alguns segmentos da sociedade e o desejo dos profissionais inseridos no SUS em contribuir com a qualidade dos serviços públicos de saúde leva ao reconhecimento da importância da capacitação de recursos humanos para melhoria da qualidade de assistência inclusive na área de saúde mental.

A saúde mental é o conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamentos referentes ao melhoramento ou à manutenção ou à restauração da saúde mental de uma população. A oficina aborda a problemática da saúde e da doença, sua ecologia, modelos de atenção à saúde e a programação dos serviços de tratamento. Conforme Saraceno (1999) saúde mental é o conjunto de ações que considera as dimensões psicológicas e sociais da saúde e os fatores psicossociais que determinam saúde e doença.

Nessa perspectiva, a oficina justifica-se pela urgência de sistematização dos princípios do SUS à luz de questões que consideramos estar mais diretamente relacionadas à formulação de uma novo olhar no âmbito de saúde mental, e foi pautado nesse princípio que a Universidade do Estado da Bahia - UNEB e Ministério da Saúde promoveram a oficina através do Projeto Roda da Saúde. A

oficina teve como objetivo sensibilizar os profissionais de saúde da atenção básica que lidam com diversas mazelas sociais para intervir sobre realidades locais. O propósito da oficina foi voltado para as necessidades do contexto social, estabelecendo, como prioridades, as realidades vivenciadas no campo prático para responder às

demandas de implementação do SUS, em saúde mental. O Projeto foi executado no Distrito Sanitário Cabula-Beirú Salvador- Bahia, através do convênio com o Ministério da Saúde e UNEB, para viabilizar a capacitação de 60 profissionais de saúde da atenção básica.

A oficina se desenvolveu com três turmas de 20 profissionais, com dinâmicas, discussão de texto, elaboração de módulo e vivências da comunidade proporcionando a discussão dos seguintes temas: política nacional de saúde mental; papel da atenção básica na saúde mental; distúrbios neurovegetativos; psicopatologia; rede de atenção em saúde mental no território. A carga horária total da oficina foi de 24 horas distribuída em 8 horas para cada turma. A turma foi composta por agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros,

assistente social e médico, considerando que alguns eram gestores dos serviços de saúde do distrito.

As dinâmicas foram utilizadas para sensibilizar o profissional da atenção básica e sua importância junto à rede de saúde mental. A primeira teve como objetivo apresentação dos participantes e ao mesmo tempo levantar a importância do trabalho em grupo e da co-

OFICINA DE SAÚDE MENTAL: UMA ESTRATÉGIA NA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Carla Pedra Branca Valentim Silva¹; Josenaide Engracia dos Santos²

Introdução: A saúde mental são ações de promoção, prevenção e tratamentos referentes ao melhoramento ou à manutenção ou à restauração da saúde mental de uma população. Conforme Saraceno (1999) saúde mental é o conjunto de ações que considera as dimensões psicológicas e sociais da saúde e os fatores psicossociais que determinam saúde e doença. **Objetivo:** Provocar um novo olhar no âmbito de saúde mental à luz dos princípios do SUS e sensibilizar os profissionais de saúde da atenção básica que lidam com diversas mazelas sociais. **Metodologia:** Parceria da Universidade do Estado da Bahia - UNEB, Ministério da Saúde e Centro social urbano. Capacitação de três turmas de 20 profissionais, composta por agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, assistente social e médico, considerando que alguns eram gestores dos serviços de saúde. **Temas propostos:** política nacional de saúde mental; papel da atenção básica na saúde mental; distúrbios neurovegetativos; psicopatologia; rede de atenção em saúde mental no território. A carga horária da oficina foi de 24 horas distribuída em 8 horas para cada turma. **Discussão:** Ao final da oficina com o auxílio de um barbante, os participantes criaram uma rede, onde todos acabavam se interligando, e era dito o que eles pensavam sobre promoção a saúde, ações intersetoriais e saúde mental, foi percebido que a rede para se manter, precisa de todos os setores, da mesma forma que para movimentá-la é preciso do apoio, da contribuição dos envolvidos na rede de saúde.

Resultado: A oficina constituiu-se em um rico material de reflexão sobre a saúde mental na atenção básica. Vários desafios foram sinalizados, como o acesso universal ainda não garantido na maioria das experiências relatadas, nítidas limitações para atender o princípio da integralidade da atenção à saúde, devido à carência de profissionais para compor equipes de trabalho, dificuldade do trabalho interdisciplinar, entre outras, além das limitações quanto à rede que atende o sujeito com sofrimento mental. **Considerações Finais:** As oficinas possibilitaram reflexão sobre promoção da saúde mental um campo recente de atuação, segundo Buss, (2000) para se produzir resultados, há necessidade de articular ações para além do campo da assistência à saúde, tendo-se à rede das ações intersetoriais, considerando as implicações, dificuldades e potencialidades relativas a um fazer em saúde mental, ocorridas no espaço coletivo e que a mudança é um processo que, longe de estar concluído, requer investimentos por parte de todos que assistem a saúde da população. A formação na atenção básica deve ser permanente para que possam ser concretizados os princípios para consolidação do Sistema Único de Saúde no âmbito da saúde mental.

REFERÊNCIA

1. SARACENO, B. Libertando Identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro/Belo Horizonte, Instituto Franco Basaglia/TeCorá, 1999.
2. BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciências. Saúde Coletiva, v. 5, n.1, p.163-77, 2000.

¹ Coordenadora da oficina de saúde mental do Projeto Roda da Saúde/ Psicóloga
² Coordenadora do Projeto Roda da Saúde/ Professora de Universidade do Estado da Bahia



responsabilidade de todos. Essa atividade permitiu a aproximação entre os participantes, oportunizando compartilhamento de suas práticas. A segunda dinâmica norteou a discussão, trazendo a luz a relevância do trabalho multi e interdisciplinar.

A “dinâmica dos rótulos”, contribuiu para uma discussão sobre estigma, mazelas sociais e desemprego. Relato de uma assistente social “a miséria e o sofrimento social pode levar à doença mental...” (sic). De modo geral todos enfatizaram a dificuldade em identificar e lidar com os portadores de transtornos mentais na atenção básica, alegando a falta de capacitação como o principal entrave para assistir ao sujeito.

Ao final da oficina com o auxílio de um barbante, os participantes em círculo criaram uma rede, onde todos acabavam se interligando, e era dito o que eles pensavam sobre promoção a saúde, ações intersetoriais e saúde mental, foi percebido que a rede para se manter, precisa de todos os setores, da mesma forma que para movimentá-la é preciso do apoio, da contribuição dos envolvidos na rede de saúde.

A facilidade na condução da oficina, foi à disponibilidade dos profissionais para a compreensão que a saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, daí a necessidade da inclusão da atenção básica na rede de saúde mental. A oficina provocou reflexão quanto à necessidade de olharem por uma perspectiva diferente, sem preconceitos e com o entendimento do comportamento e situação dos pacientes com transtornos mentais, para que possam desenvolver um trabalho de qualidade.

Os resultados apresentados constituem-se num rico material de reflexão sobre a saúde mental na atenção básica. Vários desafios foram pontuados, como o acesso universal ainda não garantido na maioria das experiências relatadas, nítidas limitações para atender o princípio da integralidade da atenção à saúde, devido à carência de profissionais para compor equipes de trabalho, dificuldade do trabalho interdisciplinar, entre outras, além das limitações quanto à rede que atende o sujeito com sofrimento mental. Para onde mandar pacientes com pequenos sofrimentos mentais? Questão levantada pelos participantes da oficina.

A formação na atenção básica deve ser permanente para que possam ser alcançadas características necessárias a um profissional hábil no que diz respeito a compromisso, acolhimento e parceria para que possam ser concretizados os princípios para consolidação do Sistema Único de Saúde no âmbito da saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. SARACENO, B. Libertando Identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro/Belo Horizonte, Instituto Franco Basaglia/ TeCorá, 1999.

2. BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciências. Saúde Coletiva, v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000.



PORTAL FIOCRUZ: O DESAFIO DA EQUIDADE DE INFORMAÇÃO NUM MUNDO GLOBALIZADO

Autor Principal: Carla Sena Leite

Outros Autores: Rafael Cavadas Tavares e Pedro Sloboda Jorge

Instituição: Fundação Oswaldo Cruz

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

A informação em C&T em saúde disponível para a população é um passo rumo à democratização do seu acesso no Brasil. O Centro de Informação Científica e Tecnológica/Fiocruz tem a missão de divulgar a ciência voltada para público diversificado, na formulação de políticas, desenvolver ações de comunicação na área, que respondam às demandas da sociedade, do SUS e de órgãos governamentais. O Portal Fiocruz, lançado em 2005, é uma iniciativa da unidade na implementação desta filosofia.

OBJETIVOS

Discutir a inserção de uma cultura web na Fiocruz através do *Portal*, construído para que sua arquitetura de informação garanta acesso rápido à pesquisa, ensino, serviços e atualidades. Outro ponto do Portal é o contato com a sociedade já que as estratégias de empoderamento da comunidade supõem a educação para a cidadania e a socialização de informação.

METODOLOGIA

O *Fale Conosco*, que esclarece dúvidas da população, indica os temas que serão abordados no Portal. O Grupo de Trabalho, composto por representantes das unidades, auxilia no diálogo com a sociedade. A tecnologia inclui a utilização de *software* livre e *design* validado para a inclusão digital de deficientes visuais. Estes componentes

PRODUTOS

Em quase um ano de trabalho, a equipe cobriu eventos científicos e divulgou pesquisas, cursos e campanhas de promoção da saúde, elaborando mais de 400 matérias. A interface amigável e a arquitetura da informação estimularam o acesso, que subiu 84,9% de junho a outubro de 2005.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA FACILIDADES E DIFICULDADES

O desafio de se agrupar num Portal Corporativo as várias instâncias de atuação de uma instituição complexa como a Fiocruz é um desafio constante no trabalho. Além disso, é preciso adotar uma linguagem atrativa para o público leigo e também para a comunidade científica da instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação do Portal aponta para uma integração institucional além da interação com a sociedade. A atualização indica a disseminação da informação em C&T em saúde, viabilizando maior equidade para as secretarias estaduais e municipais, gestores, profissionais, usuários, alunos e prestação de contas.

BIBLIOGRAFIA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Programa integrado de informação e comunicação da Fiocruz/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Seminário de comunicação, informação e informática em saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

LÉVY, Pierre. *Cibercultura*. São Paulo: Ed.34, 1999.

MARTÍN-BARBERO, Jesús. *Dos meios às mediações*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1987.

ORG. PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben. *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.



GERENCIA DE TERRITÓRIO: UMA NOVA ESTRATÉGIA DE GERENCIAR DISTRITOS SANITÁRIOS

Autor Principal: Carlos Eduardo Mariz Neves

Outros Autores: Bruno Andrade

Instituição: Distrito Sanitário VI - Secretaria de Saúde Recife

Município: Olinda

Estado: Pernambuco

Segundo Milton Santos “*O território é o dado essencial da condição da vida cotidiana*”. Assumindo esta afirmação, do nosso eminente geógrafo como verdade, o Distrito Sanitário VI da Cidade do Recife em conjunto com a Secretaria de Saúde Municipal, implantou a Gerência de Território como estratégia para organização, integração e operacionalização das políticas públicas na área da saúde coletiva buscando efetivamente impactar nos Programas e Projetos eleitos como prioritários para a cidade do Recife, no seu Plano de Saúde Municipal.

A territorialização consiste numa das práticas mais importantes para a organização dos processos de trabalho em saúde, e vem sendo utilizada por diversas iniciativas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS entre as quais o Programa de Saúde da Família, as Ações de Saúde Ambiental, Cidades saudáveis entre outros. Com a preocupação de não encarar o território apenas como uma unidade administrativa, negligenciando toda riqueza de possibilidades que o espaço social pode oferecer, a nova estratégia gerencial do DS VI, busca resgatar o conceito de espaço, privilegiando as ações de saúde no território. Tendo como pressuposto válido as afirmações de Castellanos que considera não ocorrer ao acaso a ocupação do espaço, e sim tendendo a conformar conglomerados relativamente homogêneos do ponto de vista de suas condições de vida, onde a unidade espaço-população passa a ser a unidade onde são operados os processos determinantes das condições de vida onde se expressam os problemas saúde-doença.

Devemos frisar que o espaço deve ser encarado como dialético estando a exigir dos gestores públicos a todo o momento estratégias que dêem conta de trabalhá-lo na perspectiva da construção e reconstrução permanentes da práxis. Assim o Distrito Sanitário é unidade administrativa privilegiada para a consecução de tais objetivos, pois esta estrutura administrativa traz em sua concepção a idéia do território-população, abrangendo as práticas sanitárias como parte de um processo social mais amplo tendo como norteador a lógica epidemiológica.

O DS VI da Prefeitura da Cidade do Recife é composto por 8 bairros que compõe suas três microrregiões, possuindo uma população de aproximadamente 380.000 pessoas. A nova

forma de gerir administrativamente estas microrregiões nas questões sanitárias personifica-se na figura do Gerente de Território, que tem como responsabilidade coordenar todos os departamentos do Distrito Sanitário e todos os equipamentos de saúde do seu território, com intuito de garantir a integralidade e a equidade tendo como pressuposto a intersetorialidade das práticas de saúde e o controle social na sua microrregião, estando diretamente subordinados aos Diretores Gerais dos Distritos Sanitários.

A implantação desta nova forma de gerir o território teve início em Agosto de 2005, com a realização de uma reforma administrativa na Secretaria de Saúde Municipal, onde foram criados os 18 Cargos de Gerente de Território da Cidade do Recife, 03 por Distrito Sanitário. Esta implantação foi precedida de um processo extremamente rico de discussões internas – entre os Departamentos do Distrito Sanitário – como também ocorreram e acontecem até hoje Oficinas e encontros com a Secretaria Municipal de Saúde com a participação dos outros cinco Distritos Sanitários que compõe a estrutura organizacional da SMS – Recife para construção e aprimoramento da nova proposta.

No nosso Distrito o processo iniciou-se com a realização de duas Oficinas para construção da Gerencia de Território, tais Oficinas aconteceram em Setembro de 2005 e deram excelentes frutos para a consolidação da nova prática gerencial.

As dificuldades para a implantação da proposta foram inúmeras e ainda o são, tais dificuldades perpassam desde os conflitos internos de atribuições, sim, pois a criação da Gerencia de Território veio redimensionar os papéis dos diversos Departamentos da estrutura gerencial do Distrito, o que vem sendo alvo de discussões internas para construção de atribuições de cada Departamento, bem como da própria Gerencia de Território.

O processo de implantação na nossa realidade local passa pela apropriação da realidade do território a partir de um diagnóstico político, social e sanitário. Não foi e não está sendo tarefa simples a realização deste diagnóstico, as questões são complexas e a realidade nas 03 microrregiões do DS VI são extremamente heterogêneas. Apesar do pouco tempo de implantação pode-se



perceber empiricamente os bons resultados alcançados por esta nova forma de organização gerencial, especialmente no tocante a maior aproximação entre o Distrito Sanitário e os diversos equipamentos de saúde da área e, sobretudo, no reconhecimento do território como espaço privilegiado para implementação de ações que aproximem a comunidade e a gestão, através de estabelecimento sistemático de reuniões com o objetivo de ouvir e ser ouvido pelos diversos atores sociais que compõe o território o que tem alcançado excelentes resultados na área do controle social.

Acreditamos que a Gerencia de Território no Distrito Sanitário VI da Cidade do Recife é hoje uma realidade consolidada, em que pese às dificuldades insofismáveis inerentes ao processo de implantação da estratégia, ficando como recomendação à realização de pesquisas mais aprofundadas utilizando-se de ferramentas epidemiológicas e estatísticas para avaliação do impacto da implantação desta nova forma gerencial.

Concluindo gostaríamos de citar uma vez mais o brilhante Milton Santos *“A memória olha para o passado. A nova consciência olha para o futuro. O espaço é um dado fundamental nesta descoberta”*.



TODOS CONTRA A DENGUE

Autor principal: Clara Ilza Lemes de Oliveira

Outros autores: Sueli Pereira da Silva

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Arapongas - Controle de Endemias

Município: Arapongas

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi idealizado, e realizado para conscientizar as crianças pequenas da importância do combate com informações à Dengue, e noções como combater o mosquito, de uma forma criativa, sutil e alegre. Pois educando as crianças, atingiremos seus pais. Essas crianças passam a ser multiplicadores das informações básicas sobre a Dengue, para sua família.

OBJETIVOS

Realizar a apresentação do teatro de fantoches para um público alvo de 7.126 Crianças de pré a 4ª série no decorrer do ano de 2006. Iniciamos as apresentações em novembro/2005. Já apresentamos para 2569 crianças.

METODOLOGIA

Primeiro passo: Iniciamos escrevendo o texto com as falas simples e de fácil entendimento pelas crianças pequenas.

Segundo passo: Fomos confeccionar os personagens as personagens e barraca/casa de forma artesanal com ajuda de amigos de trabalho.

Terceiro passo: Foi conseguir gravar o texto em CD para facilitar as apresentações para seguir sempre o mesmo padrão.

Quarto passo: Agendar com Secretaria da Educação as apresentações com as turmas dos colégios para a Semana do dia "D" da Dengue.

PRODUTOS

Para a realização do teatro de Fantoches investimos em: Tecidos, colas, lã, EVA, espumas, manta acrílica, tinta de tecido, metalon para estrutura dacasinha, velcro, etc... para confecção dos personagens, roupa do mosquito, casa.

Investimos também na gravação do CD/DVD. Realizamos 14 apresentações sendo: 13 em novembro Semana dia "D" para 2419 crianças, 01 apresentação em fevereiro de 2006, no evento de Encerramento da SIPAT/SESI para 150 crianças. Nas visitas

domiciliares realizadas após as apresentações do teatro de fantoches, os agentes de campo relataram que os moradores teceram comentários sobre o teatro que seus filhos assistiram, dizendo que estes cobravam atitudes corretas dos pais como: tampar a caixa d'água, colocar lixo em sacos fechados, colocar areia nos pratos dos vasos das plantas.

APRENDIZADO

Não possuíamos experiência alguma neste tipo de trabalho, foi um desafio e conseguimos concretizar. Tivemos um mês de prazo e fizemos tudo, não deu tempo nem para ensaiar todos juntos

Teatro Infantil de Fantoches Todos Contra Dengue



Autora: Clara Ilza Lemes de Oliveira

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Arapongas

Objetivos:

- Realizar as apresentações para crianças de pré a 4ª série.
- Dar informações básicas, noções de combater o mosquito de uma forma criativa, sutil e alegre.
- Conscientizar as crianças para serem os multiplicadores das informações para seus familiares.

Metodologia:

- Escrevemos um texto com falas simples e de fácil entendimento pelas crianças pequenas.
- Confeccionamos personagens alegres que chamassem a atenção das crianças, demos exemplos simples e concretos que existem em todas as residências.

Resultados:

- O teatro foi muito bem aceito, após as apresentações verificamos através de questionamentos dirigidos as crianças que elas assimilaram a mensagem.
- Percebemos que o teatro foi de grande valia para alcançar os objetivos da Dengue que é orientar e conscientizar sobre a importância da Prevenção.
- Percebemos que o público apesar da pouca idade, influencia na opinião da sua família. Pois os pais preocupados em dar bons exemplos aos filhos, procuram fazer o que é certo.





antes da 1ª apresentação. Mas aprendemos que a união faz a força e a equipe toda se empenhou bastante.

FACILIDADES

Encontramos apoio na Secretaria da Saúde.

DIFICULDADES

O tempo era curto e ainda tivemos feriados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos que a ferramenta utilizada por nós(o Teatro Infantil) é de grande valia para alcançar os objetivos da Campanha da Dengue: Que é orientar e conscientizar sobre a importância da prevenção. Isso aconteceu principalmente por trabalharmos com um público que apesar da pouca idade, influencia na opinião da sua família. Pois os pais preocupados em dar bom exemplo aos filhos, procuram fazer o que é certo.



CRIANÇA SAUDÁVEL: UM TRABALHO DE INTEGRAÇÃO ENTRE OS DIVERSOS SERVIÇOS IMPLICADOS NO CUIDADO À SAÚDE DA GESTANTE E DA CRIANÇA NO MUNICÍPIO DE TRÊS PASSOS/RS

Autor Principal: Claudia Adriani Traesel

Outros Autores: Nair Schuch

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde de Três Passos

Município: Três Passos

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

Nos últimos nove anos Três Passos vem mudando as suas ações em saúde, onde o enfoque passou a ser a prevenção e a promoção à saúde, sem prejudicar os serviços assistenciais. Nesse período um grande investimento vem sendo feito na rede básica, sendo que hoje o município conta com cinco Unidades de Saúde da Família e duas Unidades de Referência (referência à saúde do adulto e da mulher) e uma Clínica de Referência à Saúde da Criança foi contratada.

Considerando esses avanços, surgiu a necessidade de sistematizar as ações desenvolvidas pela Rede Básica. Aqui será relatada a experiência da construção da “linha do cuidado” à gestante e à criança, criada a partir da pactuação entre os diversos atores responsáveis pelos serviços, a fim de determinar um “caminhar” seguro e garantido ao usuário, respeitando a universalidade ao acesso, integralidade na assistência e racionalidade na utilização dos serviços disponíveis. Esse trabalho resultou na construção do Programa Criança Saudável, implantado em julho de 2005.

OBJETIVOS

- Propor medidas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento para as doenças mais comuns nesta faixa etária.
- Detectar precocemente recém nascido em situação de risco.
- Promover o autocuidado.
- Promover ações em saúde bucal.
- Reduzir a morbimortalidade infantil no Município com ações preventivas e curativas voltadas para o binômio mãe-filho, através do desenvolvimento de ações no pré-natal e atenção integral à saúde da criança.

METODOLOGIA

Esse trabalho foi desenvolvido a partir de uma avaliação de um serviço já existente, tendo como subsídio fundamental

reuniões realizadas de forma sistemática envolvendo os servidores implicados na assistência à saúde da gestante e da criança.

PRODUTOS

A assistência à gestante e à criança passou a ser realizada nos diferentes serviços que integram o Sistema Único de Saúde Municipal. As gestantes têm consultas pré-natais e exames laboratoriais básicos. Por iniciativa da Prefeitura de Três Passos, foram incluídos exames de detecção do vírus HIV, da toxoplasmose, da hepatite B e da rubéola, além de ultra-sonografia obstétrica. Os Postos de Saúde realizam consulta individual, Grupos de Gestantes e visitas domiciliares, acompanhando a mulher durante toda a gestação, possibilitando a busca ativa de gestantes faltosas ao programa e a identificação precoce de mulheres grávidas. Outro instrumento que ajuda nesse trabalho é a Árvore da Gestante¹. Nesse período também é aplicada a vacina anti-tetânica e a gestante recebe orientações sobre saúde bucal e assistência odontológica.

No nascimento a Vigilância Epidemiológica Municipal, em parceria com os hospitais, desenvolve ações de vacinação aos recém nascidos (BCG e hepatite B). A equipe de enfermagem dá orientações básicas para a mãe, a qual também recebe material educativo.

A vigilância à saúde da criança é feita através de consulta médica e atendimento de enfermagem, sendo que a criança recebe consultas mensais no primeiro ano de vida; na faixa etária de 1 ano até 2 anos e meio são ofertadas consultas trimestrais e dos 2 anos e meio aos 5 anos as consultas são semestrais. E as crianças de risco seguem fluxo conforme necessidade.

Outras ações que são realizadas pelas Equipes de Saúde: Teste do Pezinho; Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; imunização conforme Calendário Vacinal da Criança; busca as crianças faltosas nos Programas; encaminhamento para atendimento especializado conforme necessidade; trabalho em conjunto com o Primeira Infância Melhor e ações em Saúde Bucal.

A partir desta estruturação as equipes de PSF passam a se responsabilizar pela sua clientela. Com isso os profissionais de saúde acompanham o “caminhar” do usuário, realizam vigilância sobre a



sua saúde e promovem o autocuidado para o paciente, ou seja, passa a existir vínculo de cada equipe de saúde com sua população. Esse “caminhar” seguro do usuário e a garantia de uma assistência integral já se refletem nos indicadores de saúde do município, pois no primeiro semestre de 2005 houve 03 óbitos infantis e no segundo semestre, 01 óbito infantil.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A partir da estruturação desse programa foi possível perceber a necessidade de realizar uma avaliação contínua do processo de trabalho e da estruturação do serviço, para que não haja lacuna entre o trabalho real e o trabalho ideal.



AVALIAÇÃO DO PERFIL DE ATENDIMENTO HOSPITALAR NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

Autor Principal: Cláudia Luciana de Sousa Mascena Veras

Outros Autores: Ana Cláudia Medeiros de Souza; Jória Viana Guerreiro

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde

Município: João Pessoa

Estado: Paraíba

A rede de atenção à saúde de João Pessoa é formada por unidades da rede básica, especializada e hospitalar. A rede básica possui 180 Unidades de Saúde da Família. A rede especializada está distribuída em: 13 Centros de Especialidades, 1 Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS e 1 CAPS tipo "2", com complementação da rede privada. A rede hospitalar é composta predominantemente por hospitais públicos, dos quais 4 são próprios, sendo 2 hospitais gerais e 2 maternidades; 5 estaduais, 1 hospital universitário e 4 filantrópicos. A estratégia para a organização da atenção à saúde na gestão 2005-2008 é a organização de uma rede de cuidados progressivos em saúde, que tenha as Unidades de Saúde da Família como forma principal de organização da rede básica, articulada com a rede de serviços especializada e hospitalar, de forma hierarquizada e regionalizada. A articulação da rede de atenção básica com os demais serviços de saúde para o enfrentamento dos problemas de saúde é considerada uma prioridade. Diante da necessidade de definição do perfil hospitalar do município, com base na relação dos diversos níveis de atenção, iniciou-se, no segundo semestre de 2005, um estudo das características do atendimento hospitalar de João Pessoa no ano de 2005, com o objetivo principal de nortear a reorganização do sistema de serviços de saúde. O estudo permitiu a visualização do perfil de atendimento hospitalar, a partir do qual estão sendo definidas as prioridades para sua readequação, na perspectiva da elaboração de um fluxo de atendimento pautado nas necessidades dos usuários, compatível com a capacidade instalada. As informações foram obtidas através do Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Em cada hospital da rede foram observadas as taxas de mortalidade geral e operatória, taxa de cesarianas, média de permanência e taxa de ocupação hospitalar. Observou-se também a origem dos pacientes hospitalizados em João Pessoa para a identificação das internações segundo caráter e especialidade. Foi possível ainda verificar os procedimentos mais frequentes entre residentes e não residentes no município. Entre esses, partos e internações psiquiátricas representam 33,7%. Dos procedimentos com maior número de internações, é elevada a frequência de situações que podem ser consideradas evitáveis: as enteroinfecções em lactentes e na pediatria, pneumonia do lactente, em adulto e em crianças. Para a maior causa de internação, tratamento

em psiquiatria, a esquizofrenia é responsável por 38%, e os transtornos comportamentais devido ao uso do álcool 16,6%. As demais causas representam proporções menores que 10%. Esse estudo, além de permitir a readequação do perfil dos hospitais, possibilitou a definição de algumas estratégias de ação que passam a ser consideradas como prioritárias, envolvendo a própria rede hospitalar e a rede de atenção básica e especializada. Todos os indicadores foram apresentados na Oficina de Planejamento para 2006, que envolveu toda a equipe de gestão da saúde do município, tanto do nível central como dos hospitais e serviços especializados. Nessa oficina foram pactuadas ações com base nos problemas identificados. Na atenção básica já foram iniciadas ações que visam a redução das internações por pneumonia e desidratação. Na rede especializada, estão sendo concentrados esforços para a readequação da estrutura física do CAPS II, abertura de 1 CAPS ad, 1 CAPS III e 1 residência terapêutica até o final do primeiro semestre de 2006. Nos hospitais, deverão ser desencadeadas ações para a implantação da classificação de risco nos serviços de urgência e emergência, a redução da taxa de cesariana das maternidades municipais e abertura de leitos de desintoxicação em um hospital geral. Nesse sentido, é reforçada a necessidade de articulação das diferentes áreas e níveis de atenção, sendo percebida a relevância da utilização da informação e sua incorporação ao processo de trabalho da gestão municipal de saúde como uma ferramenta de gestão.



AVALIAÇÃO DO PACTO DOS INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA EM JOÃO PESSOA

Autor Principal: Cláudia Luciana Mascena Veras

Outros Autores: Jória Viana Guerreiro ; Ana Cláudia Medeiros.

Instituição: SMS/JP

Município: João Pessoa

Estado: Paraíba

INTRODUÇÃO

O processo de pactuação entre as instâncias colegiadas do SUS é pautado por diretrizes estabelecidas na Constituição de 1988, nas Leis 8080 e 8142, nas Normas Operacionais Básicas e nas Conferências Nacionais de Saúde. As metas estabelecidas entre os diferentes níveis de governo nos distintos pactos existentes (da Atenção Básica, da Assistência e da Vigilância em Saúde) buscam fortalecer a implantação do SUS no país, mantendo a definição dos papéis entre os poderes federal, estadual e municipal, reforçando a descentralização e a capacidade de gestão dos municípios. O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica foi concebido como um instrumento de monitoramento e avaliação das ações e serviços referentes à atenção básica. Desde sua implementação em 1999, o processo de pactuação tem apresentado alterações com relação à forma de condução, como também aos indicadores selecionados. A estratégia definida pela atual gestão municipal de saúde para a organização da atenção à saúde fundamenta-se na organização de uma rede de cuidados progressivos em saúde, que tem as unidades de saúde da família como principal forma de organização da atenção básica, articulada com a rede de serviços especializada e a rede hospitalar. Nesse processo de organização, a identificação das necessidades de saúde e a definição das prioridades no redirecionamento dessas ações, o Pacto da Atenção Básica constituiu-se como o principal instrumento.

OBJETIVOS

Avaliar o pacto dos indicadores da atenção básica no município de João Pessoa, através da construção de séries históricas de indicadores selecionados.

MÉTODO

Elaboração de séries históricas de indicadores selecionados das áreas estratégicas da NOAS, saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase. Tendo como fonte de dados os sistemas de informação: SIM, SINASC, SINAN, SISCOLO, SIA, SIH e SIAB.

RESULTADOS

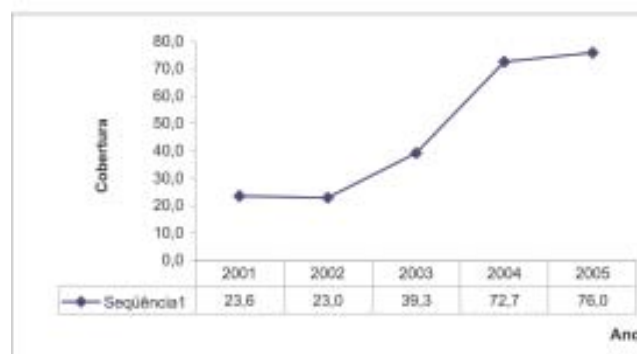


Figura 1: Cobertura populacional das ESF, João Pessoa, 2001 a 2005

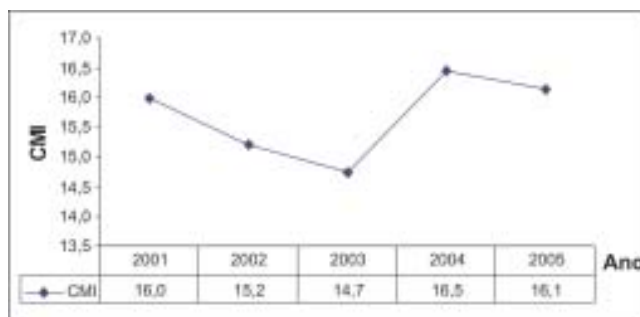


Figura 2. Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI). João Pessoa, 2001 a 2005*.

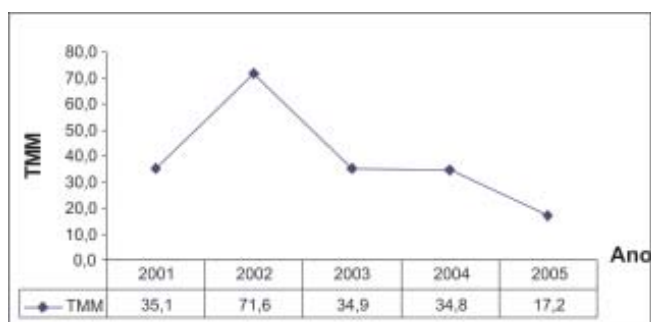


Figura 3. Taxa de Mortalidade Materna (TMM). João Pessoa, 2001 a 2005*.

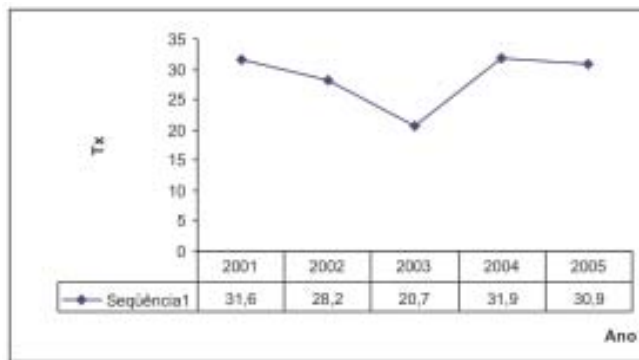


Figura 4: Taxas de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) de pacientes de 40 anos e mais. João Pessoa, 2001 a 2005.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da identificação da tendência apresentada por cada um dos indicadores, foram definidas ações prioritárias, num processo que envolveu as instâncias descentralizadas da gestão, os Distritos de Saúde, em articulação com as equipes de saúde e representantes dos usuários, sendo possível reforçar o protagonismo municipal no cumprimento das metas pactuadas.



PROJETO REMÉDIO EM CASA

Autor Principal: Cláudia Ramos Marques da Rocha

Outros Autores: Teresa Cristina de Carvalho Seixas; Jacques Selmo Weiskopf; Ana Luisa

Rocha Mallet; Rosimere Peçanha; Silvana Costa Caetano; Afranio Coelho de

Oliveira; Maria Angélica Borges dos Santos

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

Hipertensão arterial e diabetes mellitus são importantes fatores de risco controláveis para doenças cardiovasculares. Por serem doenças crônicas, ambos exigem controle e acompanhamento por toda a vida, o que na maioria das vezes implica mudanças de comportamento e uso contínuo de medicamentos. Falhas na continuidade do tratamento farmacológico aumentam a morbimortalidade, elevando atendimentos de emergência, internações, incapacidade precoce e custos para o sistema de saúde.

Uma vez que o diabetes e a hipertensão podem cursar quase sem sintomas, o tratamento pode não ser considerado prioritário pelo paciente. O tratamento muitas vezes implica despesas com aquisição de medicamentos e/ou gastos financeiros ou de tempo com idas ao posto de saúde para consultas ou para pegar a medicação. Um dos maiores desafios dos serviços de saúde, portanto, é garantir a adesão dos pacientes.

OBJETIVOS

Implantação de estratégia de dispensação domiciliar de medicamentos para pacientes aderidos aos Programas de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ).

METODOLOGIA

O "Projeto Remédio em Casa" prevê o cadastramento de pacientes inscritos nos Programas de Diabetes e Hipertensão da SMS-RJ, utilizando-se um programa informatizado específico, elaborado pela Assessoria de Informática da SMS-RJ. Após esse cadastramento, o paciente torna-se elegível para receber a medicação em casa, desde que o médico assistente defina que a doença de base é controlável com doses estáveis da medicação. Enquanto isto não ocorre, o paciente continua a retirar a medicação na farmácia da própria unidade de saúde.

A origem de cada dispensação/remessa é sempre a consulta do médico. Definido o prazo de agendamento para a próxima consulta, o médico assinala, em um receituário próprio, o tipo e a quantidade de medicamento a ser entregue em domicílio. A cada nova consulta, a prescrição pode ser alterada e o paciente recebe medicação suficiente para trinta dias, enquanto aguarda a entrega domiciliar. Dados obrigatórios de prescrição e última glicemia/ pressão arterial são digitados no sistema informatizado e são submetidos a críticas do programa (como, por exemplo, dose máxima permitida por medicamento e prazos de bloqueio para renovação da remessa). Os dados são, então, transmitidos, via internet, ao servidor central da SMS-RJ e, posteriormente, ao núcleo do Projeto Remédio em Casa.

O núcleo situa-se em instalações de empresa contratada para efetuar as entregas e é constituído por farmacêuticos e pessoal administrativo da SMS-RJ e da empresa. Abriga um estoque estratégico dos oito medicamentos dispensados (hidroclorotiazida 25 mg, enalapril 10mg, nifedipina retard 20mg, hidralazina 25 mg, atenolol 50 e 100 mg, glibenclamida 5 mg e metformina 850 mg). A partir das informações cadastrais e da solicitação de remessa, são emitidas etiquetas com dados do destinatário e da prescrição a ser atendida. Os medicamentos correspondentes são acondicionados em uma embalagem e etiquetados. Cada embalagem passa por uma conferência de um profissional farmacêutico, sendo, finalmente, encaminhada para a expedição e entregue no perímetro urbano da cidade do Rio de Janeiro.

PRODUTOS

Iniciado em 2002 e com implantação concluída, em 2004, nas 112 unidades básicas da SMS-RJ que desenvolvem Programas de Hipertensão e Diabetes. Em março de 2006, havia 306.236 hipertensos cadastrados (26% com hipertensão leve, 58% moderada, 15% severa) e 70.805 diabéticos. Entre os cadastrados, 53% eram maiores de 60 anos. Análise realizada de janeiro a junho de 2005, mostrou que dos 60.776 diabéticos cadastrados, 67% tinham registro de glicemia de jejum e destes,

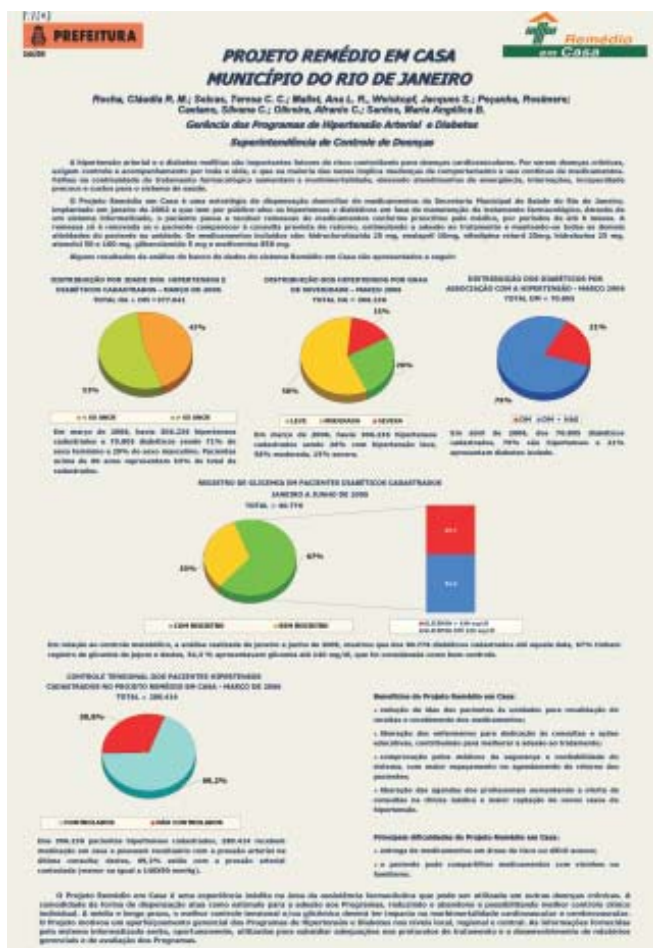
54,3 % apresentavam glicemia até 140 mg/dl; em relação ao controle pressórico, 69,2% apresentavam pressão arterial controlada (menor ou igual a 140 X 90 mmHg), na avaliação de março de 2006.

ou familiares, o que tentamos amenizar com um trabalho de conscientização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto Remédio em Casa é uma estratégia complementar de dispensação de medicamentos, que pode ser utilizada em outras doenças crônicas. A comodidade da forma de dispensação atua como estímulo para a adesão aos Programas, reduzindo o abandono e estimulando novas adesões, com ampliação da cobertura das populações-alvo. A médio e longo prazo, o melhor controle tensional e/ou glicêmico deverá ter impacto na morbimortalidade cardiovascular e cerebrovascular.

O Projeto motivou um aperfeiçoamento gerencial dos Programas de Hipertensão e Diabetes nos níveis local, regional e central. As informações fornecidas pelo sistema informatizado serão, oportunamente, utilizadas para subsidiar adequações nos protocolos de tratamento e o desenvolvimento de relatórios gerenciais e de avaliação dos Programas.



Os primeiros impactos do Projeto indicam uma redução do comparecimento às unidades de saúde apenas para revalidar receitas e receber medicamentos. Com isso, mais profissionais de enfermagem ficaram liberados para se dedicarem a ações como consultas individuais e coletivas, com impacto na humanização e na promoção de adesão ao tratamento. Os médicos, ao comprovarem a segurança e confiabilidade do sistema, já começam a alongar o agendamento de retorno de pacientes em fase de manutenção, com um pequeno incremento na oferta de consultas a novos casos.

Entre as dificuldades enfrentadas, destacamos a entrega de medicamentos em áreas de risco ou difícil acesso. A alternativa vem sendo estabelecer parcerias com associações de moradores, para garantir a entrega aos pacientes; quando isso não é possível, o paciente continua a receber a medicação na unidade de saúde. Outra dificuldade é a possibilidade de o paciente, ao receber uma grande quantidade de medicamentos, compartilhá-los com vizinhos



IMPLANTAÇÃO DA FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO EM SANTANA DE PARNAÍBA

Autor Principal: Cleide Aparecida Freire

Outros Autores: Heby Bragatto Rasteli e Miriam Matiko Kikuchi Kazama

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Santana de Parnaíba

Município: Santana de Parnaíba

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Santana de Parnaíba localiza-se na região metropolitana de São Paulo, com população estimada em 102.000 habitantes. Possui parte de seu território com características rurais e grande demanda de movimento migratório, com maior parte da população com baixa renda.

A rede municipal de saúde funciona com ênfase na atenção básica, dispendo de 6 Unidades Básicas, 2 Pronto-Atendimentos, 1 Policlínica, 2 Centros de Fisioterapia, 1 CAPSi (Centro de Atendimento Psico-Social Infantil), 1 CAPSa (Centro de Atendimento Psico-Social Adulto), 1 CAPSad (Centro de Atendimento Psico-Social Álcool e Drogas), 1 CESAME (Centro de Saúde Mental), 1 CESAMA (Centro de Saúde Mental e Adolescente), e 2 Unidades de Saúde da Família, uma fixa e outra móvel.

A implantação da "Botica Santa Ana", Farmácia de Manipulação Municipal, em 30/07/2003 foi um passo importante na direção de uma melhor qualidade dos serviços de saúde e de atendimento digno à população, com distribuição gratuita de medicamentos que atendem as necessidades trazidas pelas especialidades médicas e complementam os programas de hipertensão e diabetes.

atendimento cordial, qualidade das informações e segurança dos produtos farmacêuticos manipulados.

Para efetivação dessa política, lançamos mão de mecanismos de gerenciamento da qualidade e de Boas Práticas de Manipulação em Farmácias – BPMF, baseada em documentos editados pela ANVISA que normatiza o setor e estabelece os parâmetros de atuação do seguimento.

Para assegurar as normas de Boas Práticas de Manipulação adotamos:

- Programas de treinamento para os funcionários, assim como uma reciclagem permanente através da educação continuada,
- Toda infra-estrutura necessária à manipulação englobando instalações, equipamentos e utensílios, materiais de acondicionamento e embalagem, armazenamento e transporte.
- Processos farmacotécnicos convencionais e validados.
- Matérias-primas e embalagens dentro da especificação exigida e adquiridas de fornecedores qualificados acompanhadas dos respectivos Certificados de Análise.
- Laboratório de controle de qualidade capacitado para a realização de análise de matérias-primas e produto acabado.
- Rastreabilidade de todos os processos que envolvem a manipulação.

OBJETIVOS

1. Implementar as ações de Assistência Farmacêutica no município;
2. Garantir de maneira planejada o acesso gratuito da população a medicamentos com qualidade suprimindo, a falta dos mesmos;
3. Promover o Uso Racional de Medicamento;
4. Possibilitar alternativas de tratamentos para os profissionais prescritores com a padronização de medicamentos não fornecidos pelos programas Estaduais e Federais;
5. Gerar economia aos cofres públicos (custo menor do medicamento).

METODOLOGIA

A Botica Santa Ana adota uma política de qualidade que visa a satisfação da população do município de Santana de Parnaíba, pelo

PRODUTOS

Relação de medicamentos manipulados:

Em 2005 foram aviadas cerca de 36.000 formulações, com uma produção de 1.700.000 cápsulas, que representou uma economia aproximada de 70% em relação ao medicamento industrializado.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A fase inicial foi de planejamento e investimentos. Através de uma equipe multiprofissional, foi feito um projeto com a padronização de 10 tipos de medicamentos na forma farmacêutica sólida. Também foram escritas e documentadas as rotinas de atendimento, produção e dispensação através de Procedimentos Operacionais Padrões (POP's), onde estão



detalhados os passos do trabalho a ser desenvolvido e fielmente seguidos para garantir a qualidade final do medicamento.

Durante este período foi necessário realizar adaptações no processo de aquisição de matérias-primas para adequação técnica e agilidade no recebimento.

Após todo o processo ter sido validado, houve uma reavaliação da lista padronizada de medicamentos que foi alterada e ampliada para 24 itens.

Através da busca constante de inovações, a Botica Santa Ana conquista cada vez mais o seu espaço no comprometimento com a saúde e bem estar da população.

Aciclovir	Cast. Índia+Rutina+Hamamélis	Cloeoquina	Fluconazol	Omeprazol
Alopurinol	Citrato de Cálcio +Vit D3	Dosazosina	Glibenclâmida	Piroxicam
Atenolol	Diclofenaco Potássico	Enalapril	Metformina	Ranitidina
Bromoprida	Diclofenaco Sódico	Espironolactona	Nimesulida	Sinvastatina

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implantação da Farmácia de Manipulação foram minimizados os problemas existentes com a falta de medicamentos aos usuários, assim como foi ampliado o arsenal terapêutico à disposição dos prescritores. Sabe-se que o medicamento é um dos principais elementos de custo nos serviços de saúde e o fornecimento individualizado diminui o desperdício de recursos investidos, confere resolutividade ao ato médico e satisfação do paciente que se sente valorizado.



ATUAÇÃO DO GRUPO DE SAÚDE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO GRANDE ABC

Autor Principal: Cleuza Fialho

Outros Autores: Tânia de Moura Gerschman

Instituição: Consórcio Intermunicipal do Grande ABC - Grupo Técnico de Saúde

Município: São Bernardo do Campo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

A região do Grande ABC compreende 7 municípios da área metropolitana da Grande São Paulo, os Municípios de Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul. No ano de 1958 os prefeitos do ABCM (Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Mauá) foram autorizados a administrar questões intermunicipais em conjunto. A princípio as questões de ordem ambiental, como a preservação dos mananciais hídricos da região foram os principais focos de atuação até a década de 90. A partir do ano de 96 com a formação da câmara regional do ABC, e ampliação do colegiado para a formação do Consórcio Intermunicipal com os 7 municípios da região, a sua ação foi implementada. Assim no ano de 2000 o planejamento regional estratégico foi firmado por meio do Conceito Básico de Desenvolvimento Sustentável, interagindo com as áreas ambientais, econômicas, sociais e institucionais. Foram escolhidas sete áreas prioritárias: Instituições; Urbanismo, Mobilidade e Logística; Saneamento e Ambiente; Tecnologia e Educação; Turismo, Lazer e Cultura; Saúde e Assistência Social; Agência de Economia Regional. Cada prefeito é responsável pelo encaminhamento político de uma área. A coordenação do consórcio é realizada por um dos prefeitos. Na área da Saúde as questões regionais são discutidas no Grupo Técnico da Saúde.

Atuação do GRUPO TÉCNICO DE SAÚDE no Consórcio Intermunicipal Grande ABC

Conceito Básico de Saúde têm como missão estudar, avaliar e propor solução frente às questões relevantes de saúde que possam ter uma abrangência regional. A administração do trabalho utiliza a ajuda de indicações de reuniões mensais com os secretários de saúde ou seus representantes. Os assuntos são levados por demandantes municipais, do grupo colegiado dos prefeitos, dos membros da CIR da regional de saúde ou da sociedade (ONGs, Associações, etc.). As questões são estudadas e, se necessário o aprofundamento do tema, estas são encaminhadas para grupos técnicos específicos, com representantes de todos os municípios. Quando necessário são convidados para participar dos grupos os representantes regionais da SES, ou representantes de outras instituições envolvidas. O trabalho executivo é realizado para cumprir as metas e prazos definidos e são utilizadas para subsidiar as decisões da CIR da regional de saúde; as decisões apresentadas para o colegiado dos prefeitos sempre são devidamente técnicas e as decisões políticas são tomadas por eles.

Resultados: Os pontos de ações do trabalho epidemiológico e ações integradas para o controle da dengue e da zoonose; implementação das medidas adotadas no estado, através, em São Caetano e Mauá-Caixa, em Santo André - com parte de atendimento e atuação de saúde de acordo com as necessidades regionais; realização com o MS para a implantação de 14 CREs; diagnóstico do saneamento básico e a atuação preventiva a decisão do Colegiado sobre a instalação do convênio com as empresas prestadoras de serviço; atuação de saúde em SP na região; fortalecimento de rede de atenção terciária para portadores de Hepatite C. Atualmente estão nos grupos de trabalho; a seleção dos sites regionais de oncologia; a regulação para o mlti e alto complexidade; os estudos para saúde de integração dentro da participação conjuntamente com a Associação de Médicos do ABC; OMS e MS do projeto "Fortalecimento da Gestão do SUS na região do ABC".

Conceito Básico de Saúde têm como missão estudar, avaliar e propor solução frente às questões relevantes de saúde que possam ter uma abrangência regional. A administração do trabalho utiliza a ajuda de indicações de reuniões mensais com os secretários de saúde ou seus representantes. Os assuntos são levados por demandantes municipais, do grupo colegiado dos prefeitos, dos membros da CIR da regional de saúde ou da sociedade (ONGs, Associações, etc.). As questões são estudadas e, se necessário o aprofundamento do tema, estas são encaminhadas para grupos técnicos específicos, com representantes de todos os municípios. Quando necessário são convidados para participar dos grupos os representantes regionais da SES, ou representantes de outras instituições envolvidas. O trabalho executivo é realizado para cumprir as metas e prazos definidos e são utilizadas para subsidiar as decisões da CIR da regional de saúde; as decisões apresentadas para o colegiado dos prefeitos sempre são devidamente técnicas e as decisões políticas são tomadas por eles.

Resultados: Os pontos de ações do trabalho epidemiológico e ações integradas para o controle da dengue e da zoonose; implementação das medidas adotadas no estado, através, em São Caetano e Mauá-Caixa, em Santo André - com parte de atendimento e atuação de saúde de acordo com as necessidades regionais; realização com o MS para a implantação de 14 CREs; diagnóstico do saneamento básico e a atuação preventiva a decisão do Colegiado sobre a instalação do convênio com as empresas prestadoras de serviço; atuação de saúde em SP na região; fortalecimento de rede de atenção terciária para portadores de Hepatite C. Atualmente estão nos grupos de trabalho; a seleção dos sites regionais de oncologia; a regulação para o mlti e alto complexidade; os estudos para saúde de integração dentro da participação conjuntamente com a Associação de Médicos do ABC; OMS e MS do projeto "Fortalecimento da Gestão do SUS na região do ABC".

A região do Grande ABC, compreendendo 7 Municípios da área metropolitana da Grande São Paulo: Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, no ano de 1958 os Prefeitos do ABCM foram autorizados a administrar questões intermunicipais em conjunto. A princípio as questões de ordem ambiental foram os principais focos de atuação até a década de 90. A partir do ano de 96, houve a formação da Câmara Regional do ABC, e ampliação do colegiado para a formação do Consórcio Intermunicipal com os 7 municípios da região. No ano de 2000 o planejamento regional estratégico foi firmado por meio do Conceito Básico de Desenvolvimento Sustentável, interagindo com as áreas ambientais, econômicas, sociais e institucionais. Foram escolhidas sete áreas prioritárias: Urbanismo, Mobilidade e Logística; Saneamento e Ambiente; Tecnologia e Educação; Turismo, Lazer e Cultura; Saúde e Assistência Social; Agência de Economia Regional. A coordenação do Consórcio é realizada pelo prefeito de um dos municípios, o cargo político e responsável pelo encaminhamento político de uma área. Na Saúde, as questões regionais são discutidas no Grupo Técnico de Saúde.

A discussão e trabalho realizado na interatividade dos trabalhos são realizados de modo político institucional e pelo colegiado do espaço governamental, "a gente se em casa". O espaço destinado pelo o texto ao Consórcio Intermunicipal Grande ABC é um importante fator para o fortalecimento da região, proporcionando um fórum de discussão permanente, voltado especificamente para os maiores problemas de saúde pública.

OBJETIVOS

O Grupo Técnico de Saúde têm como missão estudar, avaliar e propor solução frente às questões relevantes de saúde que possam ter uma abrangência regional.

METODOLOGIA

A sistemática de trabalho utilizada é a de realizações de reuniões mensais realizadas na sede do consórcio com os secretários de saúde ou seus representantes. Os assuntos para estudos são levados por demanda dos municípios, do grupo colegiado dos prefeitos, das reuniões da CIR da regional de saúde

ou da sociedade (ONGs, Associações, etc). As questões são estudadas e se necessário o aprofundamento do tema, estas são encaminhadas para grupos técnicos específicos, também com representantes de todos os municípios. Quando preciso são convidados para participar dos grupos os representantes regionais da Secretaria do Estado da Saúde, ou representantes de outras instituições envolvidas. O trabalho executivo é realizado para cumprir as metas e prazos definidos, alguns trabalhos são realizados para subsidiar as decisões da CIR da regional de saúde; os relatórios apresentados para o colegiado dos prefeitos sempre são estritamente técnico, as decisões políticas são tomadas pelo Colegiado dos Prefeitos.



PRODUTOS

Dentre outros se pode citar: Os planos de ações de vigilância epidemiológica e zoonoses integradas para o controle da dengue e de roedores; Implementação dos Hospitais Estaduais na região: Serraria em Diadema e Mário Covas em Santo André com perfil de atendimento e ativação de leitos de acordo com as necessidades regionais. Articulação com o Ministério da Saúde para a implantação de 16 CAPS; Diagnóstico da assistência auditiva e a fissurados permitindo a decisão do Colegiado sobre a realização do convênio com as entidades prestadoras de serviço; ativação de leitos de UTI na região; estabelecimento de fluxo de biópsia hepática para portadores de Hepatite C. Atualmente estão nos grupos de trabalhos: A elaboração dos desenhos das redes regionais de oncologia; a regulação para a média e alta complexidade; Os estudos para leitos de retaguarda, além da participação conjuntamente com a Faculdade de Medicina do ABC, OPAS e Ministério da saúde do projeto de “Fortalecimento da Gestão do SUS na região do ABC”.

APRENDIZADO COM VIVÊNCIAS

As discussões e trabalhos realizados ou intermediados pelo Grupo Saúde no Consórcio são facilitados pela diminuição do peso político individual para as questões em pauta, e pela apropriação do espaço pelos municípios: “o sentir-se em casa”. As maiores dificuldades encontradas são na dissolução de alguns grupos específicos, quando estes já terminaram a tarefa; na mudança de equipes de técnicos em municípios, e na possibilidade de interposição de funções com a CIR regional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O espaço destinado para a Saúde no Consórcio Intermunicipal do Grande ABC é um importante fator para o fortalecimento da região, proporcionando um fórum de discussão permanente voltado especificamente para os maiores problemas de saúde



A SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL DO DF

Autor Principal: Conceição de Maria Barbosa Kawano

Outros Autores: Luiz Antonio Tteramussi; Adriana de Fatima Coutinho de Holanda

Instituição: Secretaria de Estado de Saúde do DF

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Sistema Prisional de uma forma geral abriga em seu interior não só as pessoas que lá cumprem a sua pena, mas também todas as enfermidades inclusive as infecciosas dos que lá estão. A precarização e as condições de saúde com que o governo enfrentava a situação deixava antever no seu rastro que a propagação dos agravos encontrava neste cenário as condições ideais a sua disseminação: confinamento X superlotação e condições insalubres dentro das celas. Era mister e urgente a abordagem desta questão dramática como forma de abortar a cadeia de transmissibilidade que encontrava na prisão as condições ideais. A situação no Brasil começou a mudar com a publicação da Portaria Interministerial nº 1777 de 09 / SET / 2003, tendo como missão “garantir o direito à saúde através de ações individuais e coletivas, visando promover, prevenir, reduzir e / ou eliminar riscos e agravos a saúde da população prisional do DF.”

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

O objetivo principal é levar as ações básicas de saúde ao interior dos presídios. As pessoas encarceradas ficavam jogadas a sua própria sorte e privadas de um direito constitucional inalienável ao ser humano que é o acesso a saúde. Os atendimentos até então eram pontuais, feitos por voluntários e de forma precária. A implementação das equipes de saúde para desenvolver atenção básica de saúde aos presos é uma forma de desprecarizar este atendimento, conferindo ao apenado o direito e acesso à saúde. Tendo como propósito a quebra da cadeia de transmissibilidade dos agravos lá existentes.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

Como primeira providência foi a decisão de elaborar o Plano Operativo Estadual (2003 – 2007) com a participação e controle da sociedade através do Conselho de Saúde que aprovou o Plano Operativo Estadual por unanimidade através da Resolução nº 1 / 2004 e publicada no

DODF nº 60 de 29 / MAR / 2004. Em seguida a Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social e a Secretaria de Estado de Saúde firmaram Acordo de Cooperação Técnica com vistas a promover ações que facilitassem a atuação das equipes de saúde dentro do Sistema Prisional – DF. No mesmo ano (2003) foi firmado um acordo de parceria entre a SES e a Fundação Zerbini com vistas a contratação de recursos humanos para atuarem dentro do Sistema Prisional – DF. A vinculação trabalhista entre as equipes e a Fundação Zerbini ocorreu mediante processo seletivo e o contrato de trabalho deu-se sob a égide da CLT. As equipes tinham na sua composição o preconizado pela portaria 1777 e são compostas de : médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, odontólogos e auxiliares de consultório dentário. O DF acrescentou a essas equipes o psiquiatra para atender as demandas da saúde mental e o terapeuta ocupacional, e o farmacêutico com vistas a combater o sedentarismo decorrente do confinamento. Essas equipes iniciaram seus trabalhos em 2003 e produziram dados estatísticos que culminaram com a Qualificação do DF pelo Ministério da Saúde através da portaria 1712 no dia 18 / AGO / 2004.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

As equipes médicas ao iniciar trabalho dentro Complexo Prisional – DF produziram dados estatísticos que citaremos a seguir:

Atendimentos	2003	2004	2005
Médicos	5.244	10.165	7.852
Psiquiátricos	167	1.832	1.852
Enfermagem	-	5.019	11.021
Psicológico	198	2.919	3.635
Assistente Social	-	1.857	6.098
Terapeuta Ocupacional	-	1.144	4.005
Odontológicos	1.438	5.248	5.851
TOTAL GERAL	7.047	28.197	40.313

Conforme o descrito acima observamos de uma forma geral um atendimento relevante no desenvolvimento nas ações básicas de saúde nas câmaras técnicas descritas em portaria, cumprindo-se assim a missão das equipes de saúde em garantir o direito à saúde através das ações de promoção, prevenção, redução e / ou eliminação de agravos a saúde a população penitenciária do DF. Observe-se que em 2005 houve um decréscimo da ordem de 22,7% dos



atendimentos médicos e que tal resultado decorre de alguns pedidos de demissão.

AÇÕES DESENVOLVIDAS

1. Capacitação em Tb de 100% das equipes de saúde do Sistema Prisional.
2. Capacitação de 42 internos como agentes promotores de saúde.
3. Aconselhamento em DST /AIDS p/ 80% da população carcerária.
4. Testagem p/VDRL e HIV em 71% dos internos.
5. Busca de sintomáticos respiratórios (10% em 2005 e meta de atingirmos 15% de sintomáticos respiratórios em 2006).
6. Várias campanhas de esclarecimento aos internos (distribuição de folderes, banners, jornais de saúde, etc).

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA FACILIDADES E DIFICULDADES

A realidade em trazer ao preso encarcerado, os serviços básicos de saúde só foi possível graças a uma ação governamental que culminou com a edição da portaria nº 1777 de 09/09/2003 e decorrente disso o governo local criou a Coordenação de Saúde do Sistema Prisional (COSIP) que por sua vez elaborou o Plano Operativo Estadual com vistas a implantação das equipes de saúde no Sistema Prisional- DF A parceria com a Fundação Zerbini gestora dos recursos humanos e a elaboração do Acordo de Cooperação Técnica que disponibilizou o transporte para as equipes de saúde e o espaço físico necessário a montagem dos consultórios médicos e odontológicos podem ser citadas como ações facilitadoras que muito contribuíram para o sucesso do programa. O Min. da Justiça através do DEPEN possibilitou adequação ambiental disponibilizando (via licitação pública) todos os insumos básicos necessário ao funcionamento dos consultórios médicos e odontológicos tais como: computadores cadeiras odontológicas, frigobares, negatoscópios, carrinhos para curativos, etc. O Min Saúde além das ações de supervisão mensal contemplou através da portaria nº 458 de 06/03/2006 um elenco quantitativo de medicamentos para o atendimento das equipes cadastradas no CNES e que atuam no Sistema Prisional dos estados qualificados no Plano Nacional de Saúde. Tal política decorre por tratar-se de população custodiada pelo estado e atendimento a demanda singular. Após a Qualificação do Distrito Federal, o Ministério da Saúde passou a fazer repasses mensais no valor de R\$ 26.672,00 referente a oito equipes cadastradas no CNES. As dificuldades de ordem geral estão adstritas a forma preconceituosa e o olhar acostumado com que a sociedade vê aqueles que cumprem pena. Há uma idéia revanchista por parte da sociedade, que no seu imaginário, formata o pensamento de que para o Sistema Prisional os presos devem ficar jogados a própria sorte e que deve ser disponibilizado a

este segmento de pessoas, um estado mínimo, sem que direito algum lhe seja concedido, salvo o de sobreviver em condições minimamente humanas. A Coordenadora (COSIP), a princípio, nomeada sem nenhum assessor e sem apoio logístico como sala, computador, telefone, mesas, deu início aos trabalhos sem se abater com as dificuldades citadas acima. O reconhecimento como estado qualificado, dentre um universo de cinco outros estados, é a prova viva de que conseguimos superar a barreira do preconceito e chegamos ao improvável desfecho de termos feito 40.313 atendimentos dentro do Sistema Prisional – DF desde sua implantação até a presente data.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações descritas acima nos remetem ao raciocínio de que devemos caminhar, avançando no aprimoramento das ações e na consolidação da implantação das equipes de saúde que trabalham dentro do Sistema Prisional. Em curto prazo há previsão para implantação do laboratório de prótese dentária, sala de vacina e sala de Rx. Por ocasião do lançamento do atual programa de atendimento dentro das unidades prisionais houve o depoimento de um dos diretores do CIR (Dr. Márcio Marques) cujo teor me permito transcrevê-lo:

“O Sistema Prisional está dividido em dois períodos: um antes da implantação das equipes de saúde e o outro após a implantação das equipes de saúde no Sistema Prisional. Eu não posso mais imaginar o Sistema Prisional sem essas equipes de saúde”.

Como um divisor de águas, como um marco na história do Sistema Prisional, as equipes de saúde expressam o que há de melhor a ser oferecido pelo Estado a pessoas que almejam a busca da sua cidadania. Sua atuação prevê este resgate e possibilita ao preso o acesso a um bem inalienável ao ser humano que é o acesso à saúde. Mesmo que seja intramuros e por trás das grades. Uma vivência realmente inovadora do SUS.



DIFICULDADES ENFRENTADAS X SOLUÇÕES ENCONTRADAS PARA PRESTAR ATENDIMENTO X PFS RURAL

Autor Principal: Cristiane de França Barros

Instituição: Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

O Posto Rural de Saúde de Almécegas está localizado a 25 Km da Regional de Brazlândia e presta atendimento em saúde da família a população de Almécegas, Amador e Palma, intervindo nos fatores de risco aos quais a comunidade atendida esta exposta. O foco em estudo é Palma, área rural que fica localizada a 25 Km do posto rural; após cadastramento das famílias foi possível fazer um levantamento do perfil sócio econômico e cultural da comunidade e diagnosticar os problemas enfrentados pela mesma e pela equipe PFS rural, fatores como a falta de transporte coletivo, longas distâncias a serem percorridas, inexistência de uma escola para alfabetização de crianças e adolescentes na formação de cidadãos, trabalhadores rurais adultos e idosos sem carteira assinada e baixo poder aquisitivo; onde o atendimento a essas famílias e realizado através de carro, na travessia dos rios é feito a cavalo ou a pé e ainda nos deparamos com a intransigência e ignorância de muitos donos de fazendas que deixam suas propriedades trancadas, impossibilitando que seus empregados sejam atendidos, os mesmos precisam se deslocarem até a estrada para receber atendimento ou o ACS caminha até o domicilio, correndo o risco de se deparar com animais de todas as Espécies; e como os moradores não têm como chegar no posto rural, os mesmos não comparecem as consultas médicas e da enfermeira, aos exames solicitados e marcados e a consulta odontológica tão almejada por todos.

AÇÕES

Diante desses fatores a equipe foi na busca de alternativas e após várias conversas e discussão entre a equipe multiprofissional, chegou-se a conclusão que deveria haver uma conscientização por parte dos fazendeiros para que os mesmos percebessem a importância do trabalho desenvolvido e também percebeu-se a necessidade de se montar um ponto de apoio na própria comunidade, para que os objetivos na realização de atividade educativas, promoção de saúde, prevenção de doença, recuperação e reabilitação e na manutenção da saúde da comunidade, fossem alcançados.

RESULTADO

O trabalho ainda está em andamento, porém resultados preliminares e futuros mostram que com as parcerias realizadas: entre o CDS/Brazlândia, com a ajuda da assistente social no atendimento de algumas famílias e trabalhadores que não tem seus direitos reconhecidos e são explorados; entre o transporte coletivo e a escola rural de Almécegas para que as crianças tenham o direito de freqüentar uma

escola; e com uma dona de fazenda da área que é enfermeira aposentada da SES/DF que cedeu e organizou um espaço para que a saúde fosse até lá e que no mesmo local acontecessem às palestras educativas com a comunidade e com a participação dos fazendeiros. Com essa iniciativa foi possível mobilizar muitos deles e hoje possuímos cerca de 90% das chaves das fazendas, para que a equipe





possa entrar no domicílio, prestar atendimento, dar orientações e levar mais saúde para uma comunidade tão carente. A própria comunidade gosta, participa e prestigia-nos comparecendo e ajudando em tudo no que são solicitados.

CONCLUSÃO

Diante desses resultados podemos afirmar que o trabalho do PFS rural vale a pena e pode ser transformador, pois o mesmo é desempenhado com amor, competência, responsabilidade, união, ajuda mútua e acima de tudo guiado e abençoado por Deus.



ESTUDO DE CASO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA UNIDADE DO SUBÚRBIO FERROVIÁRIO; SALVADOR-BA

Autor Principal: Cristina Dominguez Ortins

Instituição: Unidade de Saúde da Família de Ilha Amarela

Município: Salvador

Estado: Bahia

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999), a cárie dental é o maior problema de saúde bucal no Brasil, sendo a grande responsável pela perda de um elevado número de dentes. O controle desta patologia depende basicamente da sua prevenção, considerando que, é alto o custo da recuperação das unidades acometidas por cárie.

Na década de 80, com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Bucal, relatou-se o grave perfil epidemiológico da população brasileira. É fato que uma importante parcela da população não tem acesso aos serviços odontológicos, sobretudo os grupos de menor renda. Diante da grande necessidade de ampliar a atenção à saúde bucal da população brasileira, o Ministério da Saúde estabeleceu incentivo financeiro para a inserção de Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, em 2000, com o intuito de reorganizar as práticas odontológicas.

Movido pela preocupação com a falta de cuidado com saúde bucal da população, a necessidade de eficiente planejamento, a necessidade de avaliar a eficácia / eficiência de uma estratégia em saúde bucal e sobretudo, a necessidade de ampliação do acesso à assistência odontológica, foi realizado um inquérito epidemiológico com base no estudo decorrente do Projeto SB Brasil 2000 - Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000, do Ministério da Saúde (MS). Em uma das quatro equipes da Unidade de Saúde da Família de Ilha Amarela, uma localidade do Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário de Salvador na Bahia, foram sorteados 40 indivíduos de cada uma das seguintes faixas etárias: 5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos e 35 a 44 anos que são as idades preconizadas pela Organização Mundial de Saúde em inquéritos epidemiológicos em saúde bucal, perfazendo o total de 160 examinados de ambos os sexos, avaliando-se a condição da saúde bucal que os mesmos apresentavam e comparando os resultados obtidos com os principais achados bibliográficos até então publicados.

O presente estudo buscou determinar/avaliar a prevalência de cárie dental através da análise dos índices CPO-D/ ceo-d, bem como as necessidades de tratamento numa comunidade assistida por uma Unidade de Saúde da Família do Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário em Salvador. Para tanto foi realizado um estudo aplicado transversal de caráter descritivo em 2005.

Os exames bucais foram realizados por um único examinador e seguiram a metodologia proposta pelo SB Brasil (MS, 2004) e as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999). Utilizou-se, para a realização dos exames bucais, espátula de madeira descartável, sob luz natural, próximo à janela e com o examinador e a pessoa examinada sentados. Cada indivíduo examinado realizou escovação com creme dental e aplicação tópica de flúor gel como medidas preventivas da cárie dental.

O índice CPO-D e sua variável para a dentição decídua ceo-d foram utilizados para verificar a experiência de cárie dentária e avaliar a necessidade de tratamento. Este índice é o resultado da soma do número de dentes cariados, "obturados" e perdidos por cárie. O ceo-d é o equivalente ao CPO-D para dentição decídua (PINTO, 2000).

Nesta pesquisa, dos 160 indivíduos examinados, houve predominância do gênero feminino correspondendo a 55% e o sexo masculino a 45%.

O grupo etário de maior índice CPO-D foi 35 a 44 anos (11,92) com alto percentual de dentes extraídos devido à cárie (50,94%) o que confirma o grave perfil epidemiológico, resultado de um modelo de atenção ineficaz, ineficiente, má distribuição da rede assistencial e dos recursos, baixa cobertura e necessidade de ampliação da assistência odontológica.

Para os indivíduos de 12 anos, idade de comparação e vigilância internacional das doenças bucais para a OMS, obteve-se um CPO-D = 0,55, portanto atingindo a meta preconizada para 2010 que é CPO-D < 1, porém esse baixo valor pode-se atribuir ao pouco tempo de erupção dentária.

A inserção do planejamento e da programação como práticas do setor de saúde como técnica de racionalização de atividades e recurso é muito comum aliado à possibilidade de tomar como objeto não só as ações e serviços já realizados, mas sobretudo, considerar as necessidades e os problemas de saúde da população, no intuito de melhor intervir sobre os mesmos buscando focalizar problemas/necessidades de saúde identificados em territórios delimitados e desenvolver ações voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças, agravos e atenção curativa e reabilitadora, na perspectiva de uma articulação intra e extra-setorial para a resolução desses problemas.



A partir dos dados gerados nesta pesquisa, notou-se grande prevalência da cárie dentária, tanto na dentição decídua quanto na permanente e a existência de um grupo que tem pouco acesso ao serviço de saúde bucal: a classe trabalhadora. Este levantamento pode ser utilizado para medir a gravidade dos problemas de saúde bucal desta população de forma a viabilizar a implantação de ações que permitam contribuir para a melhoria das condições de saúde bucal desta comunidade.

A propagação da educação em saúde e a utilização dos fluoretos de maneira eficiente para a prevenção da cárie dental, representa a estratégia de promoção de saúde bucal mais adequada e racional para o serviço público e poderá trazer vantagens sociais e econômicas, contribuindo para a saúde bucal coletiva.

A re-organização da assistência odontológica com ampliação do acesso ao atendimento em horários noturnos, que extrapolam o horário comercial poderá garantir assistência, por exemplo, à classe trabalhadora cuja necessidade de tratamento é visivelmente maior e o acesso é dificultado por ser ofertado concomitantemente às jornadas de trabalho.



SAÚDE BUCAL + SUS = QUALIDADE?

Autor Principal: Daniela Jacobsen Grandó

Outros Autores: Fabiana Aparecida Boaventura Silva

Instituição: PSF III Menino Deus

Município: Lucas do Rio Verde

Estado: Mato Grosso

O Sistema Único de Saúde, ao ser desenvolvido foi estruturado na universalidade e integralidade na assistência, com o objetivo de melhorar e assegurar os direitos sociais já garantidos na Constituição Federal. Isso fez com que o modelo assistencial antigo, baseado no individualismo, desperdício de recursos tecnológicos e financeiros e baixa resolutividade, transformasse no Programa de Saúde da Família, onde o compromisso passou a ser mais centralizado na assistência universal, integral e resolutiva para a população.

Diante disso, a cada instante, essa nova realidade vem sendo aprimorada, estamos em tempo integral, buscando estratégias para assegurar a reorganização de nossos serviços e ações, para que consigamos atender as verdadeiras necessidades da população. É essa experiência que este trabalho vem divulgar, mostrando que a saúde bucal, dentro do SUS, também pode ser de qualidade, buscando a humanização da assistência.

Este trabalho tenta atingir resultados mais visíveis, modificando a maneira de agir para uma maior resolutividade. Por consequência trazer uma maior satisfação para a comunidade atendida, e promover muito mais a educação e saúde dentro do serviço da odontologia, desta Unidade de Saúde da Família.

O nosso objetivo é aumentar o número de tratamentos odontológicos concluídos, e ainda: reduzir o tempo de atendimento do paciente; reduzir o número de abstenções durante o tratamento; aumentar as informações fornecidas ao paciente; implantar o retorno programado para pacientes com tratamento concluído e unificar na prática a odontologia à equipe de saúde da família.

O atendimento odontológico, desde julho de 2003, evoluiu em vários aspectos. Inicialmente era feito por sistema de fichas, e em sua totalidade a casos de emergência, a demanda era alta, sem continuidade do tratamento e com isso, a resolutividade abaixo do esperado.

Em setembro de 2004, ocorreu a mudança do atendimento, que passou a ser feito por agendamento. Após agendar a primeira consulta, o paciente era automaticamente reagendado para os atendimentos subseqüentes, sendo que o intervalo entre uma consulta e outra era de no mínimo trinta dias, ocasionando várias abstenções, tomando difícil a conclusão do tratamento. Este sistema de atendimento continuou sendo uma frustração para toda equipe, que percebeu mais uma vez a necessidade de mudança. Então em dezembro de 2005, a

nova proposta que foi montada pela dentista e a enfermeira, foi apresentada aos demais membros da equipe.

A mudança contemplaria, o atendimento à grupos específicos, obedecendo o cronograma da unidade, unificando prontuário médico e odontológico, incluindo o preparo e a pré-consulta dos pacientes da odontologia, assim oferecendo maior comodidade e segurança ao mesmo.

O sistema de agendamento passou a primar pela conclusão e acompanhamento do tratamento. Os grupos de atendimento obedecem a seguinte disposição: de segunda à sexta-feira de manhã são quatro vagas comunidade e quatro para escolares*. No período da tarde: as segundas – feiras são atendidos hipertensos, diabéticos e idosos (acima de 60 anos) dispostos em 4 vagas, mais 4 escolares. Às terças-feiras são atendidas gestantes 4 vagas, mais 4 escolares. Às quartas-feiras 4 escolares e escovação supervisionada nas escolas da área de abrangência. Às quintas-feiras reunião de equipe. Às sextas-feiras são 4 vagas para puericultura (filhos e mães) e 4 escolares.

Os pacientes são primeiramente agendados em lista de espera, encaixando em cada grupo específico, a medida que pacientes que estão em atendimento vão recebendo alta, os da lista de espera são chamados, o tempo de espera é em torno de trinta dias. Quando chamados esses pacientes tem retorno semanal programado, até a conclusão do tratamento, e também ficam agendados para revisão para dali seis meses.

Obtivemos com este trabalho os seguintes resultados:

- no ano de 2005 foram atendidos 2899 pacientes, deste total 301 tiveram seu tratamento odontológico, num percentual de 10%. Já de janeiro a 31 de março de 2006 foram atendidos 781 pacientes, sendo que 100 tiveram alta atingindo 13%.

- Com a unificação dos prontuários conseguimos uma maior segurança para o profissional e paciente, principalmente pela pré-consulta, evitando intercorrências com os portadores de doenças crônicas.

- Percebemos que o vínculo com a comunidade estreitou ainda mais, e foi possível também, uma maior adesão da mesma aos grupos de educação em saúde.

Essa prática gerará a longo prazo, bons frutos com comprovação visível.

Muito terá que ser feito, inclusive avaliações e implementações das atividades, mas estamos buscando uma nova prática onde o paciente será visto como um todo, respeitando seus limites e particularidades.



EPIDEMIOLOGIA DA HEPATITE B NA AMAZÔNIA: ATUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL

Autor Principal: Daniela Maria Raulino da Silveira

Outros Autores: Eliete da Cunha Araújo; Vitória Carvalho Cardoso;

Manoel do Carmo Pereira Soares.

Instituição: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Município: Belém

Estado: Pará

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de dois bilhões de pessoas já tiveram contato com o vírus da hepatite B (VHB). No mundo, são cerca de 325 milhões de portadores crônicos da hepatite B. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) estima que pelo menos 15% da população já teve contato com o vírus. Observa-se uma prevalência elevada (de 5 a 15%) na região Amazônica. A transmissão do VHB se faz por via parenteral, e, sobretudo, pela via sexual, sendo considerada doença sexualmente transmissível (DST). A transmissão vertical (de mãe para filho) também é causa freqüente de disseminação do VHB. Mais de 90% dos bebês contaminados evoluirão para a forma crônica da doença. Isto equivale a dizer que, quanto mais jovem for a pessoa infectada, maior a possibilidade de evolução para doença hepática avançada, ou seja, de cada 10 recém-nascidos que adquirirem o vírus através de suas mães, aproximadamente 9 apresentarão a forma crônica da doença com grande possibilidade de desenvolverem câncer de fígado. A pesquisa de marcadores sorológicos para o vírus B, ainda não faz parte da rotina do pré-natal. Gestante com hepatite B aguda, diagnosticada no 1º e 2º trimestres de gravidez, em 5 a 10% das vezes transmitem a infecção ao filho; para gestantes infectadas no 3º trimestre ou para portadoras crônicas, a possibilidade de comprometimento do recém-nascido é de ordem de 60%. A profilaxia da hepatite B no recém-nascido está baseada na administração de imunoglobulina hiperimune seguida da 1ª dose da vacina da hepatite B nas primeiras horas de vida. Esse esquema de tratamento, instituído logo após o nascimento, diminui o risco de a criança tornar-se portadora crônica, para 2%. O conhecimento do estado de portadora do vírus possibilita às autoridades de saúde, investir na prevenção da infecção no recém-nascido. Pretende-se com o projeto "Prevenção das Hepatites Virais" chamar a atenção das autoridades de saúde para a necessidade da implementação da pesquisa de marcadores sorológicos para o VHB na rotina do pré-natal, o que possibilitará não só o atendimento específico da gestante, como também a intervenção em tempo hábil para prevenir a transmissão vertical. Além disso, a extensão da vacina a mulheres

com 20 ou mais anos, permitiria que aquelas que fossem sensíveis se tomassem imunes. Esta medida se justifica, pelo menos na região Amazônica, considerada endêmica para o vírus da hepatite B.

PROPÓSITOS

Realizou-se um estudo soropidemiológico, objetivando-se conhecer a magnitude da infecção pelo vírus da hepatite B em gestantes cujos partos ocorreram em hospital de referência materno-infantil, que atende grande parte da população carente de Belém.

Pretende-se continuar com o estudo já iniciado, contemplando uma população maior, de modo que seja possível fazer inferências estatísticas que possibilitem o reconhecimento da magnitude do problema em nossa região.

METODOLOGIA

A amostra foi composta por puérperas atendidas no projeto "Prevenção das Hepatites Virais" na Maternidade da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Após esclarecimentos sobre a pesquisa e obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Evandro Chagas em 17/04/2004) procedia-se ao preenchimento de formulários com as seguintes informações obtidas através de entrevista: idade; procedência; escolaridade; profissão; uso de preservativos; uso de drogas ilícitas; conhecimento prévio sobre DST; transfusão de sangue; cirurgias; tentativas de aborto, tratamento dentário, etc. Uma amostra de sangue (5 ml) era coletada da paciente para pesquisa de marcadores sorológicos do vírus B.

Foram realizadas palestras educativas, utilizando os recursos audiovisuais (vídeos, retroprojeter, datashow, etc), do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Pará. As mulheres portadoras do vírus B foram encaminhadas para avaliação, tratamento e seguimento pelo Grupo do Fígado da Santa Casa de Misericórdia do Pará, e seus recém-nascidos foram acompanhados (follow-up) pela coordenadora do projeto.



PRODUTOS

Rastreamento da infecção pelo vírus da hepatite B em 350 pacientes, com uma prevalência de em 5,7% das pacientes.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Explicar às puérperas, que nem todas seriam contempladas com a realização dos exames laboratoriais para a pesquisa da doença, assim como obter os kits para a realização dos exames, constituíram-se em tarefa árdua, mas não intransponível. A experiência da coordenadora do projeto possibilitou o aprendizado para a execução de abordagem humanizada à paciente; e a realização de palestras educativas com a utilização de recursos áudio-visuais e vocabulário adequado à compreensão da clientela, permitiu, além da aquisição de conhecimento sobre a doença, o aprimoramento da relação médico-paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma frequência de positividade aos marcadores sorológicos do vírus B, de 5,7% numa casuística pequena como a que foi utilizada (350 pacientes), sinaliza para a possibilidade desse dado ser apenas a ponta do iceberg. Justifica-se, pois, a necessidade da realização de outros estudos que contemplem um maior número de participantes; A inclusão na rotina do pré-natal, da pesquisa de marcadores sorológicos para o vírus B, se afigura como uma estratégia importante na prevenção da transmissão vertical.



APOIO INTEGRADO NA AMAZÔNIA LEGAL: UMA ESTRATÉGIA PARA APOIAR E COOPERAR COM O FORTALECIMENTO E A QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DESCENTRALIZADA DO SUS

Autor Principal: Danielle Soares Cavalcante

Outros Autores: Adriana Nunes; Gabriela Jacarandá; Luiza Acioli; Simone Barcelos; Soraya Teixeira

Instituição: Ministério da Saúde

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

Qualificar a Gestão Pública é, para todas as esferas e setores governamentais, uma necessidade permanente. O Ministério da Saúde é responsável pela cooperação técnica e financeira a estados e municípios, respeitadas suas competências, tendo avançado na construção de estratégias que desenvolvam os sistemas e as organizações públicas da área.

A estratégia do “Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS”, pactuada com atores das três esferas do sistema, propõe um olhar mais abrangente à gestão a qual é exercida por sujeitos com distintos graus de saberes e de poder, visando articular os objetivos

institucionais aos interesses da população, fortalecendo os processos de coordenação pelos gestores e pelo controle social.

Em 2003 o Ministério da Saúde tomou como prioridade política institucional o apoio aos estados da Amazônia Legal na perspectiva de minimizar as iniquidades regionais das políticas de saúde. O primeiro estado a participar da estratégia do apoio integrado foi o Acre em dezembro de 2003 sendo o Mato Grosso o último a aderir em junho de 2005. Na Amazônia Legal o Apoio Integrado tem como principal objetivo agregar as prioridades da região no setor saúde, respeitando suas peculiaridades e características bastante específicas, com o Plano de Qualificação da Atenção à Saúde da Amazônia Legal.

As agendas de trabalho do apoio integrado pactuadas nos nove estados da região identificaram estratégias de cooperação técnica tripartite que estão sendo tratadas no Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal através de três eixos de atuação. Acesso: na dimensão atenção à saúde o fortalecimento da atenção básica e a reorganização da rede de média e alta complexidade; Gestão: na dimensão gestão do SUS o fortalecimento dos conselhos; Vigilância: na dimensão vigilância em saúde a integração dos sistemas de informação e das ações. Cada estado possui no Ministério da Saúde uma equipe de referência com representações das secretarias e órgãos vinculados, responsáveis por articular as diretrizes do plano às demandas de cada estado, e apoiar a execução das agendas do apoio integrado.

Baseado na concepção de apoio como construção conjunta, à estratégia do Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS na Amazônia Legal deve ser considerada como cumprimento de uma função inerente às organizações do setor saúde em consonância com os princípios do SUS.





PACTO DE GESTÃO PELA SAÚDE 2006 – NOAS 01/02 / REGIONALIZAÇÃO: PERSPECTIVAS E DIFICULDADES NA OPERACIONALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA ODONTOLÓGICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Autor Principal: Dario Francisco Olivet Salles

Instituição: CIS/AMUNESC - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Nordeste de Santa Catarina /
UNIVILLE-Universidade da Região de Joinville

Município: Joinville

Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Com a edição das Portarias nº2607/2004-GM/MS, nº399/2006-GM/MS e nº699/2006-GM/MS, vimos enfrentar um paradigma ainda não amplamente discutido. A mesma está direcionada ao necessário processo de planejamento regionalizado e reprogramação em saúde, condicionada a meta de ampliação com garantia de acesso aos serviços de saúde com qualidade, não só no grupo da atenção básica, mas, na implementação gradualística de ações e procedimentos odontológicos especializados ambulatoriais e hospitalares a serem ofertados aos usuários SUS e assegurados dentro dos princípios da gratuidade, universalidade e equidade. Trata-se portanto, do início da deflagração e adoção de estratégias operacionais pautadas na territorialização, hierarquização e regulação para o agendamento de serviços odontológicos sob uma capacidade instalada pública ou credenciada inexistente ou insuficiente e quase sempre inoperante, mesmo ainda com o advento do Programa Brasil Sorridente do Ministério da Saúde. Tal solução passa pela necessidade e compromisso dos gestores públicos interinstitucionais interpretarem as reais necessidades em saúde dos seus usuários e absorverem definitivamente o conceito de saúde bucal enquanto saúde integral. Ao persistir a lógica da prevalência na política de investimentos e custeio no SUS em nosso País, os propostos níveis de intervenção e hierarquização para a Saúde Pública Odontológica, não poderão ser alcançados enquanto objetivos e metas, se não forem salvaguardadas algumas estratégias coletivas e ações políticas necessárias de serem instrumentalizadas.

OBJETIVOS

Oferecer a melhor alternativa assistencial para cobrir a demanda, em serviços de saúde odontológicos de diferentes níveis de complexidade aos usuários SUS, otimizando recursos e considerando-se a disponibilidade existente;

Organizar e garantir o acesso da população à totalidade das ações e serviços de saúde especializados em odontologia e adequá-los às necessidades demandadas (sentidas e epidemiológicas) pela população.

METODOLOGIA

Tendo por base os procedimentos de coleta dos bancos de dados oficiais do Ministério da Saúde e definindo-se como bibliografia documental, o uso de materiais científicos já elaborados (livros, artigos, portarias...).

PRODUTOS

- Maior entendimento e compreensão dos gestores municipais de saúde quanto ao conceito de saúde bucal enquanto saúde integral;

- Início de organização de um banco de dados municipais para monitorar o perfil epidemiológico de saúde da macrorregião indo além dos três indicadores do Pacto de Atenção Básica, hoje estabelecidos para a odontologia;

- Elaboração de Programação Físico-Orçamentária FPO da região do 6º PDR Macrorregião Norte-Nordeste de SC com parâmetros da portaria 1101/02/GM/MS para ações especializadas em odontologia, providenciando o encaminhamento para análise e aprovação da PPI ambulatorial Macrorregional junto a CIB/SC;

- Discussão e institucionalização de parcerias interinstitucionais com universidades, consórcios e município pólo para implantação de CEOS e LRPDs para atendimento à população adstrita aos municípios do município pólo de referência (Joinville), no âmbito da Universidade (UNIVILLE);

- Implantação de serviços de autorização e auditoria odontológica para controladoria da emissão de AIH's e APAC's de procedimentos odontológicos especializados no âmbito dos municípios da macrorregião.

APRENDIZADO COM VIVÊNCIA

Situação Diagnóstica Atual:

Face às perspectivas que preconizava a NOAS/SUS/01/02 e o Pacto pela Saúde/2006 - em seu processo de Regionalização,



enquanto estratégia de hierarquização dos serviços de saúde (por nível de complexidade), identifica-se pelos indicativos do atual cadastramento do Sistema de Informações DATASUS, no cenário da grande maioria dos Municípios Módulos, Sedes, e Pólos Macro e Microregionais, a constatação de facilidades e dificuldades estruturais e operacionais, à saber:

Facilidades:

- Advento do Programa Brasil Sorridente do Ministério da Saúde;

Dificuldades:

- Inexistência ou insuficiência de capacidade instalada pública de referência na oferta do grupo I0 - SIA/SUS - Ações especializadas em Odontologia de Referência /atenção secundária;

- Inexistência ou insuficiência de contratualização em capacidade instalada filantrópica ou privada credenciada na oferta do grupo I0 SIA/SUS - Ações especializadas em Odontologia de Referência, em função das exigências contidas nas Portarias Normativas e dos valores da Tabela pagos aos procedimentos SIA/SIH/SUS;

- Unidades Hospitalares credenciadas ao SUS priorizando procedimentos em grupos, para a assistência médica hospitalar em detrimento aos procedimentos odontológicos do grupo 33 SIH / SUS e outros, realizados pela Buco-Maxilo-Facial / Traumatologia;

- Falta de Concurso Público para ações especializadas em Odontologia / não valorização secundária em nível ambulatorial;

- Presença de conflitos face a pleora mercadológica dentro de algumas especialidades Odontológicas, principalmente no âmbito da inserção em assistência hospitalar;

- Presença de conflitos de áreas de atuação técnica / operacional entre algumas especialidades médicas X odontológicas à nível hospitalar;

- Falta ou ausência de uma série histórica de produção representativa em alguns grupos de procedimentos Odontológicos de ações especializadas;

- Maior limitação na lista de procedimentos especializados em Odontologia, com o advento da NOAS/SUS/01/02;

- Programação sub-estimada para ações especializadas em procedimentos Odontológicos, em conformidade com a Portaria MS/GM nº 1101/02 / PPI - Consulta Pública nº 01/00- SAS/MS;

- A obtenção de efetiva contratualização e cadastramento das Unidades Odontológicas Especializadas públicas ou credenciadas nos municípios das micro e macrorregiões, pela falta de levantamento ou compilação da atual realidade dos serviços existentes nos municípios em atendimento a portaria MS/GM nº 511/00 / nº 576/01 ; nº 432/02 e nº 767/02 e falta de recursos financeiros estaduais e municipais complementares como incentivo a implantação de CEOs e LRPDs;

- Falta de clareza nos níveis de hierarquização do referenciamento em procedimentos odontológicos especializados dos municípios das micro e macrorregiões, conforme o tipo e exigências

de habilitação / NOAS/SUS/01/02 e Pacto pela Saúde 2006, em que os mesmos se propõem configurar, junto as suas Secretarias de Estado da Saúde;

- Necessária promoção de auditoria sistemática sob a série histórica de produção dos CEOs e LRPDs habilitados, visando a eficácia no cumprimento das metas físicas estabelecidas para cada especialidade odontológica;

- Ampliar o cadastramento de outras especialidades odontológicas nos CEOs, tais como, ortopedia funcional dos maxilares, implantodontia para idosos acima de 60 anos sem rebordo alveolar ósseo de sustentação, entre outros, objetivando melhorar os indicadores de saúde bucal apontados no inquérito epidemiológico do projeto SB Brasil 2003/MS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se que, segundo CORDON (1999), três ações fundamentais parecem surgir como medidas de uma prática de Odontologia em saúde coletiva ao inserir-se no SUS, são elas:

- as ações de colaboração e atuação com relação à organização, capacitação e politização social;

- as ações de promoção e manutenção da saúde e prevenção coletivas;

- e as ações reabilitadoras do dano biossocial causado pelo sistema social.

As desigualdades sociais devem ser analisadas dentro do contexto histórico de desenvolvimento de cada país e de suas diferentes regiões e de desigualdades em saúde (bucal) através do arcabouço teórico e do instrumental de análise da epidemiologia social.

O modelo de caráter social procura sintetizar conceitos junto aos relacionados à eficácia dos tratamentos à capacidade de obter benefícios reais e à equidade (PINTO, 2000).

Acrescentando-se que, face ao esboço configurado para a operacionalização da NOAS/SUS/01/02 e o Pacto pela Saúde 2006, a proposta de Organização da Assistência Ambulatorial / Hospitalar Odontológica Hierarquizada, compreenderá:

Classif.	Descrição	Abrangência
EPB-A	Elenco de Procedimentos do Básico Ampliado	Municipal
EPM-1	Elenco de Procedimentos da Média Complexidade - Nível 1	Obrigatório no Módulo Assistencial
EPM-2	Elenco de Procedimentos da Média Complexidade - Nível 2	Regional ou Macro-Regional
EPM-3	Elenco de Procedimentos da Média Complexidade - Nível 3	Macro-Regional / Estadual
EPAC	Elenco de Procedimentos da Alta Complexidade - Nível 3	Macro-Regional / Estadual

Que nos níveis de Hierarquização propostos para a Saúde Pública Odontológica no SUS os municípios habilitam-se à NOAS/SUS/01/02 e o Pacto pela Saúde 2006 em:

- PAB Ações básicas em procedimentos individuais e coletivos grupo 03 / ambulatorial;



- EPABA - Elenco de Procedimentos do Básico Ampliado grupos 03 / 10 A / ambulatorial;

- EPM-1 Elenco de Procedimentos da Média Complexidade Nível 1 Ações básicas para si mesmo e o mínimo da média complexidade I grupos 03 / 10 A / 10 A1 / ambulatorial;

- EPM-2 Elenco de Procedimentos da Média Complexidade Nível 2 Ações básicas e especializadas para si mesmo e para outros adscritos grupos 03 / 10 A / 10 A1 / 10 A2 / 10 B2 / ambulatorial;

- EPM-3 Elenco de Procedimentos da Média Complexidade Nível 3 Ações básicas e especializadas para si mesmo e para outros adscritos grupos 03 / 10 A / 10 A1 / 10 A2 / 10 B2 / 10 A3 / 10 B3 / 10 C3 / 10 D3 / 10 E3 / 19 L3 / 22 A3 / ambulatorial.

Que ao incluírem em sua habilitação o que se estabelece na Portaria 627/01 GM/MS - Fundo de ações Estratégicas e de Compensação FAEC, os municípios credenciam-se em:

- EPAC - Elenco de Procedimentos da Alta Complexidade Nível 3 / SIA - Ambulatorial / SIH Hospitalar / no teto dos Estados e Municípios;

- EPAC - Elenco de Procedimentos de Ações Estratégicas Nível 3 / SIA - Ambulatorial / SIH Hospitalar / extra-teto;

Que ao habilitarem-se à NOAS/SUS/01/02 e ao Pacto pela Saúde 2006, em Programação da Atenção de Alta Complexidade, os serviços devem ser ofertados nos municípios pólo-regionais, estadual ou pólo macrorregional, e considerar:

- Base populacional que garanta economia de escala;

- Condições de acesso geográfico;

- Perfil epidemiológico;

- Programação precedida de estudos da distribuição macrorregional e regional de serviços;

- Proposição de uma delimitação orçamentária clara em teto estadual pactuado para o seu custeio;

- Referências definidas no sentido contrário ao da lógica de "cascata": metas físicas e financeiras definidas para a região e alocadas no município-pólo regional, pactuando-se a posteriori a área de abrangência;

- Centrais de Regulação e de marcação de consultas odontológicas especializadas.

Que municípios ao habilitarem-se à NOAS/SUS e ao Pacto pela Saúde-2006 em ações de média e alta complexidade e ações estratégicas ambulatorial / hospitalar, devem considerar as seguintes Portarias Ministeriais da Saúde:

Nº 076 / GM/MS – de 01/06/1993	Nº 126 / SAS/MS – de 17/09/1993
Nº 62 / SAS/MS – de 19/04/1994	Nº 3409 / GM/MS – de 05/08/1998
Nº 431 / GM/MS – de 14/11/2000	Nº 510 / GM/MS – de 28/12/2000
Nº 95 / GM/MS – de 26/01/2001	Nº 627 / GM/MS – de 26/04/2001
Nº 185 / GM/MS – de 05/06/2001	Nº 196 / GM/MS – de 11/06/2001
Nº 526 / GM/SAS – de 16/11/2001	Nº 373 / GM/MS – de 27/02/2002
Nº 74 / GM/MS – de 20/01/2004	Nº 1572 / GM/MS – de 29/07/2004
Nº 283 / GM/MS – de 22/02/2005	Nº 358 / GM/MS – de 22/02/2006
Nº 599 / GM/MS – de 23/03/2006	Nº 600 / GM/MS – de 23/03/2006

Para se atingir com eficácia a plenitude na oferta da atenção especializada em odontologia os municípios brasileiros deverão apresentar perspectivas, objetivos e metas para:

- Implantar ou implementar gradativamente Unidades Físicas de Referência Públicas, de características macrorregional em ações especializadas em odontologia / SIA / SUS Programa Brasil Sorridente / MS;

- Promover credenciamento de ações e serviços odontológicos em ambiente ambulatorial / hospitalar SIA/SIH/SUS, em conformidade com as Portarias Ministeriais e com as necessidades e demandas macrorregionais, dentro da disponibilidade do teto físico financeiro municipal / Estadual aprovado orçamentariamente;

- Promover parceria convenial para cobertura assistencial em Ações Especializadas em Odontologia, com instituições de ensino superior e fundacionais;

- Promover parceria contratual com Consórcios Intermunicipais de Saúde, preservando um mix de negociação para os procedimentos de médio e de alto custo / complexidade, dentro do iminente interesse público;

- Promover credenciamento e implementar ações e serviços odontológicos de referência para pacientes com lesões lábio-palatais / deformações crânio faciais / Núcleos de Pacientes Especiais;

- Propiciar a adesão de concursados ou de novos Recursos Humanos em Odontologia Especializada, voltados ao conceito da saúde integral, através de concursos públicos;

- Realizar a Programação Pactuada Integrada PPI macrorregional e a Programação Físico Orçamentária PFO para contemplar os procedimentos em ações especializadas em Odontologia contidos na SIS / PPI / SES / 02 NOAS/01/02, em consonância com os parâmetros assistenciais definidos na Portaria MS/GM nº 1101/02;

- Estabelecer protocolos operacionais e clínicos por especialidades Odontológicas, para monitoramento do controle e regulação;

- Readequação ou criação de Centrais de Regulação das Referências em Odontologia;

- Promover sistemático controle na autorização, com auditoria e avaliação nas ações e procedimentos especializados SUS em Odontologia.

Para tanto, estratégias coletivas e ações políticas deverão ser desenvolvidas para se alcançar a inclusão social e que venham à:

- Fomentar e estimular a atual gestão Plena do Sistema Municipal e Estadual da Saúde pela adesão ao definitivo conceito da saúde bucal, enquanto saúde integral;

- Discutir a necessária readequação de recursos orçamentários / financeiros dos municípios das macrorregiões em parceria com as Secretarias de Estado, para contemplar a atenção secundária e terciária em Odontologia de Referência;



- Implementar e operacionalizar a expansão e o custeio na garantia de acesso e oferta dos procedimentos do grupo I0 SIA-SUS /Alta Complexidade, de odontologia de referência especializada, com iniciativa e apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde Programa Brasil Sorridente /MS;

- Reconduzir e readequar tais indicativos ao plano operativo propostos no Pacto pela Saúde 2006 em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Portaria nº399-GM/MS/06 e nº699-GM/MS/06.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. A política nacional de saúde bucal do Brasil: Registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

2. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados principais. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004.

3. Portaria n. 2.607 /GM de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS Um Pacto pela Saúde no Brasil. Diário Oficial da União, N.238, Gabinete do Ministro, Brasília/DF, 13 dez. 2004.

4. Regionalização da Assistência à saúde: Aprofundando a Descentralização com equidade no acesso. NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM n.373, 27/02/2002). 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

5. SANTOS, Lenir. Coletânea de leis e julgados da saúde: Sistema Único de Saúde. 2. ed. Campinas/SP: IDISA, 2003.

6. SALLES, Dario Francisco Olivet. NOAS /Regionalização: Perspectivas e Dificuldades na Operacionalização da Saúde Pública Odontológica no Sistema Único de Saúde. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - ABRASCO. Brasília / DF, 2003 (Anais).

7. SANTA CATARINA. Programação pactuada e integrada do Estado de Santa Catarina PPI 2002. Diretrizes Estaduais para a Organização e Programação da Assistência Ambulatorial e Hospitalar. Versão Aprovada na CIB de 19/03/2002 e CES de 27/03/2002. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, mar. 2002.

8. WESTPHAL, Márcia Faria; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. Modelo de Atenção. In Gestão de Serviços de Saúde. Descentralização /Municipalização do SUS. São Paulo: Cosems / Edusp, s/d.



EQUIPE GESTORA DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE MARÍLIA

Autor Principal: Denise Elaine Garozi

Outros Autores: Eduardo Tanajura de Faria; Márcia Bueno Zonta Asperti

Instituição: Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília - SP

Município: Marília

Estado: São Paulo

Entendendo a Atenção Básica como um conjunto de ações (individuais e coletivas) de saúde que abrangem a promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde; o município de Marília vivencia uma prática gerencial democrática e participativa sob a forma do trabalho em equipe.

A Equipe Gestora da Atenção Básica, composta por dois cirurgiões dentistas e uma enfermeira, têm como função dar apoio às 40 Unidades de Saúde do município, sendo 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 28 Unidades de Saúde da Família (USF).

O objetivo principal é compartilhar junto às Equipes de Saúde o planejamento de ações e aplicabilidade dos princípios do Sistema Único de Saúde, com ênfase: no vínculo, responsabilização e participação popular.

Através de organização da agenda semanal da Equipe Gestora da Atenção Básica, das reuniões junto ao Secretário Municipal de saúde e Equipe Técnica, das reuniões com as Equipes de Saúde, de visitas domiciliares aos usuários, do apoio dos Programas Municipais de Saúde (Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde Mental, Saúde Bucal, Saúde do Trabalhador) e Vigilâncias (Epidemiológica e Sanitária) da Secretaria de Saúde e da parceria com as Universidades do município de Marília/SP; a Equipe Gestora da Atenção Básica realiza o planejamento de ações, visando efetivar a integralidade em seus vários aspectos, valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e capacitação, e realizar avaliação e acompanhamento dos resultados alcançados.

Observa-se um maior contato com as equipes de saúde, facilitando a comunicação em serviço e resolução de problemas; e adequado acolhimento de usuários (contato agendado ou visita domiciliar) para facilitar o controle social.

Vale ressaltar que a Equipe Gestora da Atenção Básica apresenta-se em construção, o que atualmente dificulta a avaliação deste novo processo de trabalho. Entretanto, a vivência de nova gestão em saúde, se traduz em motivação e colabora com o trabalho em equipe.



ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E PACTUAÇÃO DE PLANOS DE TRABALHO PARA AS UBS DE DIADEMA ATRAVÉS DE OFICINAS DE GESTÃO

Autor Principal: Douglas Augusto Schneider Filho

Outros Autores: Ana Iria de Oliveira Negrão; Bernadete Aparecida Tavares Cunha; Geralda Ocilane Vieira Siebra; Maria Cláudia Vilela; Teresinha Anselmo Marthos

Instituição: Prefeitura do Município de Diadema

Município: São Paulo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Nosso cenário é o município de Diadema, situado na região do ABCD, na Grande São Paulo, com uma população de aproximadamente 400.000 habitantes distribuídos em seus 32 km² e com 45 anos de emancipação política. A partir dos anos 80 as grandes demandas sociais advindas do crescimento populacional desordenado passaram a ser acolhidas por uma seqüência de Governos Democráticos e Populares. As políticas municipais de urbanização, habitação, saneamento, educação, e defesa social mudaram de forma radical a face da cidade e melhoraram significativamente as condições de vida da população. Foi estruturada também uma grande rede de serviços de saúde, hoje composta 28 Unidades e com cerca de 2.700 funcionários, demandando gastos de cerca de 30% do orçamento municipal. Na rede básica de saúde, o processo de conversão de modelo de Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (que hoje cobre cerca de 32% da população), deu-se de forma desordenada. A estruturação de vários modelos, as diferenças salariais entre os profissionais com diferentes vínculos e a discussão insuficiente com funcionários e usuários, entre outros problemas, terminaram por gerar incompreensões e cisões entre equipes e desorganização da rede.

A Conferência Municipal de Saúde de 2005 definiu como prioridade a reorganização da Atenção Básica e a expansão do PSF, o que motivou a decisão do Gestor de realizar mudanças na CAB (Coordenação de Atenção Básica) e a aprovar um plano de trabalho centrado em 3 diretrizes: recuperação da estrutura física e de equipamentos; adequação e ampliação do quadro de recursos humanos, com ênfase em um Plano de Cargos e Salários e reorganização do processo de trabalho em todas as UBS através de Oficinas de Gestão.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Realização de cinco oficinas de atenção básica em cada uma das dezenove unidades de saúde, perfazendo um total de noventa e cinco atividades.

Objetivos específicos:

1. Resgatar os princípios do SUS e o território enquanto base para a estruturação da atenção à saúde no nível local;
2. Propiciar e estimular os espaços de reflexão e pactuação e desenvolver mecanismos de planejamento local envolvendo trabalhadores de saúde e usuários das unidades;
3. Definir a nova missão das unidades e estruturar planos de gestão para as UBS.

METODOLOGIA

1. Realização de reuniões do Secretário Municipal da Saúde e da Coordenação de Atenção Básica (CAB) com funcionários das 19 UBS para levantamento de problemas e convite para participação nas Oficinas;
2. Realização de ciclo de discussões com Gerentes para alinhamento conceitual;
3. Realização do 1º Encontro de Atenção Básica, com 500 inscrites para as Oficinas;
4. Realização de cinco Oficinas em cada unidade, com os temas: Território, Informação, A Unidade Atual, A Nova Unidade, Planos de Gestão. A cada ciclo, em cada unidade, os facilitadores estarão propondo a construção através de aprendizagem significativa, com dinâmicas envolvendo conceitos e a realização de tarefas em concordância com o grupo.

PRODUTOS

As reuniões com o Secretário de saúde e a CAB foram realizadas no mês de março de 2006 em todas as unidades de saúde e através da escuta dos funcionários foi possível captar problemas, ansiedades e expectativas quanto ao momento atual e ao processo proposto. Ao mesmo tempo foram planejadas as Oficinas de Gestão, sob o comando da CAB (Coordenação de Atenção Básica) e com outros atores convidados, entre eles o DVS (Departamento de Vigilância em Saúde), a ESD (Escola de Saúde de



Diadema), a CGP (Coordenação de Gestão de Pessoas) e a UAC (Unidade de Avaliação e Controle). Foram definidas assim as temáticas e a metodologia das cinco Oficinas, sendo o grupo dividido para o desenvolvimento de cada Ciclo. Após esta etapa, foi realizado o Primeiro Encontro de Atenção Básica de Diadema, que contou com cerca de 450 funcionários da rede básica de saúde. Participou do evento a Coordenadora do Apoio à Gestão Descentralizada do Ministério da Saúde, Dra. Lumena Furtado, que ministrou palestra sobre Gestão da Atenção Básica. A primeira oficina ocorreu em 04/04/2006 e até o momento foram realizadas 12 atividades, com a participação de cerca de 400 funcionários. Estas oficinas incluíram a realização de dinâmicas de grupo, resgatando conceitos como acessibilidade, território, área de abrangência, processo saúde-doença, cotidiano e recursos sociais. Foram definidas tarefas para apropriação do território, envolvendo o estudo de dados, a identificação de barreiras e problemas e o mapeamento de recursos sociais. Essas devem ser realizadas durante cerca de 45 dias e apresentados no início da 2ª oficina. O Projeto encontra-se em fase de operacionalização, com a conclusão do 1º Ciclo das oficinas no próximo dia 18 de maio.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA FACILIDADES E DIFICULDADES

A maior dificuldade apresentada foi a de viabilizar a nova agenda proposta pela CAB, dada a dinâmica bastante concentrada no atendimento à demanda por consultas e às questões mais imediatas do cotidiano. As oficinas estão sendo realizadas em espaços sociais na área de abrangência das unidades, o que leva a participação de atores sociais externos ao processo. O trabalho em grupo, as dinâmicas e o compartilhamento de tarefas tem demonstrado grande potencial para desenvolver a noção de equipe, estimulando uma relação de cooperação e interdisciplinaridade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este processo, além de elevar a auto estima dos funcionários que passam a se sentir participantes do processo de gestão, traz a tona a relevância da apropriação do território, levando a abordagens mais amplas do processo saúde-doença.

Estamos vivendo a primeira etapa do processo, mas as avaliações iniciais têm reiterado a perspectiva coletiva de melhoria da qualidade do serviço oferecido à população.



ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA DOMICILIAR NA ZONA RURAL - “SUPERANDO OS DESAFIOS”

Autor Principal: Edlene de Freitas Lima Rocha

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Pedras de Fogo - PB

Município: João Pessoa

Estado: Paraíba

O município de Pedras de Fogo – PB, localizado no Nordeste do Brasil, na Zona da Mata do Estado da Paraíba, a 56 Km da capital João Pessoa, com a população de 26.075 habitantes (DATASUS), está organizado na Atenção Básica com uma cobertura de 89,08% com a estratégia Saúde da Família, composta por 10 equipes (05 na zona rural). Entre as demandas identificou-se a necessidade do atendimento fisioterápico domiciliar, contemplando as unidades da zona rural, beneficiando os usuários acamados, cadeirantes, que residem em localidades distantes e de difícil acesso, e os que têm dificuldade de se deslocar até a Clínica Municipal de Fisioterapia, situada na zona urbana.

Os caminhos percorridos nesta experiência, aponta para uma escuta vivenciada pelos profissionais e usuários das equipes Saúde da Família da zona rural, que foram acolhidos pela gestão municipal, proporcionando uma melhoria na qualidade da assistência prestada a referida clientela, buscando resolutividade e ênfase para o atendimento multiprofissional. O autor descreve a análise dos dados a partir dos resultados alcançados mensurados e observados na ótica qualitativa.

Atualmente a população atendida pela fisioterapia domiciliar na zona rural, perfaz um total de 71 pacientes, destacando os com limitações físicas em um número de 49,2%. Dentre as ações de reabilitação funcional, são realizados os exercícios para o aumento e melhoria da amplitude articular, de fortalecimento, respiratórios; orientações para mudanças de decúbito; treino de marcha; técnicas manuais; termoterapia, utilizando recursos artesanais e a criatividade do fisioterapeuta para o desenvolvimento dessas ações que são aliados aos métodos e técnicas cinesioterapeúticas.

A atenção cuidadosa do fisioterapeuta junto ao paciente e a parceria, indispensável, dos profissionais das ESF's e dos familiares são fatores fundamentais para o sucesso do tratamento que tem como objetivo prevenir deformidades e escaras de decúbitos; aliviar as algias; ganhar amplitude dos movimentos articulares, melhorando a função motora, proporcionando a reabilitação e/ou a melhoria das condições de vida desses indivíduos.

Além do atendimento individual realizado no domicílio, é importante ressaltar as atividades preventivas desenvolvidas com os grupos de idosos, jovens e gestantes, realizando as orientações posturais para cotidiano da vida e do trabalho, como também, os

exercícios físicos que incluem alongamentos, exercícios de fortalecimento e relaxamento.

Diante da apresentação, chamamos a atenção para os aspectos positivos, como o envolvimento das equipes de Saúde da Família, proporcionando um atendimento multiprofissional; o apoio da gestão municipal para o desenvolvimento das ações; a inserção do profissional fisioterapeuta na estratégia Saúde da Família; e o desenvolvimento da política de Educação Permanente em Saúde, possibilitando uma maior escuta as demandas dos usuários e dos serviços. Enquanto as dificuldades enfrentadas podemos perceber que o número de pacientes atendidos, dificulta a resolutividade em relação ao tratamento concluído, devido a baixa frequência no atendimento, ou seja, alguns pacientes são acompanhados mensalmente, quando necessitaria de uma visita semanal; as demandas de acompanhamento e formação de grupo, consideradas fundamentais nas diversas áreas programáticas das Saúde da Família, diminui a assistência clínica domiciliar; e as distâncias (barreiras geográficas) dificultam e diminuem o número dos atendimentos diários.

Considerando o exposto, o serviço de fisioterapia tem propiciado melhorias na qualidade de vida dos usuários, porém é cabível ressaltar a necessidade de aprimorarmos a assistência e ampliarmos o apoio, no tocante uma Política Nacional de recursos financeiros que permitam uma melhor estruturação desses serviços voltados para tecnologias leve duras de recursos humanos, na busca de um SUS integral.



PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO: UM INSTRUMENTO DE GESTÃO PARA A VIGILÂNCIA SANITÁRIA?

Autor Principal: Edna Maria Covem

Outros Autores: Anadergh Barbosa-Branco; Maria Cecília Martins Brito; Nelson Abreu Júnior; Yara Maria da Silva Leão

Instituição: Superintendência de Vigilância Sanitária/SES/GO

Município: Goiânia

Estado: Goiás

INTRODUÇÃO

O Planejamento Estratégico foi introduzido na Superintendência de Vigilância Sanitária - SVISA/SES/GO, como instrumento de gestão a partir de 1999, tendo como premissa fundamental promover modificações nos processos de trabalho, nas relações com seus usuários e gerenciamento dos recursos.

OBJETIVO

Avaliar o impacto do planejamento estratégico nos processos de trabalho e a percepção dos Técnicos e Gerentes da SVISA/SES/GO, em relação à contribuição desta metodologia como instrumento de gestão.

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo, de avaliação do planejamento estratégico como instrumento de gestão da SVISA/SES, no Estado de Goiás, no período de 1999 a 2003. Foram utilizados como instrumentos: pesquisa documental e levantamento de dados primários junto aos gerentes e técnicos de vigilância sanitária, por meio da aplicação de questionário. Este questionário abordou os aspectos: organização do serviço, desenvolvimento de recursos humanos, descentralização das ações de VISA, comunicação e divulgação e gerenciamento de risco.

RESULTADOS

A análise da pesquisa documental apontou como principais resultados a adoção de priorização de problemas, estabelecimento de metas, racionalização da utilização dos recursos e a redefinição dos processos de trabalho. A aplicação do questionário teve como resultados: 64% dos Técnicos conhecem a prioridades da gestão; 61% consideraram positiva a mudança dos processos de trabalho; 68% apontaram como positiva a aplicação de recursos; 77% afirmaram conhecer os projetos, porém têm dificuldade em se reconhecer como ator do processo: apenas 36% afirmaram ter participado de sua

execução. A avaliação de 100% dos gerentes é positiva, ao considerarem a utilização da metodologia como instrumento de gestão.

CONCLUSÃO

Os resultados permitem concluir que a utilização do planejamento estratégico contribuiu para a gestão da vigilância sanitária em Goiás, nos seguintes aspectos: mudança dos processos de trabalho, priorização de problemas, racionalização da utilização de recursos, desenvolvimento de recursos humanos, e descentralização das ações de VISA.



SENSIBILIZAÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS: UMA ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM GOIÁS

Autor Principal: Edna Maria Covem

Outros Autores: Ângela Maria Miranda Melo Cardoso; Maria Cecília Martins Brito;

Yara Maria da Silva Leão

Instituição: Superintendência de Vigilância Sanitária/SES/GO

Município: Goiânia

Estado: Goiás

INTRODUÇÃO

O Estado de Goiás possui uma grande extensão territorial, dividida administrativamente em 246 municípios, apresentando diversidades de cultura e atividade econômica, além de uma distribuição de renda desigual entre suas regiões, que hoje abrigam em torno de 7 milhões de habitantes. Esses Municípios estão divididos em 15 regiões de saúde, de acordo com critérios estabelecidos pelo Sistema de Saúde do Estado.

Num processo de crescimento econômico, encontra-se em franca expansão no Estado um parque industrial que até a poucos anos atrás era incipiente. Esse crescimento tem também proporcionado o aumento do número de estabelecimentos sob regime de fiscalização sanitária, exigindo a melhor estruturação desse serviço.

Apesar da Legislação do SUS preconizar a descentralização das ações e serviços de saúde, este processo tem se desenvolvido de forma heterogênea, quando se observa que os municípios, ao assumirem o SUS, não executam na integralidade as ações de vigilância sanitária, dentre outras.

A consequência dessa situação é que um grande percentual da população do Estado está descoberto dos serviços de vigilância sanitária, aumentando o risco de ocorrência de agravos à saúde.

Como estratégia para o fortalecimento do processo de descentralização destas ações, foram realizadas, em 2005, 15 reuniões regionais com o objetivo de sensibilizar gestores municipais para a estruturação e funcionamento dos serviços municipais de vigilância sanitária em todos os municípios goianos.

OBJETIVO

Apresentar os resultados obtidos em Goiás com a utilização da estratégia de sensibilização de gestores municipais para o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, realizada pela Superintendência de Vigilância Sanitária e Ambiental da Secretaria Estadual da Saúde no Estado de Goiás, no período de maio a dezembro de 2005.

Foram consolidados os seguintes dados: caracterização dos participantes das reuniões; avaliação das reuniões pelos participantes, por meio de aplicação de questionário com questões fechadas; temas relacionados aos principais problemas sanitários da região, abordados por solicitação prévia dos Coordenadores Regionais de Vigilância Sanitária.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização de 15 Seminários de Descentralização das Ações de VISA, de abrangência regional, para sensibilização dos gestores municipais e regionais, enquanto estratégia do Projeto de Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária e Ambiental, produziu os resultados de participação discriminados na Tabela 1:

REGIONAL	Nº MUNICÍPIOS	Nº PARTIC.
LUZIÂNIA	07	91
ITUMBIARA	21	77
PORANGATU	11	60
RIO VERDE	18	80
CAMPOS BELOS	09	91
SÃO LUIS DE MONTES BELOS	12	73
URUAÇU	09	59
CATALÃO	14	74
FORMOSA	10	53
JATAÍ	10	101
GOIÁS	16	63
CERES	19	80
IPORÁ	12	64
GOIÂNIA	40	126
ANÁPOLIS	11	70
TOTAL	219	1.162

Tabela 1 – Distribuição do número de participantes e de municípios representados por reunião de sensibilização de gestores municipais, no período de maio a dezembro de 2005.

Fonte: Gerência de Integração e Projetos/SVISA/SES/GO, 2005.



O público-alvo desses eventos foi composto por Prefeitos Municipais, Secretários Municipais de Saúde, Promotores do Ministério Público, Conselheiros de Saúde, Profissionais de Saúde e de Vigilância Sanitária, e representantes das Secretarias Municipais de Educação, Meio Ambiente, Agricultura, Ciência e Tecnologia. Do total de 1.162 participantes de 219 dos 246 Municípios goianos, compareceram 38 Prefeitos Municipais, 104 Secretários Municipais de Saúde, 11 representantes de Câmaras Municipais, 83 representantes de Conselhos de Saúde e Órgãos afins, e a grande maioria dos participantes foi representada por profissionais de saúde e de vigilância sanitária, num total de 918. A Figura 1 demonstra, em valores percentuais, a composição dos participantes:

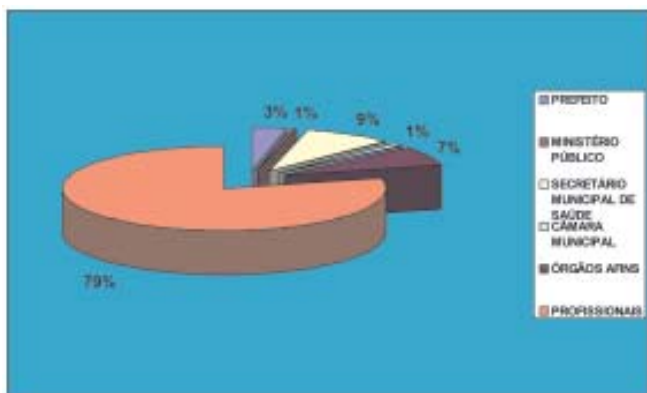


Figura 1 : Demonstrativo da composição dos participantes das reuniões de sensibilização de gestores municipais, no período de maio a dezembro de 2005.

Fonte: Gerência de Integração e Projetos/SVISA/SES/GO, 2005.

Entretanto, quando se compara a representação dos participantes em relação ao número de municípios do Estado, os dados obtidos demonstram que a vigilância sanitária ainda não se configurava como área prioritária na agenda de saúde dos gestores municipais, conforme Tabela 2:

CATEGORIA	QUANTITATIVO	% EM RELAÇÃO AO Nº DE MUNICÍPIOS (246)
PREFEITO	38	15,44
SEC. MUN. SAÚDE	104	42,30
ÓRGÃOS AFINS	83	33,73
MINISTÉRIO PÚBLICO	08	3,30
CÂMARA MUNICIPAL	11	4,50

Tabela 2 – Distribuição do número de participantes por categoria em relação ao número de municípios do Estado, presentes nas reuniões de sensibilização de gestores municipais, no período de maio a dezembro de 2005.

Fonte: Gerência de Integração e Projetos/SVISA/SES/GO, 2005.

Ao final de cada reunião, foi solicitado aos participantes que respondessem ao questionário de avaliação do evento, e os resultados estão na Tabela 3:

AVALIAÇÃO	ÓTIMO		BOM		REG		RUIM		TOTAL
	T	%	T	%	T	%	T	%	
Conteúdo do evento: atualizado, informativo, útil	302	59	197	38	11	0,2	-	-	510
Contribuição do evento para aquisição de novos conhecimentos	278	54	211	41	21	0,4	-	-	510
Local de realização	332	58	19	38	11	0,1	03	0,05	565
Interação dos palestrantes com os participantes	268	50	226	42	38	0,7	-	-	532
Qualidade das apresentações	257	52	211	43	17	0,3	-	-	485

Tabela 3: Demonstrativo da avaliação das reuniões de sensibilização de gestores municipais do Estado de Goiás, no período de maio a dezembro de 2005.

Fonte: Gerência de Integração e Projetos/SVISA/SES/GO, 2005.

A programação da reunião, com duração de 8 horas, em um dia de trabalho, foi trabalhada em dois momentos distintos: o primeiro, de enfoque político, tratou da apresentação da vigilância sanitária como área da saúde pública responsável pelas ações de proteção e promoção da saúde e dos recursos financeiros disponíveis para o custeio dessas ações.

O segundo momento, de enfoque técnico, contemplou a apresentação de palestras sobre temas relacionados aos principais problemas sanitários da região, e que foram previamente informados ao grupo organizador dos eventos. Os temas mais frequentes foram: Resíduos de todos os tipos e Segurança Alimentar, apresentados em 12 reuniões; Vigilância à Saúde do Trabalhador, apresentado em 03 eventos; Intoxicações Exógenas e por Agrotóxicos apresentado em 02 eventos, e Poluição do Ar, apresentado em 01 evento.

Além desses temas, em todas as reuniões foram apresentadas as atividades realizadas pelo Centro de Informações Toxicológicas – CIT, e a situação do Programa de Controle da Qualidade da Água para consumo humano - SISÁGUA, enquanto unidades integrantes da Superintendência.

CONCLUSÃO

Após a realização dos 15 eventos, a Superintendência de Vigilância Sanitária e Ambiental/SES/GO está acompanhando as modificações ocorridas em relação à descentralização da vigilância sanitária nos Municípios de Goiás, por meio das Coordenações Regionais de VISA, e os resultados observados até agora são:

- Estruturação e funcionamento de serviços municipais de vigilância sanitária pelas Secretarias Municipais de Saúde;
- Realização de concurso público para efetivação dos profissionais de vigilância sanitária pelas Secretarias Municipais de Saúde;
- Aumento substancial do cadastramento dos Sistemas de Abastecimento de Água pelos Municípios, com a implantação do controle da qualidade da água;
- Participação dos Secretários Municipais de Saúde na construção do Plano Diretor de Vigilância Sanitária em Goiás;
- Criação do Núcleo de Vigilância Sanitária no COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de Goiás.



GESTÃO DEMOCRÁTICA E CONTROLE SOCIAL NO SUS - ESTUDO DA CONSULTA AMPLIADA PARA INDICAÇÃO DOS GERENTES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE GOIÂNIA - 2001

Autor: Principal: Edsaura Maria Pereira

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

Município: Goiânia

Estado: Goiás

O aprofundamento da descentralização na construção do SUS, no Brasil, tem acentuado a necessidade de incremento nas relações e processos de trabalho, assim como na capacidade gerencial dos sistemas de saúde nos municípios. Um dos desafios colocados é sobre os modos de governar estabelecimentos de saúde com a constituição de poderes centrados na multiplicidade de interesses dos atores do SUS. A Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia propôs implantar em 2001 uma gestão participativa, tendo como prioridade a participação direta da população na constituição das gerências das unidades básicas de saúde. Para isso realizou uma consulta ampliada para escolhas dos gerentes das 47 unidades básicas existentes na época, com a participação de todos os atores do SUS em Goiânia e a adoção de critérios técnicos para a indicação destes dirigentes. Esta proposta foi pautada pela orientação do governo que se instalou na capital (gestão 2001-2004) de uma coligação de esquerda tendo à frente o Partido dos Trabalhadores, e que trazia como diretriz a constituição de uma administração democrática e popular. Este estudo qualitativo e descritivo orienta-se para a análise desta experiência realizada em Goiânia descrevendo os momentos do processo, conhecendo os pontos positivos e pontos negativos na visão dos condutores da consulta ampliada e identificando possíveis contribuições à organização do sistema de saúde em Goiânia. Os dados coletados por meio de revisão documental e entrevistas com informantes chave foram ordenados e classificados em categorias organizadas em uma matriz de análise. Essa técnica possibilitou a recuperação de elementos para a descrição do processo como: o fluxo das discussões, a cronologia, as responsabilidades e papéis dos atores e instituições, a composição dos participantes do processo, o perfil e os critérios para a indicação dos candidatos a gerentes.

Com a realização da consulta ampliada para escolha dos gerentes das UBS de Goiânia, o executivo municipal procurou adotar uma estratégia visando fortalecer a cidadania consciente, crítica e participativa, que levasse a uma gestão mais democrática nas unidades de saúde e promovesse uma escolha criteriosa e transparente desses dirigentes.

O executivo municipal avançou mais quando, além da construção de critérios, propôs democratizar o processo de

escolha, ampliando o diálogo com outros atores organizacionais, explicitando a importância da atitude dos dirigentes políticos para o alargamento desses espaços de participação. Esta experiência comprova a justeza das diretrizes do SUS que avançam cada vez mais no rumo da descentralização, municipalização e distritalização dos sistemas de saúde, remetendo para o cotidiano das unidades a construção de ações e a execução de políticas que mobilizem os atores locais.

Portanto é essencial a existência de instituições e entidades que organizem e consolidem a atuação desses setores na definição de políticas de saúde. Para isso foi fundamental o papel desempenhado pelo Conselho Municipal, pelos conselhos locais e sindicatos de trabalhadores das áreas da saúde, como instrumentos de democratização da escolha das gerências das UBS de Goiânia, que juntamente com o nível central da SMS, procuraram transmitir com transparência os objetivos da consulta ampliada, assim como as regras de participação no processo.

A definição de critérios de competência para o cargo, conhecimento e comprometimento com o SUS aliado a aspectos formais, como vínculo empregatício, grau de escolaridade etc., foram referenciais importantes e presentes durante todo o processo de formulação das listas dos indicados, além de constituir o principal argumento para a realização da consulta ampliada, que foi o da substituição de indicações meramente políticas, por indicações que levassem em conta a competência técnica dos gerentes.

Ressalta-se ainda a condução do processo ter sido realizada por equipe tripartite de trabalhadores, usuários e SMS o que conferiu isenção na coordenação e estimulou a mobilização desses setores.

Contudo foram observadas lacunas na construção dessa experiência. Apesar da significativa mobilização, os depoimentos assinalaram pouco debate nas reuniões, evidenciando que além da falta de tradição de participação, é real o despreparo dos trabalhadores e usuários para a discussão das questões do SUS. Ficou evidente nessa proposta, que apesar da definição de critérios e da busca de perfis, a atuação do gerente de unidade básica de saúde está vinculada a outros aspectos, entre eles o da formação



dos profissionais e o da qualificação dos outros atores dos sistemas de saúde.

A não realização de avaliação das gerências escolhidas e a descontinuidade da participação dos trabalhadores e usuários na indicação da substituição dos gerentes, demonstraram debilidades dos níveis central e local na condução do desempenho cotidiano das unidades, apontando para a necessidade de se avançar nas parcerias SMS, usuários e trabalhadores.

O monitoramento e a avaliação das ações de saúde precisam ser desenvolvidos como garantia do incremento dos processos de trabalho, assim como, dos avanços na produção dos atos de saúde e na democratização das gestões.

Em última análise, pelo aspecto singular da proposta, de se combinar a democratização do processo de escolha de gerentes de unidades de saúde com critérios técnicos e gerenciais, e pelos resultados obtidos, pode-se considerar que essa foi uma experiência bem sucedida na gestão do SUS em Goiânia. Com certeza a análise mais minuciosa dos resultados alcançados muito contribuirá para o desenvolvimento de modelos gerenciais mais aperfeiçoados, nas próximas administrações desse município.



UTILIZAÇÃO DO SISTEMA INFORMATIZADO HIPERDIA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor Principal: Edson Aguilar Perez
Instituição: Ministério da Saúde
Município: São Bernardo do Campo
Estado: São Paulo

O Ministério da Saúde, dentro do Plano de Reorganização ao Atendimento aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, disponibilizou para todos os municípios brasileiros uma importante ferramenta que é o Sistema Informatizado HiperDia, que permite cadastrar e acompanhar esses pacientes. Como essas patologias geram uma grande demanda nos serviços de Saúde da Família implantados em nosso país, decidimos aqui abordar sua utilização.

Com a implantação do Sistema Informatizado HiperDia podemos quantificar o número de pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, e diferente do SIAB, podemos qualificá-los em Hipertensão Arterial, Hipertensão Arterial associada a Diabetes tipo I ou tipo II, Diabetes tipo I ou tipo II. Essa possibilidade de quantificação e qualificação possibilita à Unidade de Saúde da Família traçar estratégias para o agendamento das consultas desses pacientes, avaliar a quantidade de grupos educativos e temas a serem abordados, estabelecer cronogramas para Visitas Domiciliares levando em conta a existência de pacientes seqüelados, e, moldar a Educação Continuada para todos os profissionais das equipes. Com o preenchimento adequado da Planilha de Acompanhamento a Unidade poderá obter relatórios de pacientes faltosos, em prazos determinados, e avaliar a realização de exames complementares. Ainda no item Agendamento podemos nos valer dos critérios para definir os intervalos entre as consultas: pacientes já seqüelados ou com escore de Framingham elevado terão retornos mais curtos em relação aos com escore baixo, sem seqüelas e que se encontram estabilizados. Os óbitos de portadores dessas patologias, já cadastrados na Unidade, também deverão ser conhecidos e os dados devidamente trabalhados.

A discussão dos dados obtidos no Sistema poderá ser tema de Reuniões de Equipes ou de Reuniões dentro da Unidade da Saúde, visto que a demanda por insumos, medicação, consultas e visitas domiciliares também será inferida com base em seus Relatórios.

O Sistema Informatizado HiperDia irá colaborar sobremaneira no conhecimento da área adscrita, na avaliação de demandas, informações epidemiológicas e facilitar a discussão dos problemas de saúde com a comunidade, questões primordiais para o Programa de Saúde da Família.



SISTEMA INFORMATIZADO HIPERDIA – CADASTRO E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES

Autor Principal: Edson Aguilar Perez

Outros Autores: Rosa Maria Sampaio Vilanova de Carvalho

Instituição: Ministério da Saúde

Município: São Bernardo do Campo

Estado: São Paulo

Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, temos observado um incremento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e concomitante aumento nos custos do Sistema de Saúde. O Ministério da Saúde, desde 2001, definiu e implementou um Plano de Reorganização para o atendimento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, com ênfase na Atenção Primária. Esse trabalho foi uma parceria com as Sociedades Científicas de Hipertensão Arterial, Cardiologia, Nefrologia, Diabetes, Endocrinologia e Metabologia, e entidades de pacientes com essas patologias, dos 27 Estados brasileiros e Distrito Federal; e de 5.563 municípios através de representações como CONASS e CONASEMS.

No sentido de reorganizar os serviços, muitos deles baseados apenas no atendimento da demanda espontânea, sem continuidade no tratamento, o Plano priorizou inicialmente: 1 – detecção de casos suspeitos; 2- elaboração de protocolos; 3- qualificação dos profissionais visando o melhor atendimento dos pacientes; 4- garantia da Assistência Farmacêutica de maneira universal, com distribuição gratuita de medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e Insulina; e 5- um Sistema Informatizado – o HIPERDIA.

HIPERDIA é um sistema informatizado com interface na Internet, que permite cadastrar e acompanhar os pacientes atendidos nos diversos serviços do SUS, e posteriormente avaliar seus dados em site específico do DataSus, órgão do Ministério da Saúde que cuida dos sistemas informatizados.

Nesse site podemos obter diversos Relatórios e Gráficos, que vão desde a base nacional de dados, até a estadual e por fim a municipal. Isso nos permite verificar o número de pacientes com as patologias: Hipertensão Arterial, Diabetes tipo II, Diabetes tipo I, Hipertensão Arterial associada a Diabetes tipo II e Hipertensão Arterial associada a Diabetes tipo I. É ainda possível se conhecer dados de risco global, sexo, seqüelas.

Na utilização do HiperDia no município, podemos avaliar o número de pacientes por patologias, por sexo e o consumo de medicamentos. Outro Relatório importante é o que visualiza a

Ficha Clínica de cada paciente com seus dados desde o Cadastro até a última consulta de Acompanhamento.

Todos esses relatórios permitirão às equipes de saúde planejar Ações Educativas visando a mudança do estilo de vida dos seus pacientes, programação de Visitas domiciliares, requisição de medicamentos, assim como monitoramento da qualidade do atendimento prestado.

As informações obtidas no site do DataSus, na data de 22 de Fevereiro de 2006, registram que 4.038 municípios participam do HiperDia, com um total de 3.986.606 pacientes cadastrados, dos quais 67,94% são do sexo feminino e 32,06% do masculino. Desse total 73,82% são hipertensos; 17,35% são hipertensos e diabéticos tipo II; 5,01% hipertensos com diabetes tipo I; 2,89% com diabetes tipo II e 0,92% com diabetes tipo I. Dos hipertensos temos que 25,64% apresentam a patologia com Alto Risco. No item Idade, verificamos que 48,65% apresentam mais que 60 anos de idade, sendo que as mulheres se cadastram em faixas etárias mais baixas e apresentando menos seqüelas que os homens. Quanto aos fatores de risco observamos que 43,34% apresentam sobrepeso ou obesidade, 55,4% referem ser sedentários e 17,97% fumantes.

Quando avaliamos as seqüelas verificamos que 5,61% referem Infarto Agudo do Miocárdio; 8,48% coronariopatias; 6,26% Acidente Vascular Cerebral; 0,52% Amputação causada por Diabetes; 1,20% Pé diabético e 6,51% Doença Renal.

Assim temos que o Sistema Informatizado HiperDia é um eficiente instrumento que devidamente utilizado irá colaborar no conhecimento da magnitude das doenças crônicas aqui referidas, planejamento de atividades e avaliação da qualidade dos serviços, desde a Unidade de Saúde até o país como um todo.



ORGANIZAÇÃO DA ACESSIBILIDADE DO USUÁRIO AO SISTEMA SUS UTILIZANDO A COBERTURA DE 100% DO PSF EM PATOS

Autor Principal: Eisenhower Alves de Brito Segundo

Outros Autores: Maria Vilany de Jesus Batista Gomes

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Patos

Município: Patos

Estado: Paraíba

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família surgiu em Patos no ano de 1998 com a implantação de 02 Unidades de Saúde da Família (USF) e dois anos após em 2000 mais 04 USFs foram implantadas, nesse início de implantação o PSF foi, entendido pelo Município como estratégia assistencial complementar à Rede de Atenção Básica. Em 2004, a estratégia adotada, portanto, é a de substituir todo modelo vigente. Portanto o PSF atingiu seu auge nesse ano (2004) quando foram implantadas, sem nenhum planejamento prévio, 24 equipes de saúde da família totalizando 32 ESFs em apenas 24 USFs, portanto não houve a devida adequação das unidades para esse novo modelo assistencial. Em 2005 a cidade de Patos passou por uma reorganização da rede básica que adota o modelo do Programa de Saúde da Família. Dentro dessa nova política de atenção básica houve a redistribuição de USFs que representam uma cobertura populacional de 100% e passaram a constituir, para sua área de abrangência, como a porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde, é nas USFs que se dá o primeiro contato e onde se estabelece o maior vínculo da equipe de saúde com a população usuária do SUS.

OBJETIVOS

- Ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde, garantindo que a prestação destes com qualidade, objetivando identificar e controlar os problemas de saúde caracterizados como prioritários;
- Propiciar o fortalecimento do vínculo entre as equipes de saúde da família e a população residente nas áreas de abrangência das unidades de saúde, através do desenvolvimento das ações básicas de saúde;
- Adequar a rede física das unidades de saúde, no intuito de garantir o acesso da população a serviços de saúde com qualidade técnica;
- Investir no desenvolvimento de um programa de educação permanente para os trabalhadores da saúde, propiciando a mudança de práticas e a conseqüente qualificação dos mesmos para o desenvolvimento de ações mais eficientes e eficazes;

METODOLOGIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Patos buscou a integralidade da atenção à saúde e o re-ordenamento do modelo de atenção à saúde voltada para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção e de recuperação à saúde, através de uma série de ações e atividades ao longo de todo o ano de 2005, buscando a melhoria da assistência à saúde no âmbito do município.

PRODUTOS

Foram seguidas as seguintes etapas de reestruturação do PSF em Patos:

- Remapeamento de toda a cidade e redistribuição de micro-áreas de abrangências de unidades de saúde.
- Capacitação constante, através de oficinas de trabalho para todos os níveis e estímulo à educação em serviço.
- Fortalecimento do modelo de gerência, que seja participativo e descentralizado, que promova autonomia, comunicação lateral, conformando uma rede de responsabilidade e compromisso, através de reuniões periódicas pelas equipes;
- Redimensionamento dos recursos humanos e materiais através da contratação, realocação ou aquisição, tendo como parâmetro os perfis dos problemas e dos procedimentos que cada uma das Unidades executa;
- Desenvolvimento da cultura do "nosso" e não do "meu", visando à cooperação entre as Unidades de Saúde, com o objetivo de humanizar o atendimento; e
- Garantia da participação do Conselho Municipal de Saúde nos espaços de discussão e de atuação no serviço, fortalecendo a parceria.

RESULTADOS

- Melhoria no atendimento à comunidade;
- Maior participação da população junto às equipes do PSF;
- Maior integração entre profissionais;



- Melhoria da estrutura física das unidades de saúde da família;
- Aumento percentual de crianças até 4 meses em aleitamento materno exclusivo de 62,3 em 2000 para 66,44 em 2005; diminuição da taxa de mortalidade infantil global de 34,69 em 2000 para 29,1/1000nv em 2005.
- Aumento do % de gestantes com pré-natal em dia, de 82,15 em 2000 para 91,07 em 2005, aumento do percentual de gestantes com vacina em dia, de 87,47 em 2000 para 94,95 em 2005, aumento de diabéticos acompanhados, de 97,45 em 2000, para 98,81% em 2005 e hipertensos de 96,78 em 2000 para 98,87% em 2005.
- Ampliação do acesso da população a serviços prestados pelas unidades de saúde da família como demonstramos no quadro abaixo:

COMPARATIVO DAS ATIVIDADES EXECUTADAS POR CATEGORIA PROFISSIONAL DAS U.S.F. EM PATOS NOS ANOS DE 2004 E 2005.				
	2004	2005	INCREMENTO	%
ACS	230.622	264.119	33.497	15
MEDICOS	89.988	125.850	35.862	39,85
ENFERMEIROS	28.573	66.355	37.782	132,22
ODONTOLÓGOS	70.475	131.098	60.623	86

CONCLUSÃO

As referidas estratégias contribuíram no aprimoramento e consolidação do SUS em Patos, pois conferem reorientação do fluxo das ações básicas de saúde e têm como elemento essencial em sua atuação o desenvolvimento de ações e serviços de saúde voltada para a família.



PROJETO: PREVENÇÃO CONSCIENTE, ARRAIAS SEM DENGUE

Autor Principal: Elãine Aires Nunes

Outros Autores: Kellyanne Marques Vieira Angelim; Secretária Municipal de Saúde

Instituição: Conselho Municipal de Saúde de Arraias

Município: Arraias

Estado: Tocantins

As dificuldades de erradicar o mosquito transmissor da DENGUE, o *Aedes Aegypti*, que se multiplica nos vários recipientes que podem armazenar águas de chuvas, produzidos nos lixos das cidades (garrafas, latas, pneus, sacolas plástica e outros), têm exigido um esforço substancial do setor saúde para o controle da referida doença.

Em 2004 foram notificados e confirmados, em Arraias-TO, um total de 28 (vinte e oito) casos de Dengue para uma população de aproximadamente 11.000 (onze mil) habitantes.

Face ao exposto, emergiu a necessidade de sistematizar ações para a superação das falhas relativas à Gestão da Vigilância em Saúde neste Município.

Dáí o Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde em prol de reduzir para 0 (zero) o número de notificações e confirmações de casos de Dengue no Município e ainda, de estabilizar em 0 (zero) durante os anos de 2006 - prazo inicial de sua vigência - a 2008.

Portanto, o presente projeto trata-se de um planejamento de ações para erradicação de casos de Dengue no Município de Arraias.

O Ministério Público, juntamente com a Administração Municipal e outros órgãos, a empreenderam uma Força Tarefa para limpeza e combate dos focos criadouros em janeiro de 2005. Tal ação mostrou-se eficaz, pois durante o ano de 2005 não fora registrado nenhum caso da doença, conforme informações do SINAN-W, Estado do Tocantins.

O objetivo principal do Projeto é prevenir a ocorrência de casos de dengue no Município de Arraias, com o propósito de estabilizar em 0 (zero), o número de ocorrências de casos de Dengue no Município de Arraias.

A metodologia seguiu o seguinte roteiro:

1. Busca por parcerias e voluntários – contamos com a parceria de muitas Instituições, no entanto o número de voluntários não atendeu as expectativas;
2. Reuniões e palestras com a comunidade local – o resultado foi positivo. Já conseguimos grande adesão da comunidade escolar e moradores em relação à limpeza e vigilância de novos focos;

3. Passeata pelo combate à Dengue – contamos com aproximadamente 20% (vinte por cento) dos habitantes do Município e repercussão de mídia local e Estadual;

4. Arrastão da limpeza, abrangendo 100% (cem por cento) dos imóveis urbanos para o extermínio dos criadouros detectados;

5. Fiscalização constante pelos Agentes de Vigilância a Saúde e Agentes Comunitários de Saúde e atendimento imediato às denúncias, propiciou maior agilidade em relação à exterminação dos criadouros e borrifação em imóveis com larvas positivas constatadas em exames no laboratório local.

Foi fácil contarmos com o apoio logístico, envolvimento da equipe da Secretaria Municipal de Saúde Secretaria de Desenvolvimento Urbano e Conselheiros. Em contrapartida encontramos dificuldade em conquistarmos voluntários para o arrastão da limpeza urbana. Por isso estamos estudando soluções para tal dificuldade.

O resultado alcançado até Abril/2006 é satisfatório, pois constatamos o alcance da meta proposta apesar da quantidade de casos registrados em todo o País, inclusive em cidades muito próximas do Município, continuamos ilesos.



PROMOÇÃO DE SAÚDE TRAILER OFTALMOLÓGICO NA GESTÃO DE SAÚDE PRA A DIMINUIÇÃO DO ABSENTEÍSMO NAS COLSULTAS OFTALMOLÓGICAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Autor Principal: Eliana Arroyo Rston

Outros Autores: Regina Maura Zetone Grespan; Sandra Beer; Antonieta Minelo; Alexandra Marçal;

Instituição: Diretoria de São Caetano do Sul

Município: São Caetano do Sul

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

A inclusão da comunidade na gestão de saúde tem sido um dos grandes desafios dos gestores. Levar para a comunidade serviços sem este serviço perca a qualidade trazendo sempre a resolutividade e equidade no tratamento. O tratamento oftalmológico, e sempre um tratamento caro e de acesso difícil por este motivo os erros refrativos que necessitem de correção ótica e patologia das crianças e adolescentes.

OBJETIVO

Este programa teve como objetivo determinar a prevalência de comparecimento das crianças encaminhadas para triagem oftalmológica, antes e após a utilização do trailer oftalmológico.

METODOLOGIA

O trabalho foi realizado em 08 escolas do município de São Caetano do Sul, fizeram parte da amostra 3826 crianças divididas em 2 grupos – Grupo A 1914 crianças que freqüentavam escolas municipais nos anos de 2005 e 2006 foram examinadas nas unidades Básicas de Saúde por dois oftalmologistas. Grupo B foi composto por 1912 Crianças que freqüentavam escolas municipais nos anos de 2005 e 2006, no trailer oftalmológico na própria escola. O trabalho e desenvolvido durante o ano todo, porém para este trabalho foi escolhido um mesmo grupo nos mesmos meses nos anos 2005 e 2006.

RESULTADOS

Na amostra A, a prevalência de crianças consideradas normais foi de 79,86%, apresentando 17,65% de faltas no dia da triagem. Ocorreu 51,3% de faltas nos pacientes encaminhados para o exame oftalmológico completo, realizado nas Unidades de saúde. Necessitaram de prescrição ótica 4,62% das crianças. Em relação à

amostra B, a prevalência de crianças normais foi de 71,82%, apresentando 12,44% de faltas no dia da triagem. Ocorreu 17,41% de falta nos pacientes encaminhados para exames oftalmológicos completos. Necessitam de prescrição ótica 14,21% das crianças.

Aprendizado com a vivência facilidades e dificuldades: A aprendizagem deste trabalho e a facilidade na assistência a saúde e no controle e detecção de patologias oftalmológicas. A facilidade foi o numero reduzido de faltas na consulta oftalmológica, trazendo maior facilidade para os pais e professores. Este trabalho leva a saúde da criança para escola. O trabalho tem uma abrangência muito maior. Dificuldades e a manutenção do equipamento, à necessidade desta manutenção semanal por técnicos.

	Exames em UBSs		Trailer Oftalmológico	
	2005	s	2006	media
Esperado	1914	1,4	1912	1913
Examinado	1577	33,2	1530	1553,5
Faltou na triagem	337	76,3	229	283
Ortoforica	979	75,3	1086	1032,5
Encaminhado para exame	332	79,1	444	388
Faltaram no exame	200	102,5	75	147,5
Prescritos	60	6,3	51	55,5
Orientados	72	14,8	318	61,5

CONCLUSÃO

Este trabalho mesmo sendo em um município com perfil sócio-econômico privilegiado, a prevalência de faltas no atendimento oftalmológico após a triagem mudar com a introdução do trailer na própria escola, a taxa de faltas caiu sensivelmente em poucos meses de utilização, fica evidente a maior participação do publico alvo neste programa.



UMA EXPERIÊNCIA BEM SUCEDIDA DE PARCERIA ENTRE A LIGA DE SAÚDE INTEGRAL DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO E EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE TALHADO; SÃO JOSÉ DO RIO PRETO; NA BUSCA ATIVA DE HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS NO TERRITÓRIO DA ESF; 2

Autor Principal: Eliana Márcia Sotello Cabrera

Outros Autores: Maria Luiza Benício Gonçalves; Talita Cordeschi; Luciana Harumi Fujise; Larissa Ferreira Panazzolo; Ana Beatriz Mateus Pires; Daiane Bonfim; Celina Dias e Santos Lazzaro; Enfa. Alessandra; Dr. Ubiratan

Instituição: Equipe de Saúde da Família de Talhado e Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Município: São José do Rio Preto

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

As doenças do aparelho circulatório são desde a década de 60, a primeira causa de morte no Brasil, o que representa um importante problema de saúde pública para o país. Um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças é o Diabetes Mellitus, que pode ter como consequência freqüente o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vascular cerebral (AVC), a insuficiência renal crônica, a amputação de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais. A detecção precoce dos casos de diabetes pode oportunizar a prevenção dessas possíveis complicações, além de favorecer o estabelecimento do vínculo entre os pacientes e os profissionais da atenção básica, o que é imprescindível para o controle adequado da doença¹. A Hipertensão Arterial (HAS) é uma doença de elevada prevalência em nosso país, atingindo cerca de 20% da população adulta jovem e 50% da população idosa, e é importante fator de risco para a doença cardiovascular². Estima-se que a Hipertensão Arterial atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de AVC, 60% dos casos de IAM e 40% das aposentadorias precoces. Estima-se ainda que haja um gasto de R\$ 475.000.000,00 com 1,1 milhão de internações por ano. O alto custo social é evidente, portanto. A identificação de vários fatores de risco para hipertensão arterial, muito colaboraram para os avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas para os altos índices pressóricos: os tratamentos farmacológicos e os não-farmacológicos³. Em uma população adscrita em território da Saúde da Família (SF) existente há mais de 05 anos, o conhecimento da população em todos os aspectos de seu perfil, as vulnerabilidades, barreiras geográficas, associado a experiências bem sucedidas na busca constante da integralidade, equidade pela Equipe de Saúde da Família, associado ao conhecimento técnico-científico e à

possibilidade de parceria com a Instituição de Ensino Médico e de Enfermagem, mobilizaram a concretização da parceria em favor da realização de uma Busca Ativa de hipertensos e/ou diabéticos silenciosos, ou seja, não diagnosticados até então. A Campanha de Detecção de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus foi desenvolvida pela própria ESF de Talhados (distrito de São José do Rio Preto, SP) em parceria com a Liga de Saúde Integral da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – LISIF/FAMERP, uma vez que o número de pacientes portadores dessas doenças estava abaixo dos níveis estimados para a população brasileira pelo Ministério da Saúde.

OBJETIVO

Busca ativa de casos não diagnosticados e/ou não tratados de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, para o planejamento adequado da ação de saúde adequada à situação epidemiológica encontrada, desenvolvimento de ações articuladas de promoção da saúde, prevenção, tratamento e controle dessas doenças, na busca da Integralidade, Equidade e Universalidade no atendimento da população do território da ESF¹.

METODOLOGIA

A divulgação da campanha na comunidade foi realizada pelos agentes comunitários de saúde (ACS) nas visitas domiciliares e através de cartazes informando o dia, local e horário em cada micro-área. O evento ocorreu em dois sábados do mês de outubro de 2005. Foram montados postos de atendimento em locais estratégicos no território e os materiais utilizados na Campanha, foram cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Higiene de São José do Rio Preto (SMSH). Foi realizado aferição da glicemia e da pressão arterial, orientação para mudança no estilo de vida,



modificação da dieta, exercícios físicos e importância do tratamento adequado. Hipertensos eram os indivíduos acima de 15 anos com pressão arterial igual ou acima de 140/90 mmHg. A glicose alterada, os que a glicemia de jejum foi maior que 110 mg/dL, somente acima dos 35 anos ou com história familiar de Diabetes, independente da idade.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Conseguiu-se garantir maior agilidade no processo e execução do trabalho com o estabelecimento da parceria ESF-LISIF/FAMERP, além da possibilidade de avaliação posterior com o apoio científico e acadêmico da FAMERP, bem como contribuir como campo de ensino em serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados apresentados torna-se evidente que campanhas voltadas para detecção de novos casos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são ações fundamentais e eficazes para seu controle e prevenção de suas complicações. Ainda, assegura-se a integralidade na medida em que há vigilância em saúde das doenças crônico-degenerativas. Resulta em um planejamento adequado de estratégias e ações de saúde, oferecendo a possibilidade de melhoria da qualidade de vida. Foi uma experiência bem sucedida, podendo servir como modelo para territórios outros de SF.

BIBLIOGRAFIA

1. Barbosa, R.B., Barceló, A., Machado, C.A.. Campanha Nacional de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes Mellitus no Brasil: Relatório Preliminar. Rev.Panamericana de Salud 2001, 10(5).
2. Oliveira, P.G. Hipertensão Arterial e Percepção do Conhecimento entre Idosos do Município de Jaborandi – SP, 2005.
3. Zaitune, M.P.A. , Barros, M.B.A, César, C.L.G., Carandina, L., Goldbaum, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Fevereiro 2006; 22(2):285-294.

Uma experiência bem sucedida de parceria entre a Liga de Saúde Integral da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e Equipe de Saúde da Família de Talhado, na busca ativa de hipertensos e/ou diabéticos no território da ESF, 2005.

Equipe: Eliana Márcia Sobrinho Cabrera¹; Maria Luiza Benício Gonçalves²; Tália Cordosoli³; Luciana Harumi Fujise⁴; Larissa Ferreira Parazzolo¹; Ana Beatriz Matheus Pires¹; Daniela Boeira⁵; Celina Dias e Santos Lazzaro⁶; Enfa. Alinevânia⁷; Dr. Ubirajara⁸

¹ DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA - BIOCAMP/USP
² ALUNAS DA GRADUAÇÃO DA REGIÃO E LIGA DE SAÚDE INTEGRAL - LISIF/FAMERP
³ ALUNAS DA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM E LIGA DE SAÚDE INTEGRAL - LISIF/FAMERP
⁴ ALUNAS DA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM E LIGA DE SAÚDE INTEGRAL - LISIF/FAMERP
⁵ EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE TALHADO - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP. FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP

Hipertensão Arterial Sistêmica
 Estimativa:
 20% da população adulta jovem
 50% da população idosa
 80% das casas de AVC
 60% das casas de IAM
 40% das aposentadorias precoces

Diabetes Mellitus
 Estimativa:
 ~10% da população adulta
 COMPLICAÇÕES IMPORTANTES:
 Infarto agudo do miocárdio (IAM)
 Acidente vascular cerebral (AVC)
 Insuficiência renal crônica
 Amputação de pés e pernas
 Cegueira definitiva
 Abortos e azar materno perinatais.

INTRODUÇÃO
 Implementada em junho de 1997 (8 anos), Distrito de São José do Rio Preto, SP, 2.899 pessoas cadastradas e 9 equipes.

Parceria Serviço-Ensino: USF-LISIF
 Busca de **Integridade, Equidade e Universalidade** no atendimento da população do território da ESF.

OBJETIVOS
 Garantir maior agilidade no processo e execução do trabalho
 Avaliação posterior com o apoio científico e acadêmico
 Contribuir como campo de ensino em serviço.

METODOLOGIA
 Divulgação em cada micro-área
 Material: Secretaria Municipal de Saúde e região São José do Rio Preto (SMMH)
 Cartazes, jogos educativos

AÇÕES
 - aferição de glicemia
 - aferição da pressão arterial
 - orientação sobre estilo de vida
 - Dieta
 - exercícios físicos
 - importância do diagnóstico precoce
 - importância do tratamento adequado

RESULTADOS
 2599 habitantes cadastrados
 282 pessoas atingidas pela Campanha (10,89%)
 61 casos de possível DM (21,6%)
 87 possíveis casos de hipertensão, (30,8%)

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA
 - Assegura-se a integralidade na medida em que há vigilância em saúde das doenças crônico-degenerativas.
 - Resulta em um planejamento adequado de estratégias e ações de saúde, (possibilidade de melhoria da qualidade de vida).
 - Experiência bem sucedida, MODELO para outras USF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS
 Campanhas voltadas para detecção de novos casos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são ações fundamentais e eficazes para seu controle e prevenção de suas complicações. Ainda, assegura-se a integralidade na medida em que há vigilância em saúde das doenças crônico-degenerativas. Resulta em um planejamento adequado de estratégias e ações de saúde, oferecendo a possibilidade de melhoria da qualidade de vida. Foi uma experiência bem sucedida, podendo servir como modelo para territórios outros de SF.

BIBLIOGRAFIA
 1. Barbosa, R.B., Barceló, A., Machado, C.A.. Campanha Nacional de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes Mellitus no Brasil: Relatório Preliminar. Rev.Panamericana de Salud 2001, 10(5).
 2. Oliveira, P.G. Hipertensão Arterial e Percepção do Conhecimento entre Idosos do Município de Jaborandi – SP, 2005.
 3. Zaitune, M.P.A. , Barros, M.B.A, César, C.L.G., Carandina, L., Goldbaum, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Fevereiro 2006; 22(2):285-294.

RESULTADOS
 Os novos casos detectados foram reavaliados pela ESF por convocação do ACS. Aos possíveis hipertensos foi solicitado um MAPA, duas vezes por semana por um mês, e os com alteração na taxa de glicose realizaram consulta, novos exames e avaliação dos resultados. Havendo alterações nesses exames, foram agendadas consultas médicas e seguidos o Protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Município, que é baseado nos protocolos do Ministério da Saúde. A USF de Talhados possui 2599 pessoas cadastradas. 282 pessoas participaram da Campanha de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A campanha apresentou, no total, 61 casos de diabetes e 87 de hipertensão, representando 21,6% e 30,8% dos participantes, respectivamente, todos cadastrados na USF.

RESULTADOS

Os novos casos detectados foram reavaliados pela ESF por convocação do ACS. Aos possíveis hipertensos foi solicitado um MAPA, duas vezes por semana por um mês, e os com alteração na taxa de glicose realizaram consulta, novos exames e avaliação dos resultados. Havendo alterações nesses exames, foram agendadas consultas médicas e seguidos o Protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Município, que é baseado nos protocolos do Ministério da Saúde. A USF de Talhados possui 2599 pessoas cadastradas. 282 pessoas participaram da Campanha de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A campanha apresentou, no total, 61 casos de diabetes e 87 de hipertensão, representando 21,6% e 30,8% dos participantes, respectivamente, todos cadastrados na USF.



A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE MEDEIROS NETO/BA NA DETECÇÃO ATIVA DA HANSENÍASE

Autor Principal: Elke Galvão Aragão

Outros Autores: Geilton da Silva Galvão Júnior; Maria Rita Barreto Correia; Vinicius Silva Viana

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde

Município: Medeiros Neto

Estado: Bahia

INTRODUÇÃO

No Brasil a hanseníase tem sido objeto de atuação na saúde pública, devido à sua magnitude e ao seu potencial incapacitante por acometer população na faixa etária economicamente ativa. Na última década, nota-se a progressiva integração entre instâncias gestoras dos programas de vigilância e controle de doenças e os serviços de saúde, resultando no estabelecimento de estratégias para eliminação da doença. Assim, desde o ano de 1985, vêm sendo reestruturadas ações de saúde e em 1999, foi ratificado o compromisso de eliminar a hanseníase, quando se deseja alcançar o índice de menos de um doente em cada 10.000 habitantes.

Nessa perspectiva, o município de Medeiros Neto, localizado na Região Extremo Sul do Estado da Bahia, com população de 20.092 habitantes, e cobertura de 154,54% de Programa Saúde da Família, apresentou no ano de 2005, de acordo com dados do DATASUS, a taxa de prevalência de 1,49% e a taxa de detecção de 1,99%. No Pacto da Atenção Básica para o mesmo período chama a atenção o desempenho satisfatório das equipes de saúde envolvidas no trabalho de eliminação da doença no município.

Embora os resultados apresentados evidenciassem o cumprimento de ações de controle da hanseníase, previstas no Pacto da Atenção Básica, identificou-se a necessidade de ampliação de cobertura do Programa de Eliminação da Hanseníase através da detecção ativa com a busca sistemática de doentes, adotando-se como estratégia de ação as áreas cobertas pelas equipes do Programa Saúde da Família.

Iniciou-se pela área da Equipe de Saúde da Família 02 denominada de Aauto Assis, utilizando-se como eixo a Campanha da Mancha, estabelecida pelo Ministério da Saúde, confluindo para o "Dia D" como o marco de mobilização. A experiência serviu de "piloto" para traçar ações replicadoras em outras áreas do Programa Saúde da Família (PSF). O trabalho da Equipe de Saúde evidenciou a necessidade de uma intervenção mais eficiente, assim como fortaleceu a articulação entre a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal e a Unidade de Saúde da Família.

Os resultados expressaram a melhoria da articulação entre serviços da atenção básica e a vigilância epidemiológica, assim como o incremento de ações de diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento dos casos de hanseníase no município.

OBJETIVOS

Mobilização e sensibilização das famílias acompanhadas pela equipe do PSF Aauto Assis, visando ampliar a cobertura do programa de eliminação da hanseníase no município de Medeiros Neto.

METODOLOGIA

Para o planejamento e desenvolvimento das ações de mobilização e sensibilização nas áreas de atuação da Equipe do PSF Aauto Assis, constituiu-se um grupo de trabalho composto por profissionais técnicos da Secretaria Municipal de Saúde da Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica, Planejamento Estratégico, Equipe do PSF e Assessoria Técnica da Diretoria Regional de Saúde Estadual. A Campanha de Detecção de Hanseníase foi realizada no período de 20 a 24 de março de 2006. O trabalho foi sistematizado em dois momentos. Na fase preparatória foram realizadas atividades de divulgação nas áreas de abrangência do PSF, pelos Agentes Comunitários de Saúde, e profissionais envolvidos com diferentes abordagens metodológicas, (palestras, rodas de conversa, exposição de vídeos educativos). No segundo momento foram realizados os agendamentos para a realização de exames clínicos no "Dia D", tendo sido utilizados como instrumentos de registro as Fichas de Encaminhamento de Casos Suspeitos E/Ou Confirmados e a Ficha de Atendimento de Casos Suspeitos E/Ou Confirmados.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Os resultados mostraram que a descentralização das ações de eliminação da hanseníase para as equipes do PSF atenderam aos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, assim como promoveram a melhoria do acesso, da qualidade e da resolutividade da atenção à saúde.

Dos dez pacientes suspeitos examinados na área piloto, detectou-se a doença em três, sendo um caso paucibacilar e dois casos multibacilar, resultando em uma taxa de 30% de detecção, o que justificou estender a estratégia para as outras áreas de PSF,



implementando assim as ações de eliminação da hanseníase através da busca ativa com o envolvimento das comunidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho realizado demonstrou que o diagnóstico precoce contribuiu para o alcance das metas de eliminação da hanseníase. Acredita-se que o estímulo aos serviços de saúde para a busca ativa, diagnóstico, tratamento dos casos e exames de contatos sejam de fundamental importância, assim como a adoção de novas iniciativas fortalecem a gestão e gerenciamento dos serviços de saúde no município de Medeiros Neto.



AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DO CENTRO DE SAÚDE DR. CARLOS EDUARDO EPAMINONDAS DO BAIRRO JARDIM IMPERIAL – CUIABÁ-MT. 2004

Autor Principal: Eloá de Carvalho Lourenço

Instituição: Centro de Saúde Dr. Carlos Eduardo Epaminondas

Município: Cuiabá

Estado: Mato Grosso

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde têm sofrido avanços e retrocessos pela população menos favorecida, tanto do ponto de vista financeiro quanto estrutural, ou seja, aquela que tem dificuldade de acesso aos bens e serviços de direito. Isso reflete que quanto mais se conhecer e ouvir os usuários e o mercado, maior será o conhecimento das expectativas dos mesmos.

“A real contribuição da avaliação do usuário/paciente não é clara, mas aos poucos ele vai sendo incluído nas diversas discussões da área da saúde” (Malik & Schiesanari, 1998). Atualmente essa tendência crescente de ouvir o usuário, leva a melhoria tanto no relacionamento profissional/paciente, quanto na qualidade dos serviços prestados.

JUSTIFICATIVA

A Unidade Básica de saúde foi implantada em 2002, a partir da mobilização da comunidade local.

A avaliação em muito contribuiu para o processo de melhoria no que diz respeito aos aspectos organizativos da US. Tanto os usuários, os profissionais quanto a pesquisadora, puderam exercer de fato a cidadania, a partir da participação efetiva, propiciada pela escuta atenta aos anseios, dificuldades e propostas para melhoria do serviço de saúde.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo de caráter exploratório de natureza descritiva, técnica de análise de conteúdo por amostragem, na interpretação dos dados adotou-se as categorias baseadas nas dimensões propostas por Prévost et al. (1998). Ênfase nas abordagens quanti e qualitativa, conforme recomendação de Minayo & Sanches (1993). Utilizou-se roteiro de entrevista. A coleta dos dados foi através de questionário constituído de questões fechadas e abertas, onde os dados foram tabulados e submetidos à análise estatística e de conteúdo, onde se determinou a proporcionalidade dos níveis de satisfação dos respondentes. A partir dos resultados

obtidos propôs-se algumas ações que viessem de encontro às necessidades referidas.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa norteou-se pela teoria que trata da satisfação dos usuários dos serviços de saúde.

Autores como Donabedian (1980) e Pascoe (1983), consideram que a satisfação dos usuários pode ser vista pela reação que têm diante do contexto, do processo, e do resultado global de sua experiência relativa a um serviço. Pascoe (1983) enfatiza que essa avaliação se baseia em padrões subjetivos, implicando, portanto, atividades psicológicas (no campo perceptual) de ordem cognitiva e afetiva.

Favaro e Ferris (1991 apud Prévost, Fafard e Nadeau 1998) concluem que *“abordar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade. Desta forma, a perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços”*.

RESULTADOS

Na área da saúde, a satisfação expressa pelo usuário geralmente é vista com indiferença ou mesmo desconfiança. Necessidades - A demanda é quase que exclusiva por consulta médica (93,2%); as sugestões e críticas dizem respeito a organização na distribuição das fichas para consulta médica (32,2%); Quanto a responsabilidade do usuário em seguir as etapas prescritas quando do diagnóstico e tratamento proposto pela equipe, não atinge a totalidade dos usuários (85,2%); Cognitivas – Os usuários demonstram ter uma percepção num nível bom, acima de 80%, acerca da satisfação com o tratamento, com a estrutura física e por se sentirem respeitados e valorizados pela equipe de saúde. Percebem a US, com característica positiva, entre “bom” e “ótimo”, onde a recomendariam a seus familiares e amigos; 100% dos entrevistados, voltariam a US, em sua maioria, para consulta médica, e busca de medicamentos (que muitas vezes, falta ou inexistente na farmácia básica); aproximadamente, 15% dos usuários não seguem ou seguem



parcialmente as recomendações, isso representa um percentual alto e caro da má utilização dos recursos de saúde disponíveis. Relacional – 85% demonstraram satisfação no processo de comunicação e atenção estabelecido com a equipe. Alguns dos usuários apontaram situações que dizem respeito a falta de humanização sentido por eles em relação ao atendimento. Organizacional – Concentram-se os menores índices de satisfação dos usuários, principalmente nos tópicos referentes ao tempo de espera para se pegar a ficha. Ao aferir sobre a localização da US e sua residência, a maioria dos respondentes levam menos de 10 minutos para chegar e 85,2% chegam a pé, o que atende a necessidade de acesso da população;

Quanto a informação, 94% relataram que receberam todas as informações que buscavam;

Profissional - Para 94,6% dos entrevistados, a equipe é competente; 85,2% mostrou-se satisfeito com o resultado do tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O nível de satisfação no CSJI, pelo que é ofertado, teve grande reconhecimento pela população pesquisada. A maioria que procura pelos serviços da US, é uma população jovem-adulta, em idade produtiva e fértil, com necessidade de ações de proteção e prevenção.

O modelo de saúde permanece baseado no médico-assistencial-privatista. Faz-se necessário a ampliação das instalações físicas, equipamentos e recursos humanos com investimento numa política de humanização.



SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: UMA PARCERIA COM AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor Principal: Erclia Gama de Oliveira
Instituição: Centro de Saúde Alcides Lins
Município: Belo Horizonte
Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Nos últimos dez anos, o mapa da assistência à Saúde Mental no município de Belo Horizonte ganhou outra configuração. Os princípios e diretrizes da política de Saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde, pautados numa lógica que visa desmontar as instituições que excluem e segregam a loucura e que tem como estratégia a desinstitucionalização/desospitalização e o tratamento dos portadores de sofrimento mental ao nível ambulatorial, propõem a implantação de uma Rede integrada de serviços (CERSAMs, Centros de Convivência, Moradias terapêuticas e as equipes de saúde mental, lotadas em Centros de Saúde Referência), considerando tanto as ações relativas à assistência e à clínica, quanto aquelas relativas à reabilitação e inserção no mundo do trabalho e da cultura.¹ Trata-se de um processo clínico, político e social.²

As equipes de Saúde Mental lotadas em Centros de Saúde têm como prioridade o atendimento dos psicóticos e dos casos graves de neurose. Situadas na porta de entrada da Rede de saúde, essas equipes acabam recebendo casos de toda natureza, o que muitas vezes dificulta o atendimento de suas prioridades.

Nos últimos três anos, a implantação de equipes de Saúde da Família nos centros de saúde do município imprimiu uma nova dinâmica no trabalho das equipes de Saúde Mental. Inicialmente esta novidade deflagrou discussões sobre a política, a estratégia e tática de ambos os projetos - o de Saúde Mental e o de Saúde da Família. As equipes de Saúde Mental temiam, por exemplo, que o modelo assistencial do Programa de Saúde da Família, centrado na lógica da vigilância à saúde e qualidade de vida, levasse a um aumento da demanda de uma clientela não priorizada pelo Projeto de Saúde Mental, reforçando a indefinição da população prioritária. As equipes de Saúde da Família, por sua vez, achavam-se despreparadas para o atendimento aos portadores de sofrimento mental.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é apresentar uma proposta de trabalho conjunto entre as equipes de Saúde Mental e Saúde da Família como o intuito de otimizar o atendimento dos casos mais graves.

METODOLOGIA

Em 2002, foram implantadas no Centro de Saúde Alcides Lins cinco equipes de Saúde da Família. Em novembro e dezembro desse mesmo ano, a equipe de Saúde Mental teve, com cada uma dessas equipes, a primeira de uma série de reuniões. No ano de 2003, estendemos nossas agendas de reuniões para as equipes de Saúde da Família dos três centros de saúde que são referenciados na equipe de Saúde Mental do Alcides Lins, o que chamamos nossa micro-área (ao todo referenciamos 14 equipes de Saúde da Família).

Partindo do pressuposto de que o portador de sofrimento mental deve entrar na rede de saúde pelo acolhimento da equipe de Saúde da Família que o referencia, na Unidade básica de Saúde, assim como toda a população (criança, adolescente e adulto), foi iniciado um trabalho de ajustes de fluxos, discussões clínicas, entre outros. Nas reuniões com a micro-área, inicialmente mensais e depois de dois em dois meses, trabalhadores da Saúde Mental e da Saúde da Família passaram a construir conjuntamente um trabalho territorial – agendar visitas domiciliares, decidir pela busca de parcerias com outras instituições, esclarecer as competências e prioridades dos outros equipamentos da Rede de Saúde Mental (Cersam, centro de Convivência e Moradias Protegidas), divulgar junto aos profissionais das ESF o fluxo de atendimento à criança e ao adolescente e o papel da equipe complementar e do Fórum Regional da criança e do adolescente. Além disso, o trabalho clínico também se intensificou: construção de projetos terapêuticos, discussão do manejo de psicofármacos, definidas estratégias e condutas que minimizam a demanda de benzodiazepínicos pelos “neuróticos leves”, bem como o esclarecimento de critérios de prioridade, montagem de fluxogramas e protocolos de encaminhamento e agendamento.

As supervisões clínicas da Regional Nordeste, que ocorrem de três em três semanas, passou também a constituir um espaço para a apresentação de casos do PSF, previamente agendados e identificados como problemas para as equipes, seja pela dificuldade de se fazer o diagnóstico, seja pela não resposta ao tratamento ou sua difícil condução por questões que ultrapassam o âmbito da saúde, entre outras.



RESULTADOS

Hoje, no Centro de Saúde Alcides Lins, salvo os casos de pacientes egressos do Cersam e dos hospitais psiquiátricos em condição de alta destes serviços,³ todos os demais casos, são recebidos no acolhimento das equipes de Saúde da Família. A equipe de Saúde Mental faz um trabalho de parceria com essas equipes sempre que é solicitada. Além de uma parceria pontual, no momento mesmo do acolhimento, a agenda dos profissionais psi está aberta, diariamente, para receber casos encaminhados pelas equipes de Saúde da Família devidamente referenciados. Nessa linha de cuidados, todos são convocados a contribuir na montagem de um projeto terapêutico, que supõe atos variados no contexto de uma estratégia global em que “a utilidade e o valor relativo dos saberes e ações particulares são norteados e organizados pelas necessidades múltiplas dos nossos pacientes”⁴. O que vem coroar esse processo é o vínculo que se estabelece entre o profissional (ou profissionais) e o paciente, o que será fundamental para o tratamento. De um lado, o voto de confiança depositado pelo paciente no profissional que o referencia; de outro, o convite para que o paciente participe da cena dos cuidados, sustentando sua posição de sujeito responsável pelo seu estado de saúde.

FACILITADORES E DIFICULTADORES DO TRABALHO

A parceria Saúde Mental/Saúde da Família têm sido facilitada pelas ações empreendidas pela coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde. Cabe ressaltar sua participação nas reuniões distritais, a oferta mensal de um curso de capacitação em Saúde Mental para generalistas e enfermeiros (estendido recentemente para outros profissionais da saúde interessados) e a promoção de seminários temáticos.

O apoio do distrito tem sido fundamental. Enquanto referência técnica para as questões da Saúde Mental do distrito Nordeste (trabalho 4 horas no centro de saúde e 4 no distrito), sublinho entre as competências do distrito: o envolvimento de todas as gerências das Unidades de Saúde com o Projeto de Saúde Mental;

a realização e a organização de agenda e pauta das reuniões mensais distritais e da supervisão; a promoção da participação dos profissionais da Saúde Mental nas reuniões distritais e nas supervisões clínicas; a detecção junto às equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental de situações emergenciais, como cárceres privados, garantindo que sejam tomadas as providências cabíveis; a promoção de reuniões por micro-áreas; a promoção da participação dos profissionais das equipes de Saúde da Família na supervisão clínica com apresentação de casos de difícil condução; divulgação e promoção da participação dos profissionais no fórum da criança e do adolescente; levantamento junto ao GEREPI (gerência de epidemiologia) da produtividade dos profissionais da Saúde Mental; a divulgação e incentivo à participação de generalistas e

enfermeiros efetivos no curso de capacitação em Saúde Mental; promoção e apoio a encontros, seminários e cursos que fortaleçam o Projeto de Saúde Mental.

Como aspectos dificultadores do trabalho integrado ESF/ESM, ressaltamos a mudança de paradigma no modelo assistencial. A mudança de um modelo curativista centrado na figura do médico para um modelo que enfatiza o trabalho em equipe e a vigilância à saúde requer tempo, inclusive, para a capacitação e amadurecimento dos trabalhadores. O envolvimento das diferentes áreas com o portador de sofrimento mental implica uma mudança de postura ética e uma disposição para inventar novas saídas para os desafios que a clínica impõe no dia-a-dia.

A experiência tem mostrado que a intersetorialidade é fundamental para o desenvolvimento das ações em Saúde Mental que envolvem não só o tratamento, mas também ações na população que retifiquem sua postura frente a esse cidadão.





CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a responsabilidade que os profissionais das equipes de Saúde da Família têm sobre a saúde do conjunto familiar dos moradores de um determinado território, o portador de saúde mental deixou de ser um problema exclusivo do profissional psi. A não responsabilização do conjunto da população pelos portadores de sofrimento mental, construída historicamente com a entrada dos saberes da psiquiatria e da psicologia, volta à pauta nas reuniões distritais de saúde mental, na apresentação de casos de pacientes psicóticos atendidos pelo médico generalista, por auxiliares de saúde, enfermeiros e agentes comunitários nas supervisões clínicas, nas conversas com agentes comunitários de saúde após uma visita domiciliar, na construção compartilhada de projetos terapêuticos. Essa interface do trabalho das equipes de Saúde Mental e de Saúde da Família tem incrementado e ampliado as ações de Saúde Mental na Rede Básica, contribuindo para uma mudança da posição ética e política dos profissionais em relação a esse paciente e exigido empenho e disposição para a construção e a invenção de ações terapêuticas no caso-a-caso.

¹ Cf. *Saúde mental na assistência básica*, revisto e aprovado pelo grupo de trabalho Geas/Núcleo gerencial, mimeo, julho de 2003.

² Cf. LOBOSQUE, A.M. in: *Princípios para uma clínica antimanicomial*, Ed. Hucitec, São Paulo, 1997, p. 64. A autora se refere, aqui, à reforma psiquiátrica. Segundo ela, trata-se de um processo clínico, político e social, que precisa estar mais além da formação e escolhas pessoais dos profissionais envolvidos.

³ Por meio de um contato telefônico prévio, estes são diretamente encaminhados para o atendimento de um profissional da equipe de Saúde Mental que, por sua vez, se responsabilizará pelo contato com a equipe de Saúde da Família.

⁴ Ibidem



I CONGRESSO DE SAÚDE NO CORAÇÃO DO MERCOSUL

Autor Principal: Eugênio Luiz Lazarotto

Outros Autores: Odaiz Cilene de Andrade Machado

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Barracão Paraná

Município: Barracão

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O município de Barracão (PR), tem uma situação ímpar devido a tri-fronteira seca, sendo separado dos municípios de Dionísio Cerqueira (SC), e Bernardo de Irigoyen (Misiones – Argentina), por linhas divisórias imaginárias, definidas pelos corredores das águas das chuvas.

Pela unicidade do perímetro urbano, percebeu-se a necessidade de integrar as ações destes três municípios, sendo necessário para tanto uma reflexão inicial sobre a prática real dos serviços de saúde na região ora em diante denominada localregião tri-fronteira.

Para realizar um trabalho integrado, é necessário conhecer a realidade de cada município envolvido, analisando os pontos comuns e as dificuldades a serem sanadas para tentar padronizar os serviços de saúde na localregião.

Embasados na experiência de integração da Semana Internacional de Cultura, realizada anteriormente, constatou-se a possibilidade de atuar em conjunto também na área da saúde especificamente, como foi realizado nas áreas de cultura, educação e promoção social.

O congresso foi a oportunidade de conhecer um pouco dos trabalhos realizados na área da saúde nos três municípios, para iniciar as discussões referentes à integração nas ações posteriores.

OBJETIVOS

O objetivo principal deste projeto é a integração dos serviços de saúde nos três municípios, através da discussão e reflexão sobre a práxis atual na localregião tri-fronteira. A troca de experiências em diversas áreas de saúde, através de palestras com profissionais diversos do Brasil e da Argentina, permitiu aumentar o conhecimento de todos os presentes a cerca das práticas realizadas, bem como instigou ao aperfeiçoamento e melhoria da qualidade destes serviços, no planejamento integrado de ações de intervenção junto aos atores envolvidos em saúde, em seu conceito mais amplo, que se refere ao bem estar físico, psicológico e social do ser humano (OMS).

METODOLOGIA

Foram realizadas palestras sobre diversos temas em saúde, tais como trauma, depressão na terceira idade, a estrutura do hospital de Bernardo de Irigoyen, a velhice, vacinas, cisticercose na vigilância sanitária e neurocisticercose, experiências educacionais envolvendo idosos na Argentina, dentre outros temas. Foi elaborada uma carta de intenções onde os dirigentes dos três municípios comprometem-se com a integração nas ações em saúde, e discutida a questão do calendário de vacinas nos municípios.

RESULTADOS DO PROJETO

A partir das discussões e reflexões proporcionadas pelos temas abordados no congresso, percebe-se as diferenças claras na maneira de atuar em saúde nos três municípios, especialmente pelas diferenças de gestão entre Brasil e Argentina, sendo a principal a divisão das responsabilidades e poder de decisão entre as esferas públicas, onde na Argentina não há autonomia municipal, mas provincial, diferente do Brasil.

A partir deste evento, foram planejados e executados o I Congresso Internacional de Odontologia no Coração do Mercosul e paralelamente, o Congresso Internacional de Mitigação e Desastre, direcionado este último apenas a profissionais da área médica. Além destes congressos, surgiu como resultado do I Congresso de Saúde no Coração do Mercosul, o esboço da Caderneta Integrada de vacinação, a constituição do Comitê Internacional de Saúde, e diversas outras ações preventivas integradas.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A experiência deste Congresso foi essencial para as negociações posteriores de integração entre os três municípios, especialmente na implantação do programa SIS Fronteiras, onde estreitou os laços de amizade e profissionalismo entre os dois países e os três municípios.

De suma importância também foram as discussões em equipe para a organização e realização do evento, unindo ainda mais as populações e os serviços de saúde prestados na localregião.



O apoio das Regionais de Saúde, da Secretaria Regional de Desenvolvimento (SC) e dos Ministérios de Saúde do Brasil e da Argentina, foram primordiais para a realização do evento, e para o respaldo das decisões avaliadas e firmadas nesta oportunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se desta experiência a importância de realizar eventos deste porte, para analisar a realidade local e planejar em conjunto as ações que venham de encontro com as necessidades reais da população. A participação de todos favorece conhecer uma parcela maior da realidade, na medida em que traz experiências e visões diferenciadas de cada participante. A integração entre os municípios da tri-fronteira é essencial para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde, pela realidade única de conviver em três cidades diferentes em um mesmo perímetro urbano.



PALESTRAS EDUCATIVAS SOBRE CISTICERCOSE

Autor Principal: Eugênio Luiz Lazarotto

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Barracão Paraná

Município: Barracão

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Este município tem uma situação ímpar devido a tri-fronteira seca, sendo separado por linhas divisórias imaginárias, onde é possível atravessar a divisa seca, por exemplo, com produtos de origem animal, normalmente sem inspeção. Percebeu-se a necessidade de alertar as populações dos três municípios, sobre o risco à saúde humana oferecido por carne contaminada por cisticercose uma vez que o serviço de inspeção municipal de Barracão diagnosticou alguns casos deste parasitismo em carne bovina e suína de animais abatidos desta região.

Houve a necessidade de alertar a população sobre a prática real dos serviços de saúde na localidade da tri-fronteira, para a consciência da aquisição de produtos inspecionados, pelo aparecimento do problema e pelos dados estatísticos de neurocisticercose da região paranaense.

Como ferramenta mais eficiente de conscientização da população, a educação e o envolvimento dos alunos, foram realizados mais de trinta palestras nas escolas, com recursos audiovisuais e material fotográfico abundante, alertando-os dos perigos eminentes.

OBJETIVOS

O objetivo principal deste projeto foi a criação de uma consciência crítica nos alunos formadores de opinião e ferramenta persuasiva dos pais, sobre a importância e os riscos do consumo de produtos inspecionados e não inspecionados.

Indiretamente evitando futuros gastos com doenças como neurocisticercose que além de difícil tratamento, possui custos elevados, não tendo garantia de reversão de danos neurológicos muitas vezes irreversíveis à saúde humana.

METODOLOGIA

Palestras educativas nas diversas séries de ensino fundamental e médio, das escolas dos municípios da tri-fronteira, utilizando recursos áudio visuais apresentados em power point com auxílio de projeção de data show, mostrando tecnicamente o ciclo do parasitismo, formas de prevenção, principais vias de transmissão em animais e humanos, riscos à saúde, imagens de

lesões cerebrais humanas, gráficos estatísticos do estado do Paraná para esta enfermidade, provocando um grande debate durante as apresentações.

RESULTADOS DO PROJETO

Triplicação do volume de animais abatidos no estabelecimento com inspeção devido a conscientização que os alunos levaram para suas casas, induzindo os pais a terem mais atenção na aquisição e preparo de alimentos bem como uma melhor higiene, pessoal e alimentar.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A empolgação dos alunos da rede escolar com o tema nos surpreendeu uma vez que despertou nesta faixa etária uma consciência crítica inimaginada pela equipe de vigilância sanitária mostrando que quando o conhecimento possui um objetivo prático e resolutivo, todos são colaboradores, despertando em cada ser humano a missão de preservar sua integridade física e mental, cumprindo a missão biológica da produção de descendentes férteis para dar perpetuação a espécie.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se desta experiência que o compartilhamento do conhecimento científico repassado de forma clara e objetiva, produz resultados acima do esperado, onde toda a população conscientiza-se do verdadeiro sentido da saúde, quebrando paradigmas e mitos, como certas culturas, que não consomem carne suína, por aprenderem através de livros sagrados como o Alcorão, que estes animais são "malditos", o que hoje se explica pelo conhecimento do ciclo biológico destes parasitas, que causam os "efeitos maléficos" de pessoas acometidas por neurocisticercose.

Este tema foi apresentado durante o I CONGRESSO DE SAÚDE NO CORAÇÃO DO MERCOSUL, em Julho de 2005 como forma de alertar todos os participantes sobre a importância da higiene básica no combate de problemas facilmente preveníveis, quando se tomam certas medidas simples da quebra do ciclo biológico de uma zoonose.



Iº CONGRESSO DE ODONTOLOGIA NO CORAÇÃO DO MERCOSUL

Autor Principal: Eugênio Luiz Lazarotto

Outros Autores: Tito Vieira de Andrade Júnior; Marcos Valério Silva; Márcio Valduga;

Benhur Rampanelli

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Barracão Paraná

Município: Barracão

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Pela situação geográfica, pela qual o município de Barracão se encontra dividida por linhas imaginárias, que divide em 3 estados (PR, SC e MI), três cidades (Barracão, Dionísio Cerqueira e Bernardo Irigoyen) e 2 países (Brasil e Argentina).

Por termos três políticas de saúde bucal totalmente diferente, uma população flutuante que ora esta residindo em uma cidade, ora em outra e, tem que se enquadrar no sistema de saúde de cada município que apresenta os mesmos problemas de saúde bucal, pois a doença não respeita as fronteiras traçadas pelo homem, houve a necessidade da aproximação dos técnicos para discutir a padronização dos serviços de odontologia neste perímetro urbano dividido em três cidades.

OBJETIVO

Conhecer a política e os serviços odontológicos prestados a população nos três municípios.

Fazer a troca de experiências entre eles, permitir o aumento dos conhecimentos, da integração e padronização dos procedimentos odontológicos, para juntos detectar os problemas que mais atingem a população e escolher o método mais eficaz para a resolução de problemas de saúde bucal.

Promover a integração dos profissionais de saúde bucal, principalmente entre Brasil e Argentina.

Fazer com que restabeleça a saúde bucal e melhorar a qualidade de vida da população da tri-fronteira.

METODOLOGIA

O evento foi realizado em dois dias, sendo que no primeiro dia houve a abertura oficial com a presença de várias autoridades brasileiras e argentinas, palestra sobre prevenção (fluoretação e restaurações atraumática), apresentação dos programas odontológicos realizado nos três municípios, palestra sob prevenção de câncer bucal direcionado para os idosos, apresentações artísticas (brasileira e Argentina) e um curso sobre trauma e disfunção de ATM, direcionada para os cirurgiões dentista.

No segundo dia, realizado no quartel do exército argentino, ocorreu um curso de câncer bucal e AIDS, também direcionados para profissionais da área de odontologia.

O evento contou com o apoio da 30ª Secretaria Regional de Desenvolvimento de Santa Catarina, com a 8ª regional de saúde e Ministério de Saúde da Argentina.

RESULTADOS DO PROJETO

O congresso melhorou em muito a integração entre os profissionais na área de odontologia, que antes nem se conheciam e agora trocam experiências, participam de cursos integrados entre os dois países, com encaminhamentos recíprocos de pacientes que necessitam de especialidades, como exemplo pacientes com problemas de ATM.

Convites para a participação de cursos e acompanhamento de cirurgias na Universidade de Corrientes – Argentina.

APRENDIZADO COM A VIVENCIA

Notamos as diferenças no modo de atuação dos três municípios, mas a diferença maior é entre Brasil e Argentina. Onde o poder de decisão ainda vem da província, sem a participação da comunidade nas ações realizadas no município e sem levar em conta os anseios e necessidade desta comunidade.

No congresso o Ministro da Saúde da Argentina prometeu, e já cumpriu, a modernização dos consultórios odontológicos com equipamentos e aparelhagem odontológicos novas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um evento como esse é de grande importância para detectar os problemas de saúde bucal que afetam as comunidades na discussão de temas mais importantes, para redirecionar ações, enfatizar e padronizar atendimentos globalizados trans-fronteiriços.

A integração entre os profissionais da área de odontologia, traz um maior reconhecimento e atenção por parte da população, conseguindo uma maior divulgação da odontologia, principalmente na parte preventiva



PROGRAMA VIVA MULHER EM MONTEIRO-PB: UM EXEMPLO DE COMPROMETIMENTO E GESTÃO COMPARTILHADA ENTRE AS TRÊS ESFERAS GOVERNAMENTAIS

Autor Principal: Eulina Helena Ramalho de Souza

Outros Autores: Leonio Sergio Cesar de Souza

Instituição: Secretaria da Saúde de Monteiro/Centro de Atenção à Saúde da Mulher

Município: Monteiro

Estado: Paraíba

INTRODUÇÃO

O câncer de mama tem tido incidência e mortalidade crescentes nas últimas décadas e seu controle é um desafio para as ações de saúde pública. Como outros municípios brasileiros, até novembro de 2000, o município de Monteiro-PB, não dispunha de serviço especializado para detecção do câncer de mama. Os casos clínicos eventualmente identificados eram encaminhados para confirmação diagnóstica em Campina Grande-PB e João Pessoa-PB, respectivamente, a 186km e 320km de Monteiro. À época, as lesões mamárias encontradas eram, em sua quase totalidade, tumores avançados e ulcerados. Mudar esse perfil diagnóstico era um desafio que se impunha a gestores e profissionais da assistência à saúde, e o que motivou a implantação do Programa Viva Mulher no município. Antecedendo essa implantação, a Secretaria da Saúde e Bem-estar Social do município havia instalado um Centro de Atenção à Saúde da Mulher, com contratação de ginecologista/colposcopista e mastologista para prestar assistência integral à mulher. Sabedora que a Paraíba seria contemplada com um mamógrafo pelo Programa Viva Mulher, a Prefeitura Municipal, através da Secretaria da Saúde e Bem-estar Social, entrou em contato com o Ministério da Saúde (MS) e com a Secretaria Estadual da Saúde, instando que o aparelho fosse doado ao município de Monteiro. Exemplificando a possibilidade efetiva de parceria entre as três esferas de governo, foi firmado um contrato entre o MS/

Instituto Nacional do Câncer (INCA) e a Secretaria da Saúde e Bem-estar Social de Monteiro, intermediado pela Secretaria Estadual da Saúde, a partir do qual foi doado ao município um aparelho Mamomat 1000, marca Siemens, e uma processadora Kodak 2000. Em seguida, o MS/INCA treinou um radiologista e a técnica em radiologia que atuam em

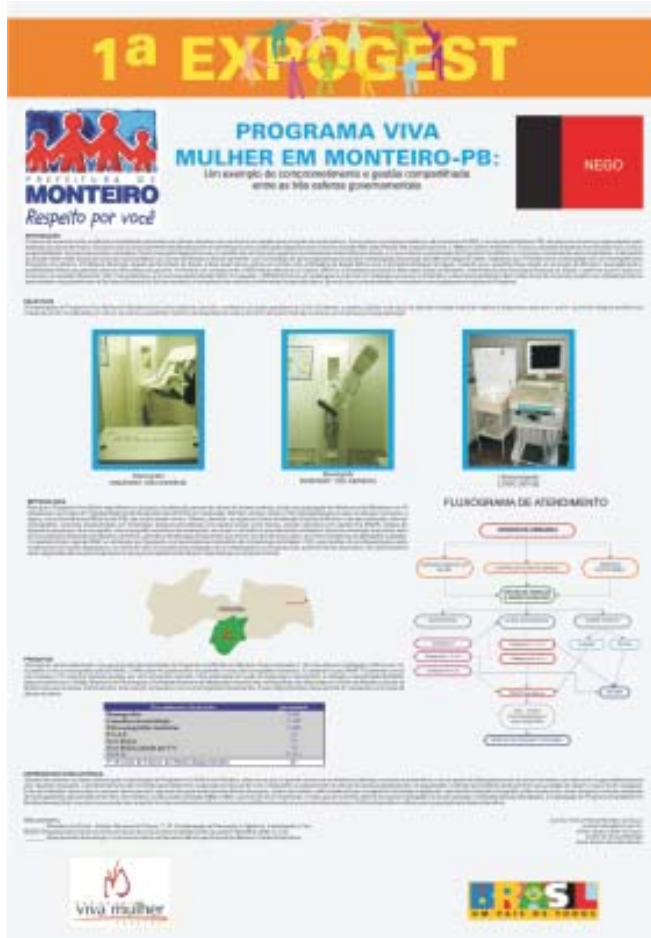
Monteiro; a Secretaria da Saúde e Bem-estar Social do município preparou as instalações físicas para receber os equipamentos e a Secretaria Estadual da Saúde coordenou o treinamento de médicos e enfermeiros da atenção básica, de modo que compreendessem a importância e se integrassem às ações do Programa.

OBJETIVOS

A implantação do Programa Viva Mulher em Monteiro teve como objetivos: permitir, a mulheres da região paraibana do Cariri Ocidental, o acesso a ações e serviços de atenção à saúde mamária; realizar o diagnóstico precoce e, assim, promover impacto positivo nos índices de morbi-mortalidade por câncer de mama; possibilitar melhora da qualidade de vida e aumento da sobrevivência das mulheres acometidas por essa patologia.

METODOLOGIA

Para que o Programa Viva Mulher seja efetivo e o processo de detecção precoce do câncer de mama continue, existe uma





pactuação de referência entre Monteiro e os 16 (dezesseis) municípios do V Núcleo Regional de Saúde para atendimento em mastologia. Monteiro oferece cento e vinte mamografias/ano a cada um desses municípios; a alguns, como Serra Branca (PB) e Sumé (PB), até o triplo desse número. Oferece, também, as ações do Centro de Atenção à Saúde da Mulher, onde são realizadas, além de mamografias, consultas especializadas em mastologia, biópsias percutâneas com agulha grossa (*core biopsy*), punção aspirativa com agulha fina (PAAF), biópsia de fragmento guiada por ultra-sonografia, ultra-sonografia mamária e documentação, em arquivo, de todos os procedimentos realizados. Essa documentação arquivada, além da consulta para realização de trabalhos científicos, permite a identificação de pacientes que devem ser alvo de busca ativa, por serem portadoras de alterações suspeitas. O material colhido, seja de PAAF ou de biópsia por fragmento, é encaminhado ao Laboratório de Citopatologia do Estado – CDC, para análise cito e histopatológica. Após recebimento dos laudos diagnósticos, as mulheres são convocadas para avaliação com a mastologista e os resultados são, posteriormente, arquivados. Os casos positivos para malignidade são encaminhados para os serviços de referência terciária em João Pessoa ou Campina Grande.

PRODUTOS

Ao longo de, aproximadamente, cinco anos e meio da implantação do Programa Viva Mulher em Monteiro, foram realizadas 3.140 consultas em mastologia, 10.118 (dez mil, cento e dezoito) mamografias (até 26/04/06), 2.449 (duas mil quatrocentos e quarenta e nove) ultra-sonografias mamárias, 72 (setenta e duas) PAAF, 75 (setenta e cinco) *core biopsys* e 70 (setenta) biópsias guiadas por ultra-sonografia mamária. Para elaboração do laudo de diagnóstico mamográfico é utilizada a classificação BI-RADS, segundo preconiza o Colégio Brasileiro de Radiologia e a Sociedade Brasileira de Mastologia. As películas mamográficas são arquivadas no Centro de Atenção à Saúde da Mulher para que se possa, rotineiramente, fazer estudo comparativo com as mamografias subseqüentes. Foram diagnosticados nesse período 61 (sessenta e um) casos de câncer de mama.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Quando se analisam os dados obtidos após a implantação do Programa Viva Mulher em Monteiro, observa-se que um grande número de mulheres se submeteu a exames e se beneficiou com as ações de detecção precoce do câncer de mama, sem percorrer longas distâncias para isso. Quando necessário, o encaminhamento das mulheres para tratamento na atenção terciária se fez com o diagnóstico e estadiamento do câncer de mama já estabelecidos. O seguimento e controle das mulheres pode ser feito na sua região de

origem, o que é muito vantajoso. Entre as limitações observadas no decorrer desse período, algumas das quais relativamente difíceis de superar, podem ser citadas: a dificuldade de fazer o diagnóstico de lesões impalpáveis, que não têm tradução à ecografia; o fato de não se ter, ainda, atingido a meta de realização de mamografia em aproximadamente 50% das mulheres na faixa etária indicada (SBM e CBR) – acima de 40 anos, finalmente, o medo que as mulheres referem do exame mamográfico e do seu resultado. A despeito dessas dificuldades, a implantação do Programa Viva Mulher em Monteiro exemplifica o sucesso que se pode obter quando há comprometimento político e social entre as diferentes esferas governamentais para que o SUS se faça efetivo e eficaz para a população que dele se beneficia.

BIBLIOGRAFIA

Ministério da Saúde – Instituto Nacional do Câncer. C. M. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Implantando o Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2000, p. 3-35.

Departamento de Avaliação, Controle e Auditoria da Secretaria Municipal da Saúde de Monteiro. Dados Estatísticos.



VIVÊNCIAS POSITIVAS NO COMBATE A DENGUE NO MUNICÍPIO DE SOROCABA-SP

Autor Principal: Fabiano Demétrio Zequetto

Outros Autores: Ana Marisa Gonçalves Rodrigues; Teonila Maria Ribeiro Puglia

Instituição: Seção de Controle de Zoonoses de Sorocaba-SP

Município: Sorocaba

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Desde o ano de 1992 a Seção Controle de Zoonoses de Sorocaba (S.C.Z) é responsável pelas atividades de controle do mosquito *A. aegypti*, transmissor da Dengue e da Febre Amarela. Em 2000 o Município de Sorocaba pactuou através do PPI-ECD a quantidade de 600.000 imóveis a serem visitados e vistoriados com o objetivo de eliminar criadouros do mosquito *A. aegypti*.

O Município de Sorocaba possui 174.650 imóveis, sendo 156.608 residenciais (Dados Secretaria Municipal de Administração) e uma população de 565.180 habitantes (Dados IBGE).

OBJETIVO

Controlar a infestação do mosquito *A. aegypti* no município de Sorocaba evitando assim o aparecimento de casos autóctones e a instalação de situação de Epidemia de Dengue.

METODOLOGIA & HISTÓRICO DA PREVENÇÃO DO MOSQUITO *Aedes Aegypti* EM SOROCABA-SP

01) Situação de Estrato 04:

Até o Ano de 2003, o Município de Sorocaba era classificado como município Estrato 04, ou seja, o município tinha a presença do mosquito transmissor da Dengue, o *A. aegypti* dentro de seus limites, mas não apresentava situação de infestação.

02) Situação Estrato 04 / Estrato 03:

No Ano de 2000 observou-se um alarmante aumento no número de focos do *A. aegypti* em Sorocaba, este aumento cresceu bastante no ano seguinte envolvendo os bairros mais urbanizados do município.

Face a esta situação peculiar (uma área central infestada e as áreas periféricas não infestadas) foi decidido tratar Sorocaba (do ponto de vista técnico) como 02 Macro-regiões diferentes, sendo 01 Macro-região de Estrato 04 (não infestada) e 01 Macro-região de Estrato 03 (infestada) dividido em 08 Áreas e 25 Setores com quadras numeradas.

Na porção de Estrato 03 eram realizadas A Pesquisa Entomológica de caso de Dengue ou Suspeita de Dengue (com utilização

de Geoprocessamento para traçar raio de 200m) e Atividade de determinação de Índice de Densidade Larvária (Índice de Breteau), além das atividades de visita casa a casa realizadas de 03 em 03 meses em todos os Setores. Na porção de Estrato 04 continuou-se com o uso de Armadilhas e delimitação de foco.

A partir do Ano de 2003, observou-se a infestação das regiões de Estrato 04 de Sorocaba, sendo necessário, portanto, a implantação definitiva do Estrato 03 no Município. Em Abril de 2006, detectou-se os 02 primeiros Casos Autóctones de Dengue no Município de Sorocaba tornando Sorocaba um Município de Estrato 02.

PRODUTOS

Atualmente a S.C.Z possui 70 Funcionários contratados para suprir as atividades de Casa a Casa, Suspeita de Dengue e Avaliação de Densidade Larvária, sendo que o Município de Sorocaba está dividido em 18 Áreas (I a XVIII) divididas em 60 Setores (01 a 60).

01) Atividades Diferenciadas:

- Criação do Comitê Municipal de Combate à Dengue e a Febre Amarela; Utilização de Notificação, Intimação e Auto de Multa para situações de não cumprimento das medidas de controle; Orientação de furar ou remover pratos de plantas (controle definitivo do criadouro) aliado ao uso de furadeiras elétricas portáteis e recarregáveis; Uso de Programa de Geoprocessamento para trabalho de Pesquisa Entomológica de Caso Suspeito de Dengue (Raio de 200m) delimitação de Áreas, setores e numeração de Quadras; Uso de monitoramento aéreo com helicóptero (para descobrir recipientes ocultos e de difícil acesso); Atividades Educativas com ênfase na fase de larva do mosquito e na demonstração de acondicionamento de recipientes (palestras, exposições), contando ainda com informes nas Rádios Sorocabanas e Atividades de Equipes do Programa "Escola Saudável" em parcerias com as Secretarias Municipais da Saúde e Educação.

RESULTADOS ALCANÇADOS

- Ausência de Casos Autóctones de Dengue em Sorocaba até Abril de 2006, maior número de Notificações de recipientes



irregulares resolvidas entre 02 ciclos de vistoria, Pratos de Plantas (principal recipiente) eliminado já na 1ª visita (furadeira), Maior alcance das medidas educativas (palestras, exposições, propaganda, orientações nas escolas), Agilidade nas Atividades de Pesquisa Entomológica em caso de Suspeita de Dengue e Avaliação de densidade Larvária.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Facilidades: Atuação efetiva do Comitê de Combate á Dengue, A Presença da Sede da Regional da SUCEN no Município, Programa de Combate á Dengue no Município é considerado Prioridade pela Administração Municipal dando ênfase às Atividades Educativas e de Orientação, Integração entre as Seções de Vigilância Epidemiológica e Zoonoses.

Dificuldades: Resistência da População às medidas de Controle do Mosquito, adequação das medidas de controle a realidade do Município, grande rotatividade de mão de obra (terceirização), falta de profissionais do corpo técnico (investimento em pesquisa) e de recursos materiais (espaço físico próprio e veículos).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o Município tenha tido casos Autóctones em 2006, é mister salientar que Sorocaba, com os trabalhos constantes de controle do *Aedes aegypti*, conseguiu manter o Município livre de Autoctonia, mesmo com Municípios limítrofes apresentando casos autóctones de Dengue nos últimos 10 anos. É o caso de: Araçoiaba da Serra, Itu, Porto Feliz, Salto e Votorantim.



A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE

Autor Principal: Fábio Aragão Kluthcovsky

Outros Autores: Ana Cláudia G. C. Kluthcovsky; Sônia R. Bruger

Instituição: Unicentro/Prefeitura Municipal de Turvo

Município: Turvo

Estado: Paraná

A Estratégia do Saúde da Família (PSF) é a proposta pelo Ministério da Saúde para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, estabelecendo a Equipe de Saúde da Família (ESF) como porta de entrada do sistema. Neste particular, municípios de pequeno porte devem ser alvos de especial atenção em decorrência de apresentarem, em geral, limitações extremas nas respectivas estruturas de saúde. Ficando o PSF como única alternativa à população. Daí a necessidade de fortalecimento da estratégia nestes contextos.

O Turvo, exemplo da realidade anteriormente citada, é um pequeno município do interior do Paraná, com 14.815 habitantes, mais de 70% vivendo na zona rural. Apresenta IDH de 0,692, a 44ª pior colocação entre os 399 municípios do Estado.

Este estudo tem como objetivo realizar uma descrição do processo de construção de uma atenção integral a população a partir da maximização da cobertura do PSF, em 2005 e 2006.

Foi utilizada metodologia de relato de caso onde ao longo do primeiro semestre de 2005 foram estruturadas 5 Equipes da Estratégia Saúde da Família, associando Equipes de Saúde da Família (ESF) e Saúde Bucal (SB), 4 delas cobrindo extensas áreas rurais. Foram necessários investimentos na estrutura de instalações físicas, equipamentos, recursos humanos e comunicação e estabelecimento de convênio com hospital local para dar qualidade à cobertura da rede básica, especialmente na zona rural. A adaptação de escolas rurais desativadas possibilitou ampliação no número de unidades na zona rural com menor custo. Também neste sentido, foi realizada parceria com empresa privada do ramo papelero, com doação de recursos financeiros, para reforma e ampliação de unidades situadas em região limítrofe do município, ainda em situação de litígio. A contratação de auxiliares de enfermagem residentes no interior permitiu que as unidades fossem mantidas abertas, no período diurno, independentemente da presença de outros elementos da ESF. Por outro lado, estes profissionais passaram a servir de referência para a população adscrita em urgências a qualquer tempo. Todos foram dotados de comunicação, próximo às unidades, por telefone público para acessarem uma central de regulação médica de urgências. Esta central tem como base o médico de plantão no hospital filantrópico

do município, funcionando de forma integrada ao sistema de transporte de pacientes. Ambos os serviços são disponíveis 24 horas por dia. Por outro lado, a ampliação da atenção básica na zona rural apresentou complicadores quanto aos desdobramentos do atendimento clínico, como os exames complementares, especialmente os exames laboratoriais. A realização destes exames apresentava duas dificuldades: muitos pacientes não os realizavam por não conseguirem deslocamento até a sede do município, e a demora na obtenção dos resultados, dificultando a conduta imediata. A capacitação de auxiliares de enfermagem para coleta, identificação, acondicionamento e transporte das amostras em uma rede de unidades rurais de saúde e uma escala de transporte das amostras à sede foram maneiras de enfrentar o problema. Paralelamente foram disponibilizados exames rápidos de glicemia capilar, urofito e beta-HCG urinário, como meios diagnósticos, em situações de urgência. Outro desdobramento da ampliação da atenção básica e do perfil ocupacional da população foi o agravamento da fila de espera para tratamento fisioterápico que, em janeiro de 2005, era de 2 anos. Situação que instala um círculo vicioso onde, função do tempo de espera, há o agravamento de indivíduos potencialmente curáveis, demandando tratamentos mais prolongados e, conseqüentemente, piorando a fila de espera. A possibilidade de reversão do quadro se deu por ocasião de convênio com a Universidade do Centro Oeste do Paraná – UNICENTRO, onde o município se responsabilizou pela estruturação de um espaço amplo e equipamentos para reabilitação de pacientes e a universidade pelo provimento de acadêmicos de fisioterapia do último ano, através de estágio curricular obrigatório supervisionado por docente. Também tem ocorrido a atuação dos acadêmicos de fisioterapia nos domicílios em conjunto com as ESF.

Os resultados imediatos destas ações decorrem da expansão do acesso a atenção básica com aumento no número de consultas médicas, de enfermagem e procedimento de odontologia. Por outro lado são verificados resultados decorrentes das características próprias da estratégia no município como a melhor discriminação de risco na atenção às urgências e a ampliação dos procedimentos de enfermagem. Estes resultados



compensaram o ônus adicional de investimentos e custeio. Atualmente praticamente todos os exames solicitados no interior do município são coletados em unidades da zona rural, ocorre um melhor controle do fluxo de resultados. Os testes rápidos permitem uma maior resolutividade nas condutas e maior segurança para a equipe de saúde. Também foram reduzidos custos de deslocamentos para o sistema e para os usuários. Houve um importante avanço no sistema municipal em relação a reabilitação de pacientes, desenvolvida em ambiente de atuação multiprofissional, não apenas pelas atividades assistenciais desenvolvidas em muito maior número e com excepcional cuidado, mas principalmente pela interação entre população, acadêmicos e profissionais de saúde.

Estes exemplos permitem considerar que o estabelecimento de parcerias e a maximização de recursos pré-existentes se constituem em recursos úteis para que pequenos municípios busquem a construção da integralidade na atenção à saúde da respectiva população.



A EXPANSÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE

Autor Principal: Fábio Aragão Kluthcovsky

Outros Autores: Ana Cláudia G.C.Kluthcovsky; José Sebastião Santos; Maria José Bistafa Pereira; Silvana Martins Mishima

Instituição: Universidade do Centro Oeste do Paraná

Município: Guarapuava

Estado: Paraná

O Programa Saúde da Família (PSF) é a estratégia do Ministério da Saúde para a reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica. A significativa expansão da estratégia no país indica o potencial de reorganização da rede de atenção à saúde nos municípios. Em agosto de 2004, o país contava com 20.561 equipes atuando em 4.646 municípios, com cobertura de mais de 68 milhões de brasileiros.

O município de Guarapuava está situado na região central do Paraná, com população estimada de 159.103 habitantes em 2002, sendo mais de 90% residindo na sede, segundo o IBGE. A região é caracterizada pela concentração de municípios com IDH igual ou inferior a 0,700. As precárias condições sócio-culturais e sanitárias regionais fazem parte da realidade de Guarapuava, que, apesar de sede da 5ª Regional de Saúde do Estado e referência para mais de 20 municípios, apresenta o terceiro pior IDH entre os 19 municípios com mais que 100.000 habitantes do Paraná. No município estudado, a partir de dezembro de 2002, ocorreu uma rápida expansão do PSF, triplicando o número de equipes em 24 meses, de 11 para 33 Equipes de Saúde da Família (ESF).

Avaliar e descrever o histórico deste processo de expansão do PSF no referido município, ocorrido entre dezembro de 2002 e dezembro de 2004, é o objetivo deste trabalho. Para tanto, foi utilizada a metodologia de estudo de caso, com abordagens qualitativa e quantitativa. O referencial Donabedian serviu para avaliação de estrutura, processo e resultado e posterior comparação, em um estudo tipo *before and after*, na evolução da cobertura pelo PSF, de 23,85% (dez/2002), para 70% (dez/2004). A descrição do histórico da expansão foi realizada através de pesquisa documental, onde, mediante análise de conteúdo, procedeu-se a identificação de temas relativos à estrutura, processo e resultado do PSF. Em relação à estrutura, foram comparados recursos financeiros, recursos humanos, instalações físicas, veículos, referência especializada, exames complementares e gastos com medicamentos. Proporção de organização de prontuários individuais por famílias, cobertura por consultas médicas e de enfermagem e cobertura de visitas domiciliares no PSF, foram os itens analisados em processo. Na avaliação de

resultado foram comparadas as taxas de mortalidade infantil, percentual de cobertura de gestantes com mais que 6 consultas de pré-natal e taxas de incidência de internações no SUS por infecções respiratórias e doença diarreica em menores de 5 anos.

Os resultados obtidos evidenciam um significativo incremento em todos os itens de estrutura comparados, com destaque para recursos financeiros e humanos, referência especializada e instalações físicas. Em relação a processo, foi adotada maciçamente uma sistemática de arquivamento de prontuários individuais por famílias cadastradas, houve um aumento dos quantitativos de consultas médicas no PSF com redução de consultas de clínica médica, pediatria e de urgência. Como resultante, na comparação entre os momentos, houve queda no quantitativo e cobertura de consultas nas especialidades básicas. A cobertura por consultas de enfermagem aumentou em 160,7%. A cobertura de visitas domiciliares, na sistemática do SISPACTO, aumentou em 92,3%, entre os momentos analisados, sendo estudada a variação por categoria profissional. Na avaliação de resultado ocorreu uma piora na cobertura de gestantes com mais que 6 consultas de pré-natal, com redução de 61,6% para 50,0%. Os coeficientes de internação no SUS por infecção respiratória aguda e por doença diarreica aumentaram em 29,1% e 15,3%, respectivamente. A mortalidade infantil reduziu em 33,0%, de 28,8‰ para 19,3‰. Sendo o único indicador de resultado estudado com desempenho favorável. A combinação dos dados quantitativos com a descrição histórica, resgatando o período anterior à expansão até o final de 2004, término da análise deste estudo, permitiu identificar elementos facilitadores e dificultadores em um processo de expansão da atenção básica, bem como respectivo potencial de mudança de toda a rede assistencial.

Elementos facilitadores identificados foram: a experiência prévia do município de mobilização social em outros setores; o contexto de proximidade das eleições servindo de catalisador de necessidades e oportunidades em um esforço redentor e os recursos advindos do PROESF que possibilitaram a reforma e ampliação de toda rede básica. Os elementos dificultadores encontrados foram: as restrições de custeio; a política de recursos humanos pré-existente,



desfavorável à organização dos serviços de saúde; o descompasso e, em alguns casos, resistência, de outros setores da administração municipal ao processo de expansão e, de forma mais importante, a limitação da oferta de médicos para o PSF.

A transformação da rede envolveu a criação de estruturas e processos cuja evidência pode ser verificada nos seguintes itens: envolvimento de farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos no trabalho das ESF; a criação de sistemas de tutoria, integrando as especialidades básicas, como pediatria, ginecologia e obstetrícia, às ESF, descentralizando a referência e contra-referência nestas especialidades; a reprodução das tutorias nas relações das ESF com o recém criado Centro de Apoio Psico Social tipo II (CAPS II), com o Ambulatório Médico de Pneumologia e Dermatologia Sanitárias (AMPDS) e com o Centro Regional de Prevenção de DST/AIDS; a criação do Centro Municipal de Especialidades através da mobilização de médicos especialistas da rede básica; a implantação do Serviço de Atendimento Móvel a Urgências (SAMU) e a expansão do Saúde Bucal, com implantação de 24 equipes e Centro de Especialidades Odontológicas municipal.

A expansão do PSF em Guarapuava alcançou importantes avanços nos itens de estrutura pontuados, manteve uma direção compatível com a proposta do MS em relação à avaliação de processo, e alcançou desempenhos desfavoráveis de 3 indicadores de resultado pesquisados. O curto período de observação e a implantação paulatina da estratégia são limitantes do processo de avaliação. Contudo, a redução do Coeficiente de Mortalidade Infantil é um forte argumento, com apoio na literatura especializada, em favor da expansão do PSF. Em paralelo, há evidência de que todo o sistema municipal foi modificado em função da referida expansão.



MUTIRÃO DA SAÚDE

Autor Principal: Fabíola Herbst Rodrigues

Outros Autores: Daniel Rogério Petreça; Tadeu David Geronasso; Camila Flores Bassaco; Carina Peronio Murari; Vera Lúcia Ruckl; Viviane Irene Dumke

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde

Município: Mafra

Estado: Santa Catarina

O município de Mafra, localizado no planalto norte catarinense tem em sua extensão de 1.406 km² um número aproximado de 52.000 habitantes sendo que 75,5% encontram-se na zona urbana e 24,4% na zona rural, possuindo em sua população a miscigenação da imigração alemã, italiana, portuguesa, polonesa e bucovina.

Mafra possui sua economia firmada basicamente no comércio, prestação de serviços, prestação de serviço autônomos e indústrias. Com relação à Agricultura, Pecuária e Extração Mineral podemos citar como destaques na economia: reflorestamento de pinus e eucalipto, criação de bovinos e frangos para corte, cultivo de milho, soja, feijão e fumo e extração de saibro e areia.

Na área da saúde, o município através da Secretaria Municipal de Saúde passou a ter uma nova forma de atuação na comunidade, são feitos em média 21.000 procedimentos mensais, além da implementação de todo o atendimento ambulatorial, com a contratação de profissionais de diversos níveis de formação e atuação, são realizadas atividades voltadas à implantação de Programas de prevenção, promoção, proteção, apoio e recuperação da saúde, envolvendo toda a equipe multiprofissional da Secretaria e exigindo grandes investimentos por parte do poder público.

Esta nova face da saúde no município trouxe ao cidadão a segurança em procurar o serviço público de saúde. É um novo modelo assistencial, é uma nova perspectiva de um futuro com mais qualidade de vida.

Partindo da necessidade e dessa nova perspectiva desenvolvida pelo órgão de saúde do município o Prefeito e Secretário Municipal da Saúde iniciaram e desenvolveram o programa de atendimento multidisciplinar Mutirão da Saúde.

O Mutirão da Saúde foi criado ano de 2002 para facilitar o acesso ao serviço de saúde, analisando a grande extensão territorial do município a equipe de saúde do SUS é deslocada durante um dia a uma comunidade pré-determinada pelas enfermeiras do Programa de Agentes Comunitárias de Saúde sendo a região beneficiada com o programa analisada anteriormente, necessitando do atendimento integral de saúde.

Os objetivos principais do programa previstos são: facilitar o serviço de saúde levando a equipe do SUS até a comunidade

interagindo-a com a população atendida, atender a várias especialidades, oferecer a comunidade informações de saúde positiva, agilizar consultas médicas especializadas, autorizar exames e disponibilizar através de receita médica medicamentos após a consulta.

Após a escolha da localidade as agente comunitárias de saúde realizam o agendamento e dos usuários aos atendimentos a serem realizados no Mutirão de Saúde, logo em seguida é feita a reunião prévia e organizado o transporte da população até o local, sendo que eles são realizados nos salões das igrejas e/ou escolas da localidade.

Em seguida é feita a montagem da equipe que trabalhará no evento sendo que os profissionais envolvidos são: médicos; clínicos gerais e pediatras; dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiras, técnicos em enfermagem, profissionais de educação física, auxiliares administrativos, farmacêuticos, assistentes sociais. A estrutura montada pela Secretaria Municipal da Saúde é montada na semana do evento junto com a divulgação.

As atividades oferecidas são: consultas médicas, exame preventivo do colo do útero, avaliação postural, avaliação da composição corporal, consulta de enfermagem, aferição de pressão arterial e de índice glicêmico, entregas de medicamentos da farmácia básica, procedimentos odontológicos realizados na rede ambulatorial, escovação supervisionada, consulta de psicologia, orientação familiar, nutricional e mediação de conflitos, identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos. Em números já estamos no 22º Mutirão da Saúde e em média são feitas por unidade de evento: 180 consultas médicas gerais, 90 consultas de pediatria, 60 exames preventivos de colo de útero, 20 consultas de psicologia e 30 de odontologia, 40 consultas de enfermagem, 80 avaliação posturais e 80 avaliações físicas e da composição corporal, 150 receitas aviadadas, totalizando em sua soma um número expressivo de pessoas atendidas.

O evento de saúde tem grandes resultados além de números, sendo os principais a diminuição de atendimentos e da demanda na policlínica municipal, descobrimento de casos novos de patologias adiando o tratamento auxiliando a prevenção, diagnóstico através das avaliações posturais e composição corporal de fatores complicantes futuramente, como casos de obesidade, desvios



posturais, além do envolvimento da comunidade para realização do evento e confraternização da equipe de saúde com a população.

Só é possível a realização devido a agilidade da equipe de enfermagem, o grande apoio do Prefeito e do Secretário Municipal de Saúde, o envolvimento das agentes comunitárias e o comprometimento de toda a equipe de saúde do SUS de Mafra sendo que a montagem da estrutura é o fator complicante, pois os locais muitas vezes, não apresentam condições apropriadas para execução de um evento de saúde.

Observamos com os Mutirões de Saúde a necessidade da população por um atendimento de saúde a poucos metros de sua casa, é visto a satisfação com a preocupação da Prefeitura e da Secretaria da Saúde em levar a saúde até a sua comunidade e receber um atendimento completo, rápido e de qualidade.



PROJETO AMIGOS DA AMAMENTAÇÃO

Autor Principal: Fátima Regina da Cal Seixas

Outros Autores: Cláudia Maria Monteiro Sampaio; Cristina Aparecida Bueno

Albuquerque; Jomara Sousa Martins; Maria Rosa Vieira de Carvalho; Priscila von

Zuben Tassi; Suely E. I. Okubo

Instituição: Prefeitura Municipal de Campinas Secretarias de Saúde e Educação

Município: Campinas

Estado: São Paulo

A Organização Mundial da Saúde preconiza que o aleitamento materno exclusivo seja mantido até os seis meses de idade, e até dois anos ou mais, acompanhado da alimentação complementar. Atualmente, as mulheres brasileiras que estão no mercado formal de trabalho têm quatro meses de licença maternidade remunerada, sendo que algumas vezes é possível agregar esse período ao de férias; além disso, até o sexto mês de vida a mãe tem direito a dois intervalos de meia hora durante a jornada de trabalho segundo a Consolidação das Leis Trabalhista - CLT, para amamentar seu bebê; nestas condições a manutenção do aleitamento materno exclusivo pode ser prolongada. Quanto às mulheres que estão no mercado informal, estas muitas vezes retornam às suas atividades laborais logo após o nascimento do bebê, para manter o próprio sustento; o que normalmente leva ao desmame precoce.

Observa-se na prática que a grande maioria das mães, quando retornam ao trabalho, deixam seus filhos aos cuidados de instituições que normalmente não têm como rotina o acolhimento do binômio mãe- filho e, muitas vezes, não oferecem um local adequado e tranquilo para amamentar e/ou a disponibilidade para receberem e oferecerem de maneira adequada para o bebê o leite materno coletado pela própria mãe.

A manutenção do aleitamento materno depende do desejo materno assim como da mobilização de toda a sociedade, do apoio da família, da comunidade, das políticas públicas (saúde, educação e assistência social), dos sindicatos, do legislativo e dos empregadores.

Há vários anos, os profissionais da área da Saúde vêm trabalhando com o tema Aleitamento Materno em todas as suas esferas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), e têm participado da luta pelos direitos de mulheres e crianças na amamentação.

No Brasil, os indicadores de prevalência do aleitamento materno ainda nos dizem que temos muito a avançar; e para alcançarmos este objetivo precisamos exercer esta política de forma intersetorial. No atendimento desenvolvido pela atenção básica às gestantes, mães e bebês no primeiro semestre de vida, na preocupação com a forma de alimentação e nutrição adequada

das crianças nesta faixa etária é premente entre profissionais, mães e familiares. Muitas crianças ingressam neste período nas creches municipais, e as mães encontram dificuldades em conciliar o retorno ao trabalho com a manutenção da amamentação, sendo freqüente a ocorrência do desmame precoce. Entendemos que através da ação conjunta entre Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação este cenário pode ser alterado e o direito à amamentação garantido.

Dentro da política da Secretaria Municipal de Educação a preocupação com a alimentação e nutrição nos estabelecimentos de ensino do município de Campinas é reconhecida e tem sido exemplo no cenário nacional; porém, um trabalho conjunto entre Secretarias de Saúde e Educação ainda não havia sido desenvolvido. É neste contexto, que este trabalho intersetorial potencializará recursos e esforços para a promoção do aleitamento materno.

O Comitê Municipal de Apoio e Incentivo ao Aleitamento Materno de Campinas-SP, em ação conjunta com as Secretarias de Saúde e Educação criou o Projeto "Amigos da Amamentação", que tem como propósito apoiar e capacitar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros Municipais de Educação Infantil (CEMEI) para o trabalho integrado dentro da política do aleitamento materno. Os serviços que se organizarem, capacitarem e se adequarem na promoção e estímulo ao aleitamento materno serão certificados como "Amigos da Amamentação".

Este projeto visa integrar os profissionais dos CEMEI's com os profissionais das U.B.S.s para a promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e continuado até os dois anos ou mais, apoiada por uma alimentação complementar nutricionalmente adequada. Visa também ajudar as nutrizes a superarem as dificuldades que poderão surgir na fase de retorno ao trabalho, incluindo a informação sobre os seus direitos e as licenças trabalhistas. Aumentar a prevalência do aleitamento materno no município e diminuir os riscos de infecção, desnutrição e problemas odontológicos decorrentes do uso de bicos, mamadeiras e chupetas. Para favorecimento desta prática será criado nas CEMEIs o "Cantinho da Amamentação", local este que deverá ser adequado e tranquilo para as mães amamentarem enquanto seus filhos permanecem no serviço.



Iniciamos com uma sensibilização e capacitação dos profissionais envolvidos para adesão ao projeto que consta de cinco UBS's e cinco CEMEI's como piloto, já que o município de Campinas é dividido em cinco distritos de saúde. Essas unidades foram escolhidas pelas Secretarias mediante manifestações já expressas pelas mesmas e/ou por apresentarem processos de trabalho ou infra-estrutura prévia.

O lançamento oficial do Projeto Amigos da Amamentação será realizado na Semana Municipal de Aleitamento Materno (Lei 11569 de 09/06/2003) que será realizada de 08 à 12 de maio de 2006.

Até o presente momento já foram capacitados 63 profissionais (médicos, enfermeiros, nutricionistas, auxiliares de enfermagem, agente de saúde, dentistas, cozinheiros, monitores, professores, diretores, orientadores pedagógicos, vigilantes) que atuam nas dez unidades escolhidas.

A partir da Semana Mundial de Amamentação, que será comemorada no período de primeiro a sete de agosto de 2006, iremos propor a ampliação do projeto para todas as unidades de cada distrito de saúde e todos os CEMEI's do município.



PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA NO SUS: PROGRAMA DE FITOTERAPIA NO SUS, EM JUIZ DE FORA – MG

Autor Principal: Felipe Villela Gomes
Outros Autores: João Batista Picinini Teixeira e Nélida Affini Ayub
Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora
Município: Juiz de Fora
Estado: Minas Gerais

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a Organização Mundial de Saúde tem expressado sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, em função de que 80% da população mundial depende dessas espécies, no que se refere à atenção primária à saúde. O Brasil possui inúmeras vantagens e oportunidades para o desenvolvimento desta terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, ampla sociodiversidade, uso de plantas medicinais vinculando ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente este conhecimento.

O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no Sistema Único de Saúde, uma vez que a partir da década de 80, diversos documentos foram elaborados com ênfase à introdução de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica nos sistemas públicos de saúde.

Atualmente, existem programas estaduais e municipais de fitoterapia, desde aqueles com memento terapêutico e regulamentação específica para o serviço, implementados há mais de 10 anos, até aqueles com início recente ou com pretensão de implantação. Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, em todos os municípios brasileiros, verificou-se que a fitoterapia está presente em 116 municípios, contemplando 22 unidades federadas.

No âmbito federal, cabe assinalar, ainda, que o Ministério da Saúde realizou, em 2001, o Fórum para formulação de uma proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos

Fitoterápicos, do qual participaram diferentes segmentos tendo em conta, em especial, a intersectorialidade envolvida na cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Em 2003, o Ministério promoveu o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência

Farmacêutica. Ambas as iniciativas aportaram contribuições importantes para a formulação desta Política Nacional, como concretização de uma etapa para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Com a implantação do Departamento de Terapias Não Convencionais (DNTC) no SUS em Juiz de Fora (MG), através da reforma administrativa da Prefeitura de Juiz de Fora, no ano de 2002, começou a elaboração do Programa de Fitoterapia, uma das especialidades deste departamento. Os objetivos específicos do Programa de Fitoterapia são: resgatar e valorizar a utilização das plantas medicinais; orientar a comunidade quanto ao uso correto de plantas medicinais por meio de palestras, cartilhas, visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); cultivar as espécies selecionadas, que servirão à manipulação e

fornecimento de medicamentos fitoterápicos à algumas UBS do SUS/ Juiz de Fora. A principal estratégia de implantação foi a articulação da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) com o DNTC – SUS/ Juiz de Fora.

Seguindo o exemplo do Programa FITOVERDE da Prefeitura Municipal de João Monlevade (MG), inaugurado em 23/12/1998, a escolha das plantas medicinais do programa segue os seguintes critérios:





necessidade do usuário; comprovação científica; disponibilidade do mercado e uso popular na região. No serviço os extratos são envasados em frascos próprios, as folhas para chá passam pelo processo de secagem e pesagem e as doses são individualmente embaladas e dispensados gratuitamente, somente a partir de prescrição médica.

Inicialmente foram dispensadas doses individuais de Espinheira Santa (*Maytenus ilicifolia*), Guaco (*Mikania glomerata*), Melissa (*Melissa officinalis*) e Funcho (*Foeniculum vulgare*). Em 2004, foram incluídos: Tanchagem (*Plantago major*), Boldo do Chile (*Peumus boldus*) e Camomila (*Matricaria recutita*).

Desde a implantação do serviço várias atividades foram desenvolvidas, como: realização de curso sobre plantas medicinais para médicos e enfermeiros que atuam no SUS; realização de palestras nas reuniões de hipertensos e diabéticos do PSF; realização de palestras na comunidade com o apoio de várias entidades beneficentes; fornecimento de estágios para estudantes de Enfermagem, Farmácia e Medicina da UFJF e apoio em projetos de reintegração social e de ações sócio-educativas.

O método terapêutico apresentou boa adesão dos usuários, resolutividade e baixo custo. A maior dificuldade foi o treinamento da equipe para coleta de dados sendo imprescindível o apoio de estagiários, universitários de cursos da área de saúde da UFJF. As perspectivas para os próximos anos são ampliar o serviço, iniciar o cultivo das plantas medicinais de interesse do programa de forma regionalizada, construir um horto didático de plantas medicinais, informatizar o serviço e investir em recursos humanos.



TREINAMENTO DE MULTIPLICADORES EM SAÚDE BUCAL DO PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL DO PARANOÁ - DISTRITO FEDERAL

Autor Principal: Fernanda Barros do Nascimento

Outros Autores: Marizilda Brochado Ranzeiro; Danielle da Silva Coutinho

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

O Programa Família Saudável do Distrito Federal está implantado desde fevereiro de 2004 como parceria entre Fundação Zerbini e a Secretaria de Saúde do DF. A Regional de Saúde do Paranoá/DF conta com duas equipes de saúde bucal implantadas em áreas rurais, sem cobertura da área urbana. Entre os objetivos das equipes de saúde bucal no PFS estão: desenvolver ações de saúde bucal coletiva que se traduzam em benefício à população e compartilhar o conhecimento odontológico com os membros das equipes do PSF e comunidade, formando multiplicadores em saúde bucal. Como alternativa de ampliação do acesso da população urbana às práticas de saúde bucal coletiva, as equipes rurais desenvolveram ações com o objetivo de formar multiplicadores de saúde bucal, entre os Agentes Comunitários de Saúde, e a população de escolares das áreas de abrangência das equipes. O trabalho desenvolvido incluiu: capacitação os ACS em relação à saúde bucal através de método já utilizado com os agentes comunitários da área rural; realização de oficinas com os ACS para construção coletiva de peça de teatro contendo os temas relevantes da educação em saúde bucal como escovação, alimentação e uso do fio dental; apresentação nas escolas com o objetivo principal de captar multiplicadores entre os alunos e professores e a realização de oficinas nas escolas com os alunos interessados estimulando a apresentação da peça. Toda a equipe do PSF é multiplicadora de saúde, principalmente os Agentes Comunitários que convivem mais de perto com a realidade das famílias. Como resultado, a equipe espera estar multiplicando o conhecimento e tornando o acesso à promoção e prevenção de saúde bucal mais universal. Com a conscientização da população, envolvimento da equipe com as famílias e comunidade, os multiplicadores podem ser capazes de transformar uma realidade existente.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

TREINAMENTO DE MULTIPLICADORES EM SAÚDE BUCAL DO PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL DA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANOÁ - DISTRITO FEDERAL

NASCIMENTO, Fernanda Barros do
RANZEIRO, Marizilda Brochado
COUTINHO, Danielle da Silva

Apresentação

O Programa Família Saudável do Distrito Federal está implantado desde fevereiro de 2004 como parceria entre Fundação Zerbini e a Secretaria de Saúde do DF. A Regional de Saúde do Paranoá/DF conta com duas equipes de saúde bucal implantadas em áreas rurais, sem cobertura da área urbana. Entre os objetivos das equipes de saúde bucal no PFS estão: desenvolver ações de saúde bucal coletiva que se traduzam em benefício à população e compartilhar o conhecimento odontológico com os membros das equipes do PSF e comunidade, formando multiplicadores em saúde bucal. Como alternativa de ampliação do acesso da população urbana às práticas de saúde bucal coletiva, as equipes rurais desenvolveram ações com o objetivo de formar multiplicadores de saúde bucal, entre os Agentes Comunitários de Saúde, e a população de escolares das áreas de abrangência das equipes. O trabalho desenvolvido incluiu: capacitação os ACS em relação à saúde bucal através de método já utilizado com os agentes comunitários da área rural; realização de oficinas com os ACS para construção coletiva de peça de teatro contendo os temas relevantes da educação em saúde bucal como escovação, alimentação e uso do fio dental; apresentação nas escolas com o objetivo principal de captar multiplicadores entre os alunos e professores e a realização de oficinas nas escolas com os alunos interessados estimulando a apresentação da peça. Toda a equipe do PSF é multiplicadora de saúde, principalmente os Agentes Comunitários que convivem mais de perto com a realidade das famílias. Como resultado, a equipe espera estar multiplicando o conhecimento e tornando o acesso à promoção e prevenção de saúde bucal mais universal. Com a conscientização da população, envolvimento da equipe com as famílias e comunidade, os multiplicadores podem ser capazes de transformar uma realidade existente.

Objetivo

Com o planejamento e implementação de ações de saúde bucal coletiva, as equipes rurais desenvolveram ações com o objetivo de formar multiplicadores de saúde bucal entre os Agentes Comunitários de Saúde, e a população de escolares das áreas de abrangência das equipes.

Metodologia

- Capacitação dos ACS em relação à saúde bucal através de método já utilizado com os agentes comunitários da área rural.
- Realização de oficinas com os ACS para construção coletiva de peça de teatro contendo os temas relevantes da educação em saúde bucal como escovação, alimentação e uso do fio dental.
- Construção de material educativo com o objetivo de captar multiplicadores entre os alunos e professores e a realização de oficinas nas escolas com os alunos interessados estimulando a apresentação da peça.

Conclusão

Com o planejamento e implementação de ações de saúde bucal coletiva, as equipes rurais desenvolveram ações com o objetivo de formar multiplicadores de saúde bucal entre os Agentes Comunitários de Saúde, e a população de escolares das áreas de abrangência das equipes. O trabalho desenvolvido incluiu: capacitação os ACS em relação à saúde bucal através de método já utilizado com os agentes comunitários da área rural; realização de oficinas com os ACS para construção coletiva de peça de teatro contendo os temas relevantes da educação em saúde bucal como escovação, alimentação e uso do fio dental; apresentação nas escolas com o objetivo principal de captar multiplicadores entre os alunos e professores e a realização de oficinas nas escolas com os alunos interessados estimulando a apresentação da peça. Toda a equipe do PSF é multiplicadora de saúde, principalmente os Agentes Comunitários que convivem mais de perto com a realidade das famílias. Como resultado, a equipe espera estar multiplicando o conhecimento e tornando o acesso à promoção e prevenção de saúde bucal mais universal. Com a conscientização da população, envolvimento da equipe com as famílias e comunidade, os multiplicadores podem ser capazes de transformar uma realidade existente.



GINCANA DA SAÚDE: PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO DE ADOLESCENTES DO PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL DO PARANOÁ - DISTRITO FEDERAL

Autor Principal: Fernanda Barros do Nascimento

Outros Autores: Neimar Moreira Portella; Augusto César Barreira Amaral; Gilberto Correia de Souza

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

O Programa Família Saudável do Distrito Federal está implantado desde fevereiro de 2004 como parceria entre Fundação Zerbini e a Secretaria de Saúde do DF. A equipe de saúde do Programa de Assentamento Dirigido do Distrito Federal (PAD-DF) está implantada na área rural da Regional de Saúde do Paranoá/DF. A equipe desenvolveu um trabalho com adolescentes da microárea Lamarão, distante cerca de sessenta quilômetros do centro de Brasília, denominado Gincana da Saúde com o objetivo de desenvolver ações de saúde que se traduzam em benefício à população, pela diminuição da ociosidade e integração entre a equipe e os adolescentes. Essa atividade promoveu atividades lúdicas de saúde voltadas para esta faixa etária. Em um primeiro encontro os adolescentes foram divididos em três grupos e foram determinadas três tarefas: apresentar uma peça de teatro com o tema drogas, uma paródia com o tema saúde bucal e um cartaz com o tema DST/AIDS. Os grupos receberam material de apoio da equipe e tiveram um prazo de um mês para elaboração das tarefas. Nesse intervalo de tempo, foi realizada a brincadeira da Caça

escola de educação infantil do local. A equipe observou como resultado do trabalho o empenho dos grupos em cumprirem as tarefas propostas, a ampliação dos conhecimentos sobre saúde e o interesse pelos problemas e dificuldades enfrentadas pela comunidade. Como prêmio pelo trabalho realizado a equipe organizou um passeio à Brasília, seus pontos turísticos e de interesse cultural como o Memorial JK (dedicado à memória de Juscelino Kubitschek), o Centro Cultural Três Poderes que inclui o Museu da Cidade, o Espaço Lúcio Costa e o Panteão da Pátria Tancredo Neves, com uma aula de um professor de história sobre o Distrito Federal, sua história e sua gente. A equipe do PFS contribuiu desta forma, não somente com o crescimento do conhecimento sobre saúde e autocuidado, mas também com a ampliação do conhecimento histórico cultural da comunidade e o despertar da cidadania.

GINCANA DA SAÚDE
PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO DE ADOLESCENTES DO PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL DO PARANOÁ - DISTRITO FEDERAL

NASCIMENTO, Fernanda Barros
PORTELLA, Neimar Moreira
SOUZA, Gilberto Correia
AMARAL, Augusto César Barreira

Apresentação
O Programa Família Saudável do Distrito Federal está implantado desde fevereiro de 2004 como parceria entre Fundação Zerbini e a Secretaria de Saúde do DF. A equipe de saúde do Programa de Assentamento Dirigido do Distrito Federal (PAD-DF), implantado na área rural da Regional de Saúde do Paranoá/DF, desenvolveu um trabalho com adolescentes da microárea Lamarão, distante cerca de 60 quilômetros do centro de Brasília, denominado Gincana da Saúde.

Objetivo
Desenvolver ações de saúde que se traduzam em benefício à população, pela diminuição da ociosidade e integração entre a equipe e os adolescentes com a promoção de atividades lúdicas de saúde voltadas para esta faixa etária.

Metodologia
Em um primeiro encontro os adolescentes foram divididos em três grupos e foram determinadas três tarefas: apresentar uma peça de teatro com o tema drogas, uma paródia com o tema saúde bucal e um cartaz com o tema DST/AIDS. Os grupos receberam material de apoio da equipe e tiveram um prazo de um mês para elaboração das tarefas.

Conclusão
A equipe observou como resultado do trabalho o empenho dos grupos em cumprirem as tarefas propostas, a ampliação dos conhecimentos sobre saúde e o interesse pelos problemas e dificuldades enfrentadas pela comunidade. Como prêmio pelo trabalho realizado a equipe organizou um passeio à Brasília, seus pontos turísticos e de interesse cultural como o Memorial JK (dedicado à memória de Juscelino Kubitschek), o Centro Cultural Três Poderes que inclui o Museu da Cidade, o Espaço Lúcio Costa e o Panteão da Pátria Tancredo Neves, com uma aula de um professor de história sobre o Distrito Federal e sua história. A equipe do PFS contribuiu desta forma, não somente com o crescimento do conhecimento sobre saúde e autocuidado, mas também com a ampliação do conhecimento histórico cultural da comunidade e o despertar da cidadania.

ao Tesouro, onde algumas pistas foram espalhadas pela comunidade e para cada pista encontrada deveria ser desenvolvido um texto descrevendo as condições de armazenamento do lixo e solução para melhorar o quadro, qualidade do transporte público oferecido a esta população e formas de integração entre os adolescentes e a



A GESTÃO COLEGIADA PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS E FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES NA LOCO-REGIÃO DE FRANCA/SP

Autor Principal: Fernanda de Oliveira Sarreta

Outros Autores: Profª Dra. Íris Fenner Bertani

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde e UNESP de Franca

Município: Franca

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

A experiência apresentada é vivenciada na construção do processo para a formação dos trabalhadores do SUS na loco-região de Franca/SP, quando em 2003 os Pólos foram constituídos para a gestão colegiada da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com intenção de consolidar a Reforma Sanitária, fortalecer a descentralização e desenvolver estratégias para efetivar a integralidade e o controle social. Nossa trajetória profissional na saúde pública tem sido marcada por preocupações com as formas de potencializar mudanças no cotidiano para atender as necessidades apresentadas pelos usuários nos serviços de saúde. E nossas ações estão fundamentadas na defesa da saúde como um direito fundamental ao desenvolvimento humano e do exercício democrático e de participação. Compromisso que fundamenta o trabalho de acreditar no SUS como política pública social e universal.

JUSTIFICATIVA

A Política aponta estratégias para mudanças e qualificação da atenção à saúde, dos serviços e dos processos formativos, para adequar às necessidades do sistema público de saúde. Tem como referência a integralidade das ações, e como eixos dos processos de mudança à articulação do ensino, gestão, atenção e controle social, e parcerias que ampliem a co-responsabilidade e a troca de experiências. Nossa participação tem se dado no sentido de ampliar o debate dos níveis de participação dos sujeitos envolvidos nas decisões que envolvem a saúde na loco-região, através da argumentação de que as dificuldades de aplicação dos princípios e diretrizes do SUS são conseqüências de descontinuidades dos processos motivacionais e educacionais sofridos por longo período no campo da saúde, notadamente da atenção primária. A referência tem sido o Pólo, como instância interinstitucional e espaço para o debate acerca de problemas, prioridades e alternativas para implementação do SUS e para a formação dos trabalhadores. Bem como, a cooperação técnica e científica de todas as organizações da sociedade, com objetivo de produzir conhecimento, pesquisas e desenvolver tecnologias, e

propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área de recursos humanos da saúde no país.

OBJETIVOS

Identificar as estratégias políticas pactuadas para alcançar a integralidade da atenção na loco-região; analisar os compromissos assumidos e a capacidade de mobilização dos gestores municipais quanto à educação permanente em saúde; analisar as estratégias adotadas para formação em saúde dos trabalhadores do SUS na loco-região.

METODOLOGIA

A loco-região de Franca/SP é representada no Pólo Nordeste Paulista, e compreende 22 municípios com uma população assistida de 650 mil habitantes em média. Estamos articulando espaços para ampliar o diálogo sobre o SUS, sua organização e funcionamento, e a importância de formação que amplie esse conhecimento e a troca de saberes e experiências. Em dezembro/2005 foi aprovado financiamento para pesquisa, através de Convênio da FAPESP - CNPq - SUS (Protocolo 05/58603-6), tendo como instituições parceiras: Secretaria Municipal de Saúde de Franca, Centro Regional de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST), UNESP de Franca, alunos e pesquisadores do QUAVISS - Grupo de Estudos e Pesquisas de Saúde, Qualidade de Vida e Relações de Trabalho, envolvendo vários profissionais da área da saúde. Para coleta de dados estamos realizando entrevistas com gestores, trabalhadores e professores e: levantamento bibliográfico; análise documental das ações voltadas para a gestão descentralizada empreendida na loco-região; pesquisa documental das atas de reuniões da CIR e do Núcleo Técnico Pedagógico do Pólo, entre outros.

PRODUTOS

Até o momento realizamos rodas de conversas com gestores e trabalhadores para identificação de problemas, sendo



que o prioritário foi: os sujeitos envolvidos com o SUS apresentam formação profissional fragmentada e distante do perfil para trabalho na saúde pública, com desconhecimento do funcionamento do sistema e atendimento desumanizado. Na análise de documentos e entrevistas identificamos: falta de documentação sobre as ações desenvolvidas; falta de política voltada para formação e processos de implementação do SUS.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A implantação dos Pólos é uma construção, onde todos estão aprendendo no coletivo a exercitar o diálogo, a articulação e a constituição de novos sujeitos. Visa um processo coletivo de conquistas a favor da autonomia, de novas formas de se relacionar e de concepções de idéias que assinalem para o respeito às diferentes formas de pensar e se relacionar. Todos podem contribuir na construção de serviços de saúde com um novo significado na vida das pessoas. O maior desafio indica avançar nessa perspectiva de coletividade e integralidade.

CONSIDERAÇÕES

A gestão colegiada deve explicitar compromisso com mudanças e reconhecer a capacidade de mobilização, para romper com as estruturas tradicionais na saúde pública. A abrangência destes subsídios é significativa na consolidação do projeto da Reforma Sanitária, e fornece elementos para estruturação dos projetos desenvolvidos na rede de saúde, contribuindo também para nortear uma ação de mudanças no atendimento, para que seja mais inclusivo, social e integral.

A GESTÃO COLEGIADA PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS E A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES NA LOCO-REGIÃO DE FRANCA - SP

FERNANDA DE OLIVEIRA BARRETA, IRIS FERRER BEITANI
Secretaria Municipal de Saúde de Franca - SP, QUAVIS
Universidade do Estado de São Paulo - Faculdade de Serviço Social, CAMPUS de Franca.

INTRODUÇÃO
A experiência relatada neste subsídio se desenvolveu no âmbito do Projeto de Implantação do SUS na Localidade de Franca, em parceria com o Conselho Municipal de Saúde, visando a implementação do SUS na Localidade de Franca, com foco na formação dos trabalhadores e na organização do sistema de saúde.

OBJETIVOS
Identificar as necessidades locais para a implementação do SUS na Localidade de Franca, visando a organização do sistema de saúde e a formação dos trabalhadores e a organização do sistema de saúde.

INTRODUÇÃO
A Política de Saúde adotada para a realização e implementação do SUS na Localidade de Franca, em parceria com o Conselho Municipal de Saúde, visando a implementação do SUS na Localidade de Franca, com foco na formação dos trabalhadores e na organização do sistema de saúde.

INTRODUÇÃO
A Localidade de Franca, representada no País do Nordeste Paulista II município, apresenta IM no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e desenvolvimento econômico. O município de Franca, SP, apresenta uma população de 140.000 habitantes, sendo a Secretaria Municipal de Saúde de Franca, Centro Regional de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST), (CAMPUS de Franca) e a implementação do SUS na Localidade de Franca, em parceria com o Conselho Municipal de Saúde, visando a implementação do SUS na Localidade de Franca, com foco na formação dos trabalhadores e na organização do sistema de saúde.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA
O aprendizado com a vivência da implantação do SUS na Localidade de Franca, em parceria com o Conselho Municipal de Saúde, visando a implementação do SUS na Localidade de Franca, com foco na formação dos trabalhadores e na organização do sistema de saúde.



UM DIA DE CIDADANIA: PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL E PROJETO HIP-HOP PRÓ-ATIVO

Autor Principal: Flávia de Oliveira Gontijo Assis

Outros Autores: Alice dos Santos; Marcia Pereira do Amaral Soares Moura; Fabio

Oliveira Rocha; Jane Akemi Nonaka Aravechia; Rosilene Pereira dos Santos; Eliete

Rodrigues dos Reis; Franco Ficher Ferreira de Souza; Jeane Ludovico Mariano; Luciano

Ribeiro de M. Araujo; Maki

Instituição: Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

O Programa Família Saudável (PFS) do Setor Veredas da Regional de Brazlândia, situada no Distrito Federal, conta com duas equipes de Saúde (Veredas I e Veredas II) e uma Equipe de Saúde Bucal que atende as equipes acima.

Próximo as duas Unidades de Saúde, encontra-se o Projeto Hip – Hop Pró –Ativo que é utilizado pelo Instituto de Pesquisa e Ação Comunitária como eixo de um projeto integrado dirigido a jovens em situação de risco social, que tem por objetivo promover a valorização da auto-estima e a construção de uma nova percepção da vida. Através da cultura hip-hop, hoje uma poderosa influência na formação de milhares de jovens, independente de fatores como raça ou condição social, o projeto pretende ajudar na articulação dos jovens, nos movimentos sociais, promovendo sua cidadania e a inclusão social. Oferece a jovens de várias idades, oficinas culturais artístico-pedagógicas como Música (DJ), Dança (break) e Canto (rap), além de palestras sobre inúmeros temas.

A convite dos organizadores do Projeto, no dia 29 de março de 2006, os profissionais do PFS de Veredas I e II participaram de um dia de palestras, visto que dentre as atividades entre os jovens, os dias de quarta-feira são destinados a palestras educativas, com a participação de várias entidades.

O objetivo principal deste encontro foi levar aos jovens, noções básicas de higiene corporal, tema este sugerido pelos próprios organizadores do projeto. Além disso, outro propósito foi o conhecimento por parte dos membros do PFS do funcionamento do referido projeto para futuras parcerias, visto que a maioria dos jovens participantes, reside no Setor Veredas.

Para a realização do evento, as duas equipes PFS reuniram-se para traçar estratégias que pudessem atrair os jovens ao tema, de maneira que as informações fossem repassadas de forma divertida e que prendesse a atenção do público. Assim, a metodologia utilizada foi a combinação de palestras educativas, mescladas com encenação teatral e dinâmicas de grupo. A peça teatral foi apresentada por quatro Agentes Comunitários de Saúde que se revezaram nos períodos matutino e vespertino. A estória representa o diálogo entre Jeca e

Juca, dois caipiras que estão com verminose e hepatite e desconhecem hábitos de higiene e não sabem da existência dos serviços de saúde. Eles são salvos pelo Super Saúde que além de ensinar hábitos de higiene pessoal, levam-nos ao PFS. A cirurgiã – dentista ficou responsável pela Dinâmica dos Doces e das Maças para discorrer sobre Saúde Bucal, ressaltando hábitos de higiene bucal, noções sobre cárie e dieta saudável. E a enfermeira Dr^a Flávia levou esclarecimentos sobre os hábitos saudáveis de higiene corporal.

Para a valorização dos jovens do projeto e para aumentar a sua auto-estima, os participantes do PSF fizeram questão de solicitar uma apresentação de Hip- Hop, reforçando a importância da troca de experiências.

Como resultado, observou-se a grande receptividade e interesse entre os 58 (cinquenta e oito) jovens que participaram do evento nos dois períodos deste dia. Houve muito divertimento e dúvidas colocadas pelos jovens que foram esclarecidas pelos profissionais. Como consequência desta iniciativa, surgiu a idéia do agendamento de uma próxima data em que será realizada escovação supervisionada e aplicações tópicas de flúor nestes jovens. Outro saldo positivo é que de acordo com os organizadores do projeto, o PFS Veredas poderá encaminhar jovens que estejam ociosos e que desejem se matricular no Projeto Hip – Hop Pró – Ativo.

A experiência mostrou-se extremamente gratificante para todos, provando que parcerias como estas fazem parte da busca pela melhoria da qualidade de vida da nossa comunidade. Os jovens, principalmente das cidades satélites, que não têm tanto acesso aos meios de lazer, necessitam de atividades que além de usarem sua energia e criatividade, ofereçam também informações sobre a saúde e esta é a função do PFS.



CARNAVAL COM SAÚDE - VIVA A MULHER!

Autor Principal: Floribelle Castillo Carrasquel

Outros Autores: Jeovania Rodrigues Silva e Marilda Augusto Oliveira

Instituição: Fundação Zerbini - Programa Família Saudável

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

No Brasil, as Estimativas de Incidência e Mortalidade (2003) apontam o câncer de colo do útero como o terceiro mais comum entre as mulheres e como a quarta causa de óbitos por câncer na população feminina. Não obstante, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100% quando diagnosticado precocemente. Embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países no mundo a introduzir a citologia de Papanicolaou para a sua detecção precoce, esta doença continua a ser um sério problema de saúde pública. O sucesso da prevenção deste câncer está na detecção precoce e na mudança de hábitos pessoais, procurando eliminar fatores causais, o que beneficia o paciente, sua família, a sociedade, bem como quem custeia sua saúde, seja o próprio indivíduo, a empresa em que trabalha ou o Estado. Assim, a Equipe 01 do Programa Família Saudável no Riacho Fundo II, Distrito Federal, promoveu o evento “Carnaval com Saúde” como estratégia para o diagnóstico precoce de câncer de colo uterino e outras patologias relacionadas.

A equipe foi implantada há 2 anos e conta com um grupo de Saúde da Mulher, no qual são desenvolvidos regularmente atendimentos, atividades educativas e exames ginecológicos. Desta forma, os principais objetivos deste trabalho foram captar aquelas mulheres que não tinham disponibilidade de participar do grupo, reduzir a demanda reprimida em relação aos exames de Papanicolaou, sensibilizar e educar a população em relação ao câncer de colo uterino, doenças sexualmente transmissíveis e HIV.

O estudo foi do tipo descritivo, para o qual inicialmente obtivemos, através do cadastro das famílias, a identificação das mulheres em idade fértil que não participavam regularmente do grupo de Saúde da Mulher. O outro critério para a seleção desta amostra foi a não realização de exames preventivos ginecológicos por um período maior de 1 ano. Seleccionada a amostra, cujo quantitativo foi de 110 mulheres, foram confeccionados e entregues individualmente convites para comparecimento à Unidade Básica Família Saudável em 18 de fevereiro de 2006. Na ocasião a equipe realizou, na comunidade, a distribuição de preservativos e folders educativos e exibiu vídeos os quais abordaram temas correlacionados. Os exames de Papanicolaou foram realizados segundo os padrões do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero para a coleta do material do exame preventivo, de modo a assegurar a qualidade da avaliação do esfregaço e aumentar a capacidade operacional do laboratório da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal, para onde o material foi enviado devidamente protocolado. Os resultados recebidos, cujo total foi de 107,

foram avaliados e organizados conforme os diagnósticos. Dois casos diagnosticados urgentes encaminhados imediatamente para as Unidades especializadas de referência, e os demais resultados aguardados para a entrega subsequente através de consulta com orientações e tratamento necessários, em 19 de abril de 2006.

Uma enquête realizada com as participantes constatou que 91,59% consideraram o evento como ótimo ou bom.

SEF - Secretaria de Estado Federal
Secretaria do Estado do Saúde do DF

CARNIVAL COM SAÚDE VIVA A MULHER!

CARRASQUEL, Floribelle

Introdução

No Brasil, as Estimativas de Incidência e Mortalidade (2003) apontam o câncer de colo uterino como o terceiro mais comum entre as mulheres e como a quarta causa de óbitos por câncer na população feminina. Não obstante, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100% quando diagnosticado precocemente. Embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países no mundo a introduzir a citologia de Papanicolaou para a sua detecção precoce, esta doença continua a ser um sério problema de saúde pública. O sucesso da prevenção deste câncer está na detecção precoce e na mudança de hábitos pessoais, procurando eliminar fatores causais, o que beneficia o paciente, sua família, a sociedade, bem como quem custeia sua saúde, seja o próprio indivíduo, a empresa em que trabalha ou o Estado. Assim, a Equipe 01 do Programa Família Saudável no Riacho Fundo II, Distrito Federal, promoveu o evento “CARNIVAL COM SAÚDE” como estratégia para o diagnóstico precoce de câncer de colo uterino e outras patologias relacionadas.

Objetivo geral

Captar as mulheres que não tinham disponibilidade para participar do grupo de Saúde da Mulher, e assim reduzir a demanda reprimida em relação aos exames de Papanicolaou, sensibilizar e educar em relação ao câncer de colo uterino, DST/HIV.

Metodologia

Estudo descritivo, os dados foram coletados da Tabela de cadastro das famílias, entrevistas, SEF/DI através para seleção das mulheres em idade fértil que não participavam regularmente do grupo de Saúde da Mulher. O evento foi realizado em 18 de fevereiro de 2006 às 10h00 em um espaço para a população da comunidade no Riacho Fundo II, Distrito Federal, com a presença de 110 mulheres. Os resultados foram coletados e enviados para o laboratório de citologia da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal, para onde o material foi enviado devidamente protocolado. Os resultados recebidos, cujo total foi de 107, foram avaliados e organizados conforme os diagnósticos. Dois casos diagnosticados urgentes encaminhados imediatamente para as Unidades especializadas de referência, e os demais resultados aguardados para a entrega subsequente através de consulta com orientações e tratamento necessários, em 19 de abril de 2006.

Resultados

As pacientes que compareceram para o exame de Papanicolaou representaram 72,7% do total da população em risco selecionadas (81 mulheres). Os resultados foram os seguintes: 85% das mulheres não tinham disponibilidade para participar do grupo de Saúde da Mulher, e assim reduzir a demanda reprimida em relação aos exames de Papanicolaou, sensibilizar e educar em relação ao câncer de colo uterino, DST/HIV.

Conclusões

O estudo revelou excelentes resultados para atingir os objetivos propostos, a estratégia do Programa de Saúde da Mulher, a distribuição de preservativos e folders educativos e a exibição de vídeos os quais abordaram temas correlacionados. Os exames de Papanicolaou foram realizados segundo os padrões do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero para a coleta do material do exame preventivo, de modo a assegurar a qualidade da avaliação do esfregaço e aumentar a capacidade operacional do laboratório da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal, para onde o material foi enviado devidamente protocolado. Os resultados recebidos, cujo total foi de 107, foram avaliados e organizados conforme os diagnósticos. Dois casos diagnosticados urgentes encaminhados imediatamente para as Unidades especializadas de referência, e os demais resultados aguardados para a entrega subsequente através de consulta com orientações e tratamento necessários, em 19 de abril de 2006.



Associamos tal sucesso ao recebimento dos resultados e atendimento em um intervalo de sessenta dias, surpreendendo a expectativa das clientes, uma vez que a principal queixa e insatisfação era a participação em eventos com a falta de recebimento de seus resultados. Creditamos, também, este êxito às parcerias estabelecidas com Laboratório da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal, Gerência de DST/AIDS, Regional de Saúde e Farmácia do Núcleo Bandeirante, Posto de Saúde do Riacho Fundo II. Toda a equipe esteve totalmente mobilizada, desde o planejamento do projeto até a sua execução, no intuito de alcançarmos mais e melhores resultados com otimização dos recursos. Graças ao trabalho de conscientização promovido, lideranças comunitárias e comunidade em geral tornaram-se também parceiros.

O aumento da expectativa de vida reflete uma melhoria na saúde pública, mas também é resultado de uma mudança no enfoque do controle das doenças. Saímos do processo de controlar enfermidades para o de controlar riscos. Entretanto, sabe-se que o serviço público de saúde apresenta diversos problemas. Grandes são as dificuldades para marcar consultas, realizar exames e cirurgias, adquirir medicamentos, obter resultados de exames e garantir referência e contra-referência, e as limitações tanto de recursos humanos como materiais.

Uma vez que a estratégia do Programa de Saúde da Família é ditada pelas lógicas de territorialização, vinculação, responsabilização e do olhar integral sobre o ambiente onde estão inseridas as famílias, foi estabelecido com louvor neste evento um espaço para a promoção de saúde em seu sentido mais amplo. Como propõe Paulo Freire, promover saúde é educar para a autonomia e sob esta luz conseguimos trabalhar a mobilização comunitária no intuito de favorecer a formação de atores sociais e agentes de sua própria saúde.



A UTILIZAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO NO PLANEJAMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE BRASILÂNDIA DO TOCANTINS - TO

Autor Principal: Francisco das Chagas Teixeira Neto

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Brasilândia do Tocantins

Município: Brasilândia do Tocantins

Estado: Tocantins

O município de Brasilândia do Tocantins fica situado na região noroeste do estado do Tocantins, pertencente à região norte do país. Dista 230 quilômetros da capital Palmas e localiza-se às margens da BR 153. Possui uma população de 2020 habitantes com distribuição predominantemente urbana, em torno de 76%. O outrora Programa Saúde da Família, hoje, Estratégia Saúde da Família, foi implantado no município no ano de 1998 e hoje representa o eixo norteador das ações de saúde, visto que nosso município possui como modelo de gestão, a plena da atenção básica. No ano de 2002, começamos a utilizar dentro da dinâmica do PSF, o chamado Plano de Ação, ou seja, através de um roteiro que utiliza um conjunto de sete planilhas dirigidas é feito um diagnóstico prévio de cada realidade a ser trabalhada, tomando possível o planejamento das ações que irão ser desenvolvidas num determinado período de tempo, objetivando-se sempre o aumento da resolutividades dos problemas da população e assim melhorando sua qualidade de vida. Baseando-se em instrumentos como visitas domiciliares roteirizadas e buscas ativas adscritas, levanta-se um diagnóstico de estimativa rápida de uma determinada microárea a ser trabalhada. Reuni-se a equipe: médico, enfermeiro, odontólogo e agentes de saúde e é feita a tabulação dos dados coletados, construindo-se tabelas e gráficos que são projetados para todos. Logo em seguida, é feito a identificação de todos os problemas observados na análise das tabelas e gráficos construídos, anotando-os na planilha I. Com a identificação concluída, a equipe debruça-se na planilha II, onde devem ser elegidos os problemas em grau de prioridades, justificada pela relevância e complexidade dos mesmos dentro da realidade de saúde da população. Passa-se então para a planilha III, onde busca-se definir o objetivo geral e todos os objetivos específicos inerentes a resolução daquele problema. Tendo sido definido os objetivos, encontramos-nos com a planilha IV, que propõe as ações a serem desenvolvidas levantando as dificuldades que irão ser encontradas para trabalhar cada objetivo que foi definido, as parcerias que irão ser necessárias para o sucesso da investida, assim também como os recursos a serem utilizados. Logo em seguida, passamos para a planilha V que serve para a construção dos indicadores a serem utilizados que servirão para avaliar os resultados das ações propostas e desenvolvidas num determinado espaço de tempo. Após a construção dos indicadores, passamos enfim para a planilha VI que

irá avaliar o impacto de cada ação, traçando um paralelo entre a realidade anterior e a atual. Enfim, chegamos na planilha VII que é necessária para se propor alguma alteração na ação que não está resultando em impacto positivo no indicador avaliado, alterar estratégias com eficácia pífia ou mesmo ajustar alguma ação que necessite de correção, mas que a essência esteja correta. Com a execução deste roteiro de palnilhas, percebeu-se em curto espaço de tempo indicadores expressivos como: taxa de mortalidade infantil decrescida de 30 p/1000 nasc. vivos em 2000, para 25 p/1000 nasc. vivos em 2005; 100% de nascidos vivos com mães com 4 ou mais consultas de pré-natal; 65% de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal; nenhum óbito de mulheres com idade fértil durante os anos de 2002, 2003, 2004 e 2005. Todos estes indicadores conforme a PPI da Atenção Básica 2005. Ressalta-se que estes resultados positivos foram possíveis porque este planejamento economiza tempo, fazendo com que a equipe trabalhe em cima de problemas reais; economize recursos, pois os gastos são planejados com responsabilidade e prioridades definidas e por fim, fortalece o vínculo e o compromisso da equipe de saúde da família com a população que é ouvida no início de cada planejamento. São estes resultados que nos enchem de orgulho e certeza que estamos no caminho certo e que servem de combustível para a cada dia melhorarmos outros indicadores que ainda não nos enaltece. Dificuldades encontradas são inúmeras, partindo do princípio que só o fato de trabalharmos com gente, em si, já é uma grande dificuldade. Mas para consolidar os princípios norteadores do SUS, tornando possível para a população vivenciar sua cidadania através de um acesso facilitado e desburocratizado nos serviços de saúde, universalizando a assistência e atendendo de maneira equânime, superamos toda e qualquer dificuldade em cada vez que ouvimos da pessoa mais humilde um simples: "Muito Obrigado".



O ACESSO A CIRURGIAS ELETIVAS EM JABOATÃO DOS GUARARAPES: UM PROJETO EM CONSTRUÇÃO

Autor Principal: Gabriella Morais Duarte Miranda

Outros Autores: Luciana Carla G. Carvalho; Maria Cecília de Mendonça Oliveira; Ana Pedrosa G. Rodrigues; Vera Maria de Souza Gayoso; Josilene Maria Felix Ferreira; Leonisia de Araújo Correia; Maria Isabel de Andrade Menelau; Wilson Raimundo Leite Filho

Instituição: Secretaria de Saúde de Jaboatão dos Guararapes

Município: Recife

Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

Objetivando reduzir a fila de espera para procedimentos eletivos de média complexidade, bem como garantir o cuidado integral à saúde e o acesso dos usuários ao atendimento especializado, foi instituída pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, através da Portaria GM 486 de 31/03/2005. Essa política visa ampliar a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, a partir da identificação da demanda reprimida, ampliando a oferta destes serviços.

Teve como alvo: Municípios sob Gestão Plena, com população acima de 50 mil/hab.; aqueles que habilitados nesta gestão, tivessem população acima de 50 mil/hab. junto com seus Municípios adstritos e Estados habilitados pela NOAS 01/02

JUSTIFICATIVA

Garantir a atenção integral à saúde por um sistema integralizado, no qual sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação. Esta garantia implica em dotar o Sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento entre o profissional de saúde e os pacientes. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano. Esse princípio, portanto, não exclui nenhuma das possibilidades de promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos.

Desta forma, em atendimento aos dispositivos da Portaria nº 486/05, o Município do Jaboatão dos Guararapes, habilitado na Gestão Plena e com população estimada de 640.722 habitantes em 2005, procedeu à identificação de sua demanda reprimida de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, com o objetivo de aderir ao projeto, reduzindo a fila de espera para esses procedimentos, atendendo assim às necessidades de sua população.

OBJETIVOS

- Estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que permita cuidados integrais de saúde;
- Identificar a demanda reprimida e reduzir as filas de espera por procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade;
- Organizar os fluxos de referência e contra-referência para procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, estabelecendo saldo organizativo da rede.

METODOLOGIA

1. Reunião com profissionais das USFs para apresentação do projeto, com o objetivo de encontrar apoio e adesão;
2. Identificação, a partir das USFs, usuários com indicação de procedimentos cirúrgicos eletivos;
3. Solicitação de exames pré-operatórios a serem feitos prioritariamente na rede pública;
4. Contato com Hospitais da Rede Complementar para identificação de perfil e estabelecimento de meta física de acordo com a capacidade instalada de cada um, sem prejuízo do atendimento de rotina à população;
5. Construção do Banco de Dados para organização do atendimento à demanda;
6. Estabelecimento de fluxo de encaminhamento;
7. Elaboração do Cronograma Físico-Financeiro por Hospital para atendimento de 100% da meta estabelecida – respeitando o teto financeiro de cada hospital e o repasse mensal do Ministério;
8. Envio da 1ª versão do Projeto para CIB - PE com Cronograma Físico Financeiro e Banco de Dados em anexo;
9. Aprovação – CIB e pela Portaria GM 25 de 06/01/2006;
10. Acompanhamento e Avaliação para verificar a execução da programação por Unidade Hospitalar, através da Planilha de Acompanhamento das Cirurgias eletivas (PT 486), ao final de cada mês constante do projeto.



PRODUTOS

Único município do Estado com o projeto aprovado pelo MS, identificou, a partir das Unidades de Saúde da Família (USF), 834 usuários com indicação cirúrgica, com um total de 842 procedimentos cirúrgicos eletivos, em conformidade com a PT/GM 486, que tiveram início em fevereiro de 2006 e término previsto para julho do mesmo ano.

Todas as 03 Unidades Hospitalares sob Gestão Municipal pertencentes à rede privada, conveniada ao SUS, foram identificados como aptos a participarem do Projeto, tendo sido estabelecida meta física de acordo com a capacidade instalada de cada uma, sem prejuízo do atendimento normal à população.

Foi elaborada lista de pacientes por procedimento, PSF e distrito sanitário de origem para a realização do Cronograma Físico-Financeiro por Unidade, encaminhamento dos pacientes e acompanhamento do Projeto, respeitando o teto financeiro de cada hospital e o repasse mensal do Ministério.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Fortalecer a garantia da integralidade, bem como reduzir a fila de espera para procedimentos eletivos de média complexidade, foi um desafio, pois significou construir um caminho para utilização de novas estratégias que pudessem dar conta das necessidades de sua população, organizando e quando necessário, ampliando, a oferta destes serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que organizar a atenção à saúde é um desafio, mas a garantia de acesso deve ser promovida, principalmente no sentido de atender as necessidades de cada comunidade, de forma horizontal, respeitando assim suas diferenças, num modelo equitativo, integrativo, solidário, sustentável e principalmente eficiente.



ATENÇÃO CLÍNICO-GINECOLÓGICA À POPULAÇÃO FEMININA ADULTA E ADOLESCENTE NO MUNICÍPIO DE SERRINHA - RN

Autor Principal: Gilson Geraldo de Oliveira

Outros Autores: Marineide Clemente Barbosa de Araújo; Avani Santos Ferreira da Silva;

Adelino Ferreira da Silva

Instituição: Centro de Saúde José Teixeira de Souza - Serrinha - RN

Município: Parnamirim

Estado: Rio Grande do Norte

Essa atenção visa efetivar a organização da atenção integral a saúde da mulher no município, como espaço prioritário de organização do atendimento pelo SUS, usando estratégias de promoção e prevenção da atenção clínico-ginecológica, promovendo a articulação intersetorial e com os demais níveis de complexidade da atenção básica.

Não é fácil, mas estamos progredindo e mostrando resolutividade no atendimento e com avanços significativos para a população.

Organizar a atenção clínico-ginecológica, é desenvolver ações que reduzam a incidência de mortalidade por esses agravos no município, criando potenciais para sua prevenção primária e secundária, a detecção precoce do câncer de colo do útero e de mama e bases para abordagens terapêuticas, uma vez que facilita o processo de socialização de informações estratégicas sobre a doença e, assim, da visibilidade e dimensão do problema que a atenção clínico-ginecológica representa para a saúde pública do município e quanto se pode fazer para reverter a atual situação de morbidade e mortalidade por essas doenças.

No que se refere ao câncer de colo do útero, as ações envolvem a detecção precoce da doença por meio do exame citopatológico (papanicolau), o mesmo garante o tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos e o monitoramento da qualidade do atendimento a mulher nas diferentes etapas.

No que se refere ao câncer de mama a detecção é feita através de três estratégias complementares, os exames: o auto-exame das mamas, o exame clínico das mamas, e a mamografia, a utilização desses exames educam a mulher para o cuidado com seu corpo e estimulam aos profissionais de saúde para o diagnóstico da doença.

A implantação deste programa surgiu da grande quantidade de problemas clínico-ginecológicos detectados durante o atendimento ambulatorial de ginecologia geral. Sabendo-se da importância da prevenção e de diagnosticar o câncer de colo de útero e de mama, onde muitas são expostas constantemente a fatores de riscos para o câncer, muitas delas desconhecem e não adotam medidas para prevenção deste agravo.

Promover e incentivar ações educativas preventivas num processo contínuo e permanente, possibilitando atender as demandas existentes, de forma a obter resultados satisfatórios e quantificar a incidência dessas patologias, diminuindo os índices de morbimortalidades no município.

Integração de ações com um direcionamento claro das intenções a buscar a conscientização da população através de: palestras, mutirões seminários, conferências fórum de debates, mesas redondas, dinâmicas de grupo, painéis, comunicações, articuladas de forma a despertar o interesse, a procura, desses serviços oferecidos mediante a intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, levando-se em conta as diversidades locais.

Os exames são colhidos de forma aleatória, sendo nossa clientela oriunda do Sistema Único de Saúde – SUS.

São realizados exames clínico das mamas e as clientes que apresentam predisposição para o câncer de mama são encaminhadas aos serviços especializados para tratamento adequado.

São colhidos os exames citopatológico (papanicolau) e posteriormente realizado colposcopia, biópsia, cauterização ou encaminhamento para o CAF (cirurgia de Alta Frequência), apenas nas clientes que apresentaram alterações neoplásicas no exame citopatológico ou cliente que apresentaram fatores de riscos para o câncer de colo do útero.

A colheita é feito de ecto e endocérvice e apenas no ectocérvice nas clientes grávidas e, cúpula vaginal em clientes hysterectomizadas.

As clientes que são atendidas pelas enfermeiras do município e colhido exame citopatológico e feito exame clínico das mamas, quando apresentam resultados normais são liberados, sendo encaminhado ao ambulatório de ginecologia geral as clientes que necessitam de tratamento especializado.

Observamos ser ainda alta a incidência de neoplasia precursoras do câncer de colo de útero e de mama, apesar das campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde. Diante do quadro há necessidade de acompanhamento dessas clientes, inclusive, tratando-se de forma adequada.



AGROINDÚSTRIA: DESCOBRINDO POTENCIAIS E PROPORCIONANDO QUALIDADE DE VIDA

Autor Principal: Giovana Míriam Brückmann

Outros Autores: Jorge Fernando Machado e Juciela Brum Soares de Moraes

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Matelândia

Município: Matelândia

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO

Grande parte da população que vive tanto no meio rural quanto urbano, não tem adotado efetivos mecanismos para enfrentar as adversidades econômicas presentes no Brasil. A partir dessa realidade, a Vigilância Sanitária (VS) do município de Matelândia, estado do Paraná, apostou na potencialidade das ações da agroindústria familiar para investir no desenvolvimento econômico, na proteção ambiental e na melhoria da qualidade de vida dessa fatia da população.

A implementação de ações voltadas ao desenvolvimento da agroindústria familiar, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorre através das ações da VS, que é parte integrante desse sistema. A VS é um conjunto de ações legais, técnicas, educacionais, de pesquisa e fiscalização que exerce o controle sanitário de produtos e serviços, inclusive os alimentos.

O trabalho cooperativo da VS com comerciantes e agroindústrias, orientando os produtores quanto aos aspectos legais e garantia da qualidade do produto elaborado e colocado à disposição do consumidor, vem revestido de relevância socioeconômica, porque contribui significativamente para a inclusão social do agricultor, através da renda obtida pelo seu trabalho. Além disso, intervêm positivamente para minimizar os problemas gerados pelo êxodo rural, em decorrência da utilização da mão-de-obra familiar na elaboração e distribuição de produtos.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

Este relato tem por objetivo principal publicizar a avaliação dos efeitos positivos gerados por ações conjuntas da VS com trinta e nove agroindústrias familiares de Matelândia.

As atividades propostas para os pequenos produtores rurais e urbanos de alimentos elaborados com processamento simples, mas que apresentam um potencial de valor agregado significativo, visa, sobretudo gerar renda e trabalho, garantir a oferta de produtos seguros ao consumidor e investir na fixação do homem ao campo através da melhoria de qualidade de vida.

METODOLOGIA

As ações iniciaram-se em agosto de 2003, através da fiscalização intensa da equipe de VS ao constatar a grande quantidade de produtos sem identificação, comercializados no município, que poderiam ser regularizados principalmente através da Resolução RDC - 23/2000/ANVISA. A primeira providência adotada foi notificar os comerciantes para que em um prazo de sessenta (60) dias houvesse a regulamentação dos produtos expostos à venda, através de contato com os produtores. A inobservância da notificação, por parte de alguns, levou a equipe da VS, em fevereiro de 2004, a efetuar a apreensão e inutilização de produtos.

Paralelo às atividades de fiscalização, ações educativas divulgaram a importância da oferta de produtos de qualidade, além de encontros de capacitação e motivação desenvolvidos pela Emater-Pr para o agricultor desenvolver seu próprio negócio. A VS apoiou a implantação do Centro de Geração de Renda - Portal Colonial, inaugurado em dezembro de 2003, visando ofertar espaço adequado para a comercialização dos produtos da agroindústria familiar.

Para avaliar os resultados das ações efetivadas, realizou-se uma investigação junto aos produtores, através de um questionário, formulado pela equipe de VS, abordando as mudanças por eles sentidas em sua qualidade de vida, a partir da implantação de suas agroindústrias.

RESULTADOS ALCANÇADOS

As ações de orientação e fiscalização dos pontos de venda realizadas pela VS foram fatores relevantes para a obtenção de sucesso na regularização de produtos e no aumento do número de agroindústrias familiares no município. Somente em 2003, houve um aumento considerável de 48,7%; em 2004, 40,1% e em 2005, apenas 10,3%.

Um fato interessante, relatado na investigação é o da agroindústria ter começado pela iniciativa de mulheres e em muitas propriedades se tornou a principal renda familiar.



APRENDIZAGEM

O produtor familiar percebeu que com a implantação da agroindústria, agregou valor e melhoria na qualidade dos produtos coloniais, refletindo em maior aceitação e venda em vários pontos de comercialização, tanto no município quanto em redes de supermercados regionais.

Com o intuito de dar mais possibilidades de qualidade de vida do produtor dentro da pequena propriedade rural, a VS em parceria com a Emater-Pr e demais órgãos públicos promoverá o I Seminário Municipal de Alternativas Agropecuárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A agroindústria surgiu como uma alternativa para as pequenas propriedades, apostando na auto-suficiência e no desenvolvimento sustentável, diversificando as formas de obtenção de renda, gerando trabalho para a família e melhorando sua qualidade de vida e de saúde.

A valorização dos pequenos produtores, principalmente da mulher que vem alavancando essa atividade econômica em Matelândia, tem sido decisiva para se apostar na responsabilidade socioambiental. A investigação demonstrou pessoas com alta auto-estima, preocupados com sua saúde e a dos consumidores e preservação ambiental.



EFETIVIDADE DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor Principal: Gisele Rocco Pereira

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde

Município: São José do Rio Preto

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVAS

A atenção pública em saúde bucal que por muitos anos se restringiu a atendimentos aos escolares e atendimentos emergenciais a outras faixas etárias da população, encontra na Estratégia da Saúde da Família oportunidade de oferecer promoção em saúde bucal com resultados eficientes, respeitando dentre outros, os princípios da universalidade do acesso, da equidade na assistência e integralidade.

A atenção em saúde bucal passou por grandes transformações, desde os antigos “barbeiros” até os dias de hoje, porém mesmo com toda evolução científica é ainda muito grande o número de pessoas que nunca tiveram acesso à atenção à saúde bucal. Os programas de atendimento público ficaram por muitos anos restritos a atenção aos escolares, com uma atenção exclusivamente curativa e por que não dizer mutiladora, restando a outras faixas da população os atendimentos emergenciais, com pouca resolutividade.

As equipes de saúde bucal, inseridas na Estratégia da Saúde da Família na busca da universalidade do acesso, da equidade na assistência e da integralidade, têm utilizado importantes ferramentas de trabalho destacando-se: o conhecimento do território, os determinantes de saúde, o planejamento e avaliação das ações, trabalho em equipe e ações intersetoriais.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

Demonstrar a efetividade da atenção em Saúde Bucal dentro da Estratégia da Saúde da Família no Município de São José do Rio Preto - SP

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

Foi realizado um estudo comparativo das condições bucais da população das Unidades Básicas de Saúde da Família do município de São José do Rio Preto – SP no período de 2001 à 2005, através da realização de exames bucais em 100% dos escolares do território, nas gestantes e idosos cadastrados nas unidades.

PRODUTOS: O QUE FOI REALIZADO

No território das Unidades Básicas de Saúde da Família constatou-se uma redução significativa do índice de cárie dentária e da necessidade curativa na população escolar do território, salientando que as unidades escolares não possuem equipamento odontológico. Uma melhora no acesso e na resolutividade da atenção para as outras faixas etárias também foi observado, inclusive desencadeando ações intersetoriais importantes como o trabalho de reabilitação protética para idoso.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Através da reorganização do processo de trabalho, considerando o trabalho em equipe, o conhecimento do território, os determinantes de saúde, as visitas domiciliares, as ações intersetoriais os critérios de risco e a educação permanente da equipe é possível alcançar eficiência e eficácia na atenção em saúde bucal, propostas nas diretrizes do SUS.



HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL: UM COMPROMISSO INTERDISCIPLINAR

Autor Principal: Graziela Hamann de Freitas
Outros Autores: Cleusa Helena Rockembach Mazuim
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente
Município: Cachoeira do Sul
Estado: Rio Grande do Sul

Segundo a Organização Mundial da Saúde "Assistência Pré-Natal" é um conjunto de cuidados médicos, nutricionais, psicológicos e sociais, destinados a proteger o binômio feto/mãe durante a gravidez, parto e puerpério, tendo como principal finalidade à diminuição da morbi-mortalidade materna e perinatal".

Em Cachoeira do Sul, no ano de 2003, foi implantado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído através da portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, sendo este um importante instrumento para a organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes no município, com objetivo de melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às gestantes e ao recém-nascido.

Este Programa vem de encontro aos direitos fundamentais preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, no que tange ao direito à vida e à saúde, onde em seu artigo 7º traz que a criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência e, assegura à gestante, através do Sistema Único de Saúde esta Assistência. Sendo assim, o Programa surge como um meio para garantir a realização de alguns procedimentos considerados básicos no acompanhamento pré-natal.

Contudo, apesar do PHPN ter sido instituído há três anos, ainda não havia sido feita uma análise detalhada, quantitativa e qualitativa, da atenção pré-natal no Município como um todo, mas apenas em algumas Unidades isoladas, demonstrando ainda déficits importantes na implementação dos critérios mínimos exigidos pelo

Programa. Assim, o objetivo deste projeto foi avaliar a experiência da implantação do PHPN no Município, a partir do sistema criado para o gerenciamento de dados, SISPRENATAL, estimulando nas Unidades Sanitárias, que aderiram ao Programa, a discussão em torno do pré-natal junto a equipe de saúde (Médicos, Assistentes Sociais, Enfermeiras, técnicos em enfermagem, Agente Comunitários de Saúde, Recepcionista, digitadores), na busca de alternativas no que se refere à melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, à assistência ao parto, ao puerpério e neonatal, garantindo a consolidação dos objetivos do Programa e pensando a interdisciplinaridade "capaz de romper as estruturas de cada saber para alcançar uma visão unitária e comum do saber trabalhando em parceria" (Maria Arleth Pereira, 1995).

HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL
UM COMPROMISSO INTERDISCIPLINAR

Introdução
Segundo a Organização Mundial da Saúde "Assistência Pré-natal" é um conjunto de cuidados médicos, nutricionais, psicológicos e sociais, destinados a proteger o binômio feto/mãe durante a gravidez, parto e puerpério, tendo como principal finalidade à diminuição da morbi-mortalidade materna e perinatal".

Justificativa
Atualmente o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento - PHPN em Cachoeira do Sul, vem sendo desenvolvido em unidades sanitárias, porém, não há uma avaliação detalhada da implementação do programa e da qualidade do atendimento às gestantes e recém-nascidos.

Objetivo
Analisar e avaliar a implementação do PHPN no Município, a partir do sistema criado para o gerenciamento de dados, SISPRENATAL, estimulando nas Unidades Sanitárias, que aderiram ao Programa, a discussão em torno do pré-natal junto a equipe de saúde (Médicos, Assistentes Sociais, Enfermeiras, técnicos em enfermagem, Agente Comunitários de Saúde, Recepcionista, digitadores), na busca de alternativas no que se refere à melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, à assistência ao parto, ao puerpério e neonatal, garantindo a consolidação dos objetivos do Programa e pensando a interdisciplinaridade "capaz de romper as estruturas de cada saber para alcançar uma visão unitária e comum do saber trabalhando em parceria" (Maria Arleth Pereira, 1995).

Metodologia
A metodologia utilizada para a realização deste projeto foi a pesquisa qualitativa, utilizando-se de entrevistas em profundidade com profissionais das Unidades Sanitárias, Agente Comunitários de Saúde, Recepcionista, digitadores, enfermeiras, técnicos em enfermagem, Agente Comunitários de Saúde, Recepcionista, digitadores, na busca de alternativas no que se refere à melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, à assistência ao parto, ao puerpério e neonatal, garantindo a consolidação dos objetivos do Programa e pensando a interdisciplinaridade "capaz de romper as estruturas de cada saber para alcançar uma visão unitária e comum do saber trabalhando em parceria" (Maria Arleth Pereira, 1995).

Resultados
A pesquisa revelou que a implementação do PHPN em Cachoeira do Sul, vem sendo desenvolvida em unidades sanitárias, porém, não há uma avaliação detalhada da implementação do programa e da qualidade do atendimento às gestantes e recém-nascidos.

Conclusão
A pesquisa revelou que a implementação do PHPN em Cachoeira do Sul, vem sendo desenvolvida em unidades sanitárias, porém, não há uma avaliação detalhada da implementação do programa e da qualidade do atendimento às gestantes e recém-nascidos.

Referências
Organização Mundial da Saúde (1995). Assistência Pré-natal. Brasília: Organização Mundial da Saúde.

Palavras-chave
Humanização do Pré-natal e Nascimento, PHPN, assistência pré-natal, qualidade do atendimento, acesso, cobertura, qualidade.

A proposta baseou-se no estabelecimento de uma avaliação sistemática do PHPN, realizada mensalmente em cada Unidade que possui o Programa implantado, reunindo todos os profissionais da saúde envolvidos com a Assistência ao Pré-natal. Para cada reunião foi apresentado material de acompanhamento do PHPN para ser discutido nas Unidades, tendo como fonte de coleta



de dados os relatórios gerenciais e planilhas geradas a partir do SISPRENATAL, do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), VEPE (Valores exclusivos para empenho) e do SIA (Sistema de informação ambulatorial) do Município.

Estabeleceram-se comparações dos percentuais de cobertura da Assistência Pré-natal, levantando-se informações sobre o andamento do Programa, ponderando resultados, com objetivo de auxiliar o diagnóstico, o planejamento, verificar cumprimento do Programa conforme o que foi estabelecido inicialmente e subsidiar possíveis intervenções, objetivando debates entre as equipes de saúde, onde foram destacados os percentuais de gestantes cadastradas que atendem os critérios mínimos preconizados pelo PHPN, comparando-se a evolução mensal de cada uma das Unidades de Saúde e do Município como um todo durante o período estabelecido para a proposta de intervenção.

Discutir a assistência pré-natal é algo que precisa do envolvimento e preocupação de todos os profissionais relacionados com a questão, pois é um tema bastante amplo que exige os mais diversos saberes. Afinal, “O homem é uma unidade que só pode ser apreendida numa abordagem sintetizada e nunca mediante uma acumulação de visões parciais” (SÁ, 2003), daí resulta a importância do trabalho interdisciplinar entre as equipes de saúde. Percebeu-se que existe uma busca em promover a interdisciplinaridade dentro de uma equipe, onde existem profissionais com diferentes graus de interesse e comprometimento com o trabalho que desenvolvem e, onde os entraves burocráticos e financeiros perpassam estas relações.

A avaliação de programas, feita a partir de sistemas de informação está se tornando cada vez mais comum, vista as possibilidades de análise e avaliações que podem ser feitas com base em indicadores quantitativos do monitoramento das ações. Contudo, a importância não está apenas na possibilidade de medir e avaliar os avanços de um dado processo, mas sim, devem ser também um estímulo à reflexão, ao debate, à informação dos sujeitos envolvidos.

Conclui-se, que o trabalho que esta sendo desenvolvido desde outubro de 2005 trouxe avanços como o engajamento e esforço da equipe em buscar novas estratégias para melhorar os índices de cobertura da assistência ao pré-natal, o olhar sobre o sujeito que deve ser visto na sua integralidade levando em consideração não só os aspectos físicos biológicos, mas também psicológicos e sociais; reconhecendo a importância da interdisciplinaridade. Contudo, um dos aspectos ainda desafiadores é a captação precoce das gestantes, pois influenciam questões relacionadas à vergonha, gravidez indesejada, algumas mães consideram-se experientes porque já tem outros filhos.

A força fundamental para a concretização das mudanças necessárias está no compromisso político com as premissas do SUS (equidade, integralidade e universalidade). Esse compromisso, no

entanto, deve-se traduzir no trabalho constante de avaliação e readequação da assistência. Programas, estratégias de atenção e monitoramento de resultados são instrumentos auxiliares nesse trabalho. Se não utilizados com essa finalidade, passam a ser percebidos apenas como mais uma tarefa e não acrescentam ganhos à saúde da população.



IMPLANTAÇÃO DE EQUIPE DE PSF EM UNIDADE MISTA DE SAÚDE - RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA

Autor Principal: Guilherme Böck

Outros Autores: Letícia J. Kistenmacher

Instituição: Secretaria de Saúde e Ação Social - Paraíso do Sul

Município: Paraíso do Sul

Estado: Rio Grande do Sul

A otimização dos serviços dos pequenos hospitais existentes em inúmeros municípios do interior do país e sua perfeita integração ao SUS, prestando um atendimento de acordo com seus princípios norteadores é um desafio atualíssimo na realidade atual. Neste sentido a experiência efetivada em nosso município merece ser apresentada. Paraíso do Sul, localizado na região central do Estado, municipalizou a atenção básica, já tardiamente em 1999, possuindo atualmente uma população de 7.412 hab, possui sediado na localidade de Vila Paraíso, distante 10 Km da Sede Municipal um hospital filantrópico com capacidade de 29 leitos de internação, bloco cirúrgico desativado há mais de 10 anos e razoável situação financeira, ao contrário da grande maioria destes hospitais. Implantou-se em parceria com a entidade, através de convênio, uma equipe de Programa de Saúde da Família, com vistas a atender a Vila Paraíso e arredores, na parte alta do Município, no mês de setembro de 2002.

A montagem da equipe, as orientações à população e as dificuldades da organização do serviço em função do Hospital manter ainda o seu funcionamento normal num primeiro momento e posteriormente passando a funcionar como Unidade Mista numa segunda etapa, passando a reduzir a emissão de AIHs. Observa-se ainda que o município possui deste julho de 2000 cobertura de 100 % de sua população e área pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e desde 2002, também atendimento integral por três equipes do Programa de Saúde da Família, incluindo a equipe instalada neste Hospital.

A partir da experiência analisada entendemos possível e positiva a idéia de transformar pequenos hospitais em Unidades Mistas com equipes de PSF, colocando-os à disposição do SUS, atendendo à população em um serviço estruturado e integrado efetivamente ao Sistema Único de Saúde. Tal proposta vêm sendo indicada como passível de implementação inclusive pelo Ministério da Saúde, através da Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, em processo de implantação em todo o país atualmente.



O PAPEL DA ENFERMEIRA NA PREVENÇÃO DO CANCER CÉRVICO-UTERINO E DE MAMA NO MUNICÍPIO DE PARAÍSO DO SUL - UMA PROPOSTA DE TRABALHO

Autor Principal: Guilherme Böck

Outros Autores: Aline Cristina Langbecker

Instituição: Secretaria de Saúde e Ação Social - Paraíso do Sul

Município: Paraíso do Sul

Estado: Rio Grande do Sul

O câncer cérvico-uterino é hoje no Brasil, um sério problema de Saúde Pública, sendo a redução de seu impacto possível através de programas integrados de controle, desde que incorporados aos demais níveis do sistema de atenção básica à saúde. Este trabalho, trata-se de um relato de experiência das enfermeiras coordenadoras do PSF de Paraíso do Sul, que tiveram como objetivo, ampliar a cobertura de prevenção ao câncer cérvico-uterino e de mama para usuárias do serviço de saúde, por meio de implementação de consulta de enfermagem, diminuindo a incidência de alterações celulares e otimizar o atendimento do ginecologista, e para melhor compreensão do processo vivenciado vale relatar, ainda que brevemente, o histórico da experiência. A coleta de material para o exame citopatológico era competência do médico ginecologista, contratado pelo município, portanto em número reduzido, limitando o acesso de muitas mulheres à realização da citologia oncológica. Eram convocadas a retornar ao serviço apenas aquelas, cujo resultado houvesse alterações celulares (HPV, displasias, carcinomas), ficando excluídas do processo, portadoras de vulvovaginites, em virtude da limitação do número de retornos, preenchidos pelas mulheres com resultados positivos. Diante do exposto e na busca de melhorias do atendimento, as enfermeiras elaboraram uma proposta de atuação em equipe com vistas a solucionar o problema. Desta forma, compete a enfermeira a coleta do citopatológico e exame de mamas. Resultados com alterações celulares são encaminhadas ao ginecologista, as pacientes com vulvovaginites são tratadas pelas enfermeiras conforme protocolo estabelecido e resultados normais são entregues às pacientes na visita domiciliar pelas ACSs, sob orientações preventivas. Conforme relato anterior, houve um aumento significativo de exames realizados: em 2000 foram coletados 237 exames, destes um alterado; 2001, 782 exames foram coletados e houveram 06 alterações celulares; em 2002 com início da atividade pelas enfermeiras, foram coletados 980 exames, sendo 02 com alterações, em 2003 foram 849 exames e 9 alterados. Observa-se que com aumento da atividade preventiva, novos casos foram diagnosticados e tratados precocemente, tão logo, alcançou-se a cobertura mínima de exames estabelecidos pela OMS e foi otimizado o atendimento do ginecologista.



O PACS E PSF COMO EXPERIÊNCIA DE EFETIVAÇÃO DO PRINCÍPIO DE UNIVERSALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE - ANÁLISE DOS DADOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Autor Principal: Guilhwerme Böck

Outros Autores: Jones Carlos P. Machado

Instituição: Secretaria de Saúde e Ação Social - Paraíso do Sul

Município: Paraíso do Sul

Estado: Rio Grande do Sul

Um dos grandes desafios do SUS é a efetivação do princípio da universalização da atenção à saúde e o PACS e o PSF são duas das mais importantes estratégias existentes com vistas à consecução deste objetivo. Buscaremos com base na experiência do Município Paraíso do Sul, dados sobre a ampliação da assistência farmacêutica a partir da implantação deste programas. Paraíso do Sul, localizado na região central do Estado integrava a 8ª CRS e atualmente faz parte da 4ª CRS municipalizou a atenção básica, já tardiamente em 1999[^], possuindo atualmente uma população de 7.412 hab. Em junho de 2000 implantou o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, com cobertura de 100% da área e população do Município e, em outubro de 2002 implantou três equipes do Programa de Saúde da Família, também atingindo toda a população.

Com estas iniciativas buscou-se ampliar o acesso aos serviços disponibilizados pelo SUS e uma das formas de avaliar o alcance e resultados destas iniciativas é o número de pessoas atendidas pelos Programas de Distribuição de Medicamentos.

Devem ser considerados também os investimentos feitos na garantia de estoque para distribuição, o cadastramento do HIPERDIA e a formação de grupos de hipertensos e diabéticos. O trabalho teve como objetivo avaliar em função da quantidade de pessoas atendidas a atenção farmacêutica no município a partir da implantação dos PACs e PSF.

Da análise dos dados levantados podemos concluir que o número de usuários dos programas de acompanhamento de pacientes e de usuários dos medicamentos distribuídos no setor de dispensação teve um aumento de 182,6% de junho de 2000 a julho de 2004, contribuindo para aproximarmos-nos de atingir o princípio da universalidade da atenção à saúde em nosso Município.



SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Autor Principal: Guiomar Maria da Silva

Outros Autores: Carla Guimarães da Silva - Psicóloga / Daniel Leonardo Boessio - Psiquiatra

Instituição: Centro de Atenção Psicossocial II

Município: Santa Cruz do Sul

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

O CAPS II (Centro de Atendimento Psicossocial), é um setor vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, no município de Santa Cruz do Sul, cidade de 110 mil habitantes no centro do RS.. Iniciou suas atividades em 17 de março de 1997, em 2002 cadastrado junto ao Ministério da saúde, passando a receber verba federal.

O CAPS II destina-se a cuidados integrais em Saúde Mental — tanto ambulatorialmente, quanto em regime intermediário entre ambulatorio e internação hospitalar — numa abordagem interdisciplinar, onde são atendidos pacientes com quadros psicóticos, neuróticos e depressões graves, tendo como meta a ressocialização, desenvolvimento de potencialidades, reinserção familiar e no trabalho afim de evitar internações e suas seqüelas

Analisando esta problemática, pensamos em estratégias que visem um atendimento integrado, proporcionando a população de SCS um serviço eficiente e humanitário e que também seja para o município uma proposta eficaz e resolutive.

O projeto saúde mental na atenção básica visa a ampliação da rede de atenção à saúde mental no município de Santa Cruz do Sul, reduzindo assim as lacunas nessa área de atendimento. O projeto apresenta uma proposta de organização do atendimento em saúde mental iniciando na rede básica de saúde em parceria com os serviços especializados (atualmente santa cruz conta também com CAPSIA e CAPS/AD) e a normatização dos papéis de cada estrutura envolvida na rede, conforme preconiza o atendimento do SUS.

Há estudos que dizem que a demanda em saúde mental na atenção primária no Brasil situa-se em torno de 55% (texto publicado pela Escola Nacional de Saúde Pública - RJ), em Santa Cruz do Sul, não temos dados precisos, mas constatamos que há uma grande população em busca de alento para seu sofrimento psíquico, chegando primeiramente nos postos de saúde, Plantão de Urgência e em seguida sendo encaminhados para os CAPSs, inchando e engessando os serviços especializados.

A partir disso, vislumbramos que a atenção primária, inicialmente representadas pelos PSFs como primeiro recurso de saúde serão melhor capacitados e instrumentalizados para receber esta clientela, com apoio do ambulatorio especializado e dos CAPSs,

OBJETIVO

Implantar no município de Santa Cruz do Sul um serviço de atendimento em saúde mental integrado, que compreende: atenção primária, ambulatorio especializado SM e CAPSs.

Proporcionar a população de Santa Cruz do Sul um atendimento mais humanitário e eficaz nos transtornos mentais;

Trabalhar efetivamente a prevenção em Saúde Mental;

Desmistificar o paciente com sofrimento psíquico e contribuir para sua ressocialização;

METODOLOGIA

Para concretizar este plano é necessário pensar em:

Coordenação Municipal de saúde Mental

Sensibilizar e capacitar a rede básica para atuar na prevenção, avaliação e tratamento dos transtornos mentais comuns.

Estabelecer diretrizes para atendimento integrado: Atenção primária, ambulatorio SM e CAPSs.

O que já vem sendo feito desde 2002 é a sensibilização das equipes de PSFs, esta sensibilização vem dando-se através de encontros com agentes de saúde e reuniões mensais dos profissionais dos PSFs e técnicos do CAPSII e mais recentemente com profissionais dos CAPSIA e CAPSAD.

Nestas reuniões podemos perceber as falhas no processo de atenção a saúde mental e a necessidade dos PSFs em serem mais bem capacitados e instrumentalizados para esta demanda.

Pensamos que é necessário avançar na capacitação na saúde mental para trabalhadores da área da saúde, com a finalidade de atuarem na prevenção, identificação e tratamento dos TMC, encaminhando quando necessário os transtornos mentais graves aos serviços especializados.

Os Caps (II/AD/IA) atualmente reúnem-se mensalmente para discutir as ações e a proposta de uma coordenação municipal de saúde mental.



As dificuldades enfrentadas são as trocas de profissionais, principalmente na rede básica, e comprometimento dos gestores com as ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho proposto trás a legitimidade de um trabalho integrado, oferecendo aos usuários dos serviços de saúde se santa cruz do sul, um serviço publico de qualidade e humanizado.



ANÁLISE DOS RESULTADOS IMEDIATOS E DOS INDICADORES ADMINISTRATIVOS DA CRIAÇÃO DE CENTRO ESPECIALIZADO EM CIRURGIA DA HÉRNIA INGUINAL (CCH) COM A UTILIZAÇÃO DA TELA PHS® (PROLENE HERNIA SYSTEM)

Autor Principal: Heitor Fernando Xediek Consani

Outros Autores: Carlos Aparecido Teles Drisostes; Daniel Pedroso Palma; Eduardo Pinheiro

Instituição: Hospital Santa Lucinda -PUCSP - CCMB

Município: Sorocaba

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVAS

O município de Sorocaba apresentava um problema de demanda e de resolutividade na cirurgia de Hérnia Inguinal. Através de um trabalho conjunto entre Gestor Municipal, o Hospital Santa Lucinda da PUCSP, dos profissionais médicos envolvidos, foi proposto a criação de um ambulatório específico para Hérnia Inguinal e a utilização da tela PHS® (Prolene Hernia System) como uma alternativa tecnológica, que além de resolver o problema de demanda, aumentasse a resolutividade e não onerasse o custo hospitalar. Neste trabalho mostramos nossa trajetória e o principais resultados obtidos.

OBJETIVO

Este trabalho procura avaliar os resultados da implantação de Centro Especializado em Cirurgia da Hérnia Inguinal (CCH) através da análise das seguintes médias: de tempo de utilização de centro cirúrgico, tempo de internação, valor gasto com materiais e valor gasto com medicamentos; além da redução das filas, diminuição do afastamento do trabalho e critérios médicos, portanto avaliar se a utilização do PHS® no procedimento de Herniorrafia Inguinal Unilateral trouxe alguma mudança nestes indicadores, e se estas mudanças do ponto de vista médico, administrativo e financeiro conduzem a manutenção ou suspensão da utilização do PHS®.

METODOLOGIA

Serão analisados os procedimentos que ocorreram no ano de 2005 totalizando 285 cirurgias, sendo que destas em 194 casos foram utilizados o PHS®. Nos outros 91 casos identificamos casos com o uso de tela de marlex e casos em que nenhum uso de tela foi apontado. Neste levantamento serão analisados os seguintes indicadores: Tempo médio em

dias de internação Tempo médio de cirurgia. Tomando como base o tempo total de uso da sala pelo paciente. Valor médio dos materiais médico hospitalar gastos na internação. Valor médio dos medicamentos gastos na internação.

Para os parâmetros a seguir levaremos em conta o início do CCH, em 08/03 até 12/05: Redução das filas, Afastamento do trabalho Indicadores médicos.

PRODUTOS E RESULTADOS

Atualmente o SUS remunera o procedimento 33.011.11-7 Herniorrafia Inguinal unilateral da seguinte forma: Serviços Hospitalares: R\$ 215,17 Serviços Profissionais: R\$21,45. SADT (Exames):R\$ 1,95. Permite ainda o uso dos seguintes materiais especiais:

- 93481390 – Tela Inorgânica de Polipropileno com sistema duplo: R\$ 260,00.
- 93481209 – Tela Inorgânica de Polipropileno pequena: R\$ 102,00.

Fonte: www.saude.gov.br/sas consulta em 01/02/2006.

Nesta análise consideramos a margem de contribuição do procedimento para a cobertura do custo fixo e também que o valor da tela não onera nosso custo uma vez que o SUS reserva um valor separado para cobertura da tela.

APRENDIZADO

Comparação entre procedimentos com utilização de PHS e outras técnicas

Como podemos perceber na tabela, o tempo médio de internação foi praticamente o mesmo nos dois casos e tempo médio de cirurgia foi 40% menor nos procedimentos em que utilizou-se o PHS. Fazendo uma análise do ponto de vista financeiro tanto o gasto



	Casos analisados	Tempo médio de internação (dias)	Tempo médio de cirurgia (horas)	Gasto médio de materiais(R\$)	Gasto médio de Medicamentos(R\$)
Com Utilização do PHS	194	1,09	01:15	51,90	29,71
Outras técnicas	91	1,10	01:45	67,98	39,04
Diferença %		1%	40%	31%	31%

médio de materiais como o gasto médio de medicamentos foi 31% menor nos procedimentos que utilizaram o PHS.

Impacto na redução das filas foi 99,1% de uma média de 3 anos para 21 dias, já redução dos dias afastados no pós-operatório foi de 60 dias para uma média de 10 dias sem a necessidade de entrada no INSS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação do CCH, fruto da parceria da Prefeitura Municipal de Sorocaba com o Hospital Santa Lucinda, com utilização do PHS, permitiu uma agilidade no tratamento dos pacientes tratados pelo SUS com redução da espera média de 3 anos para 21 dias, diminuição dos afastamentos do trabalho em 91%, um aumento médio de 31% ou seja R\$ 25,41 da margem de contribuição por procedimento o que representa 12% do total remunerado a título de serviços hospitalares pelo SUS. Permitiu também uma redução média de 30 minutos do tempo de sala cirúrgica por procedimento, ocasionando uma melhor relação sala cirúrgica procedimento realizado. Além desses indicativos apresentou superioridade na maioria dos indicadores médicos. A maximização do uso do recurso sala cirúrgica permitiu a consolidação deste programa.

Considerando os aspectos médicos, financeiros e administrativos, esta análise recomenda a manutenção do Centro Especializado em Cirurgia da Hérnia Inguinal (CCH) com a utilização do PHS nos procedimentos de Herniorrafia Inguinal Unilateral.



O ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DO SETOR SAÚDE NO PROGRAMA FEDERAL DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA BOLSA FAMÍLIA – PBF NO ANO 2005

Autor Principal: Helen Altoé Duar

Outros Autores: Andhressa Fagundes Romeiro; Célio Luiz Cunha; Ana Beatriz Vasconcelos

Instituição: Ministério da Saúde - DAB

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

O Programa Bolsa Família, criado pela Lei nº 10.836 de 2004 é destinado às ações de transferência de renda com condicionalidades do Governo Federal e gerenciado pelo

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Em abril de 2006 o PBF alcançou aproximadamente 9 milhões de famílias brasileiras. O Ministério da Saúde é responsável pelo

acompanhamento de famílias com perfil saúde, quais sejam: vacinação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional –

SISVAN para crianças menores de 7 anos e assistência pré-natal.

OBJETIVO

Apresentar os dados de acompanhamento da saúde de famílias beneficiárias referentes a 1ª e 2ª vigências, registrados no SISVAN – Módulo de Gestão, no ano de 2005.

METODOLOGIA

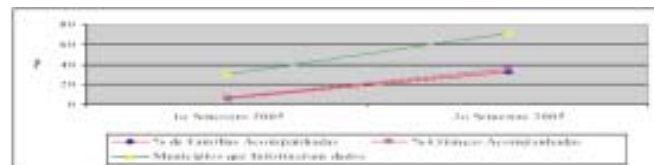
O SISVAN é o sistema disponibilizado para receber as informações de acompanhamento das famílias beneficiárias, referentes as condicionalidades da saúde. Os profissionais da atenção básica, em especial as Equipes de Saúde da Família, obtêm o formulário de acompanhamento com a lista dos nomes e endereços das famílias a serem acompanhadas, inserem os dados coletados e geram relatórios. Este módulo foi disponibilizado de março de 2003 a julho de 2005, para a vigência do 1º semestre de acompanhamento e de ago/05 a jan/06 para o 2º semestre. Até Junho de 2006 estará em aberto a entrada de registros de acompanhamentos da saúde referente a 1º vigência de 2006.

Para fomentar a adesão dos gestores de saúde do PBF no registro do acompanhamento das famílias, o MS desencadeou estratégias: sistema de inserção de dados, supervisão, elaboração de manual e capacitação.

RESULTADO

Esforços foram empregados para divulgar informações do acompanhamento das condicionalidades aos gestores: elaboração e distribuição do Manual de Orientações sobre o PBF na Saúde, oficinas convocando o início do acompanhamento, Informe Bolsa Família na Saúde com periodicidade semanal, capacitações macrorregionais contemplando 643 participantes de todas as UF, supervisões a municípios de grande porte (Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Curitiba, Fortaleza e Distrito Federal) para conhecimento de suas especificidades no processo e a 4 municípios nordestinos de pequeno porte para avaliar de forma qualitativa a oferta dos serviços e registro das condicionalidades. Assim, ao comparar a 1ª e 2ª vigência de 2005 observa-se um aumento de 3,8% de famílias beneficiárias com perfil saúde, totalizando 5,7 milhões. Houve um aumento de 138,1% de municípios que informaram dados totalizando 3.979. Aumentou 419,5% as famílias acompanhadas pela saúde entre os dois ciclos (362.410 para 1.882.558), sendo destas 91% cumpriram integralmente as condicionalidades da saúde exigidas pelo PBF. Na análise por crianças houve um aumento de 345,4% de acompanhamentos entre as vigências, sendo que no 2º semestre 99,4% cumpriram as condicionalidades.

Gráfico 01: Gráfico de evolução do registro do acompanhamento das condicionalidades do setor saúde do PBF, em relação ao percentual de famílias e crianças acompanhadas e o percentual de municípios que informaram dados, registrado no módulo de gestão do SISVAN – Brasil, 2005.

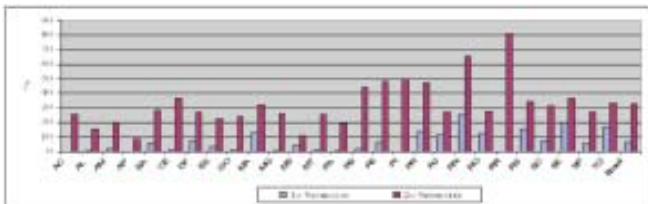


Fonte: SISVAN, 2005 – Ministério da Saúde.

Gráfico 02: Gráfico das Unidades da Federação em relação ao percentual de cobertura de acompanhamento das famílias com perfil das condicionalidades da saúde do PBF, no



primeiro e segundo semestres, efetuados no módulo de gestão do SISVAN - Brasil, 2005.



Fonte: SISVAN, 2005 – Ministério da Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os esforços realizados em 2005 pelas três esferas de governo para ampliar o acompanhamento das condicionalidades da saúde foram positivos ao observar o desempenho entre os semestres: 71,6% do total de municípios informaram dados de acompanhamento das famílias do PBF, o que representa 32,7% de famílias acompanhadas e com os dados registrados no SISVAN, das quais 91% cumpriram integralmente a agenda das

condicionalidades da saúde. Desta forma, contribui-se para a qualificação do benefício monetário transferido, destacando no âmbito da prestação de serviços de atenção básica à saúde o seguimento das famílias incluídas socialmente pelo PBF.

ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DO SETOR SAÚDE NO PROGRAMA FEDERAL DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA BOLSA FAMÍLIA - PBF NO ANO DE 2005





DROGAS, FUJA DESTA IDÉIA

Autor Principal: Hermelina Pereira C. Rodrigues

Outros Autores: José Maria Alves Pereira; Rosangela Tavares S.Pereira;

Macleusa Rosa de Jesus

Instituição: FUNDAÇÃO ZERBINI

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

O uso de drogas se tornou um grave problema de saúde pública em praticamente todo o mundo. Suas conseqüências e prejuízos não se restringem ao usuário, espalhando-se pelos setores que o envolvem família, vizinhos, emprego e comunidade. Ao mesmo tempo surgem duas questões importantes: Como lidar com alguém conhecido com o problema decorrente do uso de álcool ou drogas. O que fazer para evitar o uso em nossa própria família. Sensibilizar os jovens quanto ao uso indevido de drogas. Conscientizar as famílias para participarem desta sensibilização. Desenvolver na comunidade o interesse pela prevenção contra as drogas. Conscientizar o usuário de droga aceitar o tratamento. O trabalho é realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas escolas e espaços cedidos por instituições como Faculdades e Igrejas. Através de palestras, cartilhas educativas (criada pela própria equipe), teatro e apresentação de vídeos, trabalhamos a conscientização crianças, jovens e familiares sobre o assunto. Os Agentes Comunitários de Saúde priorizam um tempo em todos os grupos de agravos para uma discussão sobre o uso e conseqüência das drogas. Há necessidade de conscientizar as crianças, jovens e adultos sobre as causas e conseqüências do uso de drogas. Entende-se o fácil acesso, a curiosidade e a oportunidade como fatores predominantes para que o jovem experimente a droga. Com isso o alvo maior das drogas é o adolescente, que na sua fase de afirmação torna-se rebelde, curioso e gosta de enfrentar desafios, principalmente em contestação com o que é censurado ou proibido.



DESCENTRALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: UMA AÇÃO BEM SUCEDIDA.

Autor Principal: Iane Sousa Veloso Ribeiro
 Outros Autores: Iray Lopes Lessas de Araújo
 Instituição: Secretaria Municipal de Saúde
 Município: Araguaína
 Estado: Tocantins

INTRODUÇÃO

Atualmente a rede de serviços da atenção básica é composto por 19 Unidades de Saúde sendo 01 Policlínica, onde (100%) deste total desenvolve ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento da Tuberculose. Observamos que após a descentralização no ano de 2003 dos casos de Tuberculose da referência para a atenção básica o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) do Município melhorou consideravelmente seus indicadores, principalmente o abandono do tratamento.

JUSTIFICATIVA

Devido a necessidade de melhorar a detecção precoce dos casos e assegurar o tratamento completo, torna-se imprescindível a intensificação das ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento em Tratamento Direto Observado (TDO) nas Unidades Básicas de Saúde, evitando um número maior de casos de abandono.

OBJETIVOS

-Implementar as ações de controle, diagnóstico, tratamento e acompanhamento na rede básica de saúde, assegurando o tratamento completo.

-Intensificar as ações de controle para a Tuberculose, visando a detecção precoce dos casos, garantindo seu acompanhamento e tratamento dos contatos.

-Ajudar a curar e reabilitar socialmente, os portadores de Tuberculose.

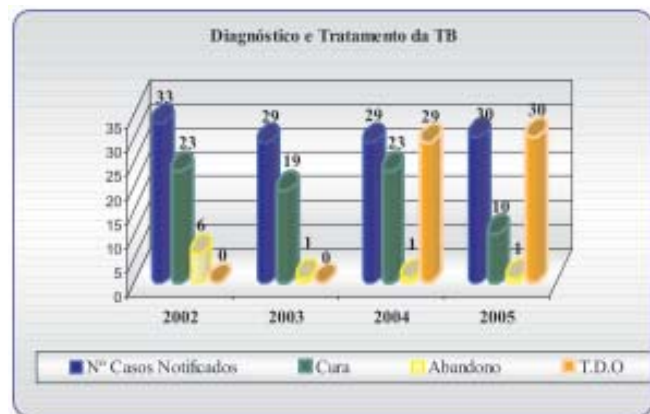
METODOLOGIA

A descentralização dos serviços de saúde no diagnóstico, acompanhamento e tratamento da Tuberculose, iniciou-se em 2003 com a capacitação das equipes Multiprofissionais, da Atenção Básica e equipes de PACS/PSF realizada pela vigilância Epidemiológica enfatizando o TDO.

PRODUTOS

Com a descentralização e as ações de intensificação no controle da Tuberculose, conseguimos uma média percentual de 72,4% de pacientes avaliados e de 100% aos casos acompanhados em TDO como mostra tabela e gráfico a seguir:

Ano	População	NºCasos Notificados	Cura	Transferência	Abandono	Óbito	T.D.O
2002	117.988	33	23	4	06	0	0
2003	120.202	29	19	9	01	0	0
2004	122.450	29	23	5	01	0	29
2005	127.520	30	10	10	01	3	30



APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

A Promoção anual de uma campanha educativa, divulgando sinais e sintomas da Tuberculose junto a população, nos trouxe experiências gratificantes.

A Capacitação das equipes Multiprofissionais (Médicos, Enfermeiros, Bioquímicos, Técnicos de Enfermagem, A.C.S e Odontólogos) veio ampliar e universalizar as ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento, na rede básica de saúde, aumentando a capacidade de detecção de casos novos e conseqüentemente a cura.

A entrega de ofícios e materiais educativos (Álbum Seriado, Cartilhas, Folderes, Faixas e Adesivos) em todas as



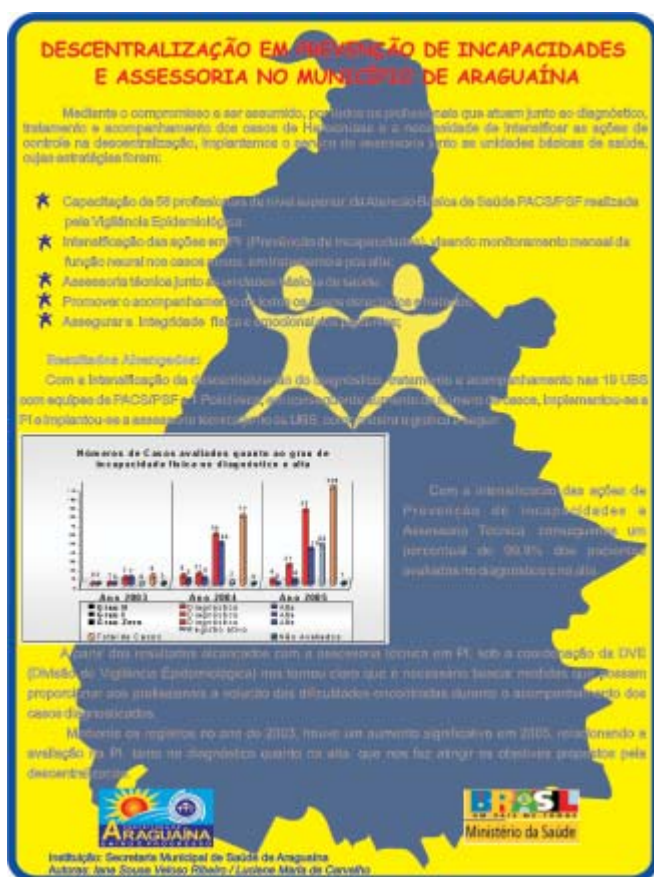
Unidades Básicas de Saúde veio assegurar a promoção do diagnóstico, tratamento e cura para todos os casos detectados.

A Assessoria Técnica da Vigilância Epidemiológica junto às Unidades de Saúde e profissionais da Atenção Básica, PACS / PSF, buscou solucionar as dificuldades encontradas referente a adesão ao exame de baciloscopia nos contatos.

A demanda de pacientes de outros municípios nos preocupa por omitir endereços não verdadeiros quando chega a procurar o serviço de referência, no entanto dificulta a contra referência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados alcançados de 90% de cura após a descentralização, com 100% de TDO e o trabalho realizado das equipes de PACS / PSF evidenciou a necessidade de medidas de prevenção e ações de Vigilância Epidemiológica. Com estas ações implantadas, foram assim atingidos os objetivos propostos em nosso planejamento.





MULTIMISTURA: UMA EXPERIÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO POPULAR E INTEGRAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE

Autor Principal: Iracelis Fátima de Moraes

Outros Autores: Maria de Fátima Barros Santos

Instituição: Unidades de Saúde da Secretaria de Saúde e Promoção Social de Pindamonhangaba

Município: Pindamonhangaba

Estado: São Paulo

O Município de Pindamonhangaba situa-se na região central do Vale do Paraíba Paulista, região leste do Estado de São Paulo possui uma população estimada pelo IBGE de 140.000 hab. Desde de junho de 2005 a Prefeitura Municipal de Pindamonhangaba tem articulado com a comunidade ações que possibilitem a implantação do município saudável.

Considerando que: a alimentação saudável requer uma ação integrada dos setores públicos e a sociedade organizada; o trabalho validado pela Pastoral da Criança desde 1985, minimizando os riscos de desnutrição e mortalidade infantil e a crescente necessidade de se criar espaços onde o institucional seja vinculado a um controle social.

Foi implantado no Município de Pindamonhangaba em novembro de 2005 o Projeto Multimistura em parceria com a Pastoral da Criança, o Fundo Social de Solidariedade, a Secretaria de Saúde e Promoção Social como uma proposta de Política Pública Saudável com objetivo de capacitar recursos humanos para o monitoramento da situação alimentar e nutricional através da busca ativa de situação de risco de desnutrição, propiciar ações intersetoriais e participação social no tocante a alimentação saudável, atender com a multimistura a população em condição de risco nutricional melhorando sua qualidade de vida.

Através de uma metodologia participativa propomos a realização de treinamento dos agentes multiplicadores, agentes de pastorais e /ou comunidades organizadas, profissionais das unidades básicas de saúde e unidades de programa saúde da família os quais irão desenvolver os projetos locais de alimentação saudável; definição dos locais onde serão preparados a Multimistura; elaboração dos projetos locais para distribuição e acompanhamento dos inscritos no projeto e definição de calendário da educação continuada.

Obtivemos os seguintes resultados: foram capacitados 09 profissionais das unidades de saúde e 14 agentes de pastorais, articulamos 6 núcleos de preparação de multimistura, sendo que cada local possui características próprias e estabeleceu as parcerias mais adequadas, foram beneficiados 240 usuários, cada núcleo elaborou o seu projeto com metas a serem alcançadas e a dinâmica a ser executada, quanto ao calendário foram realizados neste

período de novembro/2005 a abril/2006, onze encontros de formação e avaliação do processo de trabalho.

Durante o projeto observamos alguns pontos positivos: adesão das pessoas beneficiadas à proposta do projeto; integração com a comunidade para a implantação e desenvolvimento do projeto; propiciou a troca do saber popular e científico gerando um novo saber e envolvimento de diversos profissionais da unidade e algumas dificuldades: adequação de espaço físico a necessidade conforme normas da vigilância sanitária; falta de dados para subsidiar a real necessidade de produção da multimistura e normalização para garantia das boas práticas de manipulação em todas as etapas do projeto.

O projeto ainda se encontra em fase de implantação, consideramos que os resultados positivos obtidos sugerem a continuidade das ações, as dificuldades apresentadas são desafios a serem enfrentados, faz-se essencial para uma segunda fase, a avaliação de dados antropométricos e resultados obtidos quanto a situação de risco nutricional.



GESTÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA COM O PROJETO AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (AMQ)

Autor Principal: Iracema de Almeida Benevides

Outros Autores: Letícia Milena Ferreira da Silva; Ávila Teixeira Vidal; Maria Ângela Maricondi

Instituição: Ministério da Saúde/DAB/CAA

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

O projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ foi desenvolvido pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica/MS considerando a necessidade de avaliação da qualidade da atenção à saúde diante da expansão e consolidação da estratégia Saúde da Família como modelo para este âmbito de atenção. Outra motivação para o desenvolvimento da proposta é o processo de institucionalização da avaliação enquanto um processo crítico-reflexivo permanente, que deve ser apropriado por quem constrói o cotidiano dos serviços de saúde. Esta é uma metodologia de autogestão ou gestão interna dos processos de melhoria contínua da qualidade. Por meio de auto-avaliação a partir de padrões de qualidade definidos especificamente para este modelo de atenção, oferece aos gestores municipais, coordenadores e profissionais, instrumentos de trabalho facilitadores para o desenvolvimento de iniciativas de melhoria da qualidade da Saúde da Família, considerando os propósitos da estratégia.

Diretrizes:

- Livre adesão pelos gestores municipais;
- Ausência de incentivos (premiações) ou sanções (punições) financeiras ou outras relacionadas a resultados;
- Operacionalização virtual do sistema, por meio do site do projeto;
- Acompanhamento diferenciado do histórico das avaliações pelas três instâncias de gestão, com privacidade das informações.

Metodologia

Tomando como ponto de partida as definições, princípios e diretrizes estabelecidos para a estratégia Saúde da Família, a proposta permite avaliar duas distintas esferas de atuação em SF – Gestão Local e Equipes de Saúde da Família – por meio de 5 diferentes instrumentos de auto-avaliação e 300 padrões de qualidade voltados para o gestor municipal, a coordenação da estratégia e as equipes.

Os Padrões de Qualidade

Podemos, resumidamente, dizer que um padrão é uma declaração da qualidade esperada. Nos instrumentos de auto-avaliação, o conceito de estágios de qualidade perpassa a proposição de cada um dos padrões, que estão assim colocados:

Padrões do Estágio E - Qualidade Elementar (abordam elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas da estratégia SF);

Padrões do Estágio D - Qualidade em Desenvolvimento (abordam elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho);

Padrões do Estágio C - Qualidade Consolidada (abordam processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e impacto das ações);

Padrões do Estágio B - Qualidade Boa (abordam ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados);

Padrões do Estágio A - Qualidade Avançada (colocam-se como o horizonte a ser alcançado, com excelência na estrutura, nos processos e, principalmente, nos resultados);

Recursos do Projeto

O site do projeto oferece acesso a informações técnicas sobre o AMQ, documentos para impressão, contato com os técnicos e acesso ao sistema virtual AMQ.net. O cadastramento no projeto é realizado diretamente no site, de maneira simplificada e automática.

Documento Técnico – reúne as referências conceituais e metodológicas do projeto, apresentando também uma visão geral de todos os instrumentos de auto-avaliação.

Caderno de Auto-avaliação nº 1 – é dirigido ao gestor municipal de saúde e sua equipe de trabalho e aborda temas relacionados à definição política e institucional da Saúde da Família.

Caderno de Auto-avaliação nº 2 – é dirigido aos coordenadores municipais da estratégia e aborda temas relacionados ao acompanhamento do trabalho das equipes.

Caderno de Auto-avaliação nº 3 – é dirigido aos responsáveis pela gerência da Unidade Saúde da Família. coordenadores municipais da estratégia e aborda temas relacionados à estrutura física, organização dos espaços de trabalho, insumos, materiais e medicamentos.

Caderno de Auto-avaliação nº 4 – é dirigido a todos os profissionais da equipe Saúde da Família, que deverão debatê-lo e responder em conjunto à auto-avaliação. Aborda temas relacionados aos princípios e diretrizes que organizam, caracterizam e diferenciam este modelo de atenção.

Caderno de Auto-avaliação nº 5 – é dirigido aos os profissionais de nível superior da equipe Saúde da Família, que deverão debatê-lo e responder em conjunto à auto-avaliação. Aborda temas relacionados à organização do cuidado e os resultados das ações de atenção à saúde da população.



POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO CICLO DE VIDA: ENFOQUE NO IDOSO

Autor Principal: Iride Cristofoli Caberlon

Outros Autores: Simone de Oliveira Franco Aline Rodrigues Reser

Instituição: Secretaria Estadual de Saúde/RS

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

Recentemente os maus-tratos contra os idosos passaram a ser reconhecidos como violência doméstica. Os idosos tornam-se mais vulneráveis à violência intradomiciliar na medida em que necessitam de maiores cuidados físicos ou apresentam dependência física ou mental. Quanto maior a dependência, maior o grau de vulnerabilidade. O convívio familiar estressante e cuidadores despreparados agravam esta situação. Inúmeras ocorrências são registradas pelas equipes de saúde, nas emergências de hospitais e serviços de pronto-atendimento, sem que o diagnóstico final relacione o problema a possíveis maus-tratos cometidos por familiares ou cuidadores. Constata-se que a maioria dos profissionais de saúde ainda não está capacitada para identificar e encaminhar adequadamente os casos de violência contra os idosos nos serviços de saúde ou de referência nas áreas de segurança e justiça. Vários estudos têm demonstrado que a violência contra o idoso é responsável por elevados índices de morbimortalidade e manifesta-se de diversas maneiras: abuso físico, psicológico, sexual, financeiro, abandono, negligência e auto-negligência. Neste sentido este trabalho teve como objetivos: sensibilizar a sociedade para questão da violência ao idoso, divulgar as ações que visam o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, contribuir para o enfrentamento à violência doméstica através de ações que capacitem e instrumentalizem a rede de saúde/RS para a promoção, a prevenção, o reconhecimento e o tratamento dos casos de violência doméstica e dos agravos à saúde dela decorrentes. O Estado conta com 23 hospitais sentinela para acidentes e violência, localizados em 11 Coodenadorias Regionais de Saúde, responsáveis pela identificação e notificação das ocorrências de acidentes e violência atendidas. Estes hospitais estão interligados com a Secretaria de Estado da Saúde através de rede informatizada. As atividades iniciaram em novembro de 2001, e até dezembro de 2004 registrava 78.428 notificações, 6,8% ou 5.332 delas relativas a pessoas com 60 anos ou mais. No que se refere as notificações às pessoas idosas, 4300 ocorreram em função de acidentes, 333 por violência e 699 sendo outros casos. Em relação aos locais das ocorrências 66% ocorreram no domicílio, 24% em via pública, 6% no trabalho e 4% em outros espaços públicos. As partes do corpo mais atingidas foram cabeça(18,3%), punho e mão(23,6%), e joelho

e perna(16,7%). No que se refere aos traumatismos por acidente domésticos predominaram ferimentos(37,4%), traumatismos(29,4%) e fratura(20,0%). Partindo de tais considerações é de fundamental importância que todas as categorias profissionais que trabalham com idosos possam atuar no reconhecimento de sinais preditivos e abordar, de forma preventiva, as situações de violência, conhecendo assim melhor o idoso e sua família, além de conhecer melhor o papel dos cuidadores e do agressor. Estabelecer parcerias entre Instituições Governamentais e Não Governamentais com vistas a divulgar a Política de Saúde do Idoso, a Política de Enfrentamento da violência doméstica contra o idoso, reforçando o vínculo entre cuidadores, idosos e equipe de saúde, e, ao mesmo tempo, prevenindo situações de violência.



ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Autor Principal: Ivano Humbert Marchesi

Outros Autores: Alice Alpiri; Bruno Cardoso; Carlos França; Germana Périssé; Márcia Zamith; Sergio Barbosa e Valéria Martinez.

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

O Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), seguindo a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, tomou-se objetivo setorial do Ministério da Saúde, devendo ser tratada como macro-função estratégica da gestão do SUS. O objetivo principal é a criação de um sistema nacional padronizado e articulado de informações, visando subsidiar as ações em saúde, melhorando a qualidade e eficiência dos processos de trabalho. Para a operacionalização do Sistema é utilizado o Cartão Nacional de Saúde que identifica o usuário do SUS cadastrado em um banco nacional único. Neste contexto, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro decidiu implantar o SNIS em sua rede de assistência de saúde cadastrando seus cidadãos e equipando suas unidades para a operação do Sistema. Estratégias várias têm sido utilizadas na implantação do Sistema, nos diversos municípios, de acordo com suas características e especificidades.

O trabalho tem por objetivo discutir a adequação da estratégia adotada pelo projeto de implantação do Sistema Nacional de Informação de Saúde no município do Rio de Janeiro, levando em conta critérios sociais, geográficos e as características da sua rede de assistência.

Foi realizada uma descrição dos passos do processo de implantação com análise das dificuldades, vantagens e desvantagens da estratégia adotada.

A partir do conhecimento de experiências de implantação do SNIS em outros municípios, optou-se pelo Programa desenvolvido pela Diebold Procomp, empresa vencedora do processo licitatório internacional "Sistema Cartão Nacional de Saúde" ocorrido em 2000 e de propriedade do Ministério da Saúde, cedido ao município do Rio de Janeiro. Devido às condições de segurança pública no município, à baixa cobertura do Programa de Saúde da Família e insuficiente oferta de serviços de Atenção Básica, dificultando a adscrição de toda a população, optou-se pelo cadastramento de usuários já vinculados às unidades de saúde, executada por empresa contratada para a coleta e digitação dos dados em formulário específico. O cadastramento de profissionais e os serviços disponíveis nas unidades necessitam de atualização periódica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS). O processo de atualização das informações cadastrais tornou-se mais lenta com a perda da Gestão Plena do Sistema pelo município do Rio de Janeiro. As informações são transferidas à Secretaria de Estado de Saúde e, posteriormente, ao DATASUS.

A infra-estrutura lógica e elétrica existente na maioria das unidades de saúde foi um facilitador necessitando de adequação às necessidades de implantação do Sistema. O município do Rio de Janeiro, para fins de administração em saúde, está dividido em 10 Áreas Programáticas. Optou-se por três destas áreas, que compreendem parte da Zona Oeste (AP 5.1 e 5.2) e parte da Zona Norte (AP 3.3), onde está construído o Hospital Ronaldo Gazolla (Acari). Neste contexto, foi escolhido o CMS Waldyr Franco, da AP 5.1, como unidade piloto para a implantação do sistema, por enquadrar-se no perfil "policlínica", bem como, por ser unidade de referência para alguns serviços de outras unidades da mesma área e de áreas vizinhas.

Para a implantação desse sistema, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em convênio com o Ministério da Saúde, contratou os serviços de consultoria da empresa Diebold Procomp, adquirindo os módulos ambulatorial, de regulação e treinamento no Sistema.

A organização do processo operacional nas Unidades foi estruturada acompanhando a lógica sugerida pela empresa e implementada com sucesso no município de Aracaju: estudo do fluxo de usuários nas unidades, avaliação do perfil de atendimento das unidades reproduzindo a definição do CNES e estruturação de parâmetros regulatórios para a operacionalização do Sistema. Associou-se a esta estratégia, elementos de divulgação e sensibilização da população e profissionais orientados pelo setor de Comunicação Social da Prefeitura.

A extensão do projeto às demais unidades do município encontra dificuldades como demora nos processos licitatórios para compra de equipamentos e serviços, necessidade de um maior número de recursos humanos vinculados ao projeto, distância das unidades envolvidas do nível central, dificultando o deslocamento da equipe assim como a pouca adesão e sensibilização por parte dos demais profissionais da saúde.

A estratégia territorial associada à lógica de cadastramento de usuários vinculados às Unidades e a contratação de consultoria de empresa responsável pela operação do Sistema, vêm se mostrando adequada ao contexto da Secretaria Municipal de Saúde. Assim, superados os obstáculos, a vitalidade do projeto pode ser garantida, contribuindo para a organização da rede de atenção básica no Município.



COMBATENDO A HIPERTENSÃO ARTERIAL ATRAVÉS DO TEATRO

Autor Principal: Jane Akemi Nonaka Aravechia

Outros Autores: Marcia Pereira do A. S. Moreira; Rosilene Pereira dos Santos; Eliete Rodrigues dos Reis; Maria Aparecida Nunes Lopes; Jeane Ludovico Mariano; Makissoel Souza de Araújo; Andrea Cordeiro Galvão Van Erven; Franco Fisher Ferreira de Sousa; Luciano Ribeiro de M. Araújo

Instituição: Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

O Setor Veredas faz parte da Regional de Brazlândia, cidade satélite do Distrito Federal e é atendido por duas equipes do Programa Família Saudável (PFS). A Equipe de PFS Veredas I foi implantada em fevereiro de 2004 e a Equipe de Veredas II iniciou suas atividades em janeiro de 2006.

Através do cadastramento das famílias pelos 10 (dez) Agentes Comunitários de Saúde que compõem as duas equipes, constatou-se um número expressivo de pacientes hipertensos nesta comunidade, perfazendo um total de 605 casos. Observou-se que esta clientela se encontrava carente de informações e atendimento por estar distante do único Centro de Saúde da Regional de Brazlândia. Esta dificuldade no acesso aos serviços de saúde, deixava os hipertensos, na maioria idosos, carentes de acompanhamento, trazendo problemas não só para o doente, mas também para a família e a sociedade. Muitas vezes estes pacientes buscavam o Pronto Socorro do Hospital Regional, mais próximo de suas residências para tratar sintomas que poderiam ser acompanhados nas Unidades de Saúde.

Sendo assim, as duas equipes uniram-se para traçar estratégias para atuar entre estes pacientes criando grupos de Acompanhamento de Hipertensos com reuniões periódicas com acompanhamento médico, odontológico e de enfermagem.

Durante as reuniões seriam repassadas informações acerca da importância dos medicamentos, dieta, exercícios físicos, auto-

estima e outros assuntos ligados à doença. Buscou-se uma estratégia para que tais informações chegassem de forma objetiva e com uma linguagem que fosse acessível para a comunidade, de forma lúdica, através de uma peça teatral.

Esta encenação teria como objetivo levar informações fazendo com que as reuniões se tornassem atrativas e divertidas, já que esta clientela, formada na maioria por idosos, é também carente de lazer.

Através de reuniões programadas, representantes das duas equipes do PFS iniciaram o ensaio da peça teatral bem como a confecção dos figurinos. É importante ressaltar que estas reuniões aumentaram o espírito de união entre as duas equipes, além de trazer cada vez mais conhecimentos sobre o tema em questão aos profissionais.

Assim, após várias reuniões, ensaiou-se a peça teatral "O pesadelo dos amigos da hipertensão" que conta a estória de um hipertenso rebelde que ao dormir, tem um pesadelo com os males que levam a hipertensão: sal, cigarro, stress, sedentarismo, álcool e gordura. Com o susto do pesadelo, o paciente pede a mãe para buscar ajuda dos profissionais do PFS, aos quais anteriormente ele teria se negado a seguir as orientações recebidas.

Esta encenação vem sendo apresentada durante as reuniões educativas, antes das consultas médicas e odontológicas. Após a apresentação, enfermeiras, médica e odontólogo reforçam as informações oferecidas.

COMBATENDO A HIPERTENSÃO ARTERIAL ATRAVÉS DO TEATRO

ARAVECHIA, Jane Akemi Nonaka
ASSIS, Flávia do Oliveira Santiago

Introdução
O Setor Veredas faz parte da Regional de Brazlândia, cidade satélite do Distrito Federal e é atendido pelas Equipes de PFS Veredas I e II, implantadas respectivamente em fevereiro de 2004 e janeiro de 2006. Observou-se que esta clientela se encontrava carente de informações e atendimento por estar distante do único Centro de Saúde da Regional de Brazlândia. Esta dificuldade no acesso aos serviços de saúde, deixava os hipertensos, na maioria idosos, carentes de acompanhamento, trazendo problemas não só para o doente, mas também para a família e a sociedade. Muitas vezes estes pacientes buscavam o Pronto Socorro do Hospital Regional, mais próximo de suas residências para tratar sintomas que poderiam ser acompanhados nas Unidades de Saúde.

Objetivo
Fazer com que as informações chegassem de forma objetiva e com uma linguagem que fosse acessível para a comunidade, de forma lúdica, através de uma peça teatral.

Metodologia
Através de reuniões programadas, representantes das duas equipes do PFS iniciaram o ensaio da peça teatral bem como a confecção dos figurinos. É importante ressaltar que estas reuniões aumentaram o espírito de união entre as duas equipes, além de trazer cada vez mais conhecimentos sobre o tema em questão aos profissionais.

Resultados
Foi observado um aumento no número de pacientes hipertensos que compareceram às reuniões educativas, além de um aumento no número de pacientes que buscaram atendimento nas Unidades de Saúde.

Conclusão
Esta encenação vem sendo apresentada durante as reuniões educativas, antes das consultas médicas e odontológicas. Após a apresentação, enfermeiras, médica e odontólogo reforçam as informações oferecidas.



Nota-se entre os participantes, a grande receptividade da peça teatral, levando informações de forma descontraída, oferecendo também divertimento. Observam-se algumas mudanças de hábitos entre os pacientes, principalmente na receptividade dos Agentes Comunitários e demais profissionais da equipe durante as visitas domiciliares, bem como mudanças nos hábitos alimentares, cuidados com a Saúde Bucal e no tocante ao uso correto dos medicamentos. Muitos destes pacientes relatam que desde o início da participação nos Grupos de Hipertensos, não tiveram mais necessidade de procurar o Hospital Regional com picos hipertensivos.

Tudo isso se tornou possível devido à união e criatividade dos profissionais das Equipes Veredas I e II, que juntos estão sempre procurando uma maneira de levar qualidade de vida a sua comunidade. Atividades simples como uma encenação teatral, pode ter resultados satisfatórios para levar informações a comunidade. Palestras educativas podem se tornar monótonas e não produtivas, e uma peça teatral apresentada pelos próprios profissionais do PFS fazem a diferença no Grupo de Hipertensos do Setor Veredas de Brazlândia.



TEATRO SAÚDE DA CRIANÇA: INFORMANDO E DIVERTINDO

Autor Principal: Jane Akemi Nonaka Aravechia

Outros Autores: Rosilene Pereira dos Santos; Eliete Rodrigues dos Reis; Maria Aparecida Nunes; Dulcineia Oliveira Ferreira; Cláudio da Costa Dantas; Cristiana Terezinha da Silva; Makissoel Souza de Araujo; Jeane Ludovico Mariano; Andrea Cordeiro Galvao Ven Erven; Wander

Instituição: Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

As equipes do Programa Família Saudável (PFS) da Regional de Brazlândia, situada no Distrito Federal, cientes da necessidade de oferecer orientações objetivas, mas ao mesmo tempo de forma lúdica, com linguagem de fácil entendimento para gestantes e puérperas acerca dos cuidados com a criança, decidiram produzir uma apresentação teatral que abordasse temas como o Aleitamento Materno, Vacinação, consultas de Crescimento e Desenvolvimento, Programa Carie Zero e Teste do Pezinho.

O objetivo principal foi oferecer orientações educativas a comunidade, tornando as reuniões atrativas e divertidas, com linguagem de fácil acesso, atrair o máximo de clientela ligada à criança e uniformizar as informações a serem oferecidas sobre o tema nas várias áreas de abrangência do PFS de Brazlândia.

Além disso, buscou-se também, com a criação, ensaios e apresentações, integrar os profissionais de todas as equipes da regional, visto que todos os colaboradores estavam em fase de adaptação ao programa em fase de implantação.

A metodologia utilizada foi a apresentação de uma peça teatral, produzida, ensaiada e encenada por integrantes de todas as Equipes do PFS Brazlândia. Contou-se com a colaboração de todos os componentes das equipes na confecção dos figurinos, na direção da peça e demais providências para que o Teatro Saúde da Criança se tornasse realidade.

Esta peça teatral está sendo apresentada em reuniões na comunidade, em palestras na Unidade de Saúde, escolas, eventos, etc...

Nota-se uma alta receptividade dos ouvintes como as mães, professores e até de crianças que se interessam pelos temas abordados através de perguntas feitas após as apresentações. Percebe-se ainda que existe a fácil compreensão das informações decorrentes da linguagem apresentada e ainda, oferecemos momentos de lazer as pessoas que participam deste momento.

Certamente a integração esperada entre os colaboradores também foi alcançada e os ensaios e apresentações são momentos de divertimento para ouvintes e profissionais. A facilidade na rotatividade dos atores em vários momentos de apresentações, fato favorável para que a peça seja apresentada em várias equipes, ocorre devido à simplicidade do texto e a linguagem acessível.

O trabalho do PSF é levar lazer e informações à comunidade, buscando a melhoria da qualidade de vida da mesma. Sendo assim, através desta atividade, observa-se o alto índice de resultados positivos nos itens apresentados na peça teatral. Podemos ressaltar um alto índice de crianças com a vacinação infantil em dias, a totalidade das crianças nascidas e atendidas nas Unidades do PSF Brazlândia realizaram o Teste do Pezinho, os mesmos índices positivos também podem ser observadas na procura pelo Programa Cárie Zero, aleitamento materno e na frequência as consultas de CD.

Finalmente, podemos concluir que esta forma lúdica de levar informações para a comunidade tem alcançado o seu objetivo, ou seja, reforçar a necessidade de cuidados básicos com a criança, melhorando a qualidade de vida de todos.

SUS - Governo do Distrito Federal
Secretaria de Saúde do Distrito Federal

TEATRO SAÚDE DA CRIANÇA
INFORMANDO E DIVERTINDO

ARARÉCIA Jane Akemi Nonaka,
SANTOS Rosilene Pereira,
ERVEN Andrea Cordeiro Galvao

ARARÉCIA José Carlos,
PEREIRA Dulcineia Rodrigues

Introdução
No âmbito do Programa Família Saudável (PFS) da Regional de Brazlândia, situada no Distrito Federal, cientes da necessidade de oferecer orientações objetivas, mas ao mesmo tempo de forma lúdica, com linguagem de fácil entendimento para gestantes e puérperas acerca dos cuidados com a criança, decidiram produzir uma apresentação teatral que abordasse temas como o Aleitamento Materno, Vacinação, consultas de Crescimento e Desenvolvimento, Programa Carie Zero e Teste do Pezinho.

Objetivo
O objetivo principal foi oferecer orientações educativas a comunidade, tornando as reuniões atrativas e divertidas, com linguagem de fácil acesso, atrair o máximo de clientela ligada à criança e uniformizar as informações a serem oferecidas sobre o tema nas várias áreas de abrangência do PFS de Brazlândia.

Metodologia
A metodologia utilizada foi a apresentação de uma peça teatral, produzida, ensaiada e encenada por integrantes de todas as Equipes do PFS Brazlândia. Contou-se com a colaboração de todos os componentes das equipes na confecção dos figurinos, na direção da peça e demais providências para que o Teatro Saúde da Criança se tornasse realidade.

Resultados
Nota-se uma alta receptividade dos ouvintes como as mães, professores e até de crianças que se interessam pelos temas abordados através de perguntas feitas após as apresentações. Percebe-se ainda que existe a fácil compreensão das informações decorrentes da linguagem apresentada e ainda, oferecemos momentos de lazer as pessoas que participam deste momento.

Conclusão
Finalmente, podemos concluir que esta forma lúdica de levar informações para a comunidade tem alcançado o seu objetivo, ou seja, reforçar a necessidade de cuidados básicos com a criança, melhorando a qualidade de vida de todos.

GDF
GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE SAÚDE

Família Saudável



POR QUE AS MÃES DO SETOR VEREDAS I NÃO COMPARECERAM COM SEUS BEBÊS AO PFS PARA INICIAR O PROGRAMA CÁRIE ZERO?

Autor Principal: Jane Akemi Nonaka

Outros Autores: José Carlos Aravéchia; Maria Aparecida Nunes; Jeane Ludovico Mariano; Makissoel Souza de Araújo; Luciano Ribeiro de Macedo Araújo; Franco Fisher Ferreira de Souza

Instituição: Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

Considerando a prevalência de cárie dentária na região Centro-Oeste, de acordo com os dados do Projeto Saúde Bucal Brasil 2003, evidencia-se a necessidade de atenção às diferentes faixas etárias respeitando o perfil epidemiológico inerente a cada grupo etário: crianças de 18 a 36 meses apresentam 20,71% de prevalência de cárie; as de 05 anos, 58,27% e 72,87% dos escolares de 12 anos apresentam cáries dentárias. Por sua vez, 90,36% dos adolescentes de 15 a 19 anos, 99,41% dos adultos de 35 a 44 anos e 99,32% dos idosos de 65 a 74 anos apresentam cáries.

Muitas ações de caráter coletivo são implementadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Programa Família Saudável (PFS) e demais instituições que buscam a melhoria das condições bucais da comunidade. Por outro lado, a Rede de Serviços da SES-DF, na qual se inclui o PFS, realiza o atendimento em Saúde Bucal da população por grupos etários através de programas específicos como o Programa Cárie Zero (crianças de 0 a 06 anos), Programa de Saúde Bucal para clientela de 07 a 19 anos e Programa de Saúde Bucal do Adulto que busca atender a população acima de 20 anos.

O Programa Cárie Zero consiste em consultas periódicas às crianças e orientações aos pais e familiares sobre os fatores de risco à cárie dentária nesta faixa etária.

A equipe de PFS do Setor Veredas I atende as quadras 03, 05 e 06 do Setor Veredas da Região Administrativa de Brazlândia no

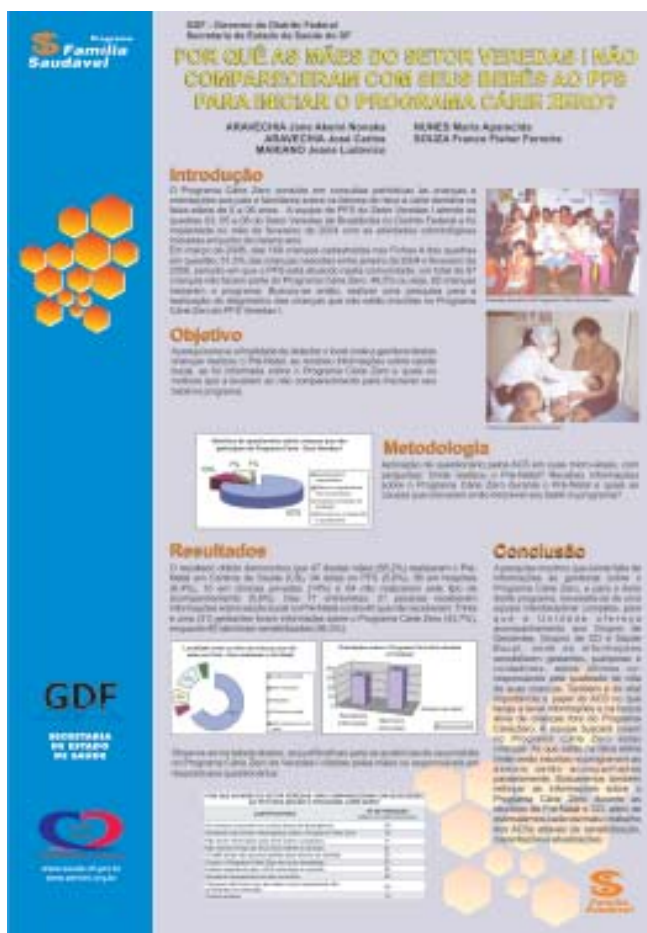
Distrito Federal e foi implantada no mês de fevereiro de 2004 com as atividades odontológicas iniciadas em junho do mesmo ano. Com o início do cadastramento das famílias, notou-se o grande número de crianças em idade propícia para o início do Programa Cárie Zero e também de gestantes com necessidades de tratamento odontológico, levando a priorização desta população no Programa de Saúde Bucal do Setor Veredas

O Programa Cárie Zero seria realizado através de busca ativa dos bebês durante as visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), visitas de puérperas pela equipe médica, de enfermagem e saúde bucal e consultas de CD. Durante o Pré-Natal, as gestantes são informadas a levarem seus bebês ao Programa Cárie Zero logo após seu nascimento.

Com a saída do profissional médico, demissão de 03 ACS e a alta rotatividade do enfermeiro, notou-se um declínio do comparecimento das crianças ao Programa Cárie Zero e também no Grupo de Gestantes, outrora tão produtivas, ocasionado pela solução de continuidade das consultas de CD e Pré-Natal.

Desta forma, no mês de março de 2006, das 169 crianças cadastradas nas Fichas A das quadras em questão, 51,5% das crianças nascidas entre janeiro

de 2004 e fevereiro de 2006, período em que o PFS está atuando nesta comunidade, um total de 87 crianças não fazem parte do Programa Cárie Zero. 48,5% ou seja, 82 crianças iniciaram o





programa. Buscou-se então, realizar uma pesquisa com a finalidade de detectar o local onde esta genitora realizou o Pré-Natal, se recebeu informações sobre saúde bucal, se foi informada sobre o Programa Cárie Zero e quais os motivos que a levaram ao não comparecimento para inscrever seu bebê no programa.

A metodologia utilizada foi a aplicação de um questionário aplicado pelos ACS em suas micro-áreas. Ressalta-se que no item sobre os motivos do não comparecimento as consultas, as alternativas não eram apresentadas inicialmente à(o) entrevistada(o).

O questionário foi aplicado nas residências destas 87 crianças, sendo que 71 questionários (81,6%) foram respondidos pelas mães ou responsáveis e ocorreram 16 abstenções (18,4%). Nove (09) mães ou responsáveis não foram encontrados, seis (06) crianças mudaram de endereço e uma família recusou-se a responder o questionário.

O resultado obtido demonstrou que 47 destas mães (66,2%) realizaram o Pré-Natal em Centros de Saúde (CS), 04 delas no PFS (5,6%), 06 em hospitais (8,4%), 10 em clínicas privadas (14%) e 04 não realizaram este tipo de acompanhamento (5,6%). Das 71 entrevistas, 31 pessoas receberam informações sobre saúde bucal no Pré-Natal contra 40 que não receberam. Trinta e uma (31) gestantes foram informadas sobre o Programa Cárie Zero (43,7%), enquanto 40 não foram sensibilizadas (56,3%). Quanto aos motivos do não comparecimento ao Cárie Zero, 09 mães moravam em outras áreas; 16 não conheciam o Programa Cárie Zero; 11 não foram informadas pelo ACS; 21 não tiveram tempo; 03 disseram que o bebê ainda não possuía dente; 07 crianças fazem o Cárie Zero em outras unidades; 08 genitoras estavam esperando que o ACS marcasse a consulta e 20 alegaram outros motivos, como por exemplo 02 mães que se esqueceram da consulta e 08 crianças que não ficam com as respectivas mães. Algumas citaram mais de uma razão.

A pesquisa mostrou que existe falta de informações às genitoras sobre o Programa Cárie Zero, portanto, para o êxito deste programa, necessita-se de uma equipe interdisciplinar completa, para que a Unidade ofereça acompanhamento aos Grupos de Gestantes, Grupos de CD e Saúde Bucal, onde as informações sensibilizem gestantes, puérperas e cuidadores, estes últimos co-responsáveis pela qualidade de vida de suas crianças. Também é de vital importância o papel do ACS no que tange a levar informações e na busca ativa de crianças fora do Programa Cárie Zero.

Como resultado deste trabalho, a equipe buscará inserir no Programa Cárie Zero estas crianças. As que estão na faixa etária limite serão inscritas no programa e as demais serão acompanhadas paralelamente. Buscaremos também reforçar as informações sobre o Programa Cárie Zero durante as reuniões de Pré-Natal e CD, além de estimularmos cada vez mais o trabalho dos ACSs através de sensibilização, capacitações e atualizações.



TRATAMENTO ORTODÔNTICO AO ALCANCE DE TODOS

Autor Principal: Jane Suelu de Melo Nóbrega

Outros Autores: Joás Araújo Teixeira

Instituição: Prefeitura Municipal de Macaíba

Município: Natal

Estado: Rio Grande do Norte

INTRODUÇÃO

A saúde bucal engloba um conceito amplo no qual a prevenção da cárie dentária e doença periodontal são pontos básicos e fundamentais. Porém, o crescimento harmônico da face e a correta erupção e implantação dos dentes nas bases ósseas visando uma oclusão balanceada são aspectos que devem ser levados em consideração dentro do conceito de prevenção. Qualquer programa de promoção de saúde bucal deveria englobar a Ortodontia preventiva, dada a sua importância para o desenvolvimento, crescimento e maturação do sistema estomatognático infantil.

Os procedimentos preventivos e interceptativos dentro da Ortodontia são de conhecimento de qualquer clínico, requerem muitas vezes somente orientações à criança e aos pais, o encaminhamento a um outro profissional de saúde e, quando necessário, a confecção de simples aparelhos removíveis ou mantenedores de espaço.

Após levantamento epidemiológico realizado na comunidade de Cajazeiras (Macaíba/RN), em 2005, constatou-se alta prevalência de oclusopatias em escolares de 5 anos (Gráficos 1 e 2), surgindo a necessidade de incrementar e reorganizar as ações da equipe de saúde bucal a fim de prevenir e tratar maloclusões dentárias através de ações ao alcance do clínico odontológico.



Gráfico 1 – Prevalência de Oclusopatias em percentuais na amostra. Cajazeiras (Macaíba/RN), 2005.

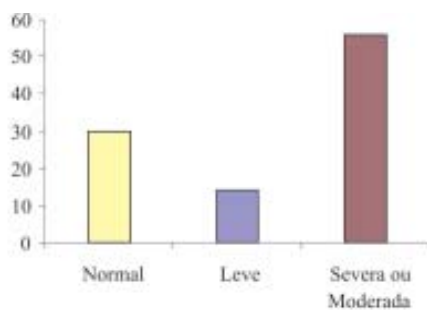


Gráfico 2 – Número de escolares examinados de acordo com a condição de oclusão. Cajazeiras (Macaíba/RN), 2005.

OBJETIVOS

Geral: Viabilizar o tratamento Ortodôntico preventivo e interceptativo na Unidade de Saúde pública na comunidade, objetivando maior integralidade de ações preventivas em saúde bucal para os usuários do sistema.

Específicos:

Reorientar ações a partir de planejamento estratégico com o gestor local a fim de aumentar a oferta de serviços de promoção em saúde bucal, investindo na aquisição de materiais e instrumentais apropriados para a prevenção e interceptação de oclusopatias;

Prevenir oclusopatias através de diagnóstico, intervenção e confecção de aparelhagem ortodôntica quando necessária;

Confecção de aparelhagem ortodôntica para a interceptação de oclusopatias já diagnosticadas.

METODOLOGIA

Durante a consulta odontológica na Unidade de Saúde, detectando-se fatores etiológicos capazes de levar a uma oclusopatia, ou diagnosticando-se clinicamente uma oclusopatia já instalada, os pais do paciente infantil são comunicados a respeito da necessidade do tratamento ortodôntico. Modelos de estudo, radiografias periapicais e fotografias digitais intra e extraorais são obtidas do paciente para comporem uma documentação ortodôntica alternativa a fim de se planejar o tratamento. Havendo a necessidade de confecção de aparelhagem ortodôntica esta também é realizada na própria Unidade de Saúde pelo próprio cirurgião-dentista utilizando materiais e instrumentais básicos. A seguir, a instalação da aparelhagem é realizada no paciente sendo o mesmo e os seus pais orientados em relação ao seu correto uso e necessidade de acompanhamento periódico mensal pelo cirurgião-dentista.

RESULTADOS

Satisfatoriamente, com a aquisição de materiais de baixo custo, pacientes apresentando oclusopatias passaram a ser tratados adequadamente, tanto no que diz respeito à intervenção mecânica, através de aparelhagem ortodôntica, como também através de ações



de promoção em saúde objetivando eliminação de fatores etiológicos para o desenvolvimento de oclusopatias como hábitos parafuncionais já instalados e prevenção e tratamento da cárie dentária.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O tratamento Ortodôntico preventivo e interceptativo é uma prática viável em saúde pública. Através dos conhecimentos básicos do cirurgião-dentista clínico, este tratamento pode ser disponibilizado para os usuários do sistema potencializando as ações de promoção em saúde bucal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O apoio do gestor local é de fundamental importância para a implementação destas ações que não são disponíveis em todas as Unidades de Saúde pública e nem são práticas rotineiras dos cirurgiões-dentistas clínicos.



INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM HOSPITAL GERAL: UMA POLÍTICA PRIORITÁRIA EM SAÚDE MENTAL NO RIO GRANDE DO SUL

Autor Principal: Jaqueline da Rosa Monteiro

Outros Autores: Elisabeth Sasso Simões; José Altair Mathias da Costa;

Aglaé Regina da Silva

Instituição: Secretaria Estadual da Saúde

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Reforma Psiquiátrica Brasileira há mais de três décadas tem evoluído na construção de uma rede substitutiva de atenção integral em saúde mental no país para atendimento de pessoas que padecem de sofrimento psíquico.

Já é considerável o número de leis municipais, estaduais e federal que consolidam a evolução desse tipo de atenção. Na sua grande maioria contemplam além da rede de atenção ambulatorial a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Para acelerar a oferta desses leitos, Secretaria Estadual da Saúde no RS criou um incentivo financeiro para leitos psiquiátricos em hospitais gerais, por meio do Programa Parceria Resolve, que transfere recursos financeiros complementares para o custeio de hospitais públicos municipais e filantrópicos.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

Ampliação do número de leitos de internação psiquiátrica em hospital geral.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

O critério técnico para habilitação dos hospitais gerais ao incentivo de psiquiatria foi aprovado pela Resolução nº 140/05, da Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIB).

Nessa resolução foi destinado financiamento para 123 leitos de psiquiatria em hospitais gerais, com valor de R\$1.500,00 leito/mês, distribuídos 40% para leitos já existentes e 60% para a abertura de leitos novos, respeitando o critério de oferta e necessidade de leitos por região, com base nos parâmetros da Portaria/GM nº 1101, de 12 de junho de 2002. Para aderir ao Programa os hospitais devem ter no mínimo 4 leitos cadastrados no CNES e podem receber entre 2 e 4 incentivos, conforme quadro abaixo. O nº de leitos cadastrados no hospital não pode ultrapassar 10% de sua capacidade total.

Incentivo para abertura de leitos novos	Incentivo para leitos existentes
2 incentivos para abertura de 4 leitos novos	2 incentivos para 4-6 leitos existentes
3 incentivos para abertura de 5-9 leitos novos	3 incentivos para 7 ou + leitos existentes
4 incentivos para abertura + de 10 leitos novos	

O hospital elabora um projeto terapêutico que deverá passar por avaliação técnica da Coordenação Estadual de Saúde Mental e os processos devem passar por aprovação da CIB regional e estadual. Adere ao programa através de um aditivo ao contrato do Programa Parceria Resolve e neste contrato o hospital se compromete a ser referência para os serviços de saúde mental da rede, manter em 80% a taxa de ocupação dos leitos psiquiátricos, manter equipe técnica mínima de acordo com os parâmetros da Portaria/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 e a apresentar relatórios bimestrais entregues aos setores de saúde mental na Coordenadoria Regional de Saúde.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Em 2001, existiam cadastrados no SUS/RS 382 (21%) leitos psiquiátricos em hospital geral e 1471 (79%) leitos em hospital psiquiátrico, em 2006, este número mudou para 678 (43%) leitos psiquiátricos em hospital geral e 910 (57%) leitos em hospital psiquiátrico. Do total de 678 leitos, inclui-se a entrada de 81 leitos novos, em função da habilitação ao incentivo e atualmente são custeados 83 incentivos sobre leitos novos e os já existentes em 34 hospitais.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Obteve-se como facilidade, o trabalho integrado entre os diferentes setores da Secretaria

Estadual da Saúde, hospitais, Secretarias Municipais de Saúde e CIB Regional, imprescindível para realização do programa, fortalecimento da regionalização e mapeamento do fluxo das internações psiquiátricas. As dificuldades encontradas foram a



elaboração dos projetos terapêuticos pelos hospitais, com exigência de equipe mínima de profissionais e a resistência dos hospitais gerais em ofertar os leitos de psiquiatria, de tal modo que restou um saldo de 40 leitos para receber esse incentivo financeiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ganho fundamental foi estabelecer a estrutura de uma política na área da saúde mental para ampliação de leitos de psiquiatria em hospital geral, ao utilizar como motivador um incentivo financeiro, mediante exigências técnicas, estabelecidas pela legislação da área de saúde mental, observadas de maneira criteriosa.



PAPEL DO ACS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE

Autor Principal: Jaqueline Nicácio Pereira

Outros Autores: Maria do Socorro S. Cardoso José Arizonaldo Pereira; Edna Márcia M. Ribeiro; Luana Paes S. Silva; Gilberto Ney A. Rodrigues; Viviane de Lima e Silva e Luciano Portela de Sá

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

As responsabilidades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não limitam-se apenas em recolher informações que serão processadas em dados. Eles atuam de forma a facilitar o acesso da comunidade aos meios de saúde e principalmente buscar orientar a população quanto às medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos. Com o intuito de demonstrar um pouco da realidade encontrada por eles dentro da comunidade foi desenvolvido o presente trabalho. Por meio de apresentação teatral em jornal televisivo interativo em que foram abordados fatos vivenciados pelos ACS em suas visitas domiciliares.

Foram expostos alguns dos principais problemas encontrados na comunidade, possibilitando a discussão, avaliação, bem como o surgimento de sugestões buscando a prevenção e até mesmo soluções diante das situações colocadas.

Foi realizada uma dramatização pelos próprios ACS em que pessoas da comunidade foram entrevistadas de forma a expor o problema vivenciado. Os temas abordados foram: Alcoolismo e Gravidez na Adolescência; Violência Doméstica; Acidentes Domésticos com Crianças e Desmame Precoce.

A execução desse trabalho pôde expor alguns dos principais problemas vivenciados pela comunidade e possibilitou ainda diferentes formas de resolução dependendo do ponto de vista do observador, seja ele Dentista, Enfermeiro, Médico, Auxiliar de Enfermagem ou mesmo Agente Comunitário de Saúde.



PARCERIAS: UMA POSSIBILIDADE DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NA SAÚDE PÚBLICA

Autor Principal: Jaudete Silva Frontino de Nadai

Outros Autores: Alessandra Murari Porto

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Anchieta - ES

Município: Anchieta

Estado: Espírito Santo

INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde, principalmente os de enfermagem, no seu dia-a-dia de trabalho, mantêm contato direto com a população, e vêem de perto a realidade social, econômica e cultural das comunidades envolvidas, que possuem uma dinâmica própria; necessitando, portanto, de capacitação constante para que possam orientar, realizar procedimentos e ações de educação em saúde. Enfim, oferecer serviço de qualidade, provocando assim mudanças de hábitos e costumes da população local. No entanto, dispor dessa qualificação nem sempre se torna fácil para o gestor, principalmente de municípios de pequeno porte, no que diz respeito a recursos financeiros, organizacionais e logísticos, necessitando assim, de parcerias com os gestores municipais circunvizinhos e principalmente com os órgãos de representação de classe. Diante da necessidade de qualificação e da dificuldade ora apontada, observando a abordagem dos temas do Projeto e a qualificação dos palestrantes, o Município de Anchieta, buscou parceria com o COREN-ES (já desenvolvia um projeto na Capital - Vitória) e com os Municípios vizinhos, Guarapari e Piúma, sendo que sob o tema "Capacitação em Excelência e Eficácia no Atendimento", se efetivou o projeto para os profissionais de enfermagem no interior do Estado do Espírito Santo.

OBJETIVO

Aperfeiçoar a qualidade da assistência e capacitar os profissionais de enfermagem que atuam nos municípios de Anchieta, Piúma e Guarapari.

METODOLOGIA

A princípio o COREN-ES foi convidado para apresentar o projeto ao interior do Estado do Espírito Santo, tendo o município de Anchieta como experiência piloto. Foram agendadas reuniões com os gerentes e coordenadores de enfermagem e os respectivos secretários de saúde, e assim definir as responsabilidades de cada município envolvido e os temas de relevância para suprir a necessidade

local. Cada tema definido correspondia a um curso com 10 horas de duração, ficando assim distribuída suas abordagens: Tratamento de Feridas, Administração de Medicamentos, Política de Saúde e a Estratégia Saúde da Família, O Impacto das Relações Humanas no Cuidar, Marketing Pessoal e Biossegurança. Os cursos foram formatados em módulos quinzenais, escolhidos os finais de semana, sendo alternadamente, um dia par e outro dia ímpar de cada mês, para que todos os profissionais, distribuídos em duas turmas, independente da escala mensal de trabalho pudessem participar. Referida participação estava condicionada a uma inscrição, para cada dia de curso, mediante a oferta de 3kg de alimentos não perecíveis destinados a instituições sociais dos municípios envolvidos no Projeto. Às prefeituras envolvidas coube a responsabilidade da infra-estrutura do evento, como: local, equipamentos, transporte e alimentação para os participantes, além da divulgação. Ao COREN-ES coube: contratação dos palestrantes, confecção de cartazes e folderes com a programação e a emissão dos certificados.

RESULTADOS

A adesão ao projeto por parte dos profissionais foi de 80%, portanto, satisfatória, com participação de aproximadamente 300 profissionais. Outro dado de suma importância foi a mudança na qualidade dos serviços ofertados nas unidades de saúde, verificada através de avaliação feita pelos usuários, por meio da utilização de caixa de reclamações e sugestões, disponíveis nas unidades de saúde. Também foi alcançado o objetivo de cunho social, vez que, ao todo, 10 (dez) instituições sociais receberam doação de alimentos, num total de 1,5 tonelada de alimentos arrecadados.

APRENDIZADO

Foi vivenciado no Projeto o quão é possível a obtenção de parcerias, entre os municípios e órgão de representação de classe, quando efetivamente se está disposto para o trabalho. Outra facilidade foi que se oportunizou às pessoas diferentes e de realidades também distintas a possibilidade de se unirem com objetivos comuns. Por outro lado foi sentida a dificuldade de organização interna de um



determinado município, causando alguns transtornos para os demais, o que pode ser justificado pelo pioneirismo do Projeto. Também a falta de adesão do quantitativo de 20% dos profissionais pode ser sentida como dificuldade, apesar do alcance de 80% representar uma melhora bastante significativa nos serviços oferecidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto ora apresentado representou um avanço muito grande na gestão de recursos humanos, quando se quer qualificar o profissional de enfermagem que atua prestando serviço de qualidade para o Sistema Único de Saúde, e possibilitou que essa experiência fosse abraçada por vários municípios do Estado do Espírito Santo, e também pelos hospitais locais, considerando sempre a responsabilidade social dos profissionais envolvidos.



AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE EM AÇÃO: INFORMANDO A COMUNIDADE SOBRE SAÚDE BUCAL

Autor Principal: Jeane Ludovico Mariano

Outros Autores: Maria Aparecida Nunes; Makissoel Souza de Araujo; Eliete Rodrigues dos Reis; Rosilene Pereira dos Santos; Franco Ficher Ferreira de Souza; Marcia Pereira do Amaral Soares Moreira; Jane Akemi Nonaka Aravechia

Instituição: Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

O Programa Família Saudável (PFS) envolve ações direcionadas à prática assistencial, bem como aquelas referentes à mobilização comunitária para que cada indivíduo possa assumir a co-responsabilidade da manutenção e a recuperação de sua saúde.

Quanto à concepção de trabalho, baseia-se na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, com vistas a maior integralidade das ações. Nesta nova lógica, a relação entre os membros de uma equipe baseia-se na busca do consenso, mediante o estímulo da permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. Dentre os membros da equipe, o Agente Comunitário de Saúde tem papel essencial, visto representar o “elo de ligação” entre os demais membros da equipe e a comunidade.

Dentre as diversas atribuições deste colaborador, podemos citar seu envolvimento com atividades voltadas à promoção de saúde bucal.

Sendo assim, na Equipe de PFS de Veredas I, situada na cidade de Brazlândia, no Distrito Federal, uma das Agentes Comunitárias, detectou durante o cadastramento das famílias de sua micro-área uma necessidade muito grande de atendimento odontológico. Sabendo de suas atribuições voltadas à realização de palestras educativas procurou a Equipe de Saúde Bucal para realizar alguma atividade que pudesse levar informações para sua comunidade, minimizando futuros agravos.

O trabalho teve como finalidade, levar para algumas crianças e familiares, orientações sobre saúde bucal como prevenção contra a cárie dentária, reforçando a necessidade de higiene bucal adequada, dieta, etc....

Realizou-se também escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor pela equipe odontológica. Além disso, buscou-se também levar um pouco de lazer as crianças, visto que estas, muitas em situação de risco, são carentes de divertimento.

Para que esta atividade pudesse ser realizada, inicialmente buscou-se na comunidade um local onde a agente e demais colegas pudessem realizar o evento. A colaboradora optou por realizar a atividade na própria comunidade, mesmo que a Unidade de Saúde oferecesse condições favoráveis por entender que suas ações têm ênfase na abordagem familiar dentro de sua realidade. Escolheu-se a residência de uma família onde moram seis crianças com necessidades odontológicas cuja mãe mostrou-se receptiva e participativa. Convites para

crianças de famílias vizinhas foram feitos. Realizou-se posteriormente o treinamento da agente comunitária pela cirurgiã dentista sobre o tema abordado. A colaboradora confeccionou “lembrancinhas” para os participantes e providenciou brindes para as crianças que participassem de brincadeiras que ela organizaria. O material didático foi escolhido pela agente.





No dia estipulado, compareceram dezesseis participantes entre crianças e adultos. Apesar do nervosismo, por ser sua primeira atividade educativa, as informações foram oferecidas para os participantes de forma simples e objetiva, numa linguagem de fácil entendimento pela platéia. Crianças se divertiram com as brincadeiras e receberam aplicação tópica de flúor após escovação supervisionada.

Certamente o que mais agradou as crianças foi a distribuição dos brindes e folhetos educativos sobre saúde bucal.

Como resultado deste evento, observou-se o interesse dos participantes quanto ao assunto através das dúvidas que surgiram durante a palestra. Detectou-se também a necessidade de tratamento odontológico entre as crianças e seis delas foram prontamente encaminhadas para a Clínica Especializada de Odontopediatria da Unidade Mista de Taguatinga que faz parte da rede de saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Esta iniciativa que, aparentemente possa parecer simples, despertou entre os demais agentes comunitários a vontade de trilhar o mesmo caminho que a colega. E esta por sua vez, sentiu-se valorizada e propõe-se a repetir tais ações bem como estendê-las para outros temas além de buscar melhoria em suas palestras e dinâmicas.

Infelizmente, a escassez de material didático e fundos para a aquisição de brindes e materiais para confecção de "lembrancinhas" dificulta a realização deste tipo de ações.

No entanto, com boa vontade, união da equipe interdisciplinar com colaborações e a criatividade de cada um, atividades simples como estas podem fazer a diferença para levar informações para a comunidade.

Assim, tornam-se necessárias mudanças significativas das atitudes profissionais, tanto na abordagem individual como na abordagem da família e da comunidade, para que ocorra a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde, cujo objeto é a saúde da família.



REGIONAL ITINERANTE- UMA NOVA ABORDAGEM

Autor Principal: João Batista Oliveira Maia

Outros Autores: Sabel Cavalcante Carlos; Adriana Márcia Cassiano

Instituição: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará/SESA/CERES

Município: Aracati

Estado: Ceará

De acordo com a Lei Nº 8.080/90, dentre as atribuições da instância estadual destacamos a de assessorar e acompanhar as ações e serviços de saúde no âmbito municipal. Este, por sua vez de forma descentralizada, executa o previsto na NOAS/SUS 2002 baseando-se no desenho do Plano Diretor de Regionalização- PDR de sua região ou microrregião de saúde. Nesse sentido, para supervisionar e contribuir na melhoria de indicadores de saúde, foi instituída pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará –SESA para cada uma das 21 Microrregiões de Saúde, uma instância regional denominada Célula Regional de Saúde – CERES. Dentre estas, a CERES Aracati é a responsável, dentre outras de orientar os municípios da Microrregião de Aracati. Essa, é composta de cinco municípios formando um contingente populacional de 154.766 habitantes. De acordo com o PDR da Microrregião de Aracati temos: um município pólo, que é Aracati, formando o módulo com o município satélite de Itaiçaba e mais três módulos assistenciais: Beberibe, Fortim, Icapuí. A CERES Aracati entendendo da importância da cooperação técnica entre os entes estadual e municipal e analisando o contexto dos anos anteriores, onde havia demora na consolidação das ações de saúde nos municípios, passou a adotar em janeiro de 2005 uma estratégia diferenciada de trabalho denominada de CERES Itinerante, com os seguintes

OBJETIVOS

Contribuir em resolver as demandas em saúde de ordem locoregional; acelerar o processo de trabalho nos municípios; fortalecer as ações e serviços de saúde na região de Aracati; desenvolver maior capacidade operacional nas coordenações municipais. A estratégia CERES Itinerante consiste em aplicar a seguinte

METODOLOGIA DE TRABALHO

Articular todos os doze técnicos da CERES Aracati, identificando as reais dificuldades apresentadas pelos municípios. Em seguida, há reunião do Colegiado de Gestão da CERES onde são planejadas as ações prioritárias para cada município. Estrategicamente num único dia todos os técnicos da CERES se deslocam ao município no qual foi agendado a visita, sendo que há uma pactuação na

Comissão Intergestores Bipartite Microrregional – CIBMr do cronograma mensal de visita da CERES Itinerante. Na ocasião da visita técnica, todas as necessidades de acompanhamento, orientação e supervisão são realizadas da seguinte forma: aplicação de um roteiro de trabalho para cada área estratégica, ou seja, atenção básica (PSF, PACS, Saúde Bucal), vigilância em saúde (epidemiologia e controle das doenças, vigilância sanitária e ambiental) e atenção secundária. São aplicados os roteiros padronizados com cada coordenação municipal e visita técnica de acordo com o programado no Colegiado de Gestão. Ao final das atividades a equipe da CERES Itinerante apresenta os produtos da aplicação dos roteiros ao secretário municipal de saúde, pactuando um prazo para as devidas correções e ajustes no sistema municipal de saúde. Ao final do prazo, que varia de acordo com a situação encontrada, são realizadas novas supervisões nos municípios, porém focalizadas nos principais pontos críticos apontados pelo relatório final elaborado pela equipe CERES. Dessa forma obtivemos no decorrer de 2005 os seguintes

RESULTADOS

Agilidade na resolução de pendências relativas aos sistemas de banco de dados de base nacional, melhoria na qualidade da informação em saúde, cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica, ações de saúde mais organizadas e planejadas, maior participação dos técnicos municipais no processo de tomada de decisão, gestores orientados para ações técnicas e operacionais visando cumprimento de metas pactuadas, consolidação da supervisão da instância regional de forma democrática e educativa e resolubilidade da assistência à saúde na Microrregião. Dessa forma, concluímos que através da CERES Itinerante temos um maior entrosamento da equipe CERES com as equipes municipais; avaliação sistemática e regular das ações e serviços de saúde pautados na ética e harmonia; participação ativa dos coordenadores municipais, apontando inclusive questões de ordem local que impossibilitam o desenvolvimento das atividades e um grande sentimento de pertencimento na Microrregião contribuindo para um Pacto de Gestão que já temos de fato e agora com a regulamentação do Ministério da Saúde teremos de direito.



PROGRAMA CIDADÃO CONSCIENTE: A SOCIALIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Autor Principal: João Batista Silva

Instituição: Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara

Município: Fortaleza

Estado: Ceará

INTRODUÇÃO

A participação do cidadão-usuário nos processos sociais e assistenciais impulsiona as instituições para melhor aproveitamento do seu potencial na visão de segurança, qualidade e eficiência. No serviço de saúde público, mormente na atenção hospitalar, a socialização da informação amplia a adesão e participação do usuário beneficiado da assistência, contribuindo para o alcance de melhores resultados na sua recuperação e retorno para a sociedade. Neste foco o Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara, administrado por uma Organização Social de Saúde, inovou desenvolvendo o Programa Cidadão Consciente que tem por premissa básica ampliar a participação do cidadão-usuário através da informação e conscientização.

OBJETIVOS

-Facilitar a comunicação institucional estimulando o diálogo entre o cidadão-usuário do SUS e a equipe de profissionais que lhe presta assistência.

-Permitir ao cidadão-usuário maior conhecimento e uma visão real da magnitude do investimento realizado para sua recuperação de saúde.

-Permitir maior visibilidade e transparência do uso de recursos e da gestão dos serviços de assistência à saúde.

-Divulgar e orientar o cidadão-usuário sobre o acesso a benefícios, emissão de documentos e demais esclarecimentos que propiciem sua inclusão social.

METODOLOGIA

No transcurso do ano de 2004 foram consolidadas as ações da Comissão de Custos Hospitalares, permitindo a composição de um valor médio da diária hospitalar por unidade de internação, o que propiciou o desenvolvimento de um sistema automatizado que gera descritivamente o Demonstrativo de Despesas Hospitalares (DDH) contendo o valor médio do período em que o paciente esteve hospitalizado, o qual é entregue na sua saída do hospital. Na ocasião da alta é esclarecida a relevância da

informação na construção da cidadania, pois o cidadão-usuário expande sua compreensão sobre a utilização dos recursos públicos.

Além do DDH, é publicado de forma sistematizada e atualizada o Demonstrativo de Prestação de Constas, divulgado no *hall* da recepção principal, apresentando de forma discriminada a forma de aplicação dos recursos públicos destinados ao custeio dessa unidade hospitalar.

Faz parte do Projeto Cidadão Consciente o programa "Um olhar sobre a inclusão social" que amplia o nível de informação e subjetivação do cidadão-usuário no que se refere aos direitos, deveres e benefícios sociais que lhe são cabíveis, através de *banners* (Demonstrativo de Despesas, Direitos e Deveres do Paciente, Orientações Gerais sobre o HGWA) e painéis de orientações relativos a benefícios, programas e projetos sociais, além de encaminhamentos realizados pela equipe de Assistentes Sociais e Ouvidoria.

PRODUTOS

A emissão do DDH foi iniciada em agosto de 2004, tendo superado a marca de 8000 demonstrativos desde a implantação, tendo como principal resultado uma nítida satisfação do cidadão-usuário pela socialização da informação. Essa satisfação foi motivo de destaque e documentada por um jornal televisivo de veiculação nacional em matéria intitulada "VACINA CONTRA A CORRUPÇÃO" onde se destacou a transparência e objetividade do programa.

Essa satisfação é acompanhada através de pesquisa de satisfação direcionada realizada pelo Serviço Social ou por demanda espontânea através da Ouvidoria.

FACILIDADES E DIFICULDADES

O modelo de gestão e atendimento adotado no HGWA propicia condições favoráveis ao desenvolvimento do Programa Cidadão Consciente, que inserido no processo de Acreditação Hospitalar padronizou métodos e viabilizou a integração dos serviços assistenciais e de apoio, com uma nova compreensão da dimensão do cidadão-usuário.



A principal dificuldade enfrentada no Programa é alcançar o nível de compreensão do cidadão-usuário para as orientações oferecidas, principalmente pelo seu baixo nível de escolaridade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desinformação propicia reações e comportamentos adversos que podem dificultar as ações de saúde até quando estas são oportunas e adequadas. Outro reflexo constatado é a má utilização dos veículos de comunicação e espaços de reivindicação ocasionando desgastes, desmotivação e perda de credibilidade dos serviços ofertados.

O esclarecimento e a compreensão do cidadão-usuário acerca da verdade dos fatos, seja no tocante às suas condições de saúde e necessidades ou das possibilidades oferecidas, minimiza suas angústias e evita a insatisfação por entendimento equivocado. Por outro lado, resgata a auto-estima do enfermo, que deixa a postura de cliente passivo, paciente e passa a ser colaborador em um processo de sinergia com a equipe assistencial e sua família. O resultado final é exponencial no sentido de melhoria contínua e sucesso das ações e investimentos realizados.



A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE NA ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ/SC

Autor Principal: Jonilda Hugen Souza Vieira

Outros Autores: Karla Patrícia de Souza Schmoeler; Silvana Correa de Barros Lampert Sagave

Instituição: Secretaria Municipal de Itajaí/SC

Município: Itajaí

Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO

A saúde de uma população, em seu sentido mais abrangente, é resultante de um amplo aspecto de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de nutrição, habitação, saneamento, educação, renda, meio ambiente, lazer, entre outros. O processo para construção de uma “cidade saudável”, implica no reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependências entre diversos setores. O Ministério da Saúde (1999) definiu Saúde da família como a estratégia para promover a organização das ações de atenção básica nos sistemas municipais de saúde. Assim sendo, através da incorporação de Agentes Comunitários de Saúde, os serviços básicos de saúde passaram a chegar mais perto da população, oferecendo assistência tanto nas Unidades de Saúde como nos domicílios. Esta forma de atenção permite modificar práticas meramente curativas e de preservação de doenças, mas, permite introduzir novos mecanismos que vem desde valorizar o papel do indivíduo, família, comunidade, quanto ao cuidado com sua saúde promovendo qualidade de vida. Diante deste fato, foi estabelecida parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí, através do Programa Saúde da Família e do Departamento de Fiscalização e Vigilância Sanitária, Fundação do Meio Ambiente de Itajaí (FAMAI), Engepasa Ambiental e Serviço Municipal de Água, Saneamento Básico e Infra-Estrutura de Itajaí (Semasa). Esta parceria busca adotar uma política de responsabilidade social, através do desenvolvimento de atividades de educação sanitária e ambiental para a comunidade através do Agente Comunitário de Saúde que desenvolve suas atividades neste universo. Através do conhecimento da dinâmica da água na natureza e como algumas práticas cotidianas influem negativamente neste recurso natural e, conseqüentemente, na própria saúde humana, podem e devem ser importantes ferramentas para que a população em geral faça sua parte. Assim, o conhecimento da realidade local através do Agente Comunitário de Saúde e a vivência do contexto tornam elemento indispensável na identificação das suas necessidades e da comunidade por meio da sensibilização de

um grupo de indivíduos intimamente ligados aos mesmos anseios, podendo propor mudanças importantes e auxiliar na organização do trabalho.

OBJETIVO

A capacitação dos 191 agentes comunitários de saúde teve como objetivo proporcionar informações básicas sobre valorização do saneamento ambiental (coleta seletiva do lixo e destino final do lixo) como atividade essencial à vida, conscientizar da necessidade e importância de utilizar os recursos hídricos com responsabilidade e incentivar a cultura de recuperação, manutenção e preservação dos recursos hídricos como patrimônio ambiental, e doenças de veiculação hídrica, como amebíase, giardíase, criptosporidíase, gastroenterite, febre tifóide e paratífóide, hepatite infecciosa, cólera, verminoses, esquistossomose, ascariíase, teníase, oxiuríase, ancilostomíase. Realizar também visita ao sistema de coleta, tratamento da água, dando ênfase à limpeza e conservação da água no município de Itajaí.

MATERIAL E MÉTODOS

A Secretaria Municipal de Saúde através das parcerias com serviços municipais como o Semasa, FAMAI e Engepasa Ambiental promoveu a formação de multiplicadores, através da temática assim constituída: importância da qualidade da água, uso racional, situação atual da água no mundo e no Brasil, recurso hídrico, meio ambiente, reciclagem e acondicionamento de lixo, doenças de veiculação hídrica, água e saúde humana. Os Agentes Comunitários de Saúde foram divididos em dois grupos, sendo que o conteúdo teórico foi desenvolvido com carga horária de cinco horas e posterior visita a Estação de Tratamento de Água (ETA) São Roque para contextualizar teoria e prática. Durante a visita a ETA, os ACS conheceram todo o processo que a água é submetida desde a captação até a distribuição para a população. Cada ACS recebeu uma apostila (com 58 páginas) elaborada com o conteúdo desenvolvido durante a capacitação e material de apoio como folder educativo.



RESULTADOS

Através deste trabalho, conseguimos identificar os tipos de benefícios econômicos resultantes da sensibilização dos usuários dos serviços públicos, principalmente tratando-se de recursos naturais renováveis e não renováveis. O primeiro inclui os que estão diretamente ligados à racionalização do uso dos recursos. Esta racionalização pode acontecer tanto através das condutas no espaço domiciliar como redução do tempo do banho, barbear com a torneira fechada, entre outras (reduzindo os custos de conta de água) quanto pela diminuição do fornecimento excessivo da água tratada (significando uma menor sobrecarga na rede e menor necessidade de investimentos para a ampliação da estrutura física na construção de novos pontos de captação de água). Os benefícios de segundo tipo são os decorrentes da melhora do estado geral de saúde da população. Através das medidas preventivas (água tratada, higiene pessoal e do ambiente) a diminuição dos casos de doenças de veiculação hídrica, levando a redução da demanda nos serviços, redução da cárie dentária. Também, a mudança nos hábitos da população incentivando o consumo de água para hidratação do organismo humano, principalmente após a prática de atividade física. Além dos benefícios diretos, também permite a preservação do meio ambiente (mata ciliar, nascentes, e demais) e a redução dos resíduos sólidos urbanos através da reutilização e reciclagem de materiais presentes no lixo, gerando renda. Acredita-se que esta experiência possa vir a ter resultados promissores a curto, médio e longo prazo. A intersetorialidade ainda é um grande desafio. E, como tal, deve ser incentivada para que possamos, num futuro próximo, estabelecer cada vez mais parcerias em prol de melhorias da qualidade de vida.

CONCLUSÃO

As parcerias possibilitam uma melhor qualificação dos profissionais influenciando diretamente nas ações e intervenções durante o processo de trabalho. Agiliza e otimiza os recursos para a resolução dos problemas, gerando maior satisfação tanto dos profissionais como dos usuários dos serviços públicos. O processo de integração entre os Setores da Administração Municipal revelou a capacidade de estabelecer um processo de integração e consolidação na definição dos objetivos, dos meios e dos espaços de intervenção da equipe. Sob o ponto de vista econômico, o desperdício de materiais, energia, recursos naturais e financeiros, a educação da comunidade é de fundamental importância para melhorar a qualidade do meio ambiente, do solo, do ar, das águas e de vida da população. As questões lançadas no dia-a-dia dos Agentes Comunitários de Saúde, a capacidade de orientação do processo de trabalho, a grande influencia que exercem junto às famílias de sua

responsabilidade, estabelecimento de vínculo, no próprio espaço domiciliar, compreende um importante meio de comunicação para a transformação dos componentes dos indivíduos, focando em seus estilos de vida. Esta estreita relação permite o estabelecendo de hábitos de limpeza e de higiene entre os cidadãos. O desenvolvimento adequado de atividades dirigidas à transformação dos indivíduos e o aproveitamento adequado dessas capacidades influenciam diretamente na mudança de posturas e concepções formando um conjunto de fatores indispensáveis para intervenção integralizada das práticas cotidianas.

Palavras – chave: Agente Comunitário de Saúde, qualidade de vida, intersetorialidade.



A REESTRUTURAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRIPIRI

Autor Principal: Jorge Otávio Maia Barreto
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Piripiri
Município: Piripiri
Estado: Piauí

INTRODUÇÃO

O Município de Piripiri possui uma população de cerca de 63.000 habitantes e oferta serviços de saúde pública abrangentes.

Até o ano de 2005 a SMS possuía estrutura formal e operacional limitada e anacrônica, com deficiências tanto materiais como formais, especialmente no aspecto normativo, causando a indefinição de papéis e reflexos negativos nas áreas meio e fim.

A gestão em saúde enfrenta desafios diários que se determinam a partir das próprias limitações administrativas e carências tanto materiais quanto de pessoal, verificadas nas realidades regionais de nosso país.

OBJETIVO

Vislumbrando a necessidade de modernização e adequação da estrutura às demandas administrativas e funcionais que dessem mais suporte à atividade fim, que é a prestação dos serviços de saúde, tanto no âmbito da assistência como da vigilância, as estruturas administrativas devem se renovar se reestruturando para atender às necessidades logísticas que os serviços requerem para o bom funcionamento.

A proposta de reestruturação formal da SMS de Piripiri teve como objetivo geral a adequação normativa e operacional às necessidades verificadas.

METODOLOGIA

O processo de reestruturação da SMS foi deflagrado no início do ano de 2005, com a adoção de medidas administrativas que previam a ampliação da atuação da estrutura administrativa da SMS e definiam papéis dentro de cada setor, ampliando-se a carga horária de funcionamento da estrutura para 40 horas semanais e elaborando-se rotinas administrativas definidas após a discussão com os setores envolvidos e que estão em constante avaliação e reformulação visando a sua eficácia operacional.

Foi encaminhada proposta de formalização da nova estrutura através do Executivo Municipal, advindo a Lei Municipal no. 536/

2006 que alterou a estrutura da SMS de Piripiri de acordo com o esquema abaixo:

ESTRUTURA DA SMS DE PIRIPIRI

1. Conselho Municipal de Saúde
2. Secretaria Municipal de Saúde – SMS
 - 2.2. Departamento Administrativo
 - 2.2.1. Divisão de Patrimônio e Material
 - 2.2.2. Divisão de Planejamento
 - 2.2.3. Divisão de Recursos Humanos
 - 2.3. Departamento Financeiro
 - 2.3.1. Divisão de Contabilidade e Pagamento
 - 2.3.1. Divisão de Controle Financeiro
 - 2.4. Departamento de Informática
 - 2.4.1. Divisão de Processamento de Dados
 - 2.4.2. Divisão de Suporte em Informática
 - 2.5. Departamento de Atenção à Saúde
 - 2.5.1. Coordenação de Saúde da Mulher
 - 2.5.2. Coordenação de Saúde da Criança/Adolescente
 - 2.5.3. Coordenação de Saúde do Adulto e Idoso
 - 2.5.4. Coordenação de Saúde Bucal
 - 2.5.5. Coordenação de Educação em Saúde
 - 2.5.6. Coordenação de PSF/PACS
 - 2.6. Departamento de Vigilância em Saúde
 - 2.6.1. Divisão de Vigilância Ambiental
 - 2.6.2. Divisão de Vigilância Sanitária
 - 2.6.3. Divisão de Vigilância Epidemiológica
 - 2.6.3.1. Coordenação SIM e SINASC
 - 2.6.3.2. Coordenação de Imunização
 - 2.6.3.3. Coordenação de DANTS
 - 2.7. Departamento de Regulação, Controle e Auditoria
 - 2.7.1. Central de Regulação
 - 2.7.2. Central de Marcação de Consultas
 - 2.7.3. Divisão de Controle e Avaliação
 - 2.8. Centro de Saúde Dr. Adauto Coelho de Resende
 - 2.9. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS
 - 2.10. Centro de Especialidades Odontológicas – CEO
 - 2.11. Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA



2.12. Laboratório Municipal de Análises Clínicas

2.13. Farmácia Central

RESULTADOS

A construção da estrutura atual da SMS de Piripiri foi um processo coletivo e por isso menos passível de equívocos, no sentido de que houve a avaliação conjunta das necessidades conciliando visões dos setores que possibilitaram a síntese das necessidades individualmente consideradas a fim de se chegar à melhoria geral do funcionamento do sistema.

A qualidade das rotinas desenvolvidas depende da sua constante verificação e avaliação a fim de serem adotadas as ações corretivas necessárias. Verificamos que a eficácia do aparato administrativo da SMS de Piripiri foi bastante incrementada após a sua reestruturação operacional que culminou com a formalização das mudanças desenvolvidas.

descentralização da atividade administrativa, com a divisão de poder e de responsabilidades.

O principal entrave verificado foi a carência material, principalmente no aspecto tecnológico, uma vez que a reorganização proposta passou pela informatização da estrutura e a disponibilização de tecnologias pouco acessíveis do ponto de vista financeiro. A ausência de um financiamento específico para a reorganização da atividade meio constitui-se num desafio que os municípios têm enfrentado de maneira solitária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As coisas podem melhorar, mas é preciso trabalhar nelas. Para melhorar não é suficiente a vontade, embora ela seja importante. Por outro lado, é preciso otimizar os recursos, agindo de maneira focada e eficiente. Melhorar é evoluir e evoluir é mudar. Não devemos temer o futuro, pois somos os responsáveis pela sua concretização.



DIFICULDADES ENFRENTADAS

São várias as dificuldades enfrentadas num processo que se pretende transformador, principalmente quando envolve a



O DESAFIO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA EM PIRIPIRI

Autor Principal: Jorge Otávio Maia Barreto

Instituição: SMS de Piripiri - PI

Município: Piripiri

Estado: Piauí

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS tem alcançado importantes avanços no desenvolvimento das suas diretrizes básicas: a universalização, a integralidade, a descentralização e a participação popular.

Neste contexto, a Assistência Farmacêutica reforça e dinamiza a organização do sistema municipal, tornando-o mais eficiente, consolidando vínculos entre os serviços e a população, contribuindo para a universalização do acesso e a integralidade das ações.

A SMS de Piripiri buscou a organização e a racionalização do serviço de assistência farmacêutica básica, com medidas de impacto quantitativo e qualitativo, através da implementação da Farmácia Central com rotinas e instrumentos desenvolvidos em face da realidade loco-regional para a distribuição, controle e avaliação da assistência farmacêutica básica, com a estruturação da rede municipal de dispensação de abrangência municipal, garantindo o acesso da população assistida.

OBJETIVO

Ação desenvolvida teve como propósito precípua garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade da assistência farmacêutica, a promoção do uso racional e o acesso da população a aqueles medicamento considerados essenciais.

METODOLOGIA

Promoveu-se a discussão ampla entre a gestão, os profissionais e usuários e a posterior elaboração/ratificação de protocolos terapêuticos fundamentais na definição do elenco de medicamentos essenciais de disponibilidade garantida pelo sistema a ser implementado.

Implementou-se a Farmácia Central do Município, com adequação de espaços e equipamentos e a contratação de profissionais. A seguir buscou-se normatizar o sistema de assistência farmacêutica, através da emissão das Portarias SMS nos. 037 e 038/2005 que definiram as rotinas de funcionamento da Farmácia Central e da rede de dispensação na atenção básica e

O DESAFIO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM PIRIPIRI
Jorge Otávio Maia Barreto
Secretário Municipal de Saúde de Piripiri - Piauí

1 POR QUE?
A assistência farmacêutica integra o conjunto de ações de saúde, tornando-a mais eficiente, contribuindo para o acesso à saúde e a participação popular.

2 PARA QUE?
Garantir a qualidade, segurança e acesso da assistência farmacêutica, com vistas à promoção da saúde, prevenção de doenças e controle de doenças crônicas.

3 COMO?
Necessidade de ampliar, em nível municipal, a assistência farmacêutica, com vistas à promoção da saúde, prevenção de doenças e controle de doenças crônicas.

4 E OS RESULTADOS?
Socialização dos princípios da assistência e atenção farmacêutica para os profissionais e usuários, com a participação popular.

5 VIVER É APRENDER
A mudança dos conceitos tradicionais para profissionais e usuários, com a participação popular e a promoção da saúde.

6 ISTO POSTO...
Essas rotinas facilitam a realização de novos cursos de capacitação. O investimento social realizado para implementação do sistema municipal de assistência farmacêutica foi considerado positivo, com a participação popular e a promoção da saúde.

SMS PIRIPIRI
www.piripiri.pi.gov.br
sms@piripiri.pi.gov.br

previram elaboração de instrumentos para o controle e monitoramento da qualidade da informação relacionada à assistência farmacêutica.

Foi realizada a capacitação técnica dos profissionais envolvidos na execução das rotinas definidas para a dispensação e controle dentro de cada unidade de saúde que integra a rede.

Discutiu-se o resultado da implementação com Conselho Municipal de Saúde e foi elaborado e aprovado o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica.

RESULTADOS

Com a implementação do sistema municipal de assistência farmacêutica foram conseguidos resultados positivos quanto à



efetividade e resolubilidade da assistência básica no aspecto complementar da terapêutica, a seguir os mais marcantes:

a) Disseminação dos princípios da assistência farmacêutica básica junto aos profissionais da atenção básica e principalmente junto à comunidade.

b) Controle efetivo dos estoques, inclusive com a possibilidade de auditorias rápidas através dos instrumentos de monitoramento disponíveis.

c) Fim do desperdício causado pela aquisição não planejada e não padronizada, bem como pelo causado através do descontrole dos prazos de validade.

d) Cobertura de 100% da área geográfica do município com a implantação de 20 unidades dispensadoras na zona urbana e rural, proporcionando o acesso à assistência farmacêutica de maneira descentralizada.

e) Aquisição planejada e econômica.

diretrizes modernas na gestão do SUS, inclusive com a assimilação de conceitos e idéias advindas das atuais tecnologias de gestão.

Podemos afirmar o sucesso da experiência apresentada, inclusive com a sua perenização, uma vez que modificadora dos conceitos existentes na sociedade acerca da assistência farmacêutica.

DIFICULDADES ENFRENTADAS

A mudança dos conceitos praticados pelos profissionais de saúde e mesmo a própria comunidade levanta importantes questões a serem enfrentadas. Na assistência farmacêutica não foi diferente. A seguir as principais dificuldades verificadas:

a) Carência de recursos financeiros destinados ao planejamento e implementação de estratégia locais para a assistência farmacêutica.

b) Resistência dos profissionais e da comunidade aos protocolos terapêuticos.

c) Falhas no sistema de distribuição ocasionadas por fatores externos, como demora no atendimento por parte de fornecedores, o que causou redução dos estoques reguladores até pontos críticos, ocorrendo inclusive desabastecimento total de alguns itens. A licitação planejada para prazos mais longos solucionou em parte o problema.

A organização e o estabelecimento de rotinas facilitam e barateiam de maneira concreta os serviços prestados. O investimento inicial realizado para implementação do sistema municipal de assistência farmacêutica foi rapidamente repostado através da economia por ele proporcionada. No que diz respeito ao custeio, uma vez que as rotinas e papéis operacionais estejam bem definidos, os custos para manter o sistema em funcionamento é bastante satisfatório, justificando a sua implementação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da implementação de um sistema local de assistência farmacêutica no município de Piripiri, Piauí, e os resultados alcançados são uma mostra concreta da necessidade de adotarmos



O CONTROLE SOCIAL COMO COADJUVANTE NA GESTÃO DEMOCRÁTICA PARTICIPATIVA DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR(A): A EXPERIÊNCIA DO CEST-RECIFE

Autor Principal: José Carlos de Almeida Júnior

Instituição: Prefeitura do Recife

Município: Recife

Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

O Município de Recife, apesar da sua relevância no contexto regional e nacional, sendo pólo sócio-econômico da região nordeste, até 2002, não possuía no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde uma proposta de Política de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras da cidade, não produzia informações que estabelecessem o diagnóstico de morbi-mortalidade da população trabalhadora, e nem mantinha articulações, nem diálogos com as diversas instituições públicas e privadas, como os sindicatos, as centrais sindicais, as instituições formadoras, as organizações não-governamentais, nem com outras instituições, que pudessem subsidiar as ações inter-setoriais necessárias à organização e desenvolvimento da atenção integral à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

Em 2001 foi criada a Coordenação de Atenção à Saúde do Trabalhador, por força da reivindicação dos trabalhadores e pela vontade política do gestor eleito, em 24 de maio de 2002 foi inaugurado o Centro Especializado em Saúde do Trabalhador – CEST-RECIFE, quatro mês antes de ser instituída a RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (portaria 1.679 de 19/09/2002), inauguração esta aprovada na V Conferência Municipal de Saúde do Recife, realizada em setembro de 2001.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

O CEST surgiu com a missão de promover ações direcionadas para o atendimento especializado; dar assistência integral pela rede de saúde aos trabalhadores vítimas de doenças relacionadas ao trabalho, inclusive a reabilitação física e mental; promover vigilância dos ambientes de trabalho; realizar práticas educativas e de promoção à saúde dos trabalhadores, entre outras, contribuindo para efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, através do SUS Municipal, na tentativa de modificar o quadro de acidentes e doenças do trabalho ocorridos no Recife, com a participação efetiva do Controle Social, através do Conselho Gestor de Unidade, da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, dos Conselhos Distritais e do Conselho

Municipal de Saúde. E também de promover a realização de cursos, seminários, oficinas e demais eventos para capacitação dos profissionais que atuam nos diversos níveis da rede municipal e de outras instituições, também notificar todos os acidentes e doenças do trabalho ocorridos no município do Recife.

Para efetivação de sua missão, sua estrutura é composta de: Agentes Administrativos, Assistentes Sociais, Auxiliares de Enfermagem, Enfermeiras, Fonoaudiólogas, Médicos do Trabalho, Psicólogas, Técnicos em Segurança do Trabalho, profissionais comumente encontrados em outros Centros, porém, ele apresenta um diferencial com relação aos demais, que é a presença de técnicos como: Assessor Sindical, Advogados, Sociólogos, os quais possibilitaram a ampliação da multidisciplinaridade já existente e estão contribuindo para a realização de ações interdisciplinares, extremamente necessárias a uma concepção ampliada do processo saúde doença, nos ambientes de trabalho formais e informais. Para tanto foram criados Grupos de Trabalho e Estudos nas áreas de Assédio Moral, Lazer, Ócio e Tempo Livre, bem como, Grupos de Acolhimento e Humanização, do Ócio, Psicossocial, Psicoterápico e de Reeducação da Voz, os quais vêm produzindo excelentes resultados, contribuindo de forma efetiva para a institucionalização da RENAST e dos princípios do SUS, pois, suas consultas são realizadas com hora marcada, ele funciona nos 3 expedientes, seus ambientes são livres do fumo.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

Os principais resultados obtidos foram a implantação da Vigilância Epidemiológica; A notificação dos agravos à saúde e fatores de riscos relacionados ao ambiente de trabalho através de APACs; A realização de 2 cursos sobre vigilância em saúde do trabalhador; O início da discussão sobre a implantação do sistema de informação e a montagem de um núcleo básico para produção de informações, para subsidiar proposições de políticas na área de saúde do trabalhador, com vários dados já agregados sobre agravos a saúde do trabalhador; A aquisição de máquinas e diversos equipamentos de informática, para viabilizar o processamento dos dados produzidos; O início do mapeamento das áreas de riscos e



diagnóstico das condições de trabalho na Cidade; A implementação do Controle Social sobre as ações do SUS, com a Criação da Comissão Inter-institucional de Saúde do Trabalhador - CIST e do Conselho Gestor da Unidade; O início do processo de atualização do Código Municipal de Saúde referente a área de saúde do trabalhador; A participação constante de todo quadro técnico em Conferências, Congressos e diversos fóruns, quer como assistentes e ou palestrantes; A efetiva orientação dos trabalhadores sobre direitos trabalhistas e previdenciários - o setor jurídico juntamente com a Assessoria Sindical e a Assistência Social já orientaram e encaminharam mais de 250 trabalhadores -, inclusive, com a abertura de dezenas de CAT – Comunicação de Acidentes de Trabalho; A regulamentação do CEST através de lei municipal, que possibilitou a criação do organograma institucional, o que permitiu a ampliação das áreas de atuação, inclusive com recebimento de 22 novos servidores concursados, entre médicos (07), agentes administrativos (07); Iniciou-se o processo de implementação da RENAST; Teve início o processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador; A elaboração do projeto da I Conferência Municipal sobre Saúde do Trabalhador; A realização de mais de 12.000 atendimentos a trabalhadores(as), formais e informais, da Cidade do Recife, da Região Metropolitana, do Interior do Estado de Pernambuco, e de Estados vizinhos, na área de Assistência a Saúde (Medicina do Trabalho, Fonoaudiologia, Psicologia, etc.); A orientação de diversos trabalhos acadêmicos (monografias e dissertações); O início das visitas técnicas de alunos dos cursos de Medicina, Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia; a promoção de diversos eventos técnicos (entre outros foram realizados 03 Seminários sobre Saúde dos Trabalhadores(as) do Recife e 01 Seminário Latino-Americano sobre Assédio Moral e Saúde Mental no Trabalho, o I Encontro da Renast Pernambuco, o I Encontro Macro-regional da Renast Nordeste), com a presença de palestrantes brasileiras e estrangeiras; A proposição de normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho, inclusive, ao Ministério da Saúde; A elaboração de convênios técnicos; A realização de estudos e pesquisas na área de saúde do trabalhador e do ambiente de trabalho; A elaboração de protocolos clínicos, manuais e cartilhas, inclusive, para o Controle Social; A realização de diversas palestras educativas a população em geral; e, principalmente, foram realizadas diversas ações de vigilância em parceria com a vigilância sanitária. Esse conjunto de ações levou o Ministério da Saúde a habilitá-lo como Centro de Referência Estadual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conclusões a que chegamos é de que a idéia de Cidade Saudável pressupõe a participação de cidadãos e cidadãs nas

decisões sobre o projeto de desenvolvimento econômico e social que se deseja para a cidade. Os conselhos de controle social são canais importantes que permitem à sociedade influenciar na construção de tal projeto, o que pressupõe o protagonismo e o empoderamento dos beneficiários das políticas de governo. O papel da sociedade não pode mais ficar circunscrito às denúncias e reivindicações.

Finalmente, ficou claro, com esta experiência de gestão participativa que é possível, com a aplicação de um estilo participativo e democrático de gerir a coisa pública, encontrar soluções originais para os problemas mais urgentes em um contexto de recursos escassos. Conseguiu-se alcançar substancial qualidade na prestação dos serviços e criar um clima de confiança, autodisciplina e responsabilidade que resultaram em um ambiente de trabalho saudável. Notou-se, principalmente, a diferença em gerenciar *com* as pessoas e não *as* pessoas. O espírito crítico, quando adequadamente aproveitado e canalizado, pode contribuir para o crescimento de todos.



IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR UTILIZANDO-SE A METODOLOGIA DO MODELO OPERÁRIO ITALIANO NO MUNICÍPIO DE RECIFE”.

Autor Principal: José Carlos de Almeida Júnior

Instituição: Prefeitura do Recife

Município: Recife

Estado: Pernambuco

JUSTIFICATIVA

A cidade de Recife apresenta alta taxa de mortalidade por acidentes de trabalho graves e fatais, especialmente na construção civil, e alta prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, conforme pode ser evidenciado através dos dados de benefícios do INSS, que contempla apenas os trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho. Caracteriza-se também pela baixa capacidade de intervenção do setor de saúde do município em saúde do trabalhador, e insuficiente capacitação dos profissionais, em todos os níveis de atenção, em estabelecer a correlação entre o trabalho e os agravos à saúde, além da dificuldade dos níveis de atenção do SUS em operacionalizar, por meio de seus serviços, as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Segundo estudos realizados no SIH/SUS 1998/1999, o custo das internações por acidentes nos locais de trabalho e de trajeto em 1998 e 1999 foi de 15 e 14,4 milhões de reais, respectivamente, correspondendo a 5,5% do custo total das internações por causas externas, sendo um indicativo de priorização o setor de Construção Civil e de Transporte, por serem os setores de maior ocorrência desses acidentes.

A inexistência de um sistema de informação em saúde do trabalhador que permita a melhoria da notificação e registros dos agravos, bem como, que possibilite a otimização da Vigilância em Saúde do Trabalhador, justificam a necessidade de investimentos na área.

OBJETIVOS

Implementar ações de Vigilância à Saúde do Trabalhador, com vistas a identificação e redução de doenças e acidentes relacionados ao trabalho, contribuindo para a melhoria das condições dos ambientes de trabalho na cidade do Recife.

Objetivos Específicos:

- Capacitar os profissionais de saúde nos aspectos da vigilância em saúde do trabalhador;
- Melhorar a rede de informações e de notificações de acidentes e agravos à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras;

- Alimentar o Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador do Recife;
- Identificar o perfil sócio-econômico e epidemiológico da população trabalhadora do município de Recife;
- Estabelecer parcerias com outras instituições governamentais e Não Governamentais, entidades sindicais, empresariais, universidades, para a operacionalização das ações intersetorialmente;
- Realizar vigilância nos ambientes de trabalho dos estabelecimentos pertencentes ao território do município de Recife, conforme diretrizes e normas do SUS.

METAS

- Reduzir os acidentes de trabalho graves e fatais e os agravos à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras no município de Recife;
- Construir indicadores de saúde do trabalhador;
- Aprimorar os mecanismos de informação, através de um sistema de informações em saúde do trabalhador;
- Mapear 100% dos processos produtivos e seus riscos para a saúde dos trabalhadores, da população e do ambiente, incluindo-se os trabalhadores(as) informais, do serviço público, autônomos, trabalhadores domésticos;
- Capacitar 100% dos profissionais que atuam com a Vigilância à Saúde (epidemiológica e sanitária), para trabalhar os dados e produzir informações em saúde do trabalhador.

ESTRATÉGIA DE AÇÃO

- Inserir as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador na Rede de Saúde do município de Recife;
- Criação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, subordinada ao Conselho Municipal de Saúde, com finalidade de assessorá-lo;
- Estabelecer as prioridades com planejamento das ações, visando intervenções de impacto, com efeitos educativos e disciplinadores sobre o setor, tendo como critérios a serem



observados: o Ramo de Atividade, o Território, a Base Sindical e o Epidemiológico (evento-sentinela);

- Incrementar os mecanismos de controle social referentes à vigilância dos ambientes de trabalho;

- Estabelecer mecanismos de articulação intersetorial no âmbito da secretaria municipal de saúde;

- Estabelecer mecanismos de articulação interinstitucional e de aumento da transparência pública dos problemas correlatos;

Contemplar a revisão do Código de Sanitário do Município, inerente aos aspectos da Vigilância em Saúde do Trabalhador e demais ações.



SAMU METRO II RJ: EXPERIÊNCIA EM GESTÃO REGIONALIZADA

Autor Principal: Jose Jerônimo L. Damasceno Ferreira

Outros Autores: Equipe Metropolitana II

Instituição: SAMU Metropolitana II

Município: Niterói

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA, INDICANDO A SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO LOCAL

Procura-se atingir na saúde um processo de organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde numa determinada área geográfica, visando a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e resolutividade das ações e serviços de saúde.

Experiências nacionais e internacionais mostram que uma saída viável é a regionalização pré-elaborada e dimensionada em áreas onde as afinidades entre os municípios componentes são reais.

Para que isso aconteça, a mudança de visão por parte dos atores que atuam na cadeia de urgência (políticos, população e principalmente aqueles que militam na saúde), é de fundamental importância para o início e para bom funcionamento de um sistema hierarquizado e transparente. Para isso, tanto o local quanto as pessoas (profissionais e população) devem estar preparados para efetivação dessa nova funcionalidade.

Esse trabalho mostrará uma descrição sumária da rede de saúde da Região Metropolitana II, no Estado do Rio de Janeiro, incluindo um hospital Universitário como o ápice do atendimento de complexidade da região.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

Veicular sucintamente como se compõe o Samu Metro II;
Relatar uma experiência de implantação do sistema de atendimento móvel de urgência no âmbito de sete municípios;

Descrever as dificuldades relacionadas a interface político-gerencial;

Caracterizar a importância da presença do comitê gestor como elemento norteador e de equilíbrio nesse processo.

METODOLOGIA – CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

Para elaboração de um conteúdo web, foram verificados todos os arquivos, gerados nos últimos quatro anos, referentes ao

planejamento e implantação do SAMU METRO II. Também os temas apresentados em congressos médicos foram considerados para levantamento desses dados.

Tudo se inicia com o projeto Niterói. O município, hoje município sede, depois de ter uma das melhores malhas de saúde básica do país, resolveu implantar, como meta de governo municipal, o sistema móvel de urgência. Todo o projeto foi elaborado cuidadosamente para cobertura de uma rede com características específicas e próprias. Por intervenção do MS e interpretação de que a equipe no momento da elaboração do projeto estava preparada para desenvolvimento de um processo mais elaborado, resolveu solicitar a implantação de um sistema regionalizado.

A região Metropolitana II, que é uma região administrativa do Rio de Janeiro. É composta por sete municípios (Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Marica, Rio Bonito, Tanguá e Silva Jardim), com população estimada em 1 200 000 de habitantes. Em outubro de 2004 foi inaugurado o SAMU Metro II tendo o apoio de todos os atores envolvidos na região: Hoje o Sistema encontra-se com um quantitativo de vinte e duas ambulâncias, sendo que sete com médicos (USA) e as restantes (15) com técnicos (USB). Todas elas são coordenadas por uma central de regulação, previamente pactuada com a rede de saúde da região.

Junto à coordenação do SAMU existem os cargos de coordenador geral, coordenador de educação permanente e vigilância das urgências, coordenador adjunto e, logo abaixo, as divisões de enfermagem, médica e administrativa (coordena serviços de controle de frota, técnico auxiliar de regulação e almoxarifado). A equipe total é formada por 86 médicos (65 intervencionistas e 21 reguladores), 51 enfermeiros, 92 técnicos (89) e auxiliares (3) de enfermagem, 126 motoristas, 21 TARMs (técnicos auxiliares em regulação médica), 11 téc. administrativos e nove operadores de frota.

Uma revisão não sistemática de literatura foi realizada para embasamento do texto.

PRODUTOS – O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Com o passar dos meses ficaram muito bem caracterizadas as várias lideranças em cada município envolvido nesse



grande processo e uma boa operacionalização do organograma da METRO II, a partir de suas atuações. Houve a participação de um bom grupo de coordenadores que no início tinham visão local e com o passar do tempo assumiram e implantaram a visão da regionalização apesar das dificuldades encontradas. Também foi de fundamental importância a participação efetiva do observatório de urgência na elucidação de problemas relacionados aos sete municípios em termos de saúde, equidade no trato com os vários municípios e propostas de treinamento continuado para os vários componentes. O comitê gestor vem tendo um papel dos mais importantes na condução da política regional. É o elemento de equilíbrio e fórum constante de discussões.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA – FACILIDADES E DIFICULDADES

Facilidades: poucas mudanças na equipe coordenadora; o presidente do comitê gestor durante 15 meses foi o diretor da unidade hospitalar de urgência do Hospital Universitário e operacionalizou apoio total dessa estrutura (topo de assistência na região) para implantação do sistema; discussões construtivistas e pró-regionais no comitê gestor; participação e envolvimento de vários atores políticos da região com manutenção dos interesses municipais, mas respaldando o caráter regional da ação.

Dificuldades: por ser o primeiro a ser implantado no Rio houve problemas estruturais com CBMERJ e com a Polícia Federal, que vêm sendo trabalhados; a política partidária em determinados momentos não permitiu um bom andamento como por ex. com a dificuldade de pagamento de funcionários de cada município, disputas políticas menores; implantação de serviço de saúde com mesma atividade e com regulação distinta; transformação das áreas SAMU em locais de treinamento para alunos da saúde como campo de reflexão focando a emergência pré, inter e intra-hospitalar; falta de recursos próprios e autonomia para pesquisas locais em aplicação de novas tecnologias de comunicação e informação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas fica fácil de perceber retrospectivamente que o sistema veio para ajudar a nortear a funcionalidade e gerar a discussão de todo o sistema de acolhimento, modificando acentuadamente o acesso da população ao bem chamado saúde. Foram diagnosticadas várias inoperâncias no funcionamento integral do sistema SUS na região, caracterizando o caráter estruturante do SAMU. Ainda vem sendo problemática a relação tanto da população quanto dos médicos que operam SUS na região junto ao entendimento real do seu funcionamento. O tempo será necessário para estabelecer uma maior confiança nas

relações e um processo de ajuda mútua. Ficou patente que é uma nova forma de pensar a medicina da população. A lógica da telemedicina deverá vigorar e tomar ares de investigação. Por que não termos os olhos e ouvidos nas ambulâncias e lares dos pacientes atendidos? Os sistemas informatizados de ponta devem ser investigados junto a grupos progressistas.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministério da Saúde - Secretaria Executiva Departamento de Apoio a Descentralização - Acolhimento dos Novos Gestores Um Novo Pacto pela Saúde. Internet em fevereiro de 2006 .
2. Mendes, Eugênio Vilaça. "O SUS que temos e o SUS que queremos". Fórum do EUROLAC. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/dad/CgalP/regionalizacao.htm>. Acesso em 16/02/2006.
3. Secretaria Estadual de Saúde. Regionalização. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/gestor/regionalizacao.shtml>. Acesso em 16/02/2006.
4. Regionalização da Assistência à Saúde. Atualização dos Critérios de Habilitação à Gestão Descentralizada - julho e agosto de 2000 Disponível em http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/tema_mes.cfm?tema_mes=23 Acesso em 16/02/2006.
5. A Regulamentação da Estratégia de Regionalização. Como promover a adesão e contribuição de todos? - fevereiro de 2001. Disponível em http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/tema_mes.cfm?tema_mes=18. Acesso em 16/02/2006
6. Secretaria Estadual de Saúde. Plano diretor de Regionalização. Disponível em http://www.saude.rj.gov.br/gestor/Plano_diretor.shtml. Acesso em 16/02/2006
7. Equipe SAMU METRO II. Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) - Implantação em Área Metropolitana. 2004. (Apresentação de trabalho/Congresso). Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Impresso; Homepage: www.uff.br/facmed; Local: AMF; Cidade: Niterói; Evento: 27 Semana Científica da FM/UFF; Inst. promotora/financiadora: FM/UFF.
8. Equipe Samu Metro II. Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) - Modelo Gerencial e Recursos Humanos Disponíveis no SAMU Metropolitana II. 2004. (Apresentação de trabalho/Congresso). Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Impresso; Homepage: www.uff.br/facmed; Local: AMF; Cidade: Niterói; Evento: 27 semana científica da FM/UFF; Inst. promotora/financiadora: FM/UFF. (<http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/samu/projetos/niteroi/projeto%20samu%20niteroi/projetosamuniteroi192set2002.pdf>)



PROJETO SILICOSE EM JATEAMENTOS E MARMORARIAS

Autor Principal: José Joaquim Vasconcellos

Outros Autores: Ana Aparecida Pereira; Mauro Evaristo Medeiros; Jaqueline da Siva Medeiros; Vânia de Sousa e Equipe CEREST/Joinville

Instituição: CEREST/Joinville

Município: Joinville

Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO

O século XX tem se caracterizado por um processo técnico-científico, que a humanidade não havia presenciado em outras épocas, com uma incrível expansão industrial e tecnológica que permitiu maior conforto e proteção à saúde e também o surgimento de novos tipos de trabalho. Simultaneamente a esse progresso, houve uma multiplicação das fontes poluidoras da natureza e dos ambientes de trabalho, em função da utilização de novas substâncias químicas, tóxicas e irritantes provocando doenças profissionais, sendo o pulmão um dos órgãos mais acometidos. As doenças pulmonares são motivos de preocupação e atuação das áreas de pneumologia e de saúde do trabalhador, o que é justificado pela frequência das doenças respiratórias ocupacionais e pela gravidade de muitas delas, que podem ser letais ou produzir incapacidade permanente para o trabalho.

A Silicose, doença pulmonar do grupo das pneumoconioses, é causada pela inalação e retenção de sílica cristalina com posterior reação pulmonar. Segundo Mendes (1995) é a primeira pneumoconiose no Brasil, embora não existam números exatos sobre a doença. A exposição ocupacional às poeiras com sílica certamente envolve alguns milhões de trabalhadores, nas mais variadas atividades produtivas, entre elas: indústria extrativa mineral: mineração subterrânea e de superfície, beneficiamento de minerais: corte de pedras, britagem, moagem e lapidação, indústria de transformação: marmorarias, corte e polimento de granito, atividades mistas: protéticos, jateadores de areia, etc.. De acordo com NIOSH (1974), o período entre a exposição inicial e o desenvolvimento da silicose nodular detectado radiologicamente é usualmente menos de 10 anos, e a silicose aguda pode se desenvolver entre 6 meses a 2 anos, considerando a exposição maciça de sílica. Alguns fatores são necessários para que se desenvolva a doença, como o tempo de exposição e tamanho das partículas de sílica no ambiente, suscetibilidade individual, entre outros.

OBJETIVOS GERAIS

Ampliar as investigações epidemiológicas dos ambientes de trabalho que potencialmente contenham poeiras minerais (sílica,

asbesto e outros), visando detectar o universo de trabalhadores expostos, amplitude do risco e do perfil epidemiológico destes.

Normatizar com relação às condições de saúde as atividades de marmorarias, moagem de pedras, pedreiras e fundições.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Monitorar as atividades de jateamento e marmorarias através de vistorias aos ambientes de trabalho e avaliação clínica, radiológica e audiológica dos expostos.

Elaborar protocolo de investigação específico dessas atividades;

Monitorar os trabalhadores expostos indiretamente.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para realizar a vigilância à saúde seguiu os passos:

Levantamento e cadastramento das empresas encontradas em cada setor no município utilizando-se de cadastro da Prefeitura Municipal de Joinville, relação dos sindicatos e lista telefônica; Elaboração ficha de investigação e cadastramento das empresas; Realização de vistoria e revistoria, se necessário, nos ambientes de trabalho; Avaliação clínica dos trabalhadores; Diagnóstico e análise da situação epidemiológica encontrada; Proposição de medidas de correção nos ambientes de trabalho visando a melhoria da qualidade de saúde dos trabalhadores; Submeter as empresas irregulares a processo administrativo definido pela Lei; Realização de oficinas com objetivo de discutir padronização das ações; Implementar o sistema de integração com a rede básica e outros serviços; Educação continuada.

RESULTADOS

Nos dez anos de projeto silicose em Joinville os resultados obtidos foram:

I. Em Janeiro de 1997 aprovação da Lei Municipal nº 3414/97, que proíbe, no Município de Joinville, a utilização de



OPERAÇÃO INVERNO GAÚCHO 2005

Autor Principal: José Roberto Barreto Saraiva

Outro Autores: Erico José Faustini; Eleonora Ghelen Walcher; Fulvia Elena Camporese Schuster; Werner Ervino Fetzner; Carlos Armando Ulrich Lima; Maria Natalia Gomes de Mello; Mara Lúcia Meneghetti Peres; Sandra Denise de Moura Sperotto; Marly Lima de Oliveira

Instituição: Secretaria Estadual de Saúde / Departamento de Ações em Saúde / Seção de Saúde da Criança e Adolescente

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Apesar da diminuição do número de óbitos de crianças com menos de 5 anos de idade no Estado do Rio Grande do Sul ter sido significativa de 2004 para 2005, com redução de 355 óbitos e queda da Taxa de Mortalidade de Menores de 5 anos de 17,6 para 15,9, os óbitos relacionados às infecções respiratórias agudas (IRAs) permanecem ainda em um patamar passível de redução. Este grupo de causas representa 4% dos óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade, adquirindo uma importância relativa cada vez maior já que as doenças diarreicas e as preveníveis por vacinas estão sendo controladas por ações específicas de saúde.

Embora a pneumonia represente apenas 8% da demanda por consultas pediátricas relacionadas às doenças respiratórias nos ambulatórios de pediatria, ela é responsável por 85 a 90% dos óbitos por IRA, sendo a terceira causa de morte em menores de 1 ano.

Com a chegada do inverno é esperado que esses números aumentem significativamente, podendo ser minimizados com ações específicas visando um diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos de IRA.

OBJETIVOS

Geral: Diminuir a morbi - mortalidade por infecções respiratórias agudas (IRA).

Específicos: Reduzir o número de internações por IRA em menores de 5 anos.

Reduzir a frequência das complicações das IRAs.

Reduzir a mortalidade por IRA em menores de 5 anos.

METODOLOGIA

Visando o atendimento da população menor de 5 anos com IRA durante o período do inverno foram desenvolvidas as seguintes estratégias:

- Realização de capacitação regionalizada para pelo menos 1 técnico de cada município, responsável pela multiplicação das informações na rede básica municipal.

- Realização de ações de educação em saúde com foco nas doenças de inverno, através dos meios de comunicação, distribuição de folders para a população e cartazes para as Unidades Básicas de Saúde.

- Fornecimento de kits de medicamentos básicos para o atendimento das IRAs na população de zero a cinco anos, conforme orientação da OPAS.

- Aumento de 20% sobre o teto básico – financeiro-ambulatorial de serviços de radiologia, em especial, RX de Tórax, durante os meses do Inverno Gaúcho.

- Destinação do valor de R\$ 5.154.000,00 (Cinco milhões, cento e cinquenta e quatro mil reais) para incentivo à abertura do 3º turno de atendimento (noturno) em unidades básicas de saúde, durante os meses de junho, julho e agosto em número definido segundo critério de porte populacional municipal conforme tabela abaixo:

Porte Populacional	Municípios	Incentivo/mês/UBS	UBS/Municípios
Até 4.999 hab.	226	R\$ 2.000,00	1
5.000 a 19.999 hab.	174	R\$ 2.500,00	1
20.000 a 49.999 hab.	54	R\$ 3.000,00	2
50.000 a 99.999 hab.	25	R\$ 3.000,00	3
Acima de 100.000 hab.	16	R\$ 3.000,00	5
Porto Alegre	1	R\$ 3.000,00	14

RESULTADOS

O quadro abaixo mostra, por macrorregião de saúde, a adesão dos municípios ao Inverno Gaúcho 2005 e a ampliação do atendimento com a abertura do 3º turno nas UBS. A adesão dos municípios foi de 70 % no RS.

Macrorregião	Municípios que Aderiram	UBS com atendimento ampliado
Metropolitana	70	125
Sul	27	42
Norte	91	100
Centro-Oeste	32	54
Vales	44	57
Missões	52	61
Serra	30	37
TOTAL	346	476



PROJETO ECOSISTÊMICO DE CONTROLE DA DENGUE

Autor Principal: José Vândir de Araújo Alencar

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde

Município: Araripe

Estado: Ceará

INTRODUÇÃO

As políticas de controle ao Dengue têm ofendido consideravelmente o meio ambiente e a saúde do trabalhador, desperdiçando assim, recursos financeiros e humanos. ○

Projeto ecossistêmico de controle da dengue do município de Araripe – CE, propõe o controle biológico do *Aedes Aegypti*, sem agredir o ecossistema através da substituição do controle químico pelo biológico baseado na aplicação do BTI, do monitoramento das áreas concentradoras de infestação acentuada em mapas, da instalação de armadilhas para ovoposição dos mosquitos, envolvendo a população no combate ao vetor, bem como, no processo de reciclagem das garrafas peti e dos restos de folhas de duratex para confecção das armadilhas.

JUSTIFICATIVA

O histórico de infestação do *Aedes Aegypti* em Araripe e em todo o Brasil com inúmeros casos de Dengue, nos levaram a questionar e conseqüentemente comprovar cientificamente que as políticas de controle deste vetor são insatisfatórias e agredem a saúde pública.

O projeto ecossistêmico de controle da Dengue apresenta a solução viável e saudável tanto no contexto local quanto regional a partir do controle biológico.

É impossível evitar a ovoposição do mosquito; então, lhe oferecemos uma espécie de maternidade de luxo (ovitrampas) onde coletamos e destruimos seus ovos.

Não podemos mais negligenciar, vivendo a eminência de uma epidemia de Dengue hemorrágica, precisamos agir e solucionar com o controle ecossistêmico a nível Local, Regional, Estadual e Nacional.

OBJETIVOS

· Construir um processo de Educação permanente em Saúde Pública preventiva e ambiental, de forma dinâmica e participativa, buscando a integração das ações intersetoriais;

· Controlar a dengue com sustentabilidade ambiental através do controle biológico eficiente e eficaz;

· Ampliar e estimular a ação comunitária, estabelecendo parcerias intersetoriais e intermunicipais

METODOLOGIA

Durante a estruturação metodológica deste trabalho, buscamos junto à equipe de Controle de Endemias de Araripe/CE, informações sobre os índices de infestação predial com os quais constituímos mapas que possibilitaram a visualização e a definição estatística da situação real das infestações, uma espécie de rastreamento do mosquito.

Buscamos o apoio técnico do instituto Aggeu Magalhães, constituímos parceria com a Prefeitura Municipal de Recife-PE que nos forneceu o modelo de armadilha e o BTI. Juntamos as experiências vivenciadas como base para o projeto.

Com o diagnóstico da realidade, optamos por implantar em fase experimental armadilhas para ovoposição de mosquitos (ovitrampas), interferindo assim de forma simples no seu ciclo reprodutivo baixando os índices de infestação de forma considerável.

PRODUTO

Foram confeccionadas e instaladas 130 armadilhas, após 08 coletas sucessivas do total de armadilhas, foram eliminados aproximadamente 71.841.600 (Setenta e Um Milhões, Oitocentos e Quarenta e Um Mil e Seiscentos) mosquitos, gerando uma redução no índice de infestação predial no município de 12.14% (jun 2005) para 0.78%, (fev 2006) dando margem para que propuséssemos a dispensa do uso de tratamento químico por Temephós, representando ainda por conseguinte, a diminuição dos recursos humanos mobilizados para o acompanhamento domiciliar sem no entanto, diminuir a qualidade do monitoramento, coleta de ovos e confecção artesanal de ovitrampas, palhetas de reposição e trabalhos estatísticos.

APRENDIZADO

As políticas de combate a dengue precisam avaliar melhor a realidade distinta de cada município. A falta dos recursos financeiros por parte do estado e da federação, levou o município a utilizar recursos próprios, para favorecer a experimentação e implantação



do novo sistema e o teste de seus resultados, servindo como elemento motivador da equipe e sinalizando-nos a confiança necessária para renovarmos esforços no sentido de efetuar um modelo de controle ecossistêmico da Dengue em nosso município.

○ comprometimento com o trabalho é fator determinante para os resultados satisfatórios.

○ mosquito não é invencível homem é quem negligencia o combate ao mesmo

○ controle da dengue em Araripe depende hoje da intermunicipalização do projeto ecossistêmico do controle da dengue já que os municípios vizinhos com altas infestações nos deixam com alto percentual de risco apesar dos baixos índices.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inadmissível que o homem com toda sua inteligência e recursos ao seu dispor se mostre ineficiente em controlar um ser que por natureza deve ser inferior, mas que por negligencia nossa ameaça a vida do ser humano. Quantos precisarão morrerem? Para que possamos encarar o problema como a situação exige é preciso vivenciar inovações em saúde pública como verdadeiros vigilantes ambiental., analisado, discutindo, avaliando e planejando ações passadas, presentes e futuras com a certeza de que a diferença não esta no que fazemos mas como fazemos e mostrar na pratica o quanto somos superiores.



CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Autor principal: Josemar Siquara Marinho
Outros Autores: José Humberto Junior
Instituição: Prefeitura Municipal de Eunápolis
Município: Eunápolis
Estado: Bahia

INTRODUÇÃO

Dentro do eixo de organização da atenção e da rede de serviços, a Centro de Especialidades Odontológicas vem organizar e facilitar o acesso do usuário do SUS a serviços e procedimentos odontológicos especializados, facilitando a continuidade do tratamento odontológico ao usuário do SUS. Esta iniciativa do governo federal, traz para a gestão municipal, a equidade e a integralidade da oferta de serviços públicos em saúde bucal.

OBJETIVOS/PROPÓSITOS

Implantação de Centro de Especialidades Odontológicas em estrutura física de obra inacabada há 10 anos, demonstrando o aproveitamento e recuperação do desperdício de recursos públicos.

Isto foi ponto de pauta na agenda propositiva do CMS, a recuperação e aproveitamento daquele espaço ocioso.

O CEO consta de 05 consultórios odontológicos, tendo 01 centro cirúrgico, 01 recepção com 40 lugares, espaço estruturado para educação em saúde (data show), oferecendo a população os serviços de : prótese, endodontia, cirurgia, periodontia, ortodontia preventiva, diagnóstico oral, radiologia ambulatorial e atendimento especial.

Serve como referência para as USFs com marcação de consultas via internet.

METODOLOGIA

Localizado em zona central da cidade , este Centro possui especialidades que atendem e dão retaguarda as unidades de saúde da família, marcando-se os procedimentos e consultas através do sistema municipal de marcação de consultas e exames especializados.

RESULTADOS

Uma rede de serviços organizada, com um controle de demanda, aumento da oferta de procedimentos, frequência de usuários, facilitando o trabalho de controle e avaliação , bem como

o acompanhamento da utilização de recursos na compra e efetuação de pagamento de serviços de saúde, aos prestadores privados conveniados e públicos.

Atende ainda a demanda dos municípios pactuados, através da PPI, organizando o fluxo de pacientes e ofertando os serviços pactuados no município.

Atendimento humanizado e acolhimento aos usuários do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta forma de gerenciar e ofertar procedimentos especializados, através de sistema de marcação de consultas e procedimentos, traz a garantia de retaguarda a atenção básica municipal, quando organiza o fluxo de referência e facilita ao paciente o acesso ao serviço de forma equânime e integral, primando sempre pela humanização dos serviços, em ambiente acolhedor.



POLICLÍNICA - BUSCA DE QUALIDADE NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO SUS

Autor principal: Josemar Siquara Marinho
Outros Autores: José Humberto Junior
Instituição: Prefeitura Municipal de Eunápolis
Município: Eunápolis
Estado: Bahia

INTRODUÇÃO

Dentro do eixo de organização da atenção e da rede de serviços, a Policlínica – clínica de consultas especializadas, vem organizar e facilitar o acesso do usuário do SUS a rede de serviços e promover uma interlocução entre as unidades básicas de saúde. Esta iniciativa traz exatamente uma experiência inovadora na gestão municipal, buscando a ampliação de especialidades, equidade e hierarquização da oferta de serviços públicos em saúde.

OBJETIVOS/PROPÓSITOS

As fotografias mostram a mudança de infra-estrutura e reestruturação da Média Complexidade, a qualificação no atendimento especializado do SUS, ambiente humanizado promovendo acolhimento ao usuário e condições favoráveis ao trabalhador do SUS.

Serve como referência para atenção básica municipal e municípios pactuados, tendo consultas marcadas na USF, via web.

METODOLOGIA

Os exames e procedimentos que são marcados na central de marcação são encaminhados para atendimento na policlínica que oferta os serviços: neurologia, oftalmologia, dermatologia, cardiologia, otorrino, urologia, pneumologia, ginecologia, ortopedia, psiquiatria e psicologia, angiologia, proctologia, reumatologia, buco-maxilo, gastroenterologia, e ainda eletrocardiograma, ecocardiograma, ultrassonografia, eletroencefalografia, endoscopia, radiologia e mamografia.

RESULTADOS

Uma rede de serviços organizada, com uma ampla oferta de serviços especializados ao usuário do SUS, efetivamente promovendo a integralidade da atenção à saúde.

Atende ainda a demanda dos municípios pactuados, através da PPI, organizando o fluxo de pacientes e ofertando os serviços pactuados no município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ofertar procedimentos de média e alta complexidade, através de sistema de marcação de consultas e procedimentos, traz a garantia de retaguarda a atenção básica municipal, quando organiza o fluxo de referência e facilita ao paciente o acesso ao serviço de forma equânime e integral.



RODA DA SAÚDE: SERVIÇO, COMUNIDADE E UNIVERSIDADE PARA CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Autor Principal: Josenaide Engracia dos Santos

Instituição: Universidade do Estado da Bahia

Município: Salvador

Estado: Bahia

A Roda da Saúde aconteceu no Distrito Sanitário Cabula-Beiru, em Salvador, e propôs-se à construção de um espaço coletivo de escuta, discussão e pactuação, objetivando estimular os sujeitos a novos sentidos e significados, para um agir concreto, tanto da comunidade como dos profissionais de saúde, a fim de contribuir com o controle social para melhoria do sistema local de saúde.

Vale ressaltar que o nome Roda da Saúde foi pensado por ser a roda o mais universal dentre os símbolos de todos os povos, e seu significado remete a um espaço de articulação de saberes entre os vários atores: a comunidade, o serviço e a Universidade.

O objetivo da Roda da Saúde foi uma proposta de capacitação de 60 profissionais de saúde das unidades da rede básica, que trabalham no Distrito, e 60 lideranças comunitárias ali residentes, juntamente com discentes e docentes da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). O Projeto foi executado com o apoio financeiro do Ministério da Saúde por meio de celebração de convênios com a UNEB.

A Roda da Saúde aconteceu no Distrito Sanitário do Cabula-Beiru localizado na cidade de Salvador-BA. O Distrito possui uma extensão territorial de 25.340km² e uma população estimada em 359.071 habitantes. O primeiro passo da Roda foi o convite às várias instituições de ensino, serviços de saúde e comunidade daquele local.

O passo seguinte para construir a ação foi reunir semanalmente a comissão responsável pela elaboração da Roda da Saúde. A comissão foi constituída por discentes e docentes da UNEB, lideranças comunitárias (associações e ONGs) e representantes do serviço de saúde. As oficinas foram realizadas no Centro Comunitário Social Urbano de Pernambués. A roda foi estruturada em 16 temas elencados pela comissão, da seguinte forma: oficina de comunicação; humanização; criança; adolescente; saúde da mulher; idoso; saúde mental; hipertensos e diabéticos; oficina de análise da situação de saúde da população do Distrito; oficina para identificação dos problemas do serviço e seus determinantes; mobilização social; legislação da saúde; políticas de saúde; controle social; oficina para projetos de conselho locais de saúde; e oficina para programação das atividades de campo.

Seis turmas foram formadas, sendo três de lideranças comunitárias e três de profissionais. Cada oficina teve a duração de oito horas, totalizando 384 horas, com a participação de todos os integrantes das turmas.

As oficinas foram utilizadas para explorar a riqueza da expressão grupal, despertar o sentimento de solidariedade, de confiança mútua, o descobrimento de si e do outro e prioridades no que diz respeito à urgência do sujeito com relação à cidadania no universo comunitário e da assistência. Nesse sentido, acreditamos que os participantes puderam compreender a realidade, buscando alternativas para recriá-la e transformá-la.

Segundo Vasconcelos (2001), a educação popular busca trabalhar o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado, de modo que promova a análise crítica da realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. Esse tipo de metodologia promove ação coletiva e potencializa o espírito crítico e participativo, possibilitando condições para interação entre a comunidade, o serviço e a universidade.

Ao relatar experiências da Roda da Saúde, deparamo-nos com uma lógica que procura valorizar a desconstrução de um modelo tradicional verticalizado, optando pela horizontalidade das relações, cujo caráter participativo procura garantir uma teia, um tecido de valorização dos laços que nos unem e nos separam, e segundo Neto (1966), “um galo sozinho não tece uma manhã, ele precisará de outros galos”.

Durante o projeto, as lideranças e profissionais da atenção básica entraram em contato com o seu potencial criador, através do colorido das pinturas, dos desenhos, das brincadeiras e das dramatizações. Este contato com suas potencialidades revelou o crescimento da auto-estima e dos projetos de vida, que se expressaram nas suas falas, na relação mais respeitosa entre si e no cuidado com o grupo. Através desse trabalho, os participantes despertaram para os seus direitos, discutiram os principais programas de saúde, a legislação, e trouxe também suas dificuldades: Como fazer com que o teórico se concretize?

Ação buscou instituir uma nova concepção prática de educação em saúde, como espaço que contribua na construção da cidadania das lideranças e dos profissionais da atenção básica para uma reinvenção do mundo. Concretamente, tivemos a conquista da capacitação de 60 profissionais de saúde da atenção básica e de 60 lideranças comunitárias. E como resultado efetivo, a implementação de um conselho local oficializado, e outros três a caminho.



Ao percorrer esta experiência, percebemos que o processo possibilitou refletir a respeito das implicações, dificuldades e potencialidades relativas a um fazer em saúde coletiva, ocorrida no espaço coletivo e que a consolidação do Sistema Único de Saúde é um processo que, longe de estar concluído, requer investimentos por parte de todos: serviço, órgãos formadores e comunidade, para que a saúde possa ser reinventada, porquanto assegura Cecília Meireles: “a vida só é possível se reinventada, mas a vida só é possível se reinventada”.

REFERÊNCIA

1. NETO, C. M. J. A educação pela pedra. Rio de Janeiro: Editora do Autor, 1966.

2. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES À PARTIR DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE

Autor Principal: Júlia Emília Vaz Sette Câmara

Outros Autores: Edilene Araújo Monteiro

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde / João Pessoa - PB

Município: João Pessoa

Estado: Paraíba

O município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba possui uma população de 660.797 habitantes (IBGE, 2005). A Secretaria Municipal de Saúde se encontra no modelo de Gestão Plena de Sistema, subdividida em cinco Distritos Sanitários - DS, sendo assistida por cento e oitenta Equipes de Saúde da Família – ESF perfazendo um total de 76 % da sua área.

A Vigilância em Saúde esta composta pelas Gerências de Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Sanitária, e o Centro de Controle de Zoonoses, e cada um destes possui um grupo de áreas.

No ano de 2005, nos deparamos com um serviço de saúde organizado de forma centralizada e com limitada articulação das ações intra e interinstitucional, permitindo a fragmentação das ações de saúde e não conseguindo dar respostas à complexidade dos problemas ocorridos no âmbito local resultantes de determinantes sociais, políticos, ambientais, culturais, entre outros.

A partir das análises realizadas pela Vigilância Epidemiológica, os bancos de dados dos Sistemas de Informação em Saúde - SIS demonstraram dados inconsistentes ou incompletos, especificamente em relação ao Sistema de Informação de Notificação de Agravos – SINAN onde aproximadamente 50% das Unidades de Saúde estavam silenciosas. A falta de cadastro das tabelas de áreas geográficas dentro dos SIS (SINAN, SIM e SINASC), impossibilitava a desagregação dos dados.

Tendo como propósitos de Gestão conhecer o perfil epidemiológico por DS e seus respectivos bairros, descentralizar as

ações de vigilância em saúde, o que possibilita identificar as prioridades a partir do território, promover a integralidade, a intersetorialidade das ações, para intervir de forma mais efetiva sobre os determinantes do processo saúde-doença.

Nessa perspectiva, realizaram-se discussões sistemáticas com

os diversos setores da vigilância em saúde para refletir e planejar as ações de forma integrada com a atenção básica, saúde do trabalhador, rede hospitalar e outros. Uma das estratégias utilizadas foi socializar a Programação Pactuada Integrada em Vigilância à Saúde com ESF por DS, destacando a importância da Notificação / Investigação, fluxos de referências, contra-referência e a necessidade da alimentação dos Sistemas de acordo com a periodicidade estabelecida. Outras ações realizadas foram: discussões com supervisores e agentes de endemias por DS sobre a importância do trabalho integrado com a atenção básica; implantação de Núcleos Hospitalares de Vigilância Epidemiológica – NHVE na rede municipal.


Na prevenção e controle

da dengue, doenças diarreicas, meningites e outros, constituíram-se uma equipe de vigilância epidemiológica e ambiental que desenvolvem ações in loco, e conjuntamente com a zoonoses nas ações preventivas da leptospirose. As inspeções em salas de vacinas das unidades de saúde são realizadas pelas vigilâncias sanitária e epidemiológica. Foram iniciadas as discussões para a formação de uma Comissão Central de Biosegurança com participação efetiva das vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental,

Definição de prioridades a partir das informações em saúde

Júlia Emília Vaz Sette CÂMARA, Edilene Araújo MONTEIRO

I - Caracterização do Município



Modelo de gestão - plena de sistema
População (2005, Ibope) - 660.797 habitantes
Número de equipes de saúde da família - 180
Porcentagem de cobertura - 76,0 %

II - Situação encontrada em 2005

- a - Serviço de Saúde organizado de forma centralizada;
- b - Limitada articulação das ações intra e interinstitucional;
- c - Fragmentação das ações de saúde;
- d - Dados inconsistentes;
- e - Alto percentual de Unidades de Saúde silenciosas (50,0 %);

III - Propósitos da Gestão

- a - Conhecer o perfil epidemiológico por Distrito Sanitário e respectivos bairros;
- b - Identificar prioridades à partir do território;
- c - Descentralizar as ações de Vigilância à Saúde;
- d - Promover Integralidade e Intersetorialidade das ações sobre o processo saúde / doença;

IV - Metodologia


- a - Socialização da Programação Pactuada e Integrada de Vigilância à Saúde / PEI - VS com os Distritos Sanitários e Unidades de Saúde da Família destacando a importância da notificação / investigação / fluxos de referências / contra-referência e necessidade da alimentação dos Sistemas de Informação de acordo com a periodicidade estabelecida;
- b - Reuniões sistematizadas com os diversos setores da vigilância em Saúde para refletir e planejar ações de forma integrada com a Atenção Básica, Saúde do Trabalhador e rede hospitalar;
- c - Implantação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia - NHVE na rede municipal;
- d - Articulação das Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Centro de Controle de Zoonoses na realização das ações de prevenção e controle da Dengue, Leptospirose, Doenças Diarreicas Agudas, Meningites, Investigação de Surtos e Inspeção de Salas de Vacinas;
- e - Institucionalização da notificação compulsória da Mortalidade Materna, dos Acidentes e das Violências no município;

V - Resultados Alcançados

- a - Formação de Equipes Matrizes articuladas de apoio em articulação com as Equipes Técnicas dos setores dos Distritos Sanitários buscando acompanhar, apoiar, qualificar técnica e operacional o trabalho na Atenção Básica a partir dos indicadores apresentados e pactuados nos Orçãos de Planejamento Estratégicos;
- b - Definição dos marcos de gestão do atual governo;
- c - Reconhecimento no modo de cuidar do usuário / cidadão garantindo a atenção integral, humanizada e de qualidade no âmbito do Sistema Único de Saúde;

VI - Considerações Finais

Resultamos a relevância da disseminação das informações para desenvolver a prática da análise da situação de saúde e construção de novos eixos sobre os problemas de saúde da população.





zoonoses, saúde do trabalhador, NHVE e Comissões de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH.

Para conhecer o perfil epidemiológico por DS e seus respectivos bairros, os dados foram desagregados manualmente considerando variáveis de peso epidemiológico como mortalidade, nascimentos e ocorrência de agravos de notificação compulsória, o que possibilitou uma análise aprimorada da situação de saúde local subsidiando a tomada de decisão.

Os documentos produzidos pelo Perfil Epidemiológico por DS e seus respectivos Bairros e o Diagnóstico das Internações Hospitalares no Município, motivaram a realização de duas Oficinas de Planejamento Estratégico com a participação de todos os cargos comissionados da Secretaria Municipal de Saúde, tendo como produto a definição das marcas de gestão do atual governo: Reduzir a morbimortalidade infantil e materna, Ampliar os cuidados a saúde do idoso, reduzir as complicações por hipertensão e diabetes, reduzir o número de internações psiquiátricas e organizar os Conselhos Locais de Saúde.

As Oficinas de Planejamento Estratégico apontaram à necessidade de constituir imediatamente equipes matriciais de apoio composta por profissionais do nível central em articulação com as equipes técnicas da sede dos Distritos Sanitários, com o objetivo de acompanhar, apoiar, qualificar técnico-operacional o trabalho na atenção básica, especializada e hospitalar; a partir dos indicadores apresentados / pactuados.

Considera-se de grande relevância a disseminação das informações para desenvolver a prática da análise da situação de saúde e construção de novos olhares e intervenções sobre os problemas de saúde da população.

Para atender efetivamente as necessidades de saúde da população torna-se imprescindível à reorientação no modo de cuidar e se responsabilizar com os usuários-cidadãos do município. Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde tem envidado esforços objetivando garantir uma atenção integral, humanizada e de qualidade aos usuários do Sistema Único de Saúde.



OUVIDORIA PÚBLICA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE: SOS SAÚDE

Autor Principal: Juliana Colen de Paula

Outro Autores: Viviane Silva Diniz

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Município: Belo Horizonte

Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA, INDICANDO A SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO LOCAL

Com a evolução dos direitos sociais, a idéia da participação individual passou a ter importância na defesa dos direitos difusos e coletivos. O resultado da ação do cidadão participante sobre os serviços públicos, confere à Democracia caráter mais participativo, com isso as Ouvidorias, os Conselhos Populares e o Orçamento Participativo figuram com destaque entre os órgãos constituintes na nova esfera pública da cidadania que preservam e valorizam a formação da consciência cidadã voltada para o universal.

O estreitamento dos canais de comunicação entre comunidade e órgãos públicos através do atendimento personalizado garante uma efetiva participação popular e faz da Ouvidoria um instrumento de transparência, lisura, impessoalidade e eficácia do exercício da função pública.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

À Ouvidoria compete: escutar, informar, demandar serviços e promover a comunicação do usuário com a Instituição de Saúde e seus segmentos através do encaminhamento de dúvidas, sugestões, críticas e elogios às diversas áreas. Tem como objetivo possibilitar o diagnóstico preciso para agilizar as mudanças necessárias ou manter determinadas condutas visando garantir e ampliar a qualidade do atendimento de saúde.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

A Ouvidoria de saúde foi criada pela Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) em 1998 e, desde então, já registrou mais de 232 mil atendimentos aos cidadãos. A abertura deste canal formal de comunicação iniciou-se com o SOS Dengue criado por causa da epidemia da dengue em BH. Com a diminuição do número de casos da doença, o perfil da demanda que chegava ao SOS Dengue foi se diversificando, a população começou a buscar o serviço para informações de saúde em geral, solicitações de serviços e reclamações.

Assim, em setembro de 1998 o SOS Dengue deu origem ao SOS Saúde, ampliando a gama de serviços e informações ofertadas. Denominação, esta, que permanece até hoje.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E OS RESULTADOS ALCANÇADOS

Relação dos atendimentos realizados pela Ouvidoria de Saúde de BH de 1999 a 2006:

Tipo de ligação	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	Total	%Geral
Informação	17395	13197	26183	24817	4861	12491	7308	1588	107.840	46,45
Reclamação	429	899	847	762	263	2168	3620	1308	10.296	4,43
Solicit. Serviço	20822	12810	8342	22369	2283	11906	13976	4357	96.865	41,72
Outros	9527	311	300	2797	425	1699	1487	572	17.118	7,37
Elogio**	0	0	0	0	0	0	16	5	21	0,01
Total	48170	27217	35672	50745	7836	28264	26407	7830	232.141	100,00

Demonstrativo dos resultados alcançados pela Ouvidoria de Saúde de BH de 1999 a 2006 em percentual:

Tipo de solução	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Média %
Solucionado	86,20	89,30	94,10	87,90	93,90	91,90	91,50	84,80	89,95
Não foi possível solucionar	4,00	3,70	1,40	6,80	4,40	2,90	0,90	0,00	3,01
Solucionado parcialmente	9,80	7,00	4,50	5,30	1,70	5,20	7,60	15,20	7,04
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

A Ouvidoria de Saúde ampliou a participação direta do cidadão, usuário do serviço público, que passou a ter espaço para criticar os serviços, sugerir ações mais eficientes, indicar melhorias, enfim, direcionar as ações de políticas públicas de saúde do município. Porém, ficaram explícitos os limites da articulação setorial e as dificuldades de resolver, em um só setor, problemas que são multifacetados e plurideterminados.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos anos a execução das políticas públicas aconteceu de forma fragmentada, onde cada área se responsabilizava pela sua especialidade isolada no contexto social. Com a Ouvidoria, a cidade ganhou um espaço para criticar, sugerir, informar e, acima de tudo, contribuir para o avanço das políticas públicas de saúde em Belo Horizonte. Os gestores passaram a conhecer melhor um universo repleto de problemas e seus condicionantes. A realidade é complexa e não está fragmentada em suas demandas. É necessário resolver os problemas da população e não apenas tratar suas conseqüências. Embora os diagnósticos da situação apontem várias vezes para soluções articuladas, o setor que identifica os problemas nem sempre consegue induzir outras áreas do governo a agir conjuntamente. Cada qual mantém a sua lógica e as suas prioridades, apesar de atuarem no mesmo território e para a mesma população. Explicitando, ainda mais, a contradição existente entre a integralidade pretendida e a fragmentação imposta pela própria lógica das administrações municipais, centralizadas e setorializadas.



EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DE CONSELHO LOCAL DE SAÚDE EM MARAU - RS

Autor Principal: Júlio Augusto de Souza Mota

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde

Município: Marau

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

No processo contínuo de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio do controle social se apresenta como necessidade que depende da dinâmica particular de cada localidade. Este trabalho pretende relatar uma experiência ocorrida no município de Marau – RS, quando da implantação do Conselho Local de Saúde (CLS) em uma unidade do Programa de Saúde da Família (PSF).

OBJETIVOS

Contribuir para o desenvolvimento do controle social no âmbito do SUS através da divulgação de experiência de implantação do CLS em uma unidade de saúde.

METODOLOGIA

Relato de experiência e utilização de depoimentos.

RESULTADOS

O PSF Santa Lúcia foi criado em fevereiro de 2003, e seu território de atuação abrange 4 bairros na cidade de Marau – RS, inicialmente com uma população de aproximadamente 3000 pessoas. O município apresenta historicamente um crescimento demográfico bem acima da média de sua região, causado por um desenvolvimento econômico baseado na agricultura, indústria (alimentos, couros e metal-mecânica) e serviços. Dentro deste quadro, a unidade se localizava na região de maior expansão populacional da cidade, o que provocou rapidamente um aumento na demanda nos diversos serviços prestados. Diante dos desafios apresentados, foi definida a melhoria no controle social como principal estratégia para resolução dos problemas então existentes. Em janeiro de 2004, iniciou-se um processo de sensibilização das diversas lideranças dos bairros assistidos, e também da população em geral através de reuniões nas comunidades, e foi constituída uma comissão para organização do CLS e elaboração do regimento interno. Em março de 2004, foi escolhida a composição do CLS (4 representantes dos usuários e 4 representantes da

equipe) e aprovado seu regimento. Inicialmente, foram realizadas reuniões de capacitação dos conselheiros eleitos, com ênfase na história do SUS e seus princípios de funcionamento. Nos dois primeiros anos de funcionamento do CLS, o principal problema a ser resolvidos foi a necessidade de rever o processo local de territorialização pelo aumento excessivo da população e também pela construção de um loteamento de casas populares que elevaria rapidamente o público na área de abrangência para mais de 5000 pessoas. Com a força delegada pela população e apoio técnico dos trabalhadores, iniciou-se negociação com o gestor para revisão do território de atuação. Desta maneira, decidiu-se pela divisão da população adstrita e construção de uma nova unidade de saúde (PSF São José Operário), que iniciou suas atividades em fevereiro de 2006.

Nestes dois anos de existência do CLS, além das conquistas para a população e para os trabalhadores no setor saúde, observa-se uma grande evolução por parte dos usuários no entendimento dos mecanismos de funcionamento do SUS e também uma mudança no comportamento dos mesmos em relação ao sistema, deixando de ser apenas espectadores, transformando-se em protagonistas, com aumento na responsabilidade em relação aos rumos do serviço de saúde.

Foram coletados alguns depoimentos dos conselheiros que ilustram os resultados destes dois anos de funcionamento:

“... geralmente se você dá a mão, as pessoas querem o braço, se você dá o braço, as pessoas querem o corpo inteiro. Com o conselho local, a comunidade se responsabilizou também pelos rumos da saúde, e assim se desenvolveu uma compreensão maior entre a comunidade e os profissionais e vice-versa...” (conselheiro Danilo, 64 anos)

“Apesar de todas as dificuldades nestes dois anos como conselheiro, fiquei doente, perdi um filho, a gente viu muita coisa neste bairro. A maneira como as pessoas se comportam, a maneira delas agirem, os vários grupos, um age de certa maneira, o outro age de outra, e muitas pessoas no bairro não acreditavam no nosso posto, outras acreditavam, e eu falei para eles, que se nós não tivéssemos união nós não teríamos força. A criação da unidade mostrou que quem acreditou na união estava certo”.(conselheiro Primo, 63 anos)



“No geral, nós levávamos e trazíamos problemas, mas no final conseguimos nosso objetivo que foi facilitar que as pessoas fossem atendidas, conseguindo o novo posto”.(conselheira Leila, 29 anos)

“Eu acho que tudo é feito em grupo é bom. As conquistas do conselho mostraram que quando as pessoas se juntam para melhorar as coisas, isso se torna realmente possível”.(conselheiro Irineu, 41 anos)

CONCLUSÃO

O aprofundamento do controle social, através da constituição dos CLS, possibilita um melhor planejamento das ações de saúde através da detecção das demandas da comunidade, e permite que a mesma se associe aos gestores e aos técnicos no aprimoramento do SUS.



O PLANEJAMENTO LOCAL DE SAÚDE COMO AÇÃO ESTRUTURANTE NUMA NOVA GESTÃO DE SAÚDE – A EXPERIÊNCIA DE ITAJAÍ - SC

Autor Principal: Júlio Cesar Marchi

Instituição: SMS Itajaí - SC

Município: Florianópolis

Estado: Santa Catarina

O planejamento é um instrumento fundamental para a gestão dos serviços de saúde permitindo o diagnóstico da realidade, o envolvimento de diferentes atores que interagem no cotidiano do Sistema Único de Saúde e a formulação de propostas compatíveis com as necessidades locais. O presente trabalho se propõe a relatar a experiência de planejamento local, pioneira no município de Itajaí (SC) em 2005.

Foram executadas duas oficinas na área de abrangência de Unidades de Saúde: uma de territorialização e outra de planejamento propriamente dito. A exposição das diretrizes gerais do planejamento da Secretaria e da Prefeitura Municipal, o resgate dos dados secundários sócio-demográficos e epidemiológicos e o reconhecimento do território foram os objetivos da primeira oficina. A área de abrangência e a população adstrita às equipes de Saúde da Família foram redefinidas. Na segunda oficina discutiu-se o processo de trabalho das equipes, sua relação com a comunidade, levantamento de problemas à luz do diagnóstico agrupados por eixos, elaboração de árvores explicativas dos problemas e identificação dos nós críticos. Uma programação prevendo ações, metas e responsáveis para o enfrentamento das prioridades foi concluída. Avaliações periódicas foram agendadas e indicado um tutor para acompanhar o processo em cada Unidade de Saúde. Um estudo piloto foi realizado inicialmente para aprimoramento da metodologia e capacitação de técnicos do nível central que atuariam como monitores do processo.

Participaram do processo até momento nove Unidades de Saúde, tendo como critério de escolha aquelas com equipes de Saúde da Família atuantes. Está prevista a realização deste trabalho em todas as Unidades de Saúde da Família, estimulando-se a participação de representantes da comunidade e a organização dos Conselhos Locais de Saúde, inexistentes no início do processo e que até maio de 2006 totalizavam sete. Desenvolveu-se uma nova forma de identificação e abordagem dos problemas pelas equipes, superando a pressão da demanda contínua de ações curativas que muitas vezes se repetem sem que as causas reais sejam atacadas. Observa-se que várias das equipes têm alcançado resultados satisfatórios a partir das ações propostas, com maiores dificuldades onde se priorizaram problemas e nós de caráter muito abrangente que demandam ações estruturantes socioeconômicas. No final do ano foi realizado Seminário para



avaliação do processo e sugestões para as próximas oficinas, sistematizando as ações buscando-se a articulação intersetorial com as demais áreas da administração. Os resultados do planejamento local estão intimamente associados à participação dos sujeitos das equipes de saúde e seu envolvimento com a melhoria da atenção primária a partir da mudança das práticas dos profissionais, agora mais dirigidas para a satisfação da população abrangida. Em abril de 2006 o planejamento local passa a ser integrado com oficinas de Acolhimento e Humanização em saúde na perspectiva de um Modelo em Defesa da Vida.



IMPLANTAÇÃO DOS PADRÕES DE ATENDIMENTO NAS UNIDADES DA HEMOMINAS

Autor Principal: Júnia Guimarães Mourão Cioffi

Outros Autores: Anna Bárbara de Freitas Carneiro Proietti; Ana Maria Valle Rabello; Alexandre Luiz Prado; Cláudio Medeiros Santos

Instituição: Fundação Hemominas

Município: Belo Horizonte

Estado: Minas Gerais

O maior desafio que as organizações públicas têm enfrentado na última década é transformar um modelo de gestão pública burocrática, com resquícios patrimonialistas, controles estabelecidos *a priori*, hierarquia funcional, formalismo e impessoalidade, em um modelo gerencial que contemple o cidadão como cliente do serviço, que deve ter suas necessidades atendidas, que adote formas flexíveis de gestão com estruturas mais horizontais, descentralização de funções e incentivos à criatividade.

A Fundação Hemominas é uma organização pública responsável pela condução da Política do Sangue no estado de Minas Gerais, atendendo atualmente 89% da demanda transfusional do estado, com 22 unidades distribuídas em todo o estado. Ciente da importância de uma gestão com foco no cliente cidadão e nos resultados, tem sempre buscado ferramentas que possam melhorar seu desempenho e que permitam essa transformação. O objetivo desse trabalho é descrever uma ferramenta que a Hemominas utiliza para se aproximar de seus clientes.

Em junho de 2000 o Governo Federal publicou o decreto 3507, estabelecendo a obrigatoriedade das organizações públicas federais, que prestam serviços diretamente a cidadãos, definirem e divulgarem seus padrões de qualidade do atendimento ao cidadão (PQAC). Estes padrões têm os objetivos de facilitar e ampliar o acesso da população aos serviços públicos, estimular a participação dos

cidadãos no monitoramento do setor público e, em última instância, promoverem a melhoria da qualidade no atendimento. Os padrões devem especificar, em relação aos serviços oferecidos:

- a qualidade dos serviços, em termos da agilidade no atendimento e da demora para o cumprimento dos serviços;
- o modo como os cidadãos serão atendidos e em que condições;
- os meios que a organização se compromete a disponibilizar para que os cidadãos mantenham-se informados sobre as atividades da organização e possam ser por ela ouvidos.

Os PQAC devem ainda ser observados em todo e qualquer serviço, ser mensuráveis, de fácil compreensão, divulgados ao público, avaliados e revistos periodicamente. São uma descrição sucinta, objetiva e de fácil entendimento das características do atendimento que o cidadão deverá receber da organização. Em outras palavras, é uma carta de obrigações da organização ou uma carta de direitos do cidadão e podem, portanto, serem utilizados como ferramenta para direcionar aos servidores o que se espera deles para que o cliente se sinta valorizado e bem atendido.

A Hemominas, seguindo as diretrizes desse decreto, definiu como serviços prestados ao público os seguintes serviços: doação de sangue; atendimento aos portadores de hemoglobinopatias e coagulopatias hereditárias e outras doenças

IMPLANTAÇÃO DOS PADRÕES DE ATENDIMENTO NAS UNIDADES DA HEMOMINAS

Autores: Cioffi, J.G.M.; Proietti, A.B.F.C.; Rabello, A.M.V.; Prado, A.L.; Santos, C.W.

A Fundação Hemominas é uma organização pública responsável pela condução da Política do Sangue no estado de Minas Gerais, atendendo atualmente 89% da demanda transfusional do estado, com 22 unidades distribuídas em todo o estado. O objetivo desse trabalho é descrever uma ferramenta que a Hemominas utiliza para se aproximar de seus clientes.

Em junho de 2000 o Governo Federal publicou o decreto 3507, estabelecendo a obrigatoriedade das organizações públicas federais, que prestam serviços diretamente a cidadãos, definirem e divulgarem seus padrões de qualidade do atendimento ao cidadão (PQAC). Estes padrões têm os objetivos de facilitar e ampliar o acesso da população aos serviços públicos, estimular a participação dos cidadãos no monitoramento do setor público e, em última instância, promoverem a melhoria da qualidade no atendimento.

Os PQAC devem especificar, em relação aos serviços oferecidos:

- a qualidade dos serviços, em termos da agilidade no atendimento e da demora para o cumprimento dos serviços;
- o modo como os cidadãos serão atendidos e em que condições;
- os meios que a organização se compromete a disponibilizar para que os cidadãos mantenham-se informados sobre as atividades da organização e possam ser por ela ouvidos.

Os PQAC devem ainda ser observados em todo e qualquer serviço, ser mensuráveis, de fácil compreensão, divulgados ao público, avaliados e revistos periodicamente. São uma descrição sucinta, objetiva e de fácil entendimento das características do atendimento que o cidadão deverá receber da organização. Em outras palavras, é uma carta de obrigações da organização ou uma carta de direitos do cidadão e podem, portanto, serem utilizados como ferramenta para direcionar aos servidores o que se espera deles para que o cliente se sinta valorizado e bem atendido.

A Hemominas, seguindo as diretrizes desse decreto, definiu como serviços prestados ao público os seguintes serviços: doação de sangue; atendimento aos portadores de hemoglobinopatias e coagulopatias hereditárias e outras doenças



hematológicas; fornecimento de bolsas de sangue e hemocomponentes para os hospitais conveniados.

A primeira unidade que implantou PQAC foi o Hemocentro Regional de Governador Valadares, em 2000. A partir da criação do Programa de Qualidade da Fundação Hemominas em 2003, a Fundação incluiu em seu planejamento estratégico a definição e implantação dos padrões em todas as suas unidades. Decidiu-se pela implantação de forma descentralizada, com cada unidade estabelecendo seus padrões de acordo com sua realidade própria. Para tanto, criou-se um plano de ação prevendo a realização de treinamentos sobre os PQAC para todas as equipes envolvidas com o atendimento a clientes externos. Os treinamentos tiveram carga horária de 16 horas/aula e foram realizados em todas as unidades. Ao final de cada turma realizada, foram montadas comissões locais, compostas por servidores de todos os níveis hierárquicos, para a definição de seus PQAC, de acordo com o decreto 3507.

Atualmente, todas as unidades já definiram e divulgaram, através de banners, os seus padrões. No site da Fundação Hemominas existe um ícone sobre os padrões de qualidade do atendimento ao cidadão, com os padrões estabelecidos para cada unidade. Em dezembro de 2004 foram elaborados questionários de pesquisa de satisfação para a avaliação da satisfação dos usuários de todos os serviços prestados pela FH, e cada unidade tem monitorado os resultados das suas pesquisas. O objetivo dessa análise é a atualização dos padrões anualmente.

Atualmente, se observa na Fundação unidades que utilizam efetivamente esta ferramenta, conseguindo alcançar altos níveis de satisfação de atendimento dos clientes cidadãos. Entretanto, algumas ainda não conseguiram perceber o seu papel de servir ao cidadão. Vários treinamentos direcionados para gestão em qualidade, com foco nos resultados, que têm como mote principal o foco no cliente têm sido ministrados para todas as unidades. Além disso, em 2005 o Planejamento Estratégico da Fundação definiu como Objetivo Estratégico para toda Hemominas a satisfação do cliente. Com este norteador acreditamos que essa ferramenta será utilizada, e que a Fundação Hemominas, seus colaboradores e seus clientes cidadãos alcançarão todos os benefícios que a gestão com foco no cliente pode produzir: credibilidade para a organização, melhoria no ambiente de trabalho e bons serviços.



CONTROLE DE QUALIDADE DE MAMADEIRAS DOS LACTÁRIOS MUNICIPAIS DE GUARULHOS NO PERÍODO DE 03/2005 A 03/2006

Autor Principal: Karen Avilez de Andrade
 Outros Autores: Marilu Guedes de Mello
 Instituição: Prefeitura Municipal de Guarulhos
 Município: Guarulhos
 Estado: São Paulo

A cidade de Guarulhos com população estimada em aproximadamente 1.072.717 habitantes, localiza-se a nordeste da Região Metropolitana de São Paulo, a apenas 17Km da capital. Estrategicamente situada no principal eixo de desenvolvimento do país (São Paulo/Rio de Janeiro), destaca-se por abrigar o maior e mais importante Aeroporto Internacional do Brasil, sendo por isso considerada um posto sentinela para a entrada de algumas doenças.

Guarulhos dispõe de um Laboratório Municipal de Saúde Pública que juntamente com a vigilância sanitária e uma parceria com os hospitais do município, desempenha dentre as várias atividades realizadas em sua rotina, um papel importante no auxílio do controle de qualidade da higiene e esterilização das mamadeiras dos lactários municipais. Sabe-se que a higiene em um lactário hospitalar, principalmente dos instrumentos nele utilizados, bem como dos manipuladores e dos alimentos, é de suma importância, visto que as condições inadequadas dos mesmos e a assepsia ineficiente das mãos dos manipuladores, podem afetar diretamente o paciente, causando-lhe infecções que vão de um grau mais leve até severo.

Analisando o aspecto de ser o lactário um local onde será preparado o leite a ser consumido por crianças internadas em diversas situações de saúde, e que ainda utilizam as mamadeiras para se alimentarem, foi realizada essa parceria, visando não só fazer o controle, mas também auxiliar na melhoria do serviço.

Foram encaminhadas ao Laboratório Municipal de Saúde Pública mamadeiras vazias previamente lavadas e esterilizadas vindas dos lactários municipais, em que foram processadas usando-se meio de Plate Count Agar (PCA), e incubadas para a verificação da presença de crescimento bacteriano ou não. Entre 105 amostras analisadas durante o período de um ano, 45 (42,85%) das mamadeiras apresentaram-se em condições insatisfatórias para utilização, enquanto que 60 (57,15%) em condições satisfatórias.

Devemos ressaltar que houve um alto número de mamadeiras impróprias, porém isso apenas aconteceu em determinados meses, enquanto que em outros obtivemos resultados satisfatórios. Tais resultados vêm, nos mostrar que através de uma boa higiene pessoal dos manipuladores, bem como do ambiente e dos instrumentos de trabalho é possível haver uma melhoria nos resultados.





TRANSIÇÃO DE MODELO ASSISTENCIAL EM ODONTOLOGIA: UMA PROPOSTA DE HUMANIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ

Autor Principal: Karen Suyan Clezar Fantini

Outros Autores: Raphael Nunes Bueno

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde

Município: Itajaí

Estado: Santa Catarina

A mudança de modelo assistencial e a implementação de diferentes políticas públicas têm por objetivo atender as necessidades populacionais e os paradigmas atuais de saúde. No município de Itajaí, a atual gestão adotou como slogan “O SER HUMANO EM PRIMEIRO LUGAR”. O sentido da expressão “humanizar” vem sendo amplamente trabalhado na saúde pública, envolvendo não apenas a atenção ao serviço e à população usuária, como também aos servidores públicos municipais. Conceitualmente, humanizar envolve diferentes entendimentos e não se constitui um compromisso abstrato, mas com a alteração das práticas de saúde e dos sujeitos, e pressupõe, essencialmente, o enfoque ao bem-estar do indivíduo.

A odontologia tem, nesse momento, a abertura de um importante espaço para promoção e prevenção da saúde, de co-responsabilização dos cidadãos e das comunidades, além de propor novas práticas profissionais. Nesse relato de experiência, os gestores colocam a evolução da proposta, e o desafio de ampliar a assistência odontológica promovendo a reestruturação do modelo de atenção com intervenções resolutivas e contínuas, utilizando as tecnologias e estrutura física presentes, com a incorporação gradual de novos elementos, sem prejuízo ao serviço e aos usuários do sistema.

As ações concentram-se e investem em três vertentes: no processo de trabalho; na relação profissional e na relação com o usuário.

No processo de trabalho investiu-se inicialmente na criação dos protocolos de atendimento, e efetivaram-se também: a mudança no agendamento da demanda espontânea e demanda programada por grupos de risco e por linhas de cuidado; a implantação do Pronto-atendimento odontológico; a implantação do horário estendido até 22:00h em determinadas Unidades Básicas de Saúde; a implantação e ampliação de especialidades odontológicas (endodontia, cirurgia, radiologia, odontopediatria, portadores de necessidades especiais); a melhoria do acesso ao atendimento odontológico na área rural utilizando o odontomóvel; a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde em saúde bucal.

Na relação profissional, o caminho percorrido iniciou-se com o levantamento do perfil profissional, a fim de conhecer e adequar habilidades e competências. A partir daí, trabalhou-se com a capacitação dos odontólogos na temática do SUS, PSF e clínica odontológica, além da liberação do ponto e do incentivo financeiro de 30% a 50% para os profissionais da rede municipal em cursos de especialização.

Outra importante conquista na relação profissional foi a implantação dos cargos de auxiliar de consultório odontológico (ACD) e técnico de higiene dental (THD) através da Lei municipal nº 60/2005, relevantes na mudança do processo de trabalho.

As ações em saúde bucal são planejadas interdisciplinarmente, articuladas no Departamento de Atenção Integral à Saúde (DAIS). Instituiu-se um cronograma de ações coletivas para





os odontólogos, Agentes Comunitários de Saúde e profissionais da Secretaria de Educação, capacitados como multiplicadores. Essas ações incluem orientação de higiene oral, distribuição de escovas dentais aos alunos, escovação supervisionada, evidencição de placa, utilização do flúor. Houve, desse modo, um incremento da educação em saúde, abrangendo desde as creches municipais, escolares da rede pública municipal da 1ª a 8ª séries e as escolas estaduais. Atualmente, são acompanhadas nesse trabalho aproximadamente 29 mil escolares, na faixa etária de zero a dezesseis anos.

A relação com os usuários, terceira das vertentes de ações, desencadeou um processo de maior participação e controle social, através da discussão das mudanças de modelo no Conselho Municipal de Saúde, de reuniões da Coordenação de Odontologia com Conselhos Locais e lideranças comunitárias, da participação comunitária na definição de investimentos através do Orçamento Participativo. A promoção do auto-cuidado através da orientação de higiene oral, controle do tabagismo e auto-exame bucal, aliados à melhoria do acesso aos meios de prevenção na infância, igualmente constituem elementos de empoderamento dos indivíduos.

Os principais parâmetros para aferir os resultados esperados estão embasados em pesquisas de nível de satisfação do usuário, e nos marcadores epidemiológicos pertinentes, porém, o grande objetivo dessa intervenção é que o cidadão sinta-se privilegiado e valorizado na sua individualidade. Como resultados imediatos, ou produtos dessa intervenção, se pode destacar: o melhor acesso à primeira consulta; a humanização do atendimento contemplando servidores e usuários; organização da referência ambulatorial e hospitalar; ampliação da atenção à criança através da educação em saúde, e a criação da lei municipal para inclusão da equipe de saúde bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família.

Concluindo, o grande desafio de nossa época é o resgate do olhar ao cuidado, passando pelo acolhimento e resultando em uma atenção que se mostre resolutiva e eficaz. Isto não implica em abandonar o trabalho e a intervenção no mundo, mas em conduzi-las de forma fraterna, desobsecados pelo poder, colocando os interesses coletivos da sociedade, da comunidade biótica acima da lógica da conquista e da racionalidade.



DOCUMENTO NORTEADOR: UMA PROPOSTA PARA A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS NA REDE BÁSICA

Autor Principal: Kátia Maria de Almeida Correia

Outros Autores: Maria Angélica Crevelim/ Naira Regina dos Reis Faxzenda

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo

Município: São Paulo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

A Secretaria de Saúde do Município tem priorizado dentre várias ações a reorganização do seu Sistema de Saúde através do fortalecimento da Atenção Básica considerando-a porta de entrada preferencial para o referido Sistema. Assim sendo, a Coordenação da Atenção Básica desenvolveu um "Documento Norteador: Compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a População" considerando-o como eixo orientador e instrumento potencialmente capaz de implementar os princípios da universalidade, acessibilidade e equidade no trabalho de suas 396 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O Documento Norteador foi uma construção conjunta entre representantes da Atenção Básica, Coordenações Regionais de Saúde e Instituições Parceiras do Programa Saúde da Família e, propõe-se a subsidiar a organização administrativa e assistencial das UBS.

OBJETIVO

Descrever o processo de construção do Documento Norteador.

MÉTODOS

Foi criado um grupo de trabalho, que realizou 6 encontros seguidos pela realização de 10 oficinas regionais, com representação das várias categorias profissionais e dos conselhos gestores para validação do documento. Foi elaborada uma versão final do documento e de um instrumento de monitoramento em vias de implantação.

RESULTADOS

Foi produzido um documento de 43 páginas onde são abordados desde a conceituação de Atenção Básica, a missão e processo de trabalho das (UBS), organização dos serviços, das atividades administrativas e assistenciais, as ações coletivas, a gerência da UBS, além do patrimônio e almoxarifado. Destacaram-se entre

os temas o trabalho em equipe, o enfoque familiar, a reorganização das agendas de atendimento dos profissionais, e a participação popular.

CONCLUSÕES

A discussão proporcionada pelo documento na rede foi construtiva no sentido de aproximar os profissionais dos temas propostos, mobilizando-os numa atitude colaborativa proporcionada pelas discussões nas oficinas regionais.

Espera-se que o Documento Norteador seja um marco na tão necessária reorganização das ações realizadas pelas UBS no município.



MAGNÓLIA: UMA FLOR QUE RENASCE NO ROSÁRIO

Autor Principal: Kenia Rocha de Almeida

Instituição: CAPS2 Sabará MG

Município: Belo Horizonte

Estado: Minas Gerais

Uma experiência de co-gestão entre o serviço de saúde e a associação comunitária para inclusão social de uma portadora de sofrimento mental.

APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Há cerca de 10 anos trabalhando com portadores de sofrimento mental, acompanho as dificuldades de inclusão social enfrentada por esses indivíduos.

As inúmeras internações psiquiátricas, seguidas de rupturas no convívio social e somadas as não poucas expressões da psicose, vão formando a trilha de uma história de exclusão social.

Em meio a uma sociedade movida pela lógica de produção capitalista, cada vez mais complexa em seus avanços científicos e tecnológicos, para o sujeito psicótico, resistindo à tirania do tempo e nos ensinando a construir novos espaços.

Neste contexto, nasceu a necessidade de criação de um projeto que possibilitasse a re-inserção de uma usuária do serviço de saúde mental (CapsII, Sabará-MG), na ocasião de desligamento da sua permanência-dia no serviço em seu território.

A integralidade das ações configura o enfoque dado ao caso, onde contexto familiar e social são pensados como interfaces de interatividade do indivíduo.

A ação terapêutica passa a criar conexões com a política e a cultura, ampliando o espaço de atuação do profissional de saúde que vai ganhando novos contornos, além de possibilitar um efeito de mobilização comunitária para o convívio cooperativo e solidário.

O serviço de saúde passa a representar um pólo de comunicação, emprestando seu poder de articulação/mediação e facilitando a interlocução dos indivíduos com a rede.

Como consequência, vão se transpondo os obstáculos da inércia, do isolamento e do esvaziamento psíquico inerentes à loucura excluída.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

-Reduzir as reincidências dos surtos psicóticos, evitando o ciclo vicioso de internações, o desgaste psíquico e as repentinas rupturas sociais;

-Estimular o convívio social mais abrangente entre familiares e vizinhos;

-Fomentar as relações interpessoais, introduzindo elementos inéditos para as trocas;

-Possibilitar a desmistificação em torno da periculosidade do louco;

-Estimular o posicionamento político dos indivíduos, incentivando ações coletivas e de caráter autônomo;

-Interferir para o fortalecimento da comunidade, reconhecendo e valorizando sua diversidade cultural, seus recursos e talentos locais;





-Estimular o exercício da cidadania, praticando a democracia no convívio com as diferenças.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

Magnólia é portadora de sofrimento mental e, após 30 anos de seu primeiro surto, colhia os frutos de inúmeras separações e cenas de abandono.

Atualmente recém separada do último companheiro, e sofrendo ameaças de vizinhos pela característica impulsiva de suas “crises” que transpunham os muros de sua morada.

Era necessário criar dispositivos de apoio social para que, aos poucos, pudesse ir retornando ao seu território. Tínhamos que pensar em uma referência na comunidade que pudesse ser articuladora. Surge, então, a idéia de contatar um líder comunitário para entrar em cena. Em um atendimento, combinamos que Magnólia tentaria descobrir uma forma de chegar a essa pessoa.

Na mesma semana já tivemos uma reunião, contando com a presença dessa liderança, e traçamos planos de mobilização social para criação de uma oficina de mulheres para o trabalho artesanal na casa de Magnólia. Ela ficara encarregada de ensinar a essas mulheres atividades apreendidas durante sua permanência – dia no serviço de saúde em atendimentos de terapia ocupacional.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

O primeiro encontro, teve a participação do profissional de sua referência no serviço de saúde e da líder comunitária.

Em um mês, estes passaram a acontecer semanalmente de forma independente. O grupo crescia rapidamente e Magnólia começava a se tornar referência para as mães e adolescentes do bairro. Ensinava fuxico, crochê e contava estórias bizarras com “ar de confiança” de quem esteve perto e sobreviveu.

Sua casa tornou-se pequena e a demanda para criação de uma sede para a associação comunitária passa a ser compartilhada pelo grupo que passa a fazer planos de ampliar as oficinas, levando cursos para toda a comunidade.

Magnólia vai preenchendo seu tempo com o trabalho e a convivência com os vizinhos que vão, curiosamente, desvendando a complexidade de suas experiências.

Magnólia passa a chegar no serviço para as consultas, mais arrumada, com penteados feitos pelas novas colegas de bairro e com um sorriso ao falar de suas atividades. Passa a ser interlocutora da comunidade com a saúde.

Suas colegas passam a demandar o serviço para resolver problemas que foram “engavetados” em outras áreas. Diariamente

começamos a atuar como triagem na rede para alguns casos que nos eram encaminhados.

Passamos a programar eventos e promover encontros estratégicos para realizar ações voltadas às demandas que surgiam. Conseguíamos, com o tempo, criar parcerias de trabalho e acompanhamentos terapêuticos, bem como receber e encaminhar casos aos serviços de saúde.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Das Facilidades

- Intervimos em ambientes férteis para criação de espaços de cooperação e participação social.
- Detectamos demandas reprimidas que aguardavam oportunidades para se manifestarem.
- Contamos com o apoio de uma associação comunitária com interesses afins.
- Tínhamos as informações de interesse e o poder de articulação na rede como instrumento de troca.

Das Dificuldades

- Recursos limitados, como transporte, disponibilidade para circular fora do serviço e problemas operacionais de ordem institucional.
- Problemas de comunicação com a rede.
- Divergências de modelos teóricos de atuação.
- Resistências de profissionais às novas demandas sociais.
- Dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos que, conseguíamos gradativamente ampliar as possibilidades de atuação fora do serviço, circulando em territórios mais próximos da realidade de nossos usuários e cumprindo os objetivos finais do projeto terapêutico. Começamos a vislumbrar novas formas de atuação para o profissional da saúde pública, de forma ampliada e inclusiva.

Descobrimos o caráter público de nossas ações, tornando-nos mais conscientes do poder de transformação de nosso trabalho.

Aprendemos a trabalhar de forma articulada e integrada com a percepção de uma rede de assistência.

Experimentamos a intersectorialidade, ampliando nossos conceitos de saúde para além do “biologicismo e do “psicologicismo”, inerentes à saúde.

Incluimos em nossa prática a transdisciplinaridade como meta de atuação em equipe.

Por fim, abrimos um leque de possibilidades a serem exploradas.



GESTÃO DO PROCESSO DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

Autor Principal: Lenir Peres de Oliveira

Instituição: Penitenciárias do Estado de Mato Grosso

Município: Cuiabá

Estado: Mato Grosso

INTRODUÇÃO

O cotidiano penitenciário apresenta diversas situações que nem sempre são rotineiras no universo particular da população penitenciária. Muitos acontecimentos fazem parte da complexibilidade existente na esfera prisional. As práticas adotadas e as atribuições funcionais dos servidores, dentro das Unidades Prisionais, estabelecem um diferencial que somente os envolvidos interagem na dinâmica da operação. Diante disso, o trabalho da equipe de saúde, o desenvolvimento das ações de saúde nos presídios estaduais, deve atender a dinâmica existencial, porém, deve, acima de tudo, garantir aos detentos uma assistência médica pautada nos direitos constitucionais do ser humano.

JUSTIFICATIVA

Aprimorar o atendimento a saúde em todo o contexto atual do Sistema Prisional, de forma que as melhorias possam acontecer dentro de uma lógica estabelecida pelos olhos do bom senso. As dificuldades, as faltas de recursos e tantos outros problemas podem, alicerçar a dinâmica dos objetivos traçados no sentido de apresentar alternativas de reformas e mudanças.

OBJETIVOS

- Fortalecer o processo de saúde nas Penitenciárias do Estado de Mato Grosso;
- Realizar ações de saúde diariamente nos estabelecimento prisionais.

METODOLOGIA

As pesquisas em torno da busca de soluções rápidas e eficazes fazem parte do procedimento metodológico estabelecido para a praticidade do desempenho da equipe de saúde no sistema prisional. As análises em torno das teorias existente em recursos bibliográficos, aplicação da Portaria Interministerial MS/MJ nº 1777 de 09/09/03, completam a investida no esclarecimento de soluções práticas e objetivas. Contudo, acredita-se no horizonte vislumbrado com a habilidade estampada nos recursos existentes, para a conclusão dos objetivos.

PRODUTOS

Esta Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública conseguiu celebrar junto a Secretaria de Estado de Saúde, 03 (três) Termos de Cooperação Técnica, os quais facilitaram um melhor atendimento ao reeducando. São eles: Referente a medicamentos, implantação do serviço de saúde mental e implantação do tratamento para dependentes químicos.

Implementação no quantitativo de profissionais da equipe de saúde, visando maior qualidade no atendimento ao reeducando.

O Sistema Prisional, na vanguarda do tratamento específico de saúde, da população prisional, prioriza o atendimento imediato, de urgência, e ambulatorial, porém, a preocupação deve ser coletiva, com vista aos avanços necessários para um atendimento mais humano e eficaz.

FACILIDADES E DIFICULDADES

- (F) Disponibilidade de quotas de exames para população penitenciária; agenda de consulta com especialidades via telefone 0800; parceria com SMS, em laboratórios, todos via SUS;

- (D) Pouca valorização profissional e a insuficiência quantitativa e qualitativa de recursos humanos; Informatização do sistema; Demora burocrática em processos; Poucos equipamentos; Falta de profissionais com especialidades via SUS, em municípios no interior do Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preservação da saúde é um dever de todo cidadão. A prevenção da saúde de um reeducando é dever do Estado. Por isso, criar ambientes propícios e necessários para o estabelecimento da saúde do recluso requer políticas e condições que vão desde o aspecto de prevenção até o atendimento de qualidade e de garantias de uma saúde saudável.

A realidade do Sistema Penitenciário Nacional era bastante caótica, mas a preocupação com os serviços de saúde e demais serviços de ordem emergenciais vem sendo a tônica dos Gestores Públicos. Dessa forma, muitos avanços são identificados com relação à assistência médica aos apenados. Muitas reformas, reestruturação física e solicitação de material esta sendo realizado para as melhorias no atendimento médico hospitalar da população carcerária de um modo geral. Em Mato Grosso, muitos recursos financeiros foram destinados à manutenção da estrutura funcional da área de saúde do Sistema Prisional.



PROJETO DE VIVÊNCIAS DE MEDIDAS ALTERNATIVAS NAS INSTITUIÇÕES

Autor Principal: Leticia Maria Tosto Cuoco Muniz

Outros Autores: Fernanda Barbosa da Granja; Sílvia Maria Batista Nunes Rodrigues

Instituição: CAPs ad/ DF

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

Somos uma Unidade de Saúde Especializada - CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para Dependentes Químicos de Álcool e outras Drogas.

Firmamos uma Parceria de trabalho, com a Justiça Federal, onde recebemos pacientes em conflito com a lei, em decorrência de algum ato infracional.

Com o objetivo de evitar a total Privação de Liberdade, encontramos uma alternativa social e humanizada, de entender esse cidadão, como um ser passível de Recuperação através da Atenção integral de saúde, em razão da Dependência Química.

Esse cidadão é encaminhado ao Serviço, para uma alternativa de Tratamento e busca de Equilíbrio das diversas ações e escolhas, que o colocaram nessa condição de Infrator.

OBJETIVO

Oferecer um Serviço de Saúde que proporcione ao cidadão, reais condições de tratamento para a sua dependência, à medida que a mesma vem lhe causando transtornos que o impossibilita de viver condições mais dignas de vida em sociedade.

Ter um prognóstico positivo, de Redução de Danos, para o Dependente Químico, e as pessoas que o cercam.

Evitar a situação de Privação de Liberdade, que ao longo dos tempos, vem provando não contribuir com a recuperação e re/ inserção do cidadão ao contexto social.

Aproximar esse Autor do Fato, dos Serviços prestados pela Unidade Especializada de Saúde, no sentido de que o mesmo se comprometa com as suas ações, bem como seja um agente multiplicador, com a finalidade de garantir a manutenção dos serviços. Contribuir com a re/integração à sociedade, da pessoa em conflito com a lei.

METODOLOGIA

Com os Pacientes em tratamento encaminhados pela Justiça

Oferecemos atendimento com Ação de Equipe Multiprofissional, Individual e em Grupo (psicoterapia individual, grupos, dinâmicas e oficinas terapêuticas).

Cada paciente é visto de forma individualizada e seu Plano Terapêutico pode ser classificado nas modalidades descritas a seguir:

Intensivo – Atendimento de 03 ou mais vezes, da semana, na Unidade, com atendimento técnico, terapêutico, sendo disponibilizado ao paciente, 03 refeições diárias (café da manhã, almoço e lanche)

Semi-Intensivo – Atendimento de até 02 vezes na semana, com atendimentos individuais e oficinas, com a disponibilização do café da manhã ou da tarde, uma vez que o atendimento pode ser feito em qualquer um dos períodos.

Não intensivo – Atendimentos 01 vez por semana, com atenção pontual, que pode ser individual ou em grupo.

Ambulatorial e Desintoxicação leve.

Com as Penas Pecuniária encaminhadas pela Justiça

Apresentação dos serviços para o Autor do Fato (pessoa em conflito com a lei), com o objetivo de sensibilizá-lo quanto às responsabilidades sociais e ao trabalho desenvolvido pela Unidade de Saúde, bem como compartilhar com o mesmo a finalidade da utilização desses recursos, pagos por ele, através das Penas Pecuniárias que lhe são impostas.

IMPACTO SOCIAL

“Devolvermos à sociedade um cidadão consciente dos seus Direitos e Deveres, bem como contribuir para a aquisição de vínculos significativos.” Esses vínculos são consagrados com saúde de qualidade a cada cidadão, que adere ao tratamento proposto, e se compromete com a dinâmica geral da unidade especializada de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, abriu-se um importante precedente, com a finalidade de encarar a questão da Dependência Química, com a mais profunda atenção, bem como os cuidados e os diferentes olhares que devemos ter sobre essa



“Pessoa”, que ora chamamos de “Dependente”, que é o verdadeiro alvo da nossa Ação.

A Justiça, numa atitude de “vanguarda”, coloca-se como Parceira, nesse momento em que as Instituições de Saúde estão unificadas com essa mesma crença:

“NÃO PERDER O FOCO NO HOMEM, MANTENDO UMA AÇÃO MAIS HUMANIZADA” (Sílvia Maria Batista Nunes Rodrigues – psicóloga e pedagoga)



COMISSÃO REGIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA AIDS DA DIR II; SANTO ANDRÉ- SÃO PAULO; QUINZE ANOS DE ATIVIDADES.

Autor Principal: Lia Augusta Sampaio de Souza

Outro Autores: Tânia de Moura Guerschman; Marta Nishikawa; Nanci Garrido Butin

Instituição: Grupo de Vigilância Epidemiológica da Direção Regional de Saúde II ; da SES - SP

Município: Santo André

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

No início da década de 90, a epidemia de AIDS estava em plena ascensão no Estado de São Paulo, os municípios organizavam-se para o atendimento da demanda de assistência e para dar conta do planejamento de ações foi estimulado a formação de comissões municipais de saúde para a prevenção e controle da AIDS, pela coordenação Estadual DST/Aids. Na região do Grande ABC, pertencente a região metropolitana de São Paulo e constituída pelos municípios de Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, iniciou-se a discussão sobre a melhor forma de enfrentamento à epidemia de AIDS no ano de 1990 e além das comissões municipais formou-se oficialmente a comissão regional com a denominação de: Comissão Interegional de Políticas Públicas de Prevenção e Controle da AIDS (Portaria 1/91 - DOE 5/4/1991).

OBJETIVOS

A comissão foi criada para coordenar as ações nas áreas de assistência, de prevenção, de planejamento e de vigilância, estabelecendo contato regional com os níveis estaduais, federais e internacionais, e também propor um programa comum de intervenção nas diferentes fases da doença assegurando a integração, bem como a ampliação dos recursos existentes. Com uma visão regional, visto que os pacientes não obedeciam a barreiras geográficas para buscar atendimento, e com serviços pouco estruturados e as equipes fragilizadas diante da magnitude que o novo agravo apresentava, ela ajudou no aprofundamento das discussões, na criação e no fortalecimento dos serviços municipais. Atualmente mantém-se ativa, servindo como referência para os municípios frente às mudanças nos seus quadros funcionais.

METODOLOGIA

A partir da criação com representantes dos 7 municípios e dos representantes regionais estaduais, a comissão iniciou reuniões

mensais geralmente realizadas na sede da representação regional da Secretaria do Estado da Saúde (DIR II), com um coordenador escolhido entre os seus membros. Essas reuniões vêm se mantendo sistematicamente nos últimos 15 anos. Nestas oportunidades as ações são discutidas visando o desenvolvimento dos trabalhos de forma ordenada e condizente com o perfil epidemiológico da população da região, sendo que as demandas regionais são resolvidas por meio de consenso.

PRODUTOS

Dentre outros se pode citar: Campanhas de informação para a população, na elaboração e produção de material educativo realizados inicialmente independentemente de recursos federais e internacionais; Campanhas unificadas no Dia Mundial de Luta contra AIDS e nos carnavais; Elaboração dos POAS (Plano Operativo Anual do MS) dos municípios prioritários, com a visão de planejamento regional; Discussão de ética em AIDS, com a formação de um grupo técnico com reuniões mensais; Elaboração das grades para cotas de preservativos, carga viral, genotipagem, CD4, CD8, etc; Articulação para a criação de referências para serviços especializados; Reciclagem de profissionais de saúde da região, por meio de treinamentos e jornadas; Parcerias com ONGs com fórum de discussões; Publicação de boletins regionais.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Nos mais de 15 anos de existência da comissão, não houve ano em que não fosse realizado no mínimo as reuniões mensais ordinárias, com pauta prévia e demandas espontâneas e com o decorrer dos anos as atas foram instituídas. Os assuntos foram diversificados e atualmente além das DST/Aids também se discute as hepatites virais B e C, isoladas e como co-infecção e a Tuberculose como co-infecção. A convivência com todos os coordenadores municipais e das equipes técnicas, proporciona uma troca de experiências e facilita a tomada de decisão tanto para casos



isolados, na discussão de ética, por exemplo, quanto na adoção de determinado tema para treinamentos regionais, bem como cria laços entre seus membros com facilitação de contatos e acordos entre os serviços. A dificuldade que o grupo enfrenta ocorre principalmente quando um coordenador municipal é trocado, devido a alterações políticas no município, cabendo ao coordenador do grupo ajudar o novo membro a integrar-se. Outra dificuldade observada no decorrer dos anos é a forma de interação que os representantes de determinado município interagem com a comissão, sendo alguns mais participativos que outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comissão é uma das mais antigas e atuantes na região. A leitura das primeiras atas, dos primeiros boletins epidemiológicos e dos folhetos educativos rodados em mimeógrafo fornece ao grupo que atualmente a compõem um histórico fiel das dificuldades e dos avanços obtidos pelo programa de DST/Aids na região.



INFORMATIZAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DA BAHIA

Autor Principal: Liane Santiago Andrade

Outros Autores: Andrade; L. S.; Ferreira; S. C.; Pacheco; F. J.; Fonseca; A. C.; Matos; R..

Instituição: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Município: Salvador

Estado: Bahia

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB executa desde 2001, em paralelo com o Pacto de Indicadores da Atenção Básica A Programação da Atenção Básica, balizada no modelo da vigilância da saúde, com o propósito de orientar os gestores municipais na organização dos serviços básicos em três eixos: assistência à saúde (áreas estratégicas da NOAS, saúde do adolescente, saúde do idoso e vigilância nutricional), vigilância (vigilância sanitária e epidemiológica) e assistência farmacêutica. Esta programação tem ênfase na Atenção Básica municipal e utiliza parâmetros e padrões pré-estabelecidos pelas áreas técnicas no âmbito nacional e estadual. Este trabalho tem como propósito caracterizar e relatar o processo de informatização da Programação da Atenção Básica para o ano de 2006, desenvolvido por consultores e técnicos da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. Com base nas experiências anteriores de execução da programação foi desenvolvido um aplicativo informatizado no qual os municípios, a partir de ações e parâmetros propostos pela SESAB, programam as suas metas e justificam as metas discordantes as do Estado. O aplicativo informatizado permite a desagregação da programação municipal até o estabelecimento de saúde (programação intramunicipal) e facilita o monitoramento dos processos de execução desta programação ao relacionar as ações programadas aos correspondentes códigos de registro das atividades nos sistemas de informação (SIA e SIAB). Outra característica importante do aplicativo é a possibilidade de emissão de relatórios consolidados por área técnica. A visualização das ações por área técnica em discordância com os parâmetros propostos permite a cada área uma rica fonte de informações sobre a viabilidade de execução das mesmas e da possibilidade e necessidade de apoio em cada município do Estado possibilitando a caracterização de problemas regionais e estaduais na operacionalização de alguns serviços da Atenção Básica além de promover a integração das áreas técnicas internamente, ampliando a interlocução e discussão de estratégias para o enfrentamento de problemas regionais e estaduais através da visibilidade alcançada para os dados gerados na programação informatizada contribuindo para a realização de futuras análises estratégicas de apoio institucional estadual ao aprimoramento da organização dos serviços municipais de atenção básica.



PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA : UMA FERRAMENTA PARA A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

Autor Principal: Liane Santiago Andrade

Outros Autores: Francisco Pacheco; Mariangela Lacerda; Sara Cristina Ferreira; Rosivan Barbosa de Matos; Elenice Sales Sobreira; Miriam Pinillos Marambaia; Ana Carla Freitas Fonsêca

Instituição: Secretaria de saúde do Estado da Bahia

Município: Salvador

Estado: Bahia

A Programação da Atenção Básica, balizada no modelo da vigilância da saúde, representa uma atuação do Estado da Bahia realizada anualmente desde 2001 em paralelo com o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com o propósito de orientar os gestores municipais na organização dos serviços básicos nos três eixos: assistência à saúde (áreas estratégicas da NOAS, saúde do adolescente, saúde do idoso e vigilância nutricional), vigilância da saúde (vigilância sanitária e epidemiológica) e assistência farmacêutica no contexto da Atenção Básica municipal frente parâmetros e padrões já estabelecidos nacionalmente. Este trabalho tem como propósito caracterizar e relatar o processo de Programação da Atenção Básica 2006 desenvolvido pelos técnicos da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia nos 417 municípios da Bahia durante o período de outubro de 2005 a fevereiro de 2006. Foi desenvolvido um *software* disponibilizado *on line*, no qual os municípios avaliam as ações propostas pelo Estado, programam as suas metas e justificam as metas discordantes a do Estado. As áreas técnicas que compõe os três eixos avaliam as justificativas para validarem ou orientarem outras metas para os municípios frente a realidade de cada local. As regionais de saúde atuam assessorando e acompanhado os municípios. Foram realizados 12 encontros regionais com a participação de técnicos do nível central, regional e municipal para a avaliação de desempenho de cada região, discussão das ações desenvolvidas em cada área dos três eixos e orientação dos usos do *software* na *internet*. A experiência vivida na utilização deste *software* pelos técnicos municipais e estaduais possibilitou a caracterização de problemas regionais e estaduais na operacionalização de alguns serviços da Atenção Básica, aproximou a atuação e integração das áreas técnicas internamente e em relação aos municípios, promoveu a interlocução e discussão de estratégia para enfrentamento de problemas regionais e/ou estaduais e informatizou o processo até então manual.



ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM EQUIPE MÓVEL NO CARNAVAL DE SALVADOR

Autor Principal: Lílian Nunes de Oliveira Machado

Outros Autores: Ana Maria Menezes simões; Antônia Maria Brito; Adriana Dourado e Marcos Viana

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador

Município: Salvador

Estado: Bahia

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

No Brasil, o carnaval é a maior manifestação de cultura popular ao lado do futebol. O carnaval de Salvador consta do livro de recordes mundiais (Guinness Book), como a maior festa popular de rua. Durante seis dias, Salvador se entrega a folia, sendo ocupada por mais de dois milhões de baianos e turistas. Neste período, o setor de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde, busca desenvolver ações de prevenção a agravos e promoção à saúde do folião, a partir de várias estratégias de vigilância à saúde, iniciadas anteriormente a realização do evento. Nos festejos deste ano foram mobilizados 445 profissionais para o trabalho ininterrupto na Vigilância Sanitária, sendo 98 Fiscais de Controle Sanitário. A atuação se desenvolveu em 27 km de ruas interditas à disposição do folião nos circuitos oficiais, além do carnaval nos bairros. Dados do carnaval estimam receita de US\$ 96 milhões, com o fluxo de turismo; participação de 231 entidades carnavalescas; 25 mil vendedores ambulantes; 24 Unidades de Saúde Pronto Atendimento 24 h nos circuitos e nos bairros; e licença para instalação de 70 camarotes. A avaliação do ano anterior revela o consumo de 16,9 milhões de litros de cerveja e refrigerante, além de 9,8 milhões de litros de água, sendo coletadas 132,45 toneladas de latas de alumínio. A dimensão desta festa tem como fator relevante o risco do adoecimento, por concentrar grande número de pessoas de diferentes naturalidades e nacionalidades, grande consumo de alimentos e bebidas oferecidos pelo comércio formal e informal, facilitando a propagação de doenças. Toda esta estrutura requer atuação eficaz, eficiente e efetiva da Vigilância Sanitária na prevenção e controle de agravos à saúde da população, em sincronia com os demais serviços de vigilância à saúde.

OBJETIVO

A descrição das atividades realizadas pela Equipe Móvel da Vigilância Sanitária durante a realização do carnaval de Salvador, intitulado: "O Coração do Mundo Bate Aqui", no período de 23 a 28 de fevereiro de 2006, constitui o principal objetivo deste

trabalho. Como objetivos específicos pretendem-se ressaltar o trabalho articulado em vigilância à saúde e o desenvolvimento de ações de educação em saúde direcionada aos usuários e prestadores de serviços.

METODOLOGIA

Com base nas ações desenvolvidas no carnaval de 2005, as atividades da equipe móvel em 2006, foram planejadas de forma estratégica e participativa. Inicialmente, foram identificados 12 técnicos, entre Fiscais de Controle Sanitários e Profissionais de Nível Superior, possuindo dentre outras características, perfil para atuação em equipe multiprofissional, flexibilidade frente às adversidades, disponibilidade para grandes deslocamentos, além de já terem atuado em inspeções de camarotes. Também foram disponibilizados 06 motoristas, distribuídos em 02 turnos durante todo o período de carnaval. Os técnicos foram divididos em 03 equipes e 01 coordenação, atuando em escalas com horários e atividades diferenciadas, conforme a especificidade das ações: Equipe I - Inspeção nas áreas de produção dos estabelecimentos situados em Salvador e região metropolitana, que prestaram serviços de alimentação nos carros de apoio dos trios elétricos; inspeção dos estabelecimentos situados em Salvador e região metropolitana responsáveis pela esterilização de materiais hospitalares e curativos utilizados pelos serviços médicos instalados nos carros de apoio dos trios elétricos. Equipe II - Inspeção das Unidades de Emergência da Rede própria de Salvador; inspeção das Unidades Móveis de Emergência; inspeção das Unidades de Emergência Provisórias, instaladas nos circuitos do carnaval. Equipe III - Inspeção dos Camarotes instalados nos Circuitos; inspeção nas áreas de produção dos estabelecimentos situados em Salvador e região metropolitana, que prestaram serviços de alimentação aos camarotes. Coordenação - Assessoria técnica e administrativa das equipes; articulação intersetorial; recebimento de denúncias; organização da demanda de serviços; monitoramento das ações; avaliação dos processos de trabalho; consolidação e análise das informações e elaboração de relatório técnico. As denúncias relacionadas ao carnaval eram atendidas pela equipe móvel.



RESULTADOS

A equipe móvel realizou 179 inspeções sendo, 64% no comércio formal (serviços de alimentos, hospedagem e Unidades de Saúde) e 36% em camarotes. Neste ano 100% dos camarotes instalados, foram inspecionados, representando um aumento de 50% em comparação ao ano de 2005. Do total de ocorrências no comércio formal e camarotes, 67,6% foram orientações educativas direcionadas aos prestadores de serviços; 18,4% notificações e 14,0% de ocorrências punitivas (apreensão, interdição e infração). Realizada atividade diária de monitoramento da ocorrência de agravos notificados pela Vigilância Epidemiológica e Centro de Controle de Zoonoses, pertinentes as ações da equipe móvel de Vigilância Sanitária. Foram distribuídos 10.000 folhetos bilíngües destinados, especialmente, aos turistas com informações referentes à segurança alimentar, sexo seguro e mapas de localização dos serviços de saúde nos circuitos do carnaval. Nos camarotes foram registrados os maiores números de irregularidades, com ocorrências de grave risco a saúde dos usuários.

FACILIDADES E DIFICULDADES

O planejamento conjunto com todos os envolvidos diretamente na organização do carnaval e a realização das atividades em parceria com as instâncias estaduais do SUS, Universidade Federal da Bahia e órgãos públicos municipais, contribuíram decisivamente para o êxito do trabalho realizado. A inexistência de normas regulamentares, no âmbito sanitário e ambiental, aplicadas especificamente a camarotes oficiais, privados e/ou congêneres, constitui-se como fator limitante para a completa garantia normativa de qualidade do serviço oferecido ao cidadão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à natureza da Vigilância Sanitária - proteção e defesa da saúde, abrangendo a esfera da promoção e a divisão interinstitucional de competências – a efetividade das ações requer um esforço de articulação intersetorial e integração intrasetorial. Além de normas jurídicas, técnicas atualizadas e rigorosa fiscalização do seu cumprimento, bem como a incorporação de novas tecnologias de controle sanitário que se intercomplementam no *saber* e no *fazer* da Vigilância Sanitária.



O DESAFIO DE REESTRUTURAR O MODELO ASSISTENCIAL COM GARANTIA DE EQUIDADE NO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES

Autor Principal: Livia Teixeira de Souza

Outros Autores: Fabiana de Oliveira Silva; Renata Florêncio Santiago; Fabio José Delgado Lessa;

Aelildes Arichele Leal de Queiroz; Ligia de Oliveira Braga

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes

Município: Recife

Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

O município de Jaboatão dos Guararapes é o segundo maior município do estado de Pernambuco, atualmente com 640.722 habitantes e 27 bairros divididos em 5 regiões político-administrativas. Com uma área de 257,3 Km², o território municipal é cortado por rios litorâneos, possuindo áreas de planície e de morros, urbanas e rurais.

Jaboatão está habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e a atual gestão tem empreendido considerável esforço no sentido de ampliar o acesso aos serviços de saúde e organizar a sua rede assistencial através do estabelecimento do fluxo de referência e contra-referência da assistência à saúde.

OBJETIVO

Conhecer as desigualdades nas condições de vida e de saúde da população a fim de subsidiar o planejamento das ações e a tomada de decisão com vistas à reestruturação do modelo assistencial com a perspectiva de reduzir as iniquidades de acesso a bens e serviços de saúde. E reestruturar o modelo assistencial através do processo de distritalização da saúde com foco na gerência de território.

METODOLOGIA

Realizou-se a análise de situação a partir de indicadores de saúde, assistenciais e de condição de vida a fim de verificar as desigualdades em sua distribuição e definição de grupos prioritários de intervenção. Para o diagnóstico das condições de saúde do município foram analisados indicadores de natalidade, de morbidade e de mortalidade por bairro e distrito sanitário. Para análise dos diferenciais intra-urbanos de condição de vida da população foi criado um Indicador Sintético de Risco (ISR), baseado na técnica de formação de escores, através da utilização de dados do Censo-2000 (IBGE) referentes à

habitação, educação e renda. O ISR foi agregado em quartis correspondendo a estratos de risco, tais informações foram georreferenciadas e agregadas por bairro e por setor censitário, o que permitiu uma análise mais detalhada, possibilitando a observação dos diferenciais existentes no mesmo bairro.

Além disto, foi realizada uma análise da distribuição espacial da rede assistencial através do georreferenciamento das unidades de saúde com utilização do Sistema de Posicionamento Global (GPS), verificando a cobertura da assistência no município bem como a distribuição das unidades de saúde segundo áreas de risco de acordo com ISR.

Os indicadores avaliados revelam a heterogeneidade espacial e social do município que aponta para a necessidade urgente de descentralização do sistema de saúde. Tal necessidade corrobora com uma das prioridades levantadas pela equipe técnica da secretaria de saúde e pelo controle social do município que é a distritalização das ações de saúde, o que possibilitaria maior eficiência na gestão do sistema.

A distritalização das ações de saúde pode ser utilizada para reorientação de sistemas de saúde, considerando a heterogeneidade do espaço urbano e a diversidade da situação de saúde segundo as condições de vida das populações inseridas nos distintos territórios.

A descentralização das ações da Assistência e da Vigilância a Saúde através da implementação da gerência de território tem sido uma das estratégias adotadas para facilitar e efetivar o processo de distritalização da saúde.

PRODUTOS

O diagnóstico realizado e o uso do geoprocessamento está subsidiando o planejamento de ações voltadas a grupos prioritários de risco, como a estruturação do projeto de expansão do Programa de Saúde da Família através da identificação de áreas de maior prioridade para implantação e expansão do programa, bem como definição de áreas de expansão do PACS. Além disto as informações geradas por esta avaliação tem ajudado a estabelecer



critérios para divisão das micro-áreas dos distritos e orientar a estruturação da Gerência de Território.

Gerenciar um território é apropriar-se da realidade local a partir de um diagnóstico das condições de vida e de saúde da comunidade para junto os profissionais e movimentos sociais locais ajudar a construir o planejamento das ações e ampliar a participação do controle social na gestão da saúde.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O uso de tecnologias da informação se constitui numa poderosa ferramenta para o planejamento das ações de saúde. Conhecer a realidade de Jaboatão dos Guararapes é mais que uma necessidade constitui-se um desafio. Porque a cada momento, descobre-se particularidades que revelam as contradições das formas de viver e adoecer do povo de Jaboatão. Apropriar-se dessa realidade e desenhar novos caminhos para gerir a saúde nesse município tem sido o objetivo da equipe que hoje compõe a secretaria de saúde.

A gerência de território tem sido utilizada como estratégia de gestão em Jaboatão dos Guararapes para efetivar o processo de distritalização, mas ainda é um conceito inacabado, em permanente construção.

Um dos resultados mais positivos dessa experiência tem sido a integração das diretorias gerais da secretaria de saúde, a sensibilização, comprometimento e pactuação de parcerias entre a equipe técnica do nível central e os profissionais que atuam na rede.

O desafio de produzir mudanças no cenário de saúde de Jaboatão dos Guararapes está posto e esse caminho tem sido construído todo dia, no caminhar cotidiano daqueles que acreditam-trabalhando pela saúde de Jaboatão.



ALIMENTAÇÃO ALTERNATIVA E REMÉDIOS CASEIROS

Autor Principal: Lucely Morais Pio

Outros Autores: Adriana Rodrigues Ferreira Farias

Instituição: CAPS - Centro Atenção Psicossocial

Município: Mineiros

Estado: Goiás

INTRODUÇÃO

Este programa tem por finalidade aumentar a qualidade de vida da população, diminuindo a desnutrição de crianças, gestantes, idosos, reposição de hormônios com suplementos naturais dentre outros.

No Centro de Atenção Psicossocial (Cap's) o procedimento é consorciado entre o convencional e o alternativo possuindo uma alimentação enriquecida, equilibrada de acordo com prescrição médica.

OBJETIVOS

GERAL:

- Proporcionar alimento alternativo as pessoas e em especial aos usuários do SUS e outros.

ESPECIFICO:

- Saúde - Suplemento alimentar alternativo, aproveitamento das folhagens e resíduos de alimentos na composição de receitas nutritivas; valorização da alimentação natural; a preservação da cultura alimentar milenar dos quilombolas e diminuição de custos com a utilização dos recursos caseiros no tratamento consorciado.

- Meio ambiente - Extração consciente das matérias primas, replantando e preservando as espécies utilizadas nas elaborações receitas; diminuição de lixo com o desperdício; valorização do ecossistema.

- Social - Incentivo ao plantio de hortas caseiras; aumento do rendimento financeiro familiar (através de agregação de valores aos produtos cultivados); terapia ocupacional (especial para crianças e idosos) como incentivo de geração de emprego e renda extra.

PROPOSITO

Ensinar o aproveitamento dos alimentos os quais poderão ser adotado no leito familiar, melhorando a qualidade de vida com recursos preventivos naturais.

METODOLOGIA

O trabalho feito é realizado diariamente, exceto feriados e finais de semana, nos bairros, com ajuda dos moradores e agentes comunitárias.

Em especial no Cap's (Centro de Atenção Psicossocial) este programa é desenvolvido todas as terças feiras, das 8:30 às 11:30 hs pela coordenadora da Alimentação alternativa (Lucely Morais Pio) e a Assistente Social (Simone Cordeiro Carvalho) e a Palestrante (Adriana Rodrigues Ferreira Farias).

São atendidos na cozinha do Cap's nove pacientes do sexo feminino, as quais são instruídas como processar os alimentos, tornando-os altamente nutricionais e também como preparar o chá que serve de calmante e sonífero. Além, de receberem as instruções são alimentadas pelo produto elaborado consorciando com o tratamento clínico médico e os procedimentos naturais do Cap's.

Todas as semanas são confeccionadas três cardápios diferentes, como por exemplo:

- Alimentar - Fanta natural (feito a partir da cenoura, limão e laranja); - Bolo de multi-mistura (folhas verdes de cenoura, beterraba, mandioca, batata, taioba, gengilim, farelo de arroz, pó da casca do ovo) além dos ingredientes naturais como: farinha de trigo, açúcar, leite, ovos, fermento e outros; - Farofa de banana da terra (feita com casca, multi-mistura, folhas verdes, farinha de mandioca e margarina); - Pão mandir multi-mistura (folhas verdes de cenoura, beterraba, mandioca, batata, taioba, gengilim, farelo de arroz, pó da casca do ovo) além dos ingredientes farinha de trigo, cara de inhame, açúcar, leite, ovos, óleo de soja e fermento e Paçoca alternativa, composta de amendoim, gengilim, farinha de mandioca e a multi-mistura;

- Chás - Melissa (calmante e sonífero) é feito com um litro de água para 20 gramas da erva com 5 ml de mel abelha Europa; - Camomila (calmante e anti-depressivo) é feito com um litro de água para 20 gramas da erva com 2 ml de mel abelha Europa; - Erva cidreira (calmante e anti-depressivo) é feito com um litro de água para 20 gramas da erva com 2 ml de mel abelha Europa e - Hortelã miúdo (digestivo) é feito com um litro de água para 20 gramas da erva;

- Xaropes - Rapadura de cana com as ervas caseiras;

PRODUTOS

Alimentos preparados são altamente nutritivos a partir de produtos naturais enriquecido de multi-mistura (folhas verdes de cenoura, beterraba, mandioca, batata, taioba, gengilim, farelo de arroz, pó da casca do ovo) produzindo desde: bebidas (fanta), sólidos (bolo,



farofa, paçoca, pão e outros) e chás (melissa, camomila, erva cidreira, hortelã e outros) e xaropes (tosse, expectorantes, anti-alérgico e anti-anêmico).

RESULTADOS ALCANÇADOS

Os pacientes acompanhados deste procedimento não possuem anemia, tem maior vigorosidade, estímulo ao trabalho e sua recuperação em consórcio com o tratamento convencional tem sido acelerado em decorrência o suplemento alimentar.

VIVÊNCIA

FACILIDADES

- Matéria prima em abundância colocada à disposição pela natureza;
- Entrosamento profissional do grupo;
- Local apropriado para desenvolver o processamento dos alimentos;
- Apoio do poder público via Secretaria da Saúde;
- Conhecimento e manipulação dos produtos naturais (via conhecimento cultural dos quilombolas);
- A forma de preservar a biodiversidade na proteção das espécies que são benéficas aos seres humanos, através da exploração consciente da matéria prima extraída da natureza.

DIFICULDADES

- Veículo para conduzir as pessoas e as matérias primas ao local onde serão preparados os alimentos caseiros (alternativos);
- Treinamento com os profissionais de saúde para incentivar os pacientes a aderir a alimentação natural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O espírito empreendedor proporciona forças para conduzir este trabalho através da preservação de conceitos e cultura dos quilombolas.

É muito dignificante quando presenciamos a recuperação de pessoas debilitadas, através de resultados consorciados entre o tratamento convencional e o alternativo, prolongando a sua faixa etária.

Além de agirmos conscientes na preservação dos recursos naturais, renovando o plantio das espécies extraídas do solo. Despertando o interesse na qualidade de vida das pessoas, inclusive das crianças nas palestras que enfoca alimentação, saúde e o aproveitamento da matéria.

Resgatando a cultura geral em especial a socialização e valorização dos conhecimentos quilombolas. Conceito este, que vem sendo passando de geração para geração.



ANÁLISE DO PERFIL DE MORBIMORTALIDADE NO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA

Autor Principal: Lúcia Regina Ortiz Lima

Outros Autores: Norma Sueli Roza Tositto e Rosângela Oglair Cintra

Instituição: Prefeitura do Município de Araraquara

Município: Araraquara

Estado: São Paulo

RESUMO

O conhecimento do perfil epidemiológico é importante para o planejamento das ações de saúde. As dificuldades quanto aos bancos de dados de morbidade também é de conhecimento, o que ressalta a importância dos bancos de dados de mortalidade.

Com a pactuação dos municípios de gestão plena em 1998, tornou-se obrigatório a implantação do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) pelos municípios, colocando as equipes em contato com esta importante fonte de informação.

Com muitas dificuldades, essa equipe iniciou a implantação que, após alguns anos resultou em um instrumento fundamental de planejamento de todo o serviço municipal.

JUSTIFICATIVA

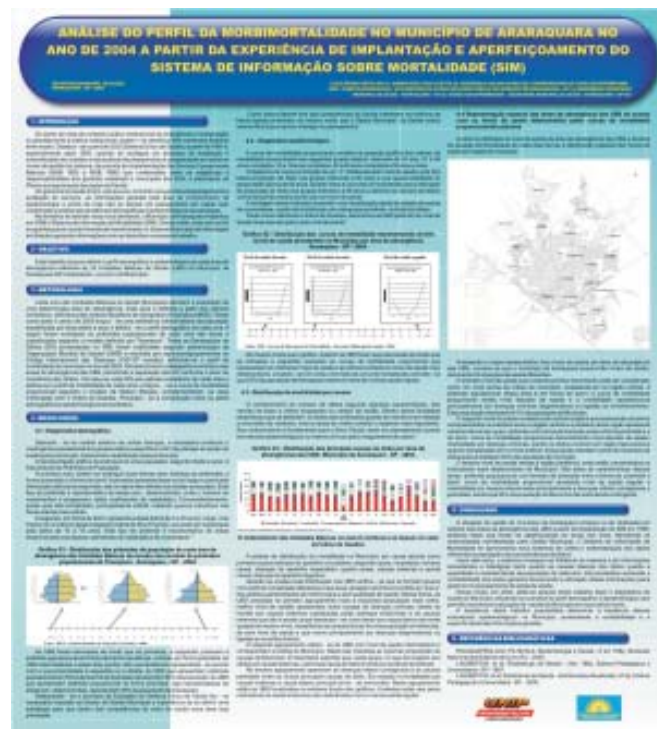
O perfil da morbimortalidade é um importante indicador epidemiológico para o planejamento das ações de saúde e de outros segmentos municipais. Nas cidades de porte médio, o perfil definido a partir de dados gerais nem sempre retrata a realidade. Assim, é importante conhecer a morbimortalidade agrupada em setores, quais sejam distritos sanitários, áreas de abrangência de Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou qualquer outra divisão que se fizer necessária para buscar-se maior efetividade das ações de controle.

OBJETIVO

O presente trabalho buscou definir o perfil da mortalidade de cada área de abrangência referentes às 22 Unidades Básicas de Saúde do município de Araraquara- SP, comparando-o com o do município.

METODOLOGIA

Em primeiro lugar, traçou-se o perfil da mortalidade no município em caráter geral. Em seguida delineou-se o mesmo perfil da população setorizada em áreas de abrangência das



Unidades Básicas de Saúde(UBS) e, finalmente, procedeu-se a comparação entre os perfis encontrados. Utilizou-se como técnica de trabalho o agrupamento de todas as Declarações de Óbitos Infantis (DO) emitidas e captadas pela Secretaria Municipal da Saúde através do SIM que foram codificadas segundo padronização da Organização Mundial de Saúde (OMS) e agrupadas por causa básica de óbito A seguir, as mesmas foram reagrupadas por capítulo e agrupamentos do Código Internacional das Doenças (CID-10ª revisão) o que definiu o perfil de mortalidade do município. Na seqüência, na tabela referente ao bairro do SIM, catalogaram-se todos os bairros do município incluindo-os em áreas de abrangência das UBS aos quais pertenciam, o que permitiu que, através do Tabwin do Sistema, se fizesse a separação das DO conforme o setor de abrangência da ocorrência. A seguir, para que se pudesse ampliar e detalhar o conhecimento da população de cada área de abrangência, vinculou-se cada uma aos setores censitários definidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Assim, traçou-se uma estimativa intercensitária



da população estratificada por faixa etária de cada área de abrangência para o ano de 2004 e definiu-se o perfil da mortalidade por cada área, complementando-se as informações geradas pelas variáveis do SIM com as variáveis setorizadas do IBGE. Esse procedimento configurou-se num sistema complementar de informação e conferiu dados detalhados sobre as características da população de cada setor e o reconhecimento mais abrangente da situação de saúde por grupos populacionais e da diversidade de cada área..

RESULTADOS

Os resultados foram os seguintes: O perfil de mortalidade de Araraquara apresentou como primeira causa de morte doenças do aparelho circulatório, seguido por doenças do aparelho respiratório, neoplasias e causas externas. Analisado por área de abrangência o quadro se alterou. Em todas as áreas a primeira causa de morte foram as doenças do aparelho circulatório, mas os outros agravos alternaram de posição e causa propriamente dita.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificaram-se quatro perfis de mortalidade no município. Esse resultado mostra a importância de se analisar a mortalidade sob o ângulo da setorização por área de abrangência das UBS, já que estas apresentaram perfis diferentes que, conseqüentemente, demandam intervenções diferentes do governo municipal frente a cada situação de saúde caracterizada.



DESCENTRALIZAÇÃO EM PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES E ASSESSORIA

Autor Principal: Luciene Maria de Carvalho

Outros Autores: Iane Sousa Veloso Ribeiro

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde

Município: Araguaína

Estado: Tocantins

INTRODUÇÃO

A Prevenção de Incapacidades físicas, ainda representa para o Brasil um compromisso a ser assumido, por todos os profissionais que atuam junto ao diagnóstico e acompanhamento dos casos de Hanseníase.

As ações de controle da hanseníase no Município de Araguaína – TO iniciou sua descentralização à partir de 2003. Havia no Município apenas uma unidade notificadora o Hospital de Doenças Tropicais (H.D.T) que centralizava o diagnóstico, tratamento e prevenção de incapacidades. À partir de 2005 após a capacitação de 56 profissionais de nível superior iniciou-se a intensificação das ações descentralizadoras, dando ênfase na Prevenção de Incapacidades (PI) Através de uma assessoria técnica junto as unidades de saúde.

JUSTIFICATIVA

Devido à necessidade de monitoramento da função neural, tornou-se imprescindível à intensificação das ações na prevenção de incapacidade no diagnóstico ,acompanhamento mensal, alta e intercorrências, evitando assim a evolução e instalação de deformidades.

OBJETIVOS

Promover o acompanhamento de todos os casos detectados;

Detectar alteração neural nos casos novos, em tratamento e pós-alta;

Assegurar a integridade física e emocional dos pacientes;

METODOLOGIA

A intensificação das ações descentralizadoras iniciou-se em 2005 com a capacitação de Prevenção de Incapacidades (PI) para 56 profissionais de nível superior da atenção Básica de Saúde PACS/PSF realizada pela Divisão de Vigilância Epidemiológica (D.V.E) e assessoria técnica em prevenção de incapacidades junto as unidades básicas de saúde.

PRODUTOS

Com a intensificação das ações de Prevenção de Incapacidades (PI) e assessoria técnica, conseguimos um percentual 99,9% de pacientes avaliados no diagnóstico e na alta, como mostra tabela e gráfico à seguir:

ANO	Nº. CASOS	GRAU II Dig./Alt.	GRAU I Dig./Alt.	GRAU ZERO Dig./Alt.	NÃO AVALIADO	REG. ATIVO
2003	09	0/0	0/0	7/7	01	00
2004	77	9/5	11/6	56/46	00	02
2005	109	4/0	21/4	83/59	01	44

A promoção anual de uma campanha educativa, divulgando sinais e sintomas da Hanseníase junto a população, nos trouxe experiências gratificantes.

A capacitação dos profissionais de nível superior em Prevenção de Incapacidades (PI) fortaleceu o acompanhamento das possíveis alterações da função neural nos pacientes diagnosticados.

A entrega de kits contendo todo material inerente a Prevenção de Incapacidades (PI) veio de encontro à necessidade de monitoramento da função neural dos pacientes.

A assessoria técnica junto às unidades de saúde e profissionais da atenção básica PACS/PSF, buscou solucionar as dificuldades encontradas, referentes ao diagnóstico e Prevenção de Incapacidades (PI).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados alcançados com a assessoria técnica em Prevenção de Incapacidades (PI), sob a coordenação da Vigilância Epidemiológica nos tornou claro que é necessário buscar medidas que possam proporcionar aos profissionais a solução das dificuldades encontradas durante o acompanhamento dos casos diagnosticados.

Mediante os registros no ano de 2003, houve um aumento significativo em 2005 relacionados à avaliação na Prevenção de Incapacidades (PI), tanto no diagnóstico quanto alta, que nos fez atingir os objetivos propostos pela descentralização.



FUNCRAF E SEUS PASSOS PELA HISTÓRIA

Autor Principal: Lucimara Silva Mangas Catarino

Outros Autores: Renata Pedro Baptista; Káscia Neves Dantas

Instituição: FUNCRAF - Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Crânio-Faciais/MS

Município: Campo Grande

Estado: Mato Grosso do Sul

A Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Crânio-Faciais – FUNCRAF, é pessoa jurídica de direito privado, entidade sem fins lucrativos, de caráter assistencial e filantrópico, declarada de utilidade pública nos níveis Federal, Estadual e Municipal, com sede e foro em BAURU/SP.

Criada em 22/07/1985 teve por objetivo inicial apoiar as atividades assistenciais, técnicas, científicas e de ensino do Hospital da Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC, da Universidade de São Paulo, carinhosamente conhecido como Centrinho.

Para melhor atender seus propósitos e descentralizar a demanda excessiva de pacientes do HRAC/USP, passou a oferecer assistência e tratamento ambulatoriais através do Sistema Único de Saúde – SUS, cadastrando e atendendo novos casos em suas subsedes instaladas em Campo Grande/MS, São Bernardo do Campo/SP e Itararé/SP.

A atuação de suas equipes especializadas e interdisciplinares segue a filosofia de trabalho e os protocolos adotados no Centrinho, garantindo a continuidade e a qualidade do tratamento ao paciente e apoio à sua família.

A FUNCRAF – MS está instalada em Campo Grande desde 2000, onde atende atualmente 5.964 pacientes. A equipe é formada por 35 funcionários com especialidades nas áreas de Medicina (pediatria, otorrinolaringologia, neurologia), Odontologista (ortodontia, odontopediatria e odontologia geral), Fonoaudiologia (audiologia, linguagem e fissura), Psicologia, Nutrição, Enfermagem e Serviço Social.

OBJETIVOS

Buscar junto à população com fissura labiopalatal e deficiência auditiva, atividades dos campos da assistência social, da saúde, da ciência, tecnologia e da pesquisa, promovendo o bem estar social e integrando o público atendido ao convívio natural em sociedade, de modo que seus direitos sejam garantidos.

Na área de fissura, a Instituição realiza atendimento ambulatorial, preparando e acompanhando o paciente no pré e pós-cirúrgico.

Na área de audição a FUNCRAF diagnostica, protetiza, acompanha e (re) habilita os pacientes com deficiência auditiva.

EM BUSCA DO CAMINHO

Como toda Instituição em franco desenvolvimento, a FUNCRAF/MS, vence dificuldades e ultrapassa limites. Cresce em qualidade dos serviços prestados e em número de pessoas atendidas.

Através da descentralização dos atendimentos, realizamos um fundamental trabalho de reabilitação e reintegração de seres humanos especiais.

A meta é expandir os atendimentos e implementar as atividades sempre mantendo o padrão de qualidade dos serviços. Buscando a participação dos usuários na elaboração do planejamento e avaliação das ações.

OS RESULTADOS ALCANÇADOS

Já são inúmeros os pacientes atendidos e os procedimentos realizados

Pacientes Matriculados	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Fissuras Labiopalatais	349	524	658	791	927	1.043
Deficiência Auditiva	138	459	1.221	2.106	3.198	4.489
Total	487	983	1.879	2.897	4.125	5.532

Pacientes Protetizados	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	Total
Nº de AASis Adaptados	--	661	712	1.255	1.602	1.888	800	6.918
Nº de Pacientes Adaptados	--	339	376	681	813	1.009	425	3.643

Uma conquista da FUNCRAF/MS é o diagnóstico precoce do deficiente auditivo encaminhados pelas maternidades da capital e do interior, que realizam através das triagens neonatais.

Os bebês confirmados como deficientes auditivos, são protetizados até os seis meses de idade garantindo desta forma, desenvolvimento de linguagem adequada. Os que não apresentam deficiência auditiva são acompanhados periodicamente para o processo maturacional.

O Estado do Mato Grosso do Sul possui 78 municípios, sendo que atualmente a FUNCRAF/MS, atende 100% do Estado, ou seja, todos os municípios.



SEIS ANOS E INÚMERAS CONQUISTAS

No dia 29/06/06, a FUNCRAF/MS, completará seis anos de existência, com inúmeros desafios enfrentados. Com integração e união de forças, aprendemos, trocamos informações, experiências e a cada dia superamos uma pequena parcela dos nossos desafios e somamos conquistas, parceiros e amigos. Pais, familiares e agentes da população auxiliam em campanhas para a subsede Campo Grande. A associação de Apoio aos Portadores de Anomalias Craniofaciais do Mato Grosso do Sul (APAF), tem participação fundamental, pois tem por finalidade prestar assistência social aos portadores de fissura lábio palatal e deficiência auditiva, visando proporcionar condições favoráveis à continuidade do tratamento.

Enfim...

Acreditar na pessoa com deficiência, defender seus direitos, trabalhando pela valorização de suas potencialidades e serem desenvolvidas com o auxílio profissional, são os fundamentos de todas as ações FUNCRAF.



A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE EM SANTA ROSA – RS

Autor Principal: Luís Antônio Benvegnú

Outros Autores: Fabiana Breitenbach

Instituição: Fundação Municipal de saúde de Santa Rosa/UNIJUÍ

Município: Santa Rosa

Estado: Rio Grande do Sul

O município de Santa Rosa foi pioneiro na municipalização da Saúde aderindo a gestão semi-plena ainda em novembro de 1994. O sistema municipal de saúde foi, desde o início, alicerçado na rede básica, utilizando a estratégia da Saúde da Família e da Atenção Primária à Saúde – APS. O estabelecimento da referência e contra-referência e a negociação direta do gestor com os hospitais e demais prestadores de serviços de saúde, asseguraram a integralidade e resolutividade ao sistema.

Para fazer frente às novas responsabilidades advindas da municipalização semi-plena e da organização da rede básica, foi criada a Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa – FUMSSAR – que garantiu ao gestor agilidade administrativa e possibilidade de desenvolvimento de um Plano de Carreira Cargos e Salários (PCCS) que permitisse superar a tradicional precariedade existente na contratação de profissionais de saúde.

Neste trabalho vamos apresentar algumas iniciativas desenvolvidas em Santa Rosa na área administrativa, na organização da rede assistencial e no controle social, que asseguram a integralidade da atenção à saúde no município.

Na FUMSSAR foi criado um Departamento específico para o gerenciamento da Atenção Básica em Saúde, o DABS. A Atenção Primária à Saúde é realizada numa rede de Unidades Básicas de Saúde em 14 territórios delimitados e com população adstrita. A organização dos serviços segue a estratégia de saúde da família, sendo que cada equipe conta com Médico de Família e Comunidade, Enfermeiro, Dentista e equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem e auxiliares de consultório dentário. Três unidades oferecem atendimento de pediatria e Ginecologia, servindo de referência para as demais. Outros profissionais, como nutricionistas, psicólogos e psiquiatras, atuam como apoiadores em forma de rodízio nas unidades realizando atendimentos individuais e consultorias para os profissionais das equipes. O atendimento nas demais especialidades é realizado através da referência e contra-referência em serviços conveniados/contratados e nos dois hospitais do município.

Cada unidade conta com um coordenador que além das responsabilidades administrativas, tem a tarefa de encaminhar as discussões sobre o processo de trabalho, questões técnicas, promover a integração da equipe e estabelecer a relação com a

comunidade. A equipe realiza uma reunião semanal e quinzenalmente os coordenadores de unidade se encontram para efetivar a articulação entre as diversas unidades, o gestor e os demais serviços do sistema municipal de saúde. As equipes dos Postos têm autonomia para decidir com a população, em reuniões com os moradores da área, o funcionamento das unidades (horários, agendamentos, atendimentos específicos para grupos prioritários, etc...).

Cabe destacar que o sistema desde o princípio cobre 100% da área do município e que a população adstrita foi cadastrada e emitiu-se cartão municipal de saúde ainda em 1998. A definição do território de cada Posto de Saúde contou com intensa participação popular. A proposta do gestor foi levada à discussão em mais de 80 reuniões nas comunidades, os princípios da APS foram explicados e a área de atuação definida em conjunto com a população e com a equipe. Neste processo foram definidos os territórios das áreas já existentes e projetada a ampliação do sistema com a definição das novas áreas que só vieram a se concretizar anos mais tarde. Assim, foi possível evitar as influências de políticos oportunistas que iludem a comunidade com promessas de unidades de saúde e, muitas vezes, acabam construindo unidades em desacordo com o planejamento existente. A participação da comunidade na discussão da proposta apresentada pelos técnicos demonstrou-se efetiva para a identificação de iniquidades, de características culturais, religiosas e de barreiras geográficas na definição dos territórios.

O PCCS estabeleceu a contratação de profissionais em regime de Dedicção Exclusiva através de concurso público, remunerando com salários melhores do que a média nos municípios da região, buscando oferecer segurança e satisfação aos trabalhadores em saúde. A superação da precariedade permitiu a contratação de profissionais comprometidos com os princípios do SUS e diminuiu a rotatividade nas equipes aumentando o vínculo com a comunidade.

A participação dos trabalhadores no sistema de saúde inclui uma reunião mensal onde participam todos os profissionais e outra com os trabalhadores de cada categoria. A primeira destina-se a discussão das atividades de “campo”, onde discute-se o planejamento das ações de saúde, o processo de trabalho nas equipes, a padronização de ações na rede básica, a elaboração conjunta de Protocolos Assistências, etc. Enquanto a segunda



destina-se à educação permanente em assuntos do “núcleo” específico de cada categoria. Para a elaboração dos Protocolos Assistências foram constituídos grupos de trabalho com os próprios trabalhadores da rede, contando com um profissional de cada categoria incluídos o nível médio e os agentes comunitários de saúde. Foram elaborados protocolos para grupos prioritários como a Saúde da Criança e Saúde da Mulher, bem como para a atenção a patologias específicas como o Diabetes e a Hipertensão. O trabalho elaborado pelos grupos era apresentado ao conjunto de trabalhadores e a aprovação feita por consenso, desta forma, respeitados os aspectos técnico-científicos, a proposta final refletia também a possibilidade de aplicação prática na realidade vivenciada pelos profissionais no cotidiano e garantiu a efetividade das ações preconizadas nas unidades da rede básica. As unidades da rede são campo de estágio para alunos dos curso preparatórios para Técnicos de Enfermagem, Alunos de Graduação em Enfermagem, Psicologia e Nutrição e no anos de 2006 foi criado o Programa de Residência em Medicina de Família e comunidade em convênio com a UNIJUÍ.

Nas unidades básicas é que se estabelece o vínculo com os usuários, com a família e com a comunidade. A articulação com os demais setores da FUMSSAR busca subsidiar e fortalecer a atuação das equipes. O sistema de informações, por exemplo, fornece às unidades a lista de nascidos vivos semanalmente e as informações das internações hospitalares mensalmente. As investigações das doenças de notificação e dos óbitos (fetais, infantis, mulheres em idade fértil e por câncer de mama e colo de útero), são realizadas pelas equipes e enviadas ao setor de vigilância epidemiológica. Além disso, é elaborado anualmente um Boletim Epidemiológico para disseminar as informações coletadas pelas equipes, valorizando o trabalho de todos e incentivando a produção de informações corretas e precisas.

A participação da população tem papel fundamental na estruturação do sistema. Verifica-se a participação nos espaços institucionais, garantidos pela lei 8.142, como o Conselho Municipal de Saúde – CMS – e as conferências municipais. O CMS tem 72 membros, realiza reuniões quinzenais com mais de 75% de presenças. As Conferências Municipais, precedidas por fases preparatórias compostas por micro-conferências em cada comunidade e pré-conferências em cada território, o processo dura três meses, envolve cerca de 20% da população adulta da cidade e são realizadas de dois em dois anos.

A participação popular também foi importante na ampliação da rede assistencial. A definição da ampliação da rede de unidades e alocação de profissionais se deu no CMS utilizando os seguintes critérios: dificuldade de acesso, tamanho da população, indicadores epidemiológicos, situação sócio-econômica e infra-estrutura pré-existente. Para cada indicador os membros do CMS atribuíram valores (+ e -) por consenso, a matriz resultante apontou a

seqüência a ser seguida na ampliação da rede de unidades que, mesmo com troca de grupo político na administração municipal, foi seguida pelos gestores.

Nestes quase 13 anos de municipalização muitas foram as dificuldades encontradas para a atenção integral à saúde. Acreditamos que a busca de soluções inovadoras passa por um conjunto de ações que podem ser resumidos em três pilares fundamentais: a vontade política, a participação dos trabalhadores em saúde e o controle social efetivo.



CONSTRUINDO UMA VIDA SAUDÁVEL

Autor Principal: Luís Fernando Nogueira Tofani

Outros Autores: Jorge Antonio; Kléber Salvador Zechin; Nair Pereira da Silva e

Nanci Gouveia Martinuzzo

Instituição: Secretaria de Saúde de Várzea Paulista

Município: Várzea Paulista

Estado: São Paulo

A construção da Saúde Coletiva no município de Várzea Paulista a partir de janeiro de 2005 tem sido um grande desafio para a atual gestão da Secretaria de Saúde devido ao modelo assistencial anteriormente implantado e à centralização das ações de Vigilância em Saúde em órgãos isolados – Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Controle de Zoonoses – que, sem planejamento e diagnóstico local, realizavam ações programáticas de maneira alienada, não integradas às práticas da rede assistencial e sem o envolvimento da comunidade e da rede social.

Nosso objetivo tem sido a promoção de saúde na busca da atenção integral aos indivíduos e à comunidade, fortalecendo o SUS em Várzea Paulista. Através da territorialização cada unidade de saúde fez seu diagnóstico local, elegendo prioridades e executando ações de vigilância em saúde de forma autônoma sob matriciamento do Departamento de Saúde Coletiva, monitoradas por indicadores locais, através da educação permanente, da participação popular e da intersetorialidade com apoio da rede social adscrita. Como exemplos temos: O planejamento e a implantação do Programa DST/AIDS, a mudança da metodologia para o Programa de Combate à Dengue, a descentralização da Busca Ativa e Tratamento Supervisionado para Tuberculose, o Programa Crescendo para uma Vida Melhor em parceria com a Secretaria de Educação na formação de agentes multiplicadores adolescentes, a criação da Vigilância Ambiental em Saúde com descentralização dos agentes de saneamento e da recepção de denúncias e reclamações, o Programa de Posse Animal Responsável e diversas ações e projetos locais.

As equipes locais das unidades de saúde passaram a conhecer melhor, a diagnosticar, a planejar e executar ações de Saúde Coletiva de acordo com a realidade do seu território de abrangência e da população adscrita. Apesar do pouco tempo de implantação a experiência já apresenta resultados concretos como: ações de prevenção às DST/AIDS realizadas em toda a rede assistencial, o decréscimo do índice de Breteau de 0,8 (04/2005) para 0,5 (11/2005), a elevação do índice de cura da tuberculose de 65%(2004) para 95%(2005) com a implantação do Tratamento Supervisionado descentralizado para 100% dos casos, o envolvimento da Secretaria de Educação no programa para adolescentes, cuja temática sobre Álcool, Drogas, Sexualidade, DST é desenvolvida nos

estabelecimentos de ensino em parceria com as Unidades de Saúde, a otimização da Campanha de Vacinação contra Raiva, entre outros.

O processo vem sendo muito rico, tendo como facilitadores a pré-disposição da equipe do Departamento de Saúde Coletiva, a diretriz clara de governo da Secretaria Municipal de Saúde e a receptividade da população envolvida nos projetos locais. As maiores dificuldades têm sido a falta de capacitação dos profissionais das unidades em Vigilância em Saúde e a dificuldade em formar equipes autônomas.

A integração da Rede Assistencial com a Vigilância em Saúde através da descentralização das ações de Saúde Coletiva, da Territorialização, da Intersetorialidade, da Educação Permanente e da Participação Popular tem sido importante instrumento na construção da Integralidade na Atenção à Saúde no SUS em Várzea Paulista.



PROGRAMAÇÃO PARA GESTÃO POR RESULTADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Autor Principal: Luis Fernando Rolim Sampaio

Outros Autores: Plínio Roberto Perdígao Sales; Antonio Dercy Silveira Filho; Dmitri Araújo da Silva

Instituição: Ministério da Saúde

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

A programação das ações das equipes de atenção básica como parte do processo de planejamento de suas atividades é uma necessidade tanto para equipes como para a gestão e o gestor local. O esforço de construção de um instrumento que ao mesmo tempo permita a programação das ações e serem realizadas por equipes de atenção básica, a explicitação de compromissos entre equipes, gestores e conselhos locais e municipais, a busca de integração com indicadores de resultados e a integralidade do cuidado e da atenção incorporando ações programáticas, demanda espontânea, ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação bem como apontando demandas para outros serviços dentro do sistema de saúde a partir das equipes de AB foi um desafio que inicia sua superação. O ProGRAB é um software para programação das ações das equipes de atenção básica, que teve seu desenvolvimento iniciado no segundo semestre de 2002 pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que contou com a parceria do Conselho de Secretários de Saúde – CONASS em 2004 e 2005, e que foi finalizado e testado em municípios dos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Sergipe e Amazonas pelo Ministério da Saúde, em 2006. As bases do software foram propostas concomitantemente à elaboração da dissertação de mestrado de Luís Fernando Rolim Sampaio, sob orientação de Carmen Fontes Teixeira e co-orientação de Ana Luiza Vilas Boas. Foi realizada uma “análise crítica da programação da atenção básica - PPI/AB, 2001/2002” como parte do mestrado profissionalizante em gestão de sistemas de saúde, promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Bahia -ISC – UFBA que permitiu avançar na concepção proposta para a programação da atenção básica incorporando as discussões da integralidade na programação. Assim a construção e a disponibilização desse instrumento visam apoiar o trabalho das equipes da atenção básica nos municípios.

OBJETIVOS

O ProGRAB visa atender a uma demanda dos gestores e das equipes de atenção básica e saúde da família que frequentemente

solicitam orientações sobre como programar suas ações na AB de forma integrada. Também busca aproximar as equipes, da ponta do sistema, de um instrumento de programação que possua interlocução com a Programação Pactuada e Integrada e o Pacto da Atenção Básica, e que, ao mesmo tempo, seja pertinente ao processo de organização das práticas das equipes.

Para atender a esses propósitos, uma das premissas desse instrumento foi a flexibilidade. Desde o início de sua construção, buscou-se viabilizar soluções de informática que permitissem modificações, inclusões e exclusões de áreas, atividades e parâmetros, possibilitando a adequação às realidades locais de cada município e equipes, ao mesmo tempo em que apresenta os parâmetros nacionais como orientadores para o processo de programação.

O sistema é disponibilizado em CD ou para download na página www.saude.gov.br/dab, em software livre e com instalação fácil, sem grandes exigências tecnológicas de hardware, e permite aos gestores e equipes modificar o que for considerado necessário, para adequação ao processo de programação local.

Para além da programação local, o ProGRAB pode ser um instrumento de pactuação das equipes da atenção básica, com os gestores locais e também com os conselhos de saúde. A explicitação do compromisso das equipes, com a população adscrita, desde as ações assistenciais até as intersetoriais e pluriinstitucionais permite ao gestor e aos conselhos um acompanhamento *pari passu* do trabalho das equipes da atenção básica. Para tal é imprescindível a participação efetiva das mesmas nas fases anteriores de planejamento das ações, incluindo as definições de problemas e ações prioritárias. O instrumento fará o registro do que foi proposto, e explicitará os compromissos de atendimento da população adscrita à essa equipe.

METODOLOGIA

O software foi desenvolvido pela equipe do DAB e utilizou informações e parâmetros de várias áreas técnicas do Ministério da Saúde. Buscou-se elaborar uma proposta de parâmetros, como subsídio à programação da atenção básica, norteada pela lógica das necessidades de serviços para a população.



Para construção dessa proposta levou-se em consideração a cobertura e concentrações ideais segundo normas técnicas do Ministério da Saúde, consensos de especialistas, publicações de organismos internacionais, programações realizadas por secretarias estaduais e municipais nos últimos anos e, estudos de série histórica nacional de produção de procedimentos para os itens de urgência básica.

A proposta buscou a flexibilização de todos os parâmetros propostos para que cada município/equipe faça as adaptações necessárias ao perfil etário de sua população e à realidade epidemiológica de seu território.

O detalhamento da proposta permite uma programação mais minuciosa dos serviços, destacando-se em cada um dos ciclos de vida e agravos principais, suas prioridades, reservando-se uma parte das ações à demanda espontânea, bem como às ações de abrangência populacional, classicamente consideradas ações de promoção da saúde.

O ProAB apresenta 14 áreas de programação, mas o município e a equipe que tiver utilizando-o poderá acrescentar novas áreas, e excluir ou modificar as existentes.

A programação deve ser feita como um dos momentos do processo de planejamento, visando a explicitação de compromissos entre equipes, gestores e população usuária.

Para isso deve-se:

- Definir a área de abrangência da unidade básica que realizará a programação.

- Avaliar o cadastro atualizado da unidade e dos profissionais para verificar a capacidade instalada calculando os parâmetros de rendimento de profissionais e equipamentos.

- Levantar os dados populacionais da área adscrita, por faixa etária e gênero, para fins de cálculo das coberturas assistenciais. Os dados populacionais por gênero e faixa etária permitirão os cálculos de cobertura das ações para cada ciclo de vida e ações de importância epidemiológica;

- Definir os parâmetros de cobertura para programação das ações e serviços de saúde correspondentes aos diversos grupos e subgrupos de ações finalísticas da atenção básica, levando em conta o pacto da atenção básica, acordado pelo município com a SES, as ações e áreas estratégicas definidas pelo município, estado e nível nacional, e a sugestão de parâmetros elaborada. Dependendo da composição etária ou perfil epidemiológico do município e área de atuação da equipe poderão ser priorizadas atividades ou grupos populacionais, deslocando-se metas de determinados ciclos de vida ou agravos para outros.

- Calcular os possíveis déficits de cobertura existentes, comparando a necessidade de produção para sua população e o potencial de produção dos serviços disponíveis em seu território. A impossibilidade do município/equipe de assegurar a atenção básica à

sua população, ensejaria um planejamento de investimento para instalação de novos serviços ou otimização dos existentes, visando a garantia da atenção à saúde da população.

Esse instrumento é a disponibilização de uma tecnologia que foi desenvolvida para apoiar as equipes de atenção básica sua utilização depende da decisão dos gestores. Por tratar-se da primeira versão do instrumento serão necessários a revisão e o aperfeiçoamento do mesmo a partir de sua utilização. Também é importante a atualização periódica da programação, considerando o dinamismo do processo de trabalho ao nível local, sempre que possível, acrescentando dados e informações da realidade local que forem sendo colhidas e trabalhadas pelas equipes da atenção básica ou dos níveis mais centrais das secretarias municipais de saúde.

Piloto foi realizado em 8 municípios de diferentes portes em 5 estados da federação e encontra-se em processo de consolidação nesse momento para readequação do software e lançamento oficial em junho de 2006.

PRODUTOS E RESULTADOS

O produto é o software já testado que terá sua implantação iniciada no segundo semestre de 2006, como parte do instrumental operacional da Política Nacional de Atenção Básica.

A avaliação dos pilotos foi muito positiva e já existe demanda de implantação tanto por gestores municipais como por Secretarias Estaduais de Saúde.

Entre os pontos positivos apontados estão:

- A clara definição de área de abrangência das unidades básicas tanto de saúde da família quanto tradicionais, muitas das quais ainda não tem território de atuação definido;

- A divulgação do pacto da atenção básica e dos indicadores do PROESF para as equipes que em muitos municípios desconheciam esses instrumentos;

- A possibilidade de negociação e pactuação clara das responsabilidades das equipes dentro de seu território, com metas de cobertura e ações assistências e de promoção e prevenção;

- A viabilidade de introdução de pagamento ou gratificação por resultados das equipes através de um compromisso claro e quantificável, assumido por elas mesmas junto a população e ao gestor local.

- A riqueza do processo de programação que valoriza o espaço da atenção básica nos municípios, estimulando o trabalho das equipes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção do instrumento tem potencializado discussões importantes entre diversas áreas técnicas



do Ministério, com especial destaque a discussão da promoção da saúde na atenção básica. Também a definição da vigilância sanitária e vigilância a saúde na atenção básica tem sido enriquecida com a existência de um instrumento operacional que viabilize a divulgação e negociação clara das ações preconizadas.

A implantação do instrumento tem sido apontada como um dos principais eixos de reforço da atenção básica no momento da discussão de uma definição clara de responsabilidades entre os gestores, trazida pelo Pacto pela Saúde, e da necessidade de caminharmos no sentido de valorização do desempenho e dos resultados tanto pelos sistemas municipais de saúde como por equipes de saúde dentro desses sistemas.



O PROFISSIONAL DA SAÚDE BUCAL X PSF - UMA NOVA FORMA DE ATUAR

Autor Principal: Luiz Manoel de Freitas

Instituição: Unidade de Saúde da Família Rangel VII - SMS de João Pessoa - PB

Município: João Pessoa

Estado: Paraíba

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Diante da necessidade de atuar de forma diferenciada, necessário se fez enfrentar a rigorosa e antiquada visão de que "dentista cuida de dentes" e cuidar de dente, subentende-se "elimina – los da arcada de maneira a não mais criar problemas".

Ao assumirmos a responsabilidade de uma equipe de saúde bucal inserida no PSF estabelecemos uma nova forma de trabalho, tentando evitar qualquer resquício dos antigos ambulatorios de serviços. Na Unidade do PSF – RANGEL VII, jurisdicionado pelo Distrito Sanitário II da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa – Paraíba, sistematizamos um trabalho, com base na mudança de hábitos de higiene oral, estimulando a procura dos serviços odontológicos, objetivando a erradicação da doença cárie na população assistida, incentivando a conservação do elemento dentário, informando quanto à importância da manutenção da saúde da boca para garantir a manutenção da saúde integral, com a oferta de acesso as atividades preventivas curativas, e finalmente, tendo a preocupação fundamental com os princípios de integralidade e resolutividade preconizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Para alcançar o almejado elaboramos um PLANO DE AÇÃO, com objetivos, público prioritário, estratégia e metodologia com participação da equipe (ESF) e da comunidade, com metas quantificadas, produtos e resultados, em fim, com indicadores que permitam uma avaliação anual. A proposta em execução esta aqui como um trabalho denominado: "O Profissional da Saúde Bucal x PSF – uma nova forma de atuar", retrata uma experiência de trabalho.

OBJETIVOS – PROPÓSITOS

- Nortear as ações do Programa de Saúde Bucal na unidade trabalhada.
- Envolver o agente comunitário de Saúde no que se refere ao acompanhamento e controle da doença cárie.
- Servir de referência para avaliação realizada pela equipe de execução, bem como pela equipe de acompanhamento e supervisão de todas as instâncias de gestão.



-Fundamentar os instrumentos de apresentação dos resultados a população.

-Estabelecer metas quantificadas que definem o produto e resultado da ação do PSB.

ESTRATÉGIA – METODOLOGIA

-A estratégia de ação adotou uma metodologia participativa, trilhando os seguintes passos:

- Treinamento dos ACS no que diz respeito à saúde bucal;
- Definição do público prioritário e distribuição das atividades
- 50% - Crianças de 0 a 14 anos - 25% - Grupos Especiais: Gestantes, Diabéticos e hipertensos – 25% - Demanda espontânea acima de 15 a 59 anos, sendo realizado 75% Atividades Clínicas – consultório ou em acamados, 25% Atividades Extra Clínicas (escola, grupos especiais, assoc. comunitária, visitas domiciliares)
- Elaboração de um relatório inicial, por amostragem, para situar a população quando as condições de saúde bucal dos usuários do PSF.
- Realização de um evento educativo (1 Semana de Saúde Bucal do Rangel VII) visando apresentar o resultado do Relatório Inicial (por micro área e consolidado) para a população, ESF e gestores.
- Elaboração de um relatório final com os resultados alcançados durante os seis primeiros meses de trabalho (julho a



dezembro/2005), uma referência para elaboração do Plano de Ação do ano seguinte.

-Elaboração do Plano de Ação – 2006

PRODUTOS E RESULTADOS QUANTIFICAÇÃO DAS METAS

-Determinação do índice de CPO médio da população na faixa etária de 0 a 14 anos;

-Conclusão dos tratamentos elaborados no ano de 2005 até o final 2006.

-Assistência à população cadastrada, realizando plano de tratamento.

-Assistência total as gestantes que realizam pré - natal na unidade Rangel VII.

-Assistência, integrada ao setor médico, aos Hipertensos e Diabéticos.

-Reavaliação dos tratamentos concluídos no ano 2005 após seis meses da conclusão

-Realização de atividade educativa em alusão as datas comemorativas ao longo do ano.

-Desenvolvimento de atividades de capacitação de professores de ensino médio e levantamento epidemiológico na escola existente na área do PSF.

mais diversas e modernas técnicas longe do radical conservadorismo praticado nos ambiente fechado dos gabinetes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que o estabelecimento de metas e definição dos resultados que devem ser alcançados (Tratamento Concluído) é a base para mudança da assistência odontológica no setor público. Mesmo que a população, na totalidade, ainda não busque os serviços odontológicos como o faz com o serviço médico, uma vez, bem informada, caminha na nesta direção consciente que sem a saúde da boca não se pode garantir a saúde integral.

Quant	Atividades	Previsão Quantitativa	
		Nº Absoluto	Nº Relativo
492	Determinação do índice de CPO médio - faixa etária de 0 a 14 anos.	492	100%
227	Conclusão dos planos de tratamentos elaborados no ano de 2005 até o final de 2006.	227	100%
1 481	Assistência à população na faixa etária de 15 a 59 anos	148	10%
648*	Conclusão de tratamento de população examinada até o final de 2006.	324	50%
--	Assistência total as gestantes realizando pré - natal na unidade Rangel VII.	--	100%
--	Assistência, integrada ao setor médico, aos Hipertensos e Diabéticos	--	100%
44	Reavaliação dos tratamentos concluídos no ano 2005 após seis meses da conclusão.	44	100%
10	Realização de atividades educativas nas datas comemorativas ao <ul style="list-style-type: none"> ▪ 7/4 - Dia Mundial da Saúde ▪ 31/3 - Dia Mundial sem Tabaco. ▪ 5/9 - Dia da Amostragem. ▪ 25 a 27/10 - Dia Nacional do Dentista e Internacional da Saúde Bucal. Realização da II SEMANA DE SAÚDE BUCAL do Rangel VII ▪ 27/11 - Dia de Combate ao Câncer. ▪ 1/12 - Dia de Combate a AIDS. ▪ Participação do CD e ACD com facilitadores do processo de capacitação 	01 01 01 05 01 01	100%

* O Percentual(50%) de tratamento concluído considerando o número de primeira consulta é o principal resultado esperado e foi estabelecido, segundo o quadro da seguinte forma: Total da faixa etária de 0 a 14 anos mais os 10% da população de 15 a 59 anos.

APRENDIZADO

O envolvimento da equipe de ACS, além de facilitar o acesso, permiti o acompanhamento do usuário agendando àqueles em condição prioritária. É possível desenvolver odontologia utilizando as



“O MAL QUE NOS FIZERAM”(PERDA PRECOCE DOS DENTES)

Autor Principal: Luiz Manoel de Freitas

Instituição: Unidade de Saúde Família Rangel VII - SMS de João Pessoa - Paraíba

Município: João Pessoa

Estado: Paraíba

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Este trabalho traz à tona uma questão que não faria parte dos sintomas e sinais da velhice como consequência da idade avançada, mas de um conjunto de fatores que não observados na idade correta pela desinformação, descaso, falta de recursos financeiros, e até de oferta dos serviços odontológicos acarreta o aspecto facial envelhecido do cidadão. Pretendemos com este trabalho demonstrar que o “MAL QUE NOS FIZERAM”, (expressão proferida por um cidadão usuário do PSF, quando perguntado o por quê de haver perdido os dentes antes dos trinta anos), é consequência de vários fatores acima mencionados.

OBJETIVOS – PROPÓSITOS

- Refletir sobre a necessidade de investimentos urgentes na área de saúde bucal;
- Avaliar a questão dos idosos como referência para evitar a repetição das novas gerações.
- Demonstrar o mal causado aos cidadãos.

ESTRATÉGIA E METODOLOGIA

Para este trabalho foram examinados 94 idosos, usuários do PSF, identificando - se situações semelhantes e tendo em comum as mesmas causas e razões, cujos depoimentos reproduzimos na integra.

O quadro a seguir mostra o resultado dos exames clínicos realizados em Pirpirituba por ocasião da I Semana de Saúde Bucal – agosto 2002, na Unidade V do PSF - Conjunto, no período de março a junho de 2005, no município de Bananeiras/PB e durante o mês de agosto/2005 na Unidade do PSF Rangel VII, no município de João Pessoa/PB.

Entre as principais etapas para elaboração do trabalho realizamos exame clínico com levantamento das condições bucais, pesquisa bibliográfica referente ao capitalismo e seus malefícios, além de entrevistas e reuniões em grupo..

PRODUTOS E RESULTADOS

QUADRO 01 - CPO e Necessidades - Idosos Examinados

Local	Quant Examinados	CPO*			Necessidades		
		C	P	O	RA**	RR***	EXTRAÇÃO
Pirpirituba	71	200	644	27	168	32	189
Bananeiras	12	73	132	32	18	02	56
João Pessoa	11	27	267	14	6	02	14
TOTAL	94	300	1043	73	192	36	259

*CPO = Cariados, Perdidos, Obturados – **Restauração de Amálgama- ***Restauração de Resina

Ao comparar o levantamento realizado em jovens percebemos o quanto é mutilador os serviços oferecidos, o descaso da população com sua própria saúde bucal e a falta de uma real política direcionada para a saúde da boca, onde o trabalho profissional seja valorizado pela sua relevância na composição da equipe de saúde e a saúde dos dentes e de outras estruturas da boca sejam consideradas como fator de importância para integralidade da condição de saúde dos indivíduos.

APRENDIZADO

Quando abordado sobre as razões que levaram a perda precoce dos dentes às respostas não são diferentes e cada idoso conta uma história lastimável de descaso dos “pseudos” profissionais, cujo objetivo, resumia – se em ganhar o dinheiro referente à extração e a colocação da prótese. Ao se referir à oferta de serviço odontológico através da administração pública as respostas foram às





mesmas: não existiam e quando uma unidade de saúde ofertava tal serviço era radical e mutilador. E a busca dos serviços particulares tornava - se impossível pela falta de condições financeiras. Os examinados, dos dois sexos, são pessoas simples, trabalhadores(pequenos proprietário ou diaristas) rurais ou donas de casa que após a aposentadoria passaram a residir nos pequenos centros urbanos. Muitos são os depoimentos registrados que confirma que retirada dos elementos dentários hoje é reconhecida como um mal irreparável. Entre estes depoimentos citamos:

"Meus dentes estão moles, vejo a hora engolir. " Claro que tinha medo, mas a principal razão de perder tudo era porque o dentista só aparecia de mês em mês, lá no sitio ou então ia para a feira de Solânea". "Retirei todos os dentes porque só serviam para doer." Como aproveitar meu "fio", não tinha dentista, Seu Jurandir tirava". Já faz trinta anos que botei esses dentes. Era para passar um tempo. O homem que botou já até morreu, agora o doutor falando desse jeito vou mudar logo que puder." " Ô doutor o senhor tira três de uma vez? Eu só tenho esses cacos, já tive até vontade de tirar com a ponta da faca." " Um dia vi um compadre quase chorando de dor, com a mão na cabeça correndo no quintal. Botou pimenta, sal, fumo e até sarro de cachimbo e não passava a dor. No outro dia fui na feira e mandei arrancar os que estavam ficando preto, daí tirei tudinho" "Agora depois da sua conversa agente entende que tem que vir aqui, eu não sabia que tinha esses perigos." " Não sabia como era importante... fui arrancando, arracando quando vi estava sem nada". A chapa de cima não dá problema, mas a de baixo..." "Fiquei três meses sentindo dor, aquela dorzinha chata, um dia perdi a paciência e arranquei com a ponta da faca". "Como podia saber que estavam fazendo um mal, naquela ocasião era o medo da dor." "Não sei pra que mandou me chamar eu não tenho mais dentes, não precisa o senhor me ver." "Não estou arrependida. Faço tudo de chapa. Só fiquei com medo agora depois que soube que pode dá câncer".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

"A influência do padrão de vida e a correlação entre dentes remanescentes e poder aquisitivo mais elevado é verdadeiro. Mas, "Não é o salário mais elevado, por si mesmo, que contribui para melhor condição oral". Podemos afirmar que as razões são bem mais profundas. Atitudes, educação, influência do meio e habilidade pessoal na aquisição de bons hábitos, são alguns dos aspectos importantes e que devem ser considerados

-Perder os dentes não é fato determinado pela idade mas sim por questões claramente definidas que atingem todas as faixas etárias. Precisamos buscar meios para que as futuras gerações de idosos, oriunda dos jovens adolescentes de hoje, não sejam desdentados enfrentando todos, os mesmos problemas dos idosos de hoje.

-É fruto da ignorância, do descaso do setor público, da falta de comprometimento de profissionais e, sobretudo, da ganância financeira. É resultado de um sistema econômico injusto e desigual.



CONSTRUINDO UM PROGRAMA DE ATENÇÃO BÁSICA COM O APOIO DE ENFERMEIROS DE EQUIPES DE PACS

Autor Principal: Maja Cristina Toledo Alves

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

A partir da Campanha de Erradicação de Invasões (CEI), levada a cabo pelo Governo do Distrito Federal em 1971, surgiu a cidade de Ceilândia. Uma comunidade formada por pessoas de todo Brasil. De acordo com a Codeplan (2000), Ceilândia possui 350.067 habitantes. Na tentativa de buscar a conversão do modelo de atenção à saúde, priorizando a reorganização, foi iniciado o processo de implantação de 24 equipes do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) em 12 centros de saúde urbanos. O objetivo era melhorar os indicadores de mortalidade e qualidade de vida da população adstrita ao centro de saúde, através de ações de atenção primária de saúde; início do fortalecimento da atenção com a consolidação da Estratégia Saúde da Família. Nos meses de agosto e setembro de 2004, foi feita uma territorialização de toda área de abrangência dos centros de saúde por enfermeiros das equipes a serem implantadas com auxílio de auxiliares de enfermagem, obedecendo a critérios de territorialidade. Este projeto, no nível mais amplo, contribuirá para o alcance da meta de implantação de 24 equipes de PACS nos próximos meses, ampliação da rede de atenção básica de saúde e qualificação do atendimento prestado por este nível de assistência à saúde. Com os dados levantados, será realizado o fechamento da área adstrita e inserção dos novos profissionais. De forma geral, o projeto busca assim a inclusão da população no sistema de saúde visando à melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida. O espaço de trabalho das equipes será privilegiado, resultando em um acompanhamento precoce e regular das famílias para avançar e contribuir com índices epidemiológicos da região abrangida. As equipes de saúde, que estabelecem vínculos de responsabilização com a população, serão capacitadas para a necessária qualificação das práticas de trabalho. Cerca de 78.095 famílias serão acompanhadas pelas equipes de PACS de forma mais humana, contínua e resolutiva.





AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE; EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DE VEREDAS I E AS ATIVIDADES PREVENTIVAS NA COMUNIDADE

Autor Principal: Makissoel Souza de Araujo

Outros Autores: Jane Akemi Nonaka Aravéchia; Rosilene Pereira dos Santos; Eliete Rodrigues dos Reis

Instituição: Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

Desde a minha contratação, em que participei do Curso de Qualificação de Agentes Comunitários de Saúde, tive a plena consciência da importância da integração entre os colaboradores de uma equipe, visto ser o Programa Família Saudável (PFS) uma estratégia com ênfase em uma equipe interdisciplinar em que cada profissional possui atividades definidas mas com uma única finalidade: a qualidade de vida de nossa comunidade.

Com o início das minhas atividades em novembro de 2005, substituindo o antigo Agente Comunitário de Saúde (ACS), iniciei o cadastramento das famílias da Quadra 03, as quais seriam acompanhadas por mim. Assim, pude perceber o quanto minha comunidade era carente de cuidados em relação à sua saúde, principalmente em Saúde Bucal.

Mesmo antes de iniciarmos nosso trabalho, tão logo chegamos à Unidade, a Equipe de Saúde Bucal, representada pela Odontóloga, Técnica em Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), nos orientaram sobre muitos aspectos a respeito da saúde dos dentes e cavidade oral. Nos esclareceram principalmente sobre a importância da promoção de saúde e prevenção de doenças, neste caso a cárie dentária e as doenças da gengiva. Nos conscientizaram da importância de levar a nossa população as informações necessárias sobre a co-responsabilização da mesma em relação à sua saúde.

Sendo assim, ao me deparar com as condições bucais das crianças e jovens da Quadra 03, decidi iniciar uma série de reuniões na própria comunidade com a finalidade de levar informações e também realizar escovação supervisionada nas residências, umas das atribuições do ACS na comunidade.

Para tanto, contei com o apoio da cirurgia-dentista (CD) na preparação de minhas palestras, e no treinamento para a realização da escovação supervisionada. Ela também nos acompanhou, a mim e a THD, nas visitas domiciliares e na supervisão das aplicações tópicas de flúor.

Em data pré-determinada, reunimos crianças e jovens em uma residência na Quadra 03 de localização estratégica de uma moradora que foi receptiva e colaborou com a minha iniciativa. Compareceram 15 participantes que receberam orientações sobre o que é a cárie dentária e doenças da gengiva, como evita-las, a importância da

alimentação, a redução do consumo de açúcar, a importância do flúor e onde encontra-lo foram os assuntos abordados por mim.

Durante as orientações, pude perceber como é carente de informações a nossa comunidade, tanto as crianças como os adultos e isto aumentou ainda mais a minha responsabilidade.

Após a palestra, passamos para a escovação supervisionada, infelizmente utilizando as próprias escovas dos participantes, já que a Unidade de Saúde de Veredas não conta com escovas e cremes dentais para distribuição na comunidade. Mesmo assim, orientamos as mães sobre as condições ideais das escovas e esclarecemos que algumas já estavam na hora de serem trocadas.

Com a ajuda da THD, fizemos a evidenciação de placas com fucsina para facilitar a visualização da placa bacteriana. Após a escovação foi realizada a aplicação tópica de flúor pela THD, tomando o cuidado de detectarmos as crianças que passaram por esta terapêutica nas escolas.

O resultado obtido foi satisfatório, pois a comunidade recebeu não só informações como também terapêutica de flúor e as crianças foram todas examinadas pela CD e algumas serão encaminhadas para Clínicas Especializadas da Rede de Serviços da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Para mim, o resultado maior foi a credibilidade da população no meu trabalho e estarem dispostos a começar a mudar alguns hábitos nocivos à saúde bucal. Certamente, esta iniciativa é apenas o início de uma jornada, pois hábitos não são fáceis de serem alterados. No entanto, se não houver um começo, não chegaremos a resultado algum.

Quando inicia-se algo na comunidade, esta cobrará cada vez mais a minha participação e estou consciente de que terei que ser capacitado e atualizado a cada dia e isto também é um dos resultados positivos deste dia e sei que para isto poderei sempre contar com a Equipe de Saúde Bucal de Veredas.

Minha comunidade conta comigo e esta simples ação é apenas o começo de uma série de palestras que estarei proporcionando aos moradores da Quadra 03, levando saúde para todos, que é o objetivo do Agente Comunitário de Saúde do PFS e sua equipe.



AVALIAÇÃO DE RISCO COMO ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Autor Principal: Marcelo Bacci Coimbra

Outros Autores: Aparecida Linhares Pimenta; Célia Regina Sinkoç

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Amparo-SP

Município: Amparo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Durante anos, no município de Amparo, os programas de atenção à saúde bucal priorizaram as gestantes e os indivíduos de 0 a 14 anos de idade, ficando a população adulta limitada a restritos atendimentos.

A partir de junho de 2001, a inserção das Equipes de Saúde Bucal na Saúde da Família e a inclusão da estratégia de avaliação de risco, como propostas de reorganização do modelo assistencial, têm ampliado de forma significativa o acesso da população adulta aos programas de atendimento odontológico programático.

OBJETIVOS

Garantir o acesso da população adulta às ações de saúde bucal e manter as condições epidemiológicas de saúde bucal na população de 0 a 14 anos de idade.

METODOLOGIA

A avaliação de risco tem sido uma das principais estratégias utilizadas para nortear a assistência e esta se dá através de triagens familiares, onde o risco social e as condições bucais individuais são considerados. As condições de saúde bucal são avaliadas, classificando os indivíduos quanto ao risco (alto, médio e baixo). Os classificados em alto risco apresentam doenças bucais ativas e necessitam de assistência individual. No entanto, os de médio e baixo risco podem ter a atenção concluída através de procedimentos coletivos com complexidade gradativa conforme a classificação entre o risco de adoecer e a ausência de doença.

RESULTADOS OBTIDOS

De agosto de 2001 a dezembro de 2005 foram totalizados 45.004 Tratamentos Odontológicos Completados, dos quais 30.399 foram iniciais, 11.595 foram de manutenção e 3.010 especializados.

Considerando que a população cadastrada em Amparo é de 56.516 habitantes, podemos considerar a cobertura satisfatória.

CONCLUSÕES

O Programa de Saúde da Família tem se mostrado eficaz na reorganização do modelo de atenção e tem ampliado o acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal.

Os critérios de risco têm possibilitado a otimização do serviço uma vez que os indivíduos recebem a atenção necessária nos diferentes graus de complexidade, conforme as condições de saúde bucal apresentada.



SAÚDE EM CORES

Autor Principal: Marcelo Ferreira Gonçalves

Outros Autores: Aparecida Inêz Corrêa

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social

Município: Corupá

Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Com quatro anos de atuação em nosso município o Programa Saúde da Família vinha enfrentando muitas dificuldades, pois a população não compreendia sua essência e seus benefícios e precisávamos encontrar uma solução em curto prazo, então surgiu a idéia da “Saúde em Cores”.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

Mudança da visão atual do Programa Saúde da Família em nosso município, para melhorar o atendimento e para identificar as particularidades de cada área de abrangência das ESF (Equipes de Saúde da Família), organização da rede de serviços de saúde em base ao território adscrito, e o compromisso e vínculo de cada equipe de saúde com a população.

E a melhor observação da gestão às demandas e necessidades de cada território.

METODOLOGIA

Iniciamos com a inauguração de dois postos de saúde em 60 dias para atingir a cobertura de 100% do PSF, depois elencamos os principais pontos a serem melhorados, são eles:

- fortalecimento da territorialização;
- identificação da população com a equipe de sua área de abrangência;
- comprometimento dos profissionais da equipe com o programa saúde da família;
- educação da população quanto ao funcionamento das unidades de saúde da família;
- acabar com o pensamento que se tinha que a saúde deveria ser assistencialista e não preventiva e
- melhoria dos equipamentos e aquisição de novos.

Cada Unidade de Saúde da família foi identificada por uma cor – PSF 1 verde, PSF 2 amarelo, PSF 3 cinza e PSF 4 azul – e então confeccionamos o material que as equipes utilizam nas suas respectivas cores; as carteiras de saúde para a população, as requisições de exames, as cores das letras dos receituários, os

móveis das unidades de saúde e até mesmo o uniforme das Agentes Comunitárias e utilizamos isso para fortalecer a territorialização e comprometemos a equipe a população com a sua área de abrangência. Foi o início da mudança - O PSF começou a se fortalecer.

Foi necessário ser firme e não permitir que se desrespeitasse o território, fortalecendo a participação da equipe com a comunidade.

PRODUTOS

Mudamos as carteirinhas de saúde e todos os formulários identificados pela cor da unidade de saúde. Os membros da equipe cumprem sua jornada de oito horas diárias e a principal atenção é na educação em saúde e aos programas preconizados pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Hoje podemos observar que todas as pessoas identificam sua unidade de saúde e sua equipe do PSF, as pessoas integrantes da equipe cada vez mais conhecem seu território e a população das áreas, as agentes comunitárias encontram na enfermeira, nos técnicos em enfermagem e nos médicos o apoio para suas angustias. O atendimento está se humanizando dia a dia pois os laços da população com a equipe estão sendo estreitados. A gestão de saúde ficou mais fácil para visualizar a necessidade e a característica de cada área, pois à medida que os formulários de encaminhamento tratamento fora do domicílio (T.FD) e solicitações de exames dentre outros chegam a SECRETARIA DE SAUDE DO MUNICIPIO as cores sinalizam onde estão localizadas as necessidades e as particularidades de cada área tomando o investimento cada vez mais voltado à característica de cada área.

Adquirimos um veículo para levar os clientes para consultas e exames, que não são oferecidos no município, onde contém uma TV e um DVD para que seja feita educação em saúde e tornar a viagem mais agradável e com isso mais útil e humanizada.

APRENDIZADO COM A VIVENCIA

Com a implantação da Saúde em Cores, a qual enfatiza os PSF's através de cores. Fez com que a população identificasse seu Posto de Saúde com mais facilidade.



Também facilitou o controle interno da Secretaria de Saúde, no que tange o controle das consultas médicas, atendimento ambulatorial, fornecimento de medicamentos, atendimento odontológico, solicitação de exames e encaminhamentos para as especialidades médicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde pública na prática derruba paradigmas e nos remete a pensarmos em saídas criativas que se mostram eficazes demonstrando que através de pequenas ações podemos provocar grandes mudanças.

Hoje encontramos a saúde do município com a territorialização completada, com equipe cumprindo suas responsabilidades e a população com vínculo com a unidade de saúde e com a equipe de seu território. O atendimento no PA (Pronto Atendimento) caiu em 50%, aumentamos a abrangência do PSF para 100% .

A resolutividade do atendimento pode ser demonstrada pela pequena quantidade de internações hospitalares de doenças preveníveis e a sobra mês a mês de laudos de autorização de internação hospitalar, mesmo tendo um grande número de realização de cirurgias eletivas.

Com isso foi possível resgatar a essência do programa saúde da família e a uma mudança de paradigma na saúde do município pois saímos da pratica do binômio saúde-doença para e de uma assistência curativa para a atuação prevencionista e humanizada.



PROTOCOLO TÉCNICO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO

Autor Principal: Márcia Aparecida de Souza Tomé
Instituição: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe
Município: Aracaju
Estado: Sergipe

Até a década de 60, o Brasil apresentava grande estabilidade na sua estrutura etária. Havia pouca variação nas taxas de natalidade e mortalidade e a esperança de vida ao nascer se mantinha. A população era essencialmente jovem, representando de 42% a 46% do total e os idosos 2,5 %.

A partir da década de 40, com o aumento da expectativa de vida, declínio da mortalidade e elevadas taxas de fecundidade, houve um aumento significativo da população, porém sem alterar o seu perfil jovem.

Somente a partir de 1960, quando ocorre um declínio da fecundidade, é que inicia o processo de envelhecimento da população. O crescimento do índice de envelhecimento populacional triplica em 30 anos. Esse resultado demográfico aconteceu sem que houvesse um desenvolvimento social vinculado, ocorrendo mais pela ação médico-sanitária, importação de tecnologia e rápida urbanização no país.

Além disso, não houve equilíbrio em todas as regiões do país, na queda da mortalidade. No Nordeste, a esperança de vida ao nascer, se manteve abaixo da Região Sudeste. Porém o envelhecimento da população diretamente ligada ao declínio da fecundidade ocorre de forma rápida, acelerado pela grande emigração de jovens. Outro fator veio reforçar o processo de envelhecimento populacional no Nordeste: a utilização de métodos contraceptivos irreversíveis, por mulheres entre 30 e 34 anos de idade.

Há, portanto, um aumento significativo das doenças crônicas, não transmissíveis, com tratamentos caros e prolongados. Faz-se necessário um reforço do atendimento ao segmento populacional do idoso, para promoção de um envelhecimento saudável, com o objetivo de preservar a capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida.

Para enfrentar esse desafio a Lei nº 8842 de 04 de janeiro de 1994 instituiu a Política Nacional do Idoso, regulamentada pelo Decreto nº 1948, de 03 de julho de 1996. Essa legislação veio assegurar um envelhecimento digno e com qualidade de vida, apresentando-se como um instrumento de garantia de cidadania dos idosos.

A gestão estadual da saúde é responsável pela avaliação e monitoramento das ações de promoção, proteção e recuperação do idoso, cooperação técnica, apoio financeiro, numa articulação

contínua entre as ações curativas e de prevenção de doenças, juntamente com a gestão municipal. Cabe a Atenção Básica, incentivar ações que levem a autonomia desta faixa da população, evitando a sua institucionalização e hospitalização. Segundo o atual Coordenador de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde, José Luiz Telles, a atenção básica é o lugar responsável por mudanças na qualidade de vida dos idosos, local onde eles podem receber todas as ações propostas para esta camada da população.

JUSTIFICATIVA

A importância de reformulação do modelo de atenção à saúde do idoso, baseada nas características especiais e peculiares do envelhecimento que exigem o cuidado diferenciado.

OBJETIVO GERAL

Fornecer aos profissionais das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, diretrizes técnicas de atenção integral à saúde do idoso.

Após a construção do Plano Estadual através de extensas pesquisas, representantes dos municípios do Estado de Sergipe, do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa, Secretaria de Combate à Pobreza, da Assistência Social e do Trabalho, Universidade Federal de Sergipe e Secretaria Municipal de Saúde, foram convidados a participarem de duas reuniões para discussão e coleta de sugestões para o referido documento.

PRODUTOS

O Protocolo Técnico de Atenção Integral à Saúde do Idoso será encaminhado à Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, para avaliação e validação. Pretende-se fazer o lançamento no mês de junho de 2006, durante a II Mostra Estadual de Atenção Básica à Saúde.

O trabalho foi elaborado em parceria com outras Assessorias Técnicas como: Saúde Bucal, Vigilância Alimentar e Nutricional, além da Coordenação de Informação e Saúde, profissionais de áreas específicas como Serviço Social, Saúde Mental e Geriatria.



Procurou-se abordar numa primeira etapa, a situação atual do idoso no país e no Estado de Sergipe, onde consta o evidente crescimento desta faixa etária e das doenças crônico-degenerativas.

Numa segunda etapa, foram abordados os direitos e benefícios dos idosos, com um enfoque no Estatuto do Idoso e na LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social.

Na terceira parte apresentou-se um roteiro para avaliação do indivíduo idoso que procura as Unidades Básicas de Saúde ou mesmo daqueles que estão em casa sob os cuidados da família ou de amigos, conhecidos, vizinhos, que precisam da supervisão das Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os clássicos modelos de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação não podem ser mecanicamente transportados para os idosos sem que significativas e importantes adaptações sejam executadas. Portanto, espera-se, com este Protocolo, contribuir com a Atenção Básica dos Municípios, para a qualificação da assistência à saúde do idoso.



PROPOSTA PRELIMINAR DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO IDOSO

Autor Principal: Márcia Aparecida de Souza Tomé
Instituição: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe
Município: Aracaju
Estado: Sergipe

INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento populacional que vem acontecendo nos últimos 40 anos no Brasil transforma a velhice em uma grande questão social e de saúde pública, visto que sem estrutura sócio-econômica capaz de gerir os custos de aposentadoria e a cobertura médico-assistencial, necessários para garantir um envelhecimento saudável, faz com que os idosos consumam mais os serviços de saúde, respondam por taxas elevadas de internações hospitalares com maior tempo de permanência hospitalar e reinternações. Tudo sem, no entanto, apresentar impacto positivo na qualidade de vida destes cidadãos, traduzido pela grande prevalência de morbidade e incapacidades na referida população.

A assistência formal à saúde por não conseguir cobrir todas as necessidades da população idosa, demonstra importância de reformulação do modelo de atenção à saúde do idoso, baseada nas características especiais e peculiares do envelhecimento que exigem o cuidado diferenciado.

O aumento da expectativa de vida alcançado graças à redução da taxa de mortalidade e posteriormente de natalidade, assim como avanços tecnológicos da ciência médica experimentados pela população brasileira nos últimos 40 anos, resultou num aumento percentual de indivíduos maiores que 60 anos (9,1%), caracterizando assim, o Brasil como um país envelhecido. Dados estatísticos demonstram que o crescimento no número de idosos no Brasil é o mais acelerado do mundo, só comparável ao México e Nigéria. De acordo com as projeções da OMS (Organização Mundial da Saúde), entre 1950 e 2025, essa população crescerá 16 vezes contra 5 vezes a população geral, o que o colocará como 6º lugar (32 milhões) em número de idosos no mundo.

Em Sergipe o envelhecimento populacional é uma realidade, com um percentual de 7.27% para o Estado. A situação é mais agravante quando se analisa cada município, onde se encontra percentuais acima de 10.

Este processo conhecido como transição epidemiológica, vem ocorrendo de forma acelerada, trazendo como principal conseqüência para a saúde, uma mudança no perfil epidemiológico, com aumento significativo das enfermidades crônico-degenerativas

nos índices de morbi-mortalidade. Com isso há o comprometimento da autonomia e independência do cidadão idoso, tornando-se imperativo para a equipe de saúde da rede básica reconhecer os riscos e os problemas, sabendo dar encaminhamentos adequados.

JUSTIFICATIVA

A necessidade de definição de estratégias e políticas de saúde específicas para a pessoa idosa, baseadas na Política Nacional do Idoso, para inclusão desta camada da população nas ações de saúde do Estado.

OBJETIVOS

Buscando inserir a atenção à saúde do idoso nas ações do PSF, com vistas a produzir a promoção e autonomia deste grupo, formulou-se este Plano, que tem como objetivos:

- a- Conhecimento das alterações fisiológicas de natureza biopsicossocial características do envelhecimento;
- b- Rastreamento das alterações que ocorrem comumente no envelhecimento que determina ou não doença específica com risco de incapacidades ou perda de autonomia;
- c- Informação sobre o rastreamento de doenças que imitam o processo usual do envelhecimento, com risco de passarem despercebidas na consulta do idoso;
- d- Orientações terapêuticas para as patologias mais prevalentes no idoso e passíveis de serem tratadas a nível primário.

METODOLOGIA

Após a construção do Plano Estadual através de extensas pesquisas, representantes dos municípios do Estado de Sergipe, do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa, Secretaria de Combate à Pobreza, da Assistência Social e do Trabalho, Universidade Federal de Sergipe e Secretaria Municipal de Saúde, foram convidados a participarem de duas reuniões para discussão e coleta de sugestões para o referido documento.



PRODUTOS

O Plano Estadual de Saúde do Idoso será encaminhado à Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, para avaliação e validação. Pretende-se fazer o lançamento no mês de junho de 2006, durante a II Mostra Estadual de Atenção Básica à Saúde.

O Plano Estadual de Saúde do Idoso traz a situação atual do idoso de Sergipe, com percentual de crescimento da população de idosos de 2004 para 2005; a população de idosos, segundo o sexo em 2005; o percentual de idosos em 2005. Trata com detalhes dos benefícios sociais a que esta camada da população tem direito. Apresenta uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, além da atuação profissional nas equipes. Esclarece de maneira objetiva, as modificações clínicas próprias do envelhecimento e os problemas comuns à faixa etária. Aborda as estratégias de prevenção em gerontologia, em todos os seus aspectos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se, com este documento, oferecer diretrizes de inclusão da população idosa nas ações de prevenção, promoção da saúde e do envelhecimento saudável e assim contribuir com uma vida mais digna e um acesso equânime aos Serviços Públicos de Saúde.



PREVENÇÃO COM POPULAÇÃO ADULTA EM SITUAÇÃO DE RUA

Autor Principal: Marcia Furquim de Campos Arrivabene

Outros Autores: Ana Lúcia Spiassi e Rosane Ribas dos Santos

Instituição: Prefeitura Municipal de Santo André

Município: Santo André

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Através de levantamento feito no município de Santo André, constatou-se há um total de 325 moradores de rua. A faixa etária desta população varia de 30 a 49 anos (90% homens). A situação de extrema exclusão vivida pela população promove um aumento considerável em sua vulnerabilidade social, agravado pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, além da discriminação por raça, classe social, gênero, violência sexual e social. Quase 100% da população em situação de rua se encontram com sintomas de DST's e/ou Hepatites, além de apresentar características de Tuberculose, devido o alto nível de vulnerabilidade.

OBJETIVOS

Geral

- Vínculo com as unidades de saúde;
- Promoção e prevenção às DST/Aids;
- O projeto tem como foco principal à acessibilidade e vinculação da população em situação de rua ao Sistema Único de Saúde

Específicos

- Promover vinculação dessa população com as unidades de saúde próximas dos locais de abrigo, acolhimento e albergues.
- Implantação do serviço de distribuição de preservativos
- Estimular o pré-natal às gestantes e acompanhamento pediátrico
- Oferecer informações sobre: Hepatites, DST's, Aids, Tuberculose.

METODOLOGIA

Cada tema foi apresentado aos usuários de forma diferente, para isso foram usadas dinâmicas de grupo, discussões/debates, apresentações de vídeo, apresentação de teatro, palestras, linguagens artísticas (oficina de pintura e grafite) e oficina de cultura popular (música, danças, etc.), vinculado sempre os temas sugeridos pelos usuários em encontros anteriores.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Obtivemos ótimos resultados (previstos e não previstos no projeto inicial): Encaminhamento, atendimento e acompanhamento médico da população acessada nas unidades próximas aos locais de abrigo, acolhimento e albergues; Distribuição de preservativos nos abrigos, casas de acolhimento e albergues; 100% das gestantes acessadas em acompanhamento de pré-natal; Ampliação dos conhecimentos dos adultos atendidos sobre: Hepatites, DST's, Aids, Tuberculose. Oficinas com grupos só de mulheres, resultando no interesse das participantes de encaminhamento às consultas com o G.O., com o acompanhamento da equipe do Programa DST/AIDS; Vacinação de Idosos; Mais de 50% dos participantes manifestaram desejo de conhecer seu status sorológico para HIV/Aids, DST's.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

O projeto compreende a necessidade de participação dos usuários na construção do trabalho, assim como levantamento de suas expectativas. Tivemos alguns pontos mais deficientes e um deles foi a falta de parceria com a delegacia e assessoria da mulher, para poder acolher melhor as participantes sobre a questão da violência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhando de forma mais amena, porém não de maneira trivial, temáticas complexas como DST/AIDS, percebemos menor rejeição da população referida e maior assimilação das informações dadas.

Percebemos também, que o fortalecimento de parcerias não só facilitou o trabalho desenvolvido como também, qualificou-o, tanto para o projeto em si, quanto para as pessoas em situação de rua que tiveram participação efetiva neste trabalho.



SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA

Autor Principal: Marcia Gasparini Canuto

Outros Autores: Cristiane José Borges; Rosa Maria Souza de Pastrana

Instituição: Universidade Castelo Branco

Município: Goiânia

Estado: Goiás

O presente estudo teve como objetivo principal identificar os fatores que dificultam o funcionamento do Sistema de Referência e Contra-Referência entre o Programa Saúde da Família e as Unidades de Saúde de Referência do município de Aparecida de Goiânia (GO). Adotou-se como população alvo os profissionais médicos que atendem nas Unidades estudadas nesta pesquisa. Para a coleta de dados, foram aplicados questionários aos sujeitos do estudo e procedeu-se a coleta de dados nos arquivos das Unidades em questão. A metodologia foi dividida em três fases: levantamento bibliográfico e construção do referencial teórico, aplicação do instrumento para coleta de dados e levantamento dos encaminhamentos de referência e contra-referência, categorização dos resultados. Nos resultados foram descritos o perfil dos sujeitos na pesquisa, o conhecimento dos médicos em relação ao Sistema de Referência e Contra-Referência, a conduta dos profissionais perante o Sistema de Referência e Contra-Referência e o levantamento dos encaminhamentos. O estudo possibilitou considerar que o Sistema de Referência e Contra-Referência no município de Aparecida de Goiânia necessita ser reformulado, assim como a necessidade de os profissionais médicos reverem as suas práticas em relação ao Sistema de Referência e Contra-Referência.



CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

Levantamento da vida e das expectativas para os Internos do Hospital Samária

- Integração em Grupos de Apoio durante a Internação
- Verificação das condições básicas de resgate da cidadania (carteira de identidade, benefícios, famílias etc)
- Redução do tempo de internação
- Reinserção na sociedade promovendo cursos profissionalizantes para continuidade fora da instituição gratuitamente
- Mudança de olhar e comportamento social/Educação Preventiva nas Escolas
- Buscas de Parcerias com a Educação/Escolas

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS;

- Inserção em Grupos de Apoio e verificação da continuidade da participação após o internamento.
- Retorno e aceitação da família
- Recolocação no mercado de emprego
- Resgate da Cidadania

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Os resultados são significativos e achamos que deveria ser ampliado para conseguirmos mudar a realidade das pessoas com Sofrimento Mental, uma vez que isso tem se tornado mais freqüente.

- Facilidade: aceitação do paciente
- Dificuldades: aceitação da família e da sociedade Poucos serviços com este encaminhamento.
- Não existência de Redes de Atendimento instituída

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos este trabalho, talvez não inovador mas, com necessidade de se criar vertentes que colaborem para que possamos tratar as pessoas, com Doenças Mentais nas suas várias causas, considerando os aspectos Sociais como elementos relevantes que concorrem para reforçar e muitas vezes cria-los. Que temos que cada vez mais criar estratégias locais para resolvermos estes, que já se tornam grandes problemas em idades cada vez menores.

Nossa intenção de apresentar o trabalho, em Banner e CD, é ampliar estes conceitos e atitudes para gerir Projetos que possam contemplar os princípios do SUS para o atendimento do ser que busca manter ou resgatar a qualidade de vida para ter SAÚDE.



A INTEGRALIDADE E AS ESPECIALIDADES MÉDICAS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA FUNDAÇÃO ZERBINI : A EXPERIÊNCIA DO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA DA UNIDADE DE SAÚDE VILA ESPANHOLA

Autor Principal: Márcio Pantaleão Ghiu

Outros Autores: Alice Hissako Kitamura; Márcio Pantaleão Ghiu; Maria de Fátima Rosalen; Marlene Cirilo da Silva Pozzi; Vanessa Cristina Batista.

Instituição: Fundação Zerbini - Programa de Saúde da Família

Município: São Paulo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Desde a sua implantação na região norte do município de São Paulo em 1998, a coordenação do Programa de Saúde da Família (PSF) - gerenciado pela Fundação Zerbini através de parcerias com as Secretarias, inicialmente Estadual e atualmente Municipal de Saúde de São Paulo, tem buscado consolidar um modelo de atenção básica à saúde que concilie uma abordagem efetivamente integral ao perfil cultural historicamente ligado às especialidades médicas. Foram então instaurados espaços que pudessem proporcionar um maior contato entre médicos especialistas e equipes de saúde da família (ESF): as supervisões em ginecologia e cardiologia. Com o propósito de ampliar essa estratégia para as demais especialidades, no fim do ano de 2003 os especialistas foram incentivados a integrar as tradicionais atividades de planejamento das ESF, resultando em avanços substanciais no manejo da saúde coletiva, especialmente em oftalmologia e endocrinologia. A descrição e apresentação dos resultados da experiência envolvendo o serviço de oftalmologia constitui o propósito deste trabalho.

JUSTIFICATIVAS – O MANEJO DA SAÚDE COLETIVA EM OFTALMOLOGIA

O presente trabalho justifica-se por buscar soluções alternativas frente a certas dificuldades vivenciadas na atenção à saúde em oftalmologia no território de abrangência deste ambulatório de especialidades, representadas: 1-) pela demanda reprimida elucidada através do tempo de espera de até 6 meses por uma consulta nesta especialidade em unidades básicas gerenciadas pela própria Fundação Zerbini; 2-) pelo fato dos hospitais gerais da região não oferecerem assistência oftalmológica, implicando no aporte elevado de urgências encaminhadas para este ambulatório; 3-) pelo fato dos oftalmologistas receberem um significativo contingente de pacientes encaminhados com pequena ou nenhuma diminuição da acuidade visual e 4-) pela grande demanda por fundoscopias diretas em

observância às recomendações dos consensos de hipertensão e diabetes.

OBJETIVOS

- Organizar a absorção da demanda reprimida então existente e das demandas futuras;
- Incentivar a realização de atividades conjuntas envolvendo especialistas e ESF;
- Promover um processo de capacitações horizontais, isto é, inseridas no processo de trabalho, e multilaterais onde as ESF são capacitadas pelo médico especialista em razão do conhecimento que este detém sobre os agravos à saúde abordados em sua especialidade, e onde o médico especialista é capacitado pelas ESF, que detém o saber especializado sobre indivíduos, famílias e comunidade.

METODOLOGIA

A primeira ação consistiu em organizar os fóruns de discussão envolvendo equipes, especialistas e administrativos, realizados nas unidades básicas, onde foram elaboradas e executadas atividades tais como a análise da demanda reprimida realizada a partir da verificação das guias de encaminhamento acumuladas, determinando uma segunda ação representada por treinamentos de agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem com o propósito de capacitá-los à aplicação da "tabela de Snellen" e que, através da aplicação do teste ao grande conjunto de usuários que estava à espera de uma consulta, resultou no melhor entendimento e enfrentamento da situação existente. Com efeito, em um sábado foi realizada uma atividade em que mais de duzentos pacientes que estavam nesta lista de espera foram submetidos ao teste de snellen aplicados por agentes comunitários e auxiliares de enfermagem, tendo suas acuidades reveladas pela tabela catalogadas e acrescidas de outras informações de risco, permitindo a obtenção de um modelo classificatório capaz de viabilizar a priorização racional dos atendimentos, o qual foi desenvolvido por uma das médicas



oftalmologistas que também esteve presente à atividade já realizando os primeiros atendimentos oftalmológicos dos pacientes identificados com maior risco. A terceira ação foi elaborada como alternativa de manejo da alta demanda por fundoscopias diretas e consistiu na realização desses exames pelos oftalmologistas nas próprias unidades básicas integrando-se aos grupo de atendimento de diabéticos e hipertensos junto com as ESF.

PRODUTOS / RESULTADOS ALCANÇADOS

Como resultado da segunda ação, foram identificados 64 pacientes com 100% de visão bilateral desprovidos de outras patologias que puderam ser manejados de modo que o atendimento oftalmológico deixasse de representar uma necessidade prioritária na condução de suas investigações clínicas, ao mesmo tempo que a reordenação das vagas permitiu que dezenas de pacientes que exibiram acuidade visual baixa bilateralmente (alguns com menos de 10% de visão bilateralmente) por vezes acompanhadas de outras patologias importantes, pudessem ter seu acesso ao atendimento oftalmológico drasticamente agilizado. Os casos de urgência (11 diabéticos e 25 não diabéticos) e os de prioridades (7 diabéticos e 12 não diabéticos) tiveram suas consultas antecipadas com atendimento garantido durante ou logo após a campanha realizada. A terceira ação resultou num melhor rendimento com relação ao número de atendimentos oftalmológicos realizados, numa ampliação do acesso às orientações oferecidas pela médica oftalmologista, numa maior efetividade da contra-referência e proporcionou ao especialista a oportunidade de vivenciar e de se apropriar do instrumental avaliativo e de intervenções empregado pelas ESF. Tal ação tem possibilitado ainda o aprimoramento da capacidade de realização do exame de fundoscopia direta pelos médicos de família, já que existem oftalmoscópios diretos de boa qualidade nas unidades de saúde da Fundação Zerbini. Além disso a aplicação prévia e sistemática da tabela de Snellen pelas ESF aos pacientes em que se tenha a intenção de encaminhar ao ambulatório de oftalmologia também tem auxiliado no manejo da demanda. Alguns dados relativos ao período entre novembro de 2003 e maio de 2004 * estão resumidos no quadro abaixo.

Nº de Unidades Saúde envolvidas em pelo menos uma atividade	5
Nº de ESF que já participaram de reuniões de planejamento com os médicos oftalmologistas	22
Nº de ESF que já adotaram a aplicação de testes de snellen para manejo da demanda *	7
Nº profissionais ESF treinados para aplicação do teste de Snellen	40
Nº de testes de Snellen aplicados pelas ESF no período referido *	608
Nº de fundoscopias diretas realizadas pelos oftalmologistas em atividades com as ESF *	372

permitindo que ESF e especialistas pudessem programar o uso do tempo necessário à realização das ações descritas, evidenciando a capacidade dos técnicos que atuam na ponta de buscarem soluções eficazes e originais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tais ações proporcionaram uma otimização no aproveitamento das vagas da especialidade, reduziram o tempo de espera por consultas oftalmológicas, tem integrado médicos especialistas e ESF e contribuído para a efetiva prática da integralidade e da equidade no PSF.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES / DIFICULDADES

Uma dificuldade foi a obtenção da sustentabilidade do processo, possível graças à distribuição equânime das vagas pelas ESF,



VIGILÂNCIA EM SAÚDE E CONTROLE DE VETORES NO RIO DE JANEIRO - INTERLOCUÇÕES COM O CONTROLE SOCIAL E A ANEPS-RJ

Autor Principal: Marcio José Villard Aguiar

Outros Autores: Mauro Blanco Brandolini; Marcio Alexandre Baptista e Eduardo Rodrigues da Rocha

Instituição: SMS do Rio de Janeiro

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

Criada no final de 2001, a Coordenação de Controle de Vetores (CCV) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro iniciou um amplo projeto de trabalho voltado para o redimensionamento das práticas de controle de endemias oriundas da FUNASA CORERJ e da COMLURB. Desde então, esse programa tem envolvido os 2400 servidores de campo lotados nos programas dessa coordenação e inseridos na agenda integrada de atividades.

O projeto objetiva repensar e redimensionar as várias práticas dos agentes que compõem a Coordenação - Agentes de Controle de Endemias, Guardas de Endemias, Agentes de Saúde Pública, Auxiliares de Controle de Vetores e Técnicos de Controle de Vetores - na perspectiva da Vigilância em Saúde e do Planejamento Educativo Integrado (PEI).

A partir de 2003, implementamos o Planejamento Educativo Integrado (PEI) com os principais setores da coordenação (04), e que atuam nas 10 Áreas de Planejamento (AP) do município, a partir do levantamento e da definição de prioridades no controle de vetores (CCV) e na elaboração conjunta de agendas locais integradas. O trabalho incluiu a participação dos servidores em várias atividades de reflexão e construção coletiva acerca do atual modelo de trabalho – centralizado – buscando-se efetivo envolvimento e entendimento do processo de trabalho e sua relação com a população.

Finalizamos a I etapa do projeto em março de 2004 com um grande Encontro de Avaliação, estando presentes 150 representantes dos vários setores da CCV. Os principais aspectos levantados durante o processo apontaram para: ausência de interlocução/comunicação entre os setores (60%); falta de infraestrutura e necessidade de maior investimento/capacitação nos agentes (25%) e urgência em se rever as práticas operacionais atuais (15%).

A proposta de planejamento integrado, envolvendo as equipes de campo dos setores da CCV (agentes de saúde), tem sido um importante espaço de diálogo e articulação para se debater e implementar o novo modelo de Vigilância em Saúde no município do Rio de Janeiro. Em 2005 finalizamos a II etapa do projeto, onde

cada uma das 10 AP apresentaram o seu Plano Local de Trabalho Integrado, elaborado de forma conjunta pelas equipes envolvidas da Coordenação de Controle de Vetores (CCV) nas AP do município do Rio de Janeiro.

O processo também se fortaleceu a partir da inserção da metodologia participativa, de pressupostos da educação popular e do envolvimento de vários dos profissionais na agenda de oficinas e espaços de discussão da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde do Rio de Janeiro – ANEPS – RJ.

Atualmente o referencial da educação popular (concepções) tem sido uma importante estratégia para promovermos a interlocução das ações institucionais da CCV com lideranças comunitárias e representantes dos Conselhos Distritais de Saúde em várias áreas da cidade.

A construção da agenda de mobilização social no controle da dengue no município do Rio de Janeiro hoje tem sido planejada conjuntamente com representantes da sociedade civil organizada através de fóruns participativos e ações intersetoriais .



O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NAS AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MANDAGUARI.

Autor Principal: Marcos César Valério Almeida

Outros Autores: Ivonéia de A. A. Furtado; Leonardo Di Colli; Eron Barbiero

Instituição: Prefeitura Municipal de Mandaguari-PR

Município: Mandaguari

Estado: Paraná

O programa Saúde da Família foi implantado no Brasil a partir de 1994 como uma estratégia de reestruturar a atenção básica e da prática assistencial à saúde da população. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Município de Mandaguari ocorreu no ano de 1997 abrangendo 31,56% da população do município, sendo ampliada com mais duas equipes no ano de 2000, atingindo então uma cobertura de 58,10%. Com a assunção da atual administração, está em fase de implantação mais duas novas equipes de PSF, que somadas às anteriores cobrirá aproximadamente 78% da população. A essas equipes foram inseridas quatro de saúde bucal, cujo atendimento cobre os territórios das equipes iniciais. O PSF esta possibilitando a concretização da proposta de mudança no antigo modelo de saúde, centrado na doença e na demanda por serviços especializados, substituindo-o por outro onde busca-se pelo atendimento integral, mais resolutivo e fazendo com que as famílias sejam assistidas eficazmente pelas equipes formadas por profissionais de diversas áreas da saúde, entre elas: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Agentes Comunitários de Saúde. Ações pressupostas neste novo paradigma constituem a base para o PSF, o qual busca pela qualidade da saúde da população e, devendo ser pactuadas em conjunto com segmentos da comunidade, prestadores e outros setores da administração pública. O município de Mandaguari apresenta uma área geográfica de 343 Km²; possui uma população estimada para 2005, segundo IBGE, de 33.469 habitantes. A população urbana de 22.808 habitantes, correspondente a 5.848 famílias e a rural de 6.201 pessoas a 1.590 famílias. A densidade demográfica é de 84,71 pessoas por km², e a densidade populacional urbana é de 537 pessoas por km². O trabalho multiprofissional realizado pelas equipes busca pelo atendimento integral, cujas atividades executadas e planejadas em conjunto norteiam ao objetivo comum que é a melhora da qualidade de vida da população. As ações médicas são realizadas sistematicamente onde estes profissionais atendem os indivíduos de forma generalizada, visualizando-o não mais segmentado mas em toda sua constituição. Atende desde a gestante, o recém nato ao idoso, incluindo todas as fases da vida do indivíduo. Num período atende às consultas e em outro as visitas domiciliares previamente agendadas por solicitação familiar. Conhece sua clientela,

possibilitando o atendimento humanizado e intervindo em suas dificuldades e anseios e possibilitando melhor tratamento a seus pacientes. A enfermagem supervisiona a equipe do PSF organizando e avaliando as ações de sua competência, acompanha a todos profissionais da equipe e elabora o planejamento diário do trabalho da equipe. Entre elas incluem-se ações de promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos indivíduos de toda a família. Acompanha os pacientes de seu território estando atenta a qualquer eventualidade neles surgida, fornecendo orientações para prevenção dos agravos sendo que, neste momento, é que aqueles pacientes que se julgam sadios são diagnosticados e acolhidos pela equipe multiprofissional. Para uniformização das ações são realizadas reuniões a fim de discutir assuntos pertinentes a cada equipe e em conjunto, estabelecer e aprovar protocolos de atendimento e de rotinas. Participa ativamente dos programas estratégicos como de hipertensão arterial, gestantes, diabéticos, preventivo de câncer de colo uterino, campanhas de vacina entre outros, conta com o indispensável apoio profissional do auxiliar de enfermagem que sem medir esforços, executa tarefas de menor complexidade, com dedicação, carinho e responsabilidade. O Agente Comunitário de Saúde é o elo entre a família e a equipe, cujas funções transcendem o campo da saúde, por requerer múltiplos conhecimentos acerca de aspectos das condições de vida da população. Torna-se membro fundamental da equipe multiprofissional uma vez que é o portador de informações sobre os problemas encontrados e contribui, em conjunto com a equipe na resolução dos mesmos. A inclusão do odontólogo na equipe surgiu de um processo de discussão dentre os profissionais pelo fato da preocupação com os indicadores de saúde bucal dos munícipes. Esta inserção aconteceu da vontade política dos atuais gestores que, independente da oferta de recursos e dotações orçamentárias, buscaram pela urgente implantação do programa de saúde bucal tendo em vista a consciência da integralidade das ações de saúde, uma vez que esta se inicia pela boca e por melhores dentes. Essas ações somadas visam a promoção, proteção e recuperação da saúde bucal, dirigidas a todas as fases da vida e abrangente a toda população. O odontólogo além de suas atividades no consultório realiza também palestras, levantamento de CPOD, atendimentos aos grupos de forma especial aos idosos, internos



e acamados da delegacia local. Por possuir duas unidades móveis, um ônibus e um “trailler”, o atendimento é levado até as escolas estaduais, municipais e creches, procurando aumentar a cobertura dos atendimentos às crianças e alunos de forma humanizada e resolutiva.. Ainda leva-se o programa até as comunidades da zona rural onde o atendimento acontece previamente agendado. O serviço de fisioterapia do programa saúde da família é realizado nas unidades básicas de saúde com apoio dos outros membros da equipe multiprofissional, sendo promovido duas vezes por semana em cada unidade. Esse trabalho tem como objetivo realizar atividades preventivas para os idosos da comunidade, através de exercícios físicos, alongamentos, palestras, orientações e atividade de lazer. Esses pacientes na sua maioria apresentam hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*. Também são realizadas visitas domiciliares e orientações aos familiares de pacientes acamados, politraumatizados, seqüela de acidente vascular encefálico, pós-operatórios em geral e pediátricos. Nas visitas, o profissional realiza prévia avaliação do quadro do paciente para assim determinar a conduta do tratamento em que alguns casos necessitam do acompanhamento semanal, devido a gravidade da sua patologia e em outros casos o paciente é orientado e realiza o tratamento de acordo com a sua gravidade retornando em visitas quinzenais. São realizadas visitas periódicas ao asilo São Vicente de Paulo para o atendimento aos residentes, cujas atividades são realizadas em grupos através de atividades lúdicas e exercícios físicos preventivos, em um local adequado e arejado, após o término dessas atividades são promovidos atendimentos individualizados aos residentes, acamados e cadeirantes. Outros profissionais estão sendo inseridos no PSF, a exemplo dos Farmacêuticos Bioquímicos que se preocupam pela melhor atenção farmacêutica dispensada aos usuários do SUS. Participaram da elaboração da lista padronizada de medicamentos e contribuí para sua implantação, resultando no melhor uso racional dos medicamentos. Assim, como os psicólogos, que estão desenvolvendo um projeto de humanização no atendimento aos usuários dos serviços de saúde do município, incluindo as UBS onde estão inseridos os PSF. Os resultados obtidos da ação multiprofissional das equipes do PSF são constatados pela melhoria do atendimento e da qualidade de vida da população. Indicadores de saúde como o coeficiente de mortalidade infantil, de internamento hospitalar, de internamentos por causas, de cobertura vacinal e outros, demonstraram resultados positivos. Verificou-se também a solução em mais de 80% dos problemas de saúde encontrados na comunidade, maior co-responsabilidade das famílias com a saúde de seus entes, amadurecimento dos conceitos de saúde e cidadania pela população, humanização e continuidade do atendimento de saúde, aumento do acesso das pessoas doentes, aumento da participação da população na comunidade, integração com diversos setores da administração municipal e maior satisfação dos usuários.

E, esta aproximação proporciona aos pacientes o sentimento de sentirem-se valorizados e ao profissional por sua vez, amplia sua visão acerca do homem e do mundo e reforça o seu compromisso com o sucesso de seu trabalho e de sua missão.

PALAVRAS CHAVE: Programa Saúde da Família, Equipe Multiprofissional.

Autor: Leonardo Di Colli

Co-autores: Marcos César Valério Almeida

Eron Rodrigues Barbiero

Ivonéia de Andrade Aparecido Furtado

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MANDAGUARI - RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Programa Saúde da Família (PSF) possibilitou uma aproximação entre o fisioterapeuta e a população, com isso uma significativa melhora da qualidade de vida da comunidade, em Mandaguari-PR. O fisioterapeuta atua em conjunto com a equipe do PSF, promovendo atividades físicas e orientações referentes à saúde, resultando na redução da incidência de patologias mais comuns. As visitas são realizadas àqueles pacientes com restrição na função motora. O acesso ao serviço de fisioterapia foi facilitado com a inserção do profissional junto às seis unidades básicas de saúde. Constata-se que o serviço de fisioterapia só é possível com o auxílio de outros profissionais integrantes do PSF, os quais constituem o elo entre os fisioterapeutas e a comunidade. As atividades constam de intervenções preventivas onde são desenvolvidas atividades físicas com exercícios em geral, atividades lúdicas e semanalmente palestras ilustrativas a pacientes hipertensos e diabéticos. As intervenções reabilitativas são realizadas através de visitas domiciliares, com orientações em relação às atividades e medidas de prevenção que devem ser tomadas. Orientações específicas são realizadas ao cuidador daquele paciente. O trabalho do profissional de fisioterapia proporcionou à equipe do PSF maior resolutividade no acompanhamento e tratamento de doenças crônicas. Observa-se maior normalidade dos exames de glicemia nos diabéticos e da pressão arterial nos hipertensos. Visualizou-se também a importante participação deste profissional junto à equipe do PSF, vindo somar para que haja maior eficácia dos serviços. Desta forma, tanto a população quanto profissionais e gestores, unidos, poderão contribuir para que o PSF seja a estratégia implantada para reestruturar a Atenção Básica à Saúde de um município.

Autor: Leonardo Di Colli

Co-autores: Ana Paula Mendes

Ana Paula Ferreira da Silva



O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE MANDAGUARI-PR

O atendimento odontológico do município de Mandaguari teve um avanço significativo no último ano. Com uma proposta de reestruturação do setor foram implantadas quatro equipes do PSF Bucal e mais duas novas que se encontram em fase de habilitação. Buscou-se com esta proposta o resgate do setor que há muito se encontrava estagnado, apenas executando atividades rotineiras dentro do modelo tradicional com pouca resolutividade e falta de comprometimento dos profissionais. Nesta nova fase, procura-se pela maior satisfação dos usuários, ofertando-lhes um atendimento mais humanizado e prezando pela qualidade dos serviços odontológicos prestados. Requereu também a busca por parcerias da comunidade, a exemplo das organizações não governamentais e empresas privadas, as quais proporcionaram o fornecimento de material de consumo com contrapartida municipal de funcionários e equipamentos. O principal objetivo é facilitar o acesso ao tratamento odontológico a uma fração da população que não possui condições de procurar, durante seu trabalho, pelos postos de atendimento. Esta parceria também proporcionou o atendimento às crianças em idade escolar de baixas condições sócio-econômicas, com o mesmo objetivo de priorizar sua saúde bucal. Desta forma, as equipes do PSF Bucal, sentiram-se motivadas pelo trabalho realizado e pela sua valorização profissional, contribuindo pela qualidade de toda a saúde de um indivíduo, pois passaram a perceber que cada um deve ser visto como um todo. A população satisfeita com a ampliação do atendimento odontológico, passou também a valorizar sua saúde bucal, tendo em vista que é co-responsável por sua qualidade de vida. Por sua vez, o gestor municipal, observando os resultados positivos demonstrados pela melhora dos indicadores de saúde bucal, fortalece e consolida a estratégia de saúde da família como reestruturante da Atenção Básica e do Sistema Único de Saúde.

Autor: Leonardo Di Colli

Co-autor: Vilma Aparecida Villar Almeida

A ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM UMA EQUIPE DO PSF DE MANDAGUARI-PR

O programa de Atenção Farmacêutica é um projeto piloto que foi inserido em uma das equipes do Programa Saúde da Família de Mandaguari, pretendendo-se ampliá-lo para todos os bairros do município. O objetivo deste projeto foi o de conhecer como os usuários utilizam dos serviços quanto à terapia medicamentos bem como de orientá-los quanto ao seu uso adequado. Através de visitas domiciliares a equipe verifica quais medicamentos estão prescritos para o paciente, aplica-se um questionário constando de dados gerais,

de aspectos em relação ao seu cotidiano, prática de exercícios físicos, uso de álcool, se é tabagista etc. São questionados também quanto aos antecedentes familiares, presença de colesterol, entre outras questões. As informações são registradas e o farmacêutico em conjunto com a equipe, realiza instruções individuais sobre cuidados com medicamentos, uso correto, responsabilidade do paciente para com sua saúde, interações medicamentosas e aspectos relacionados à hipertensão e o diabetes. A equipe do PSF, após revisão do médico, agenda o fornecimento do medicamento para que seja encaminhado ao domicílio do paciente. Desta forma, o farmacêutico passa a acompanhar o uso correto daquele medicamento e também exercer maior controle de sua programação para que não falte em sua unidade e conseqüentemente ao paciente. Através desse programa de atenção farmacêutica personalizada, observou-se que a população encontra-se mais conscientizada quanto ao uso correto do medicamento e de sua importância no seu tratamento, despertando-o também quanto o tambriantdo atamentoscientizada quanto ao uso correto do medicamento e de sua import aos seus hábitos alimentares, prática de exercícios físicos a fim de proporcionar-lhe maior controle de sua patologia e melhor qualidade de vida.

Autor: Leonardo Di Colli

Co-autor: Carolina Lourenço Zanardo

Marcelo Marques Ferreira

A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO- UMA PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO EM MANDAGUARI-PR

O trabalho de humanização nos Serviços de Saúde de Mandaguari vem sendo desenvolvido no sentido de proporcionar mais atenção e acolhimento aos usuários destes serviços. Procura-se valorizar as condições que envolvem cada usuário e sua cidadania, bem como a aplicação de intervenção junto aos servidores, a fim de proporcionar-lhes melhor qualidade de trabalho e levando-os a um processo de percepção da alteridade. Esta proposta iniciou-se a partir de um levantamento das necessidades junto aos servidores a fim de detectar como se encontravam as relações interpessoais em seu trabalho, avaliando-se o grau de satisfação em relação à função que exercem e aspectos que poderamfimde junto aos servidores, maçntaçiam estar interferindo ou impedindo uma comunicação / interação mais efetiva com os usuários. Um levantamento junto aos usuários também se fez necessário, para poder investigar e entender a forma como percebem sua condição de paciente no contexto do serviço público. Além destes, alguns trabalhos sociais também são desenvolvidos dentre eles pode-se citar: Acompanhamento dos Idosos no Asilo São Vicente de Paulo onde o objetivo é o de promover a revitalização, valorizando-os e resgatando sua identidade e auto-estima. O projeto Férias com mais Saúde Física e Mental,



tendo como foco as crianças e adolescentes participantes de uma Organização Não Governamental, a Aliança Esportiva e Social de Mandaguari. Este trabalho procura oferecer no período de férias escolares atividades de lazer, cultura, saúde e educação, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades físicas, cognitivas, afetivas e sociais, promovendo experiências coletivas que levem ao desenvolvimento de relações afetivas de qualidade. Para o desenvolvimento desses projetos conta-se com a parceria do Programa Saúde da Família formada por equipe multiprofissional (Psicólogos, Assistente Social, Dentistas, Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeiros, Equipe Educação Física), assim como com a colaboração de estagiários destas distintas áreas. Observa-se como resultados a qualidade de saúde destes adolescentes e de sua família, uma vez que estarão ocupados com atividades saudáveis.

Autor: Leonardo Di Colli

Co-autora: Sabrina Benedeti Cabrera

AÇÕES MULTIPROFISSIONAL E INTERSETORIAL NO ATENDIMENTO À GESTANTE DO MUNICÍPIO DE MANDAGUARI-PR

○ Serviço de Saúde do município de Mandaguari tendo constatado que existia grande desinteresse por parte da população em relação à necessidade do acompanhamento pré-natal, evidenciados através de altos índices de complicações gestacionais e puerperais, cultura de parto por cesariana, baixo índice de aleitamento materno



PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA INTERESTADUAL: RELATO DA EXPERIÊNCIA DE MATO GROSSO-RONDÔNIA E AMAPÁ-PARÁ.

Autor Principal: Marcos Elizeu Marinho de Oliveira

Instituição: Ministério da Saúde

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

A universalidade, equidade e integralidade no acesso aos serviços de saúde são princípios que orientam o Sistema Único de Saúde e sua violação ocorre, dentre outros, quando a utilização dos serviços de saúde é, de algum modo, afetada pelas desigualdades sócio econômicas, ou pela interposição de barreiras geográficas no local de residência dos seus usuários.

Assim, municípios com pouca oferta de serviços para sua população, referenciam, mesmo que de maneira informal, seus usuários aos municípios que dispõem de uma rede organizada com serviços de maior complexidade. A identificação desses fluxos orientou os estados na construção da regionalização dos serviços de saúde no Brasil.

Ressalta-se que muitos dos municípios pólos, recebem referências que transcendem as divisas de estados, sem programação prévia, o que implica na não ocorrência de transferência de recursos para seu custeio.

Para dar viabilidade às discussões sobre formas de repasse de recursos entre as unidades federadas, para custeio da atenção à saúde, constituíram-se no passado as denominadas *Câmaras de Compensação Interestaduais*. Atualmente, a lógica da Programação Pactuada e Integrada - PPI - contempla os fluxos interestaduais, buscando estabelecer pactos entre dois ou mais estados, como forma de definir o custeio para o atendimento das diferentes necessidades da população, conferindo maior responsabilização e transparência ao processo.

Nos processos de programações estaduais e municipais são observados freqüentes conflitos entre estados limítrofes, envolvendo reivindicações de garantia de acesso de pacientes encaminhados a municípios localizados em território de outra unidade federativa, bem como de elevação dos limites financeiros ("teto orçamentário") destes municípios que prestam atendimento a cidadãos provenientes de outros estados. As queixas são oriundas, tanto dos municípios "exportadores" de usuários para seus vizinhos, quanto por parte dos municípios receptores; os primeiros reclamando as barreiras ao acesso de suas referências e os últimos da insuficiência dos recursos alocados para a cobertura das respectivas referências. Estes conflitos intra-estaduais encontram formas institucionalizadas de seu tratamento

no âmbito das Comissões Intergestores Bibartite Estaduais – CIB e nos processos de PPI.

A ausência de critérios para a definição da cobertura financeira de custeio dos fluxos de referência interestaduais, e dos demais arranjos institucionais para a negociação dos volumes dos fluxos e dos respectivos recursos de cobertura, têm trazido contínuo desgaste e cronificação dos conflitos existentes. A busca de arranjos institucionais que promovam um padrão mais cooperativo de federalismo pode ser observada nas discussões dos fóruns de negociação tripartite (Comissão Intergestores Tripartite – CIT).

No momento atual, em que o Ministério da Saúde aprovou o novo Pacto pela Saúde, pretende-se, com este trabalho, apresentar uma experiência bem sucedida de enfrentamento da questão das referências interestaduais. Trata-se da construção e implementação da Programação Pactuada e Integrada interestadual entre unidades federativas.

Nesta Lógica, os gestores cujos municípios integram as regiões de saúde estaduais, em reuniões mediadas pelo gestor estadual, deverão analisar as necessidades e a capacidade regional com a finalidade de elaborar os pactos intermunicipais. No caso das regiões interestaduais (formadas por municípios de mais de um estado), onde a assistência aos usuários ocorrer no estado vizinho deverão ser constituídos pactos interestaduais envolvendo as três esferas de governo.

Esta metodologia possibilita que os recursos pactuados e aprovados na CIB e Conselhos de Saúde sejam transferidos para o custeio dessas ações e serviços de saúde em outro estado, os recursos correspondentes não deverão compor o limite financeiro do estado de referência, devendo permanecerem nele alocados enquanto perdurar o pacto estabelecido.

Assim o limite financeiro dos estados pode se constituir de recursos para a população própria, para a população referenciada dentro do estado, para o referenciamento da população a outros estados, bem como do valor alocado para atendimento da população oriunda de outros estados. O produto das negociações será acompanhado pelo Ministério da Saúde para avaliação e publicação das portarias de remanejamento de recursos.



Após o processo de programação pactuada e integrada é fundamental que sejam adotados mecanismos para sua avaliação e monitoramento, buscando o permanente direcionamento para uma alocação consistente de recursos, que mantenha a coerência com os demais processos de gestão.

Como produto final deste processo temos a experiência da PPI interestadual envolvendo os estados de Mato Grosso e Rondônia publicado na portaria SAS nº 744 de 23 de Dezembro de 2005, como também os estados do Amapá e Pará publicado na portaria SAS nº 400 de 21 de julho de 2005.

¹ Convencionou-se, entre os técnicos do Ministério da Saúde, envolvidos na regulamentação dos processos de descentralização e programação da assistência, nos últimos anos, denominar de “limite financeiro” aos montantes de recursos federais de custeio destinados às unidades federadas habilitadas na modalidade de gestão Plena do Sistema, municipal ou estadual, e de “teto orçamentário” aos montantes alocados nas unidades habilitadas na modalidade de Gestão Plena da Atenção Básica.



PAC(PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAUDE):UM ELO DE AMOR E HUMANIZAÇÃO COM A COMUNIDADE.

Autor Principal: Marcos Pierre Machado de Souza

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

Programa de Agentes Comunitários de Saúde(PACS) foi implantado nos 04 Centros de Saúde de Samambaia no dia 10 de abril de 2004,segundo as diretrizes e princípios organizacionais do SUS e vem cumprindo a missão de capilarizar o atendimento da Atenção Básica,organizando a demanda dos Centros de Saúde.

OBJETIVOS

Demonstrar as estratégias de atuação dos Agentes Comunitários do PACS em despertar na comunidade local, a participação efetiva nos Programas desenvolvidos pelas equipes nos diversos ciclos de vida (Saúde da criança,Saúde do adolescente,Saúde do Homem e da Mulher,Saúde do idoso)

- Oficinas Vivenciais de Lazer:
 - Saúde da criança (Saúde Bucal): Brinquedoteca e Teatro de Fantoches confeccionados pelos Agentes Comunitários.
 - Saúde do Adolescente:Danças de rua,esportes,teatro de impacto sobre drogas e violência e artes marciais.
 - Saúde do Homem e da Mulher:Tricot e crochet,artesanatos de papel e cerâmica.
 - Saúde do idoso:Danças de salão e forró,automassagem, ginástica nas quadras,passeios turísticos e culturais.
- Instalação de 20 Postos avançados .
- Parcerias com escolas,creches,igrejas e instituições.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Diminuição significativa da demanda reprimida dos Centros de Saúde,98% de acompanhamento das gestantes cadastradas



fazendo pré-natal no primeiro trimestre. 100% das crianças menores de um ano cadastradas pesadas e com vacina em dia.96% dos hipertensos e diabéticos cadastrados acompanhados. Maior busca ativa e acompanhamento dos sintomáticos respiratórios e suspeitos de hanseníase.Inclusão social dos adolescentes com diminuição da violência e drogas.Grande participação de Homens nas Oficinas Vivenciais desfazendo o preconceito.Inclusão social dos idosos diminuindo a depressão e outros agravos na terceira idade.

DIFICULDADES ENCONTRADAS

Falta de profissionais médicos e Auxiliar de enfermagem nas equipes do PACS,falta de equipamentos e materiais.

FACILIDADES ENCONTRADAS

Capacitação e profissionalismo dos Agentes Comunitários e dos enfermeiros do PACS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O elo de amor e humanização do PACS com a comunidade local de Samambaia através das Oficinas vivenciais de lazer, têm compensado as dificuldades existentes,melhorando a qualidade de vida das famílias,demonstrando assim a grande capacidade de capilarização resolutive das equipes do PACS do Programa Família Saudável de Samambaia.



DESAFIOS ENCONTRADOS PELO SUPERVISOR PFS/SAMAMBAIA NA MANUTENÇÃO DA HARMONIA DO QUADRILÁTERO.

Autor Principal: Marcos Pierre Machado de Souza

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

O envelhecimento representa uma etapa de vida cuja característica principal é acentuada pela perda da capacidade de adaptação e menor expectativa de vida, tornando os idosos mais vulneráveis e cada vez mais predispostos a mortalidade. Este é o desafio que se coloca diante do sistema de saúde que deverá dar apoio a esta população.

A família é muito importante nesta mudança de ciclo de vida de seus familiares idosos. A imobilidade afeta a capacidade afetiva e cognitiva e o idoso, se abandonado, torna-se deprimido e inseguro. Portanto, devemos ir além da busca do prolongamento da vida, mas procurar a qualidade desta vida prolongada. O cuidado deve ser instrumentalizado com informações para que este tenha discernimento entre o envelhecimento normal e as doenças decorrentes deste processo.

No Brasil, o cuidado domiciliar dispensado ao idoso ainda fica a cargo da própria família, mas em países mais desenvolvidos, a exemplo dos Estados Unidos, a assistência domiciliar, em longo prazo, é o setor de prestação de serviço de saúde que mais cresce no país. Os custos adicionais desta assistência e a inconveniência dos idosos saírem de suas casas facilitam a segurança e satisfação de serem assistidos em domicílios: “negociar com os pacientes em seu próprio ‘domínio’ reforça a importância da autonomia e tomada de decisão do paciente”

No cotidiano o que se observa é que na maioria, os nossos clientes são homens cuidados por suas esposas. A situação de dependência física e, por vezes, financeira do parceiro, propicia comportamentos negativos como irritabilidade, agressão, exigências exacerbadas e outras.

Observamos em nossas áreas de atuação o desconforto de famílias com pacientes idosos acamados, decorrentes de causas emocionais, financeiras, esforços físicos. As queixas mais frequentes são: cansaço, angústia, insônia, estresse, exigências dos familiares e dos idosos acamados, muitas delas impossíveis de serem satisfeitas pelo cuidado. Em muitos casos o tamanho da habitação só permite que a rede de dormir ou cama onde o idoso permanecesse na sala de visitas, por falta de espaço nos outros cômodos, sendo este um dos indicadores de saúde de nossas famílias.

Constatamos através da análise de situação de situação da área de abrangência da equipe do Programa de Saúde da Família,

localizada em área periférica e Samambaia-DF (Brasil) um grande número de idosos acamados, demonstrando assim um indicador de saúde forte em nossa área. A partir deste dado, priorizamos as visitas domiciliares a esses idosos. Percebemos, durante as visitas, que cuidador familiar, também com necessidades de cuidados, porque passam momentos difíceis de adaptação, necessitando de apoio emocional, social e de atenção a sua saúde, bem como de informações sobre as atividades pertinentes ao papel exercido e aos cuidados com a saúde do idoso dependente.

JUSTIFICATIVA

Para equipe da Saúde da Família, o cuidador é um multiplicador das ações básicas de saúde, que necessitam de assistência multidisciplinar, na maioria dos casos o cuidado é dispensado por pessoas despreparadas gerando situações de risco e estresse, ocorrendo assim risco a vida do idoso cuidado, para que com responsabilidade, zelo, ação, atitude e comportamento com embasamento científico, possam ser capacitados para oferecer uma assistência digna aos pacientes idosos acamados, aliados a uma busca da melhoria da qualidade de vida.

OBJETIVO GERAL

Identificar o papel do cuidador e seu vínculo com o idoso acamado: integrando os familiares e o idosos em ações de cuidados básicos de saúde desenvolvidos pelo Programa Família Saudável.

METODOLOGIA

O estudo focaliza um grupo de idosos acamados e seus cuidadores informais, identificados através do cadastro familiar da unidade básica de saúde. A coleta de dados será através de entrevista estruturada com perguntas abertas e fechadas, cujas variáveis estudadas serão: dados pessoais; condições sociais; papel de cuidador.

O estudo será desenvolvido na unidade básica de saúde da família que se localiza na cidade satélite de Samambaia - DF.

A equipe é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde.



As entrevistas serão na unidade básica e nos domicílios dos idosos acamados e seus cuidadores.

Escolheremos os cuidadores de idosos dependentes com ajuda dos agentes de saúde de cada micro-área, os quais elaborarão uma listagem desta população. A seguir agendaremos as visitas domiciliares para a realização das entrevistas. Os dados serão organizados em tabelas e quadros organizados de acordo com a categorização: situação socioeconômica dos cuidadores, que é o ser cuidador e cotidiano do cuidar. Serão utilizados como material de apoio teórico autores que trabalham com aspectos relativos aos cuidadores de idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados do inquérito domiciliar. Rev de saúde Publica, 1999;33:445-453.
- Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Relume: Dumará; 1994.
- Rodrigues RAP, Diogo MDE. Organizadores. Como cuidar de idosos. Campinas: Papyrus; 1996.
- Espino DV. Maus tratos em idoso. In: Rakel R. E. Tratado de medicina da família. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
- Néri AL. Organizadora. Cuidar de idoso no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Atínea; 2002.

TATIANA LUSTOSA BONFIM

PRE PROJETO DE PESQUISA

PRE PROJETO DE PESQUISA APRESENTADO AO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO LATU SENSU, DA FEPECS-



AS MULHERES DE VEREDAS I E O GRUPO DE TERAPIAS OCUPACIONAIS

Autor Principal: Maria Aparecida Nunes

Outros Autores: Jane Akemi Nonaka Aravechia; Eliete Rodrigues dos Reis; Rosilene Pereira Santos

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

“Bem estar físico, mental e social”, a definição de saúde é o que se busca levar a comunidade atendida pelo Programa Família Saudável do Setor Veredas I, que atende as Quadras 03, 05 e 06 do Setor Veredas da cidade de Brazlândia.

A Equipe de Saúde, integrada com a Equipe de Saúde Bucal, constatou através dos cadastros familiares e durante as consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, um número significativo de mulheres ociosas e algumas com baixa auto-estima. Outras relatavam problemas de depressão por falta de lazer e atividades produtivas. Era necessário então, buscar uma alternativa que levasse “Saúde” a estas mulheres.

Por iniciativa de uma Agente Comunitária de Saúde e apoiada pela Equipe de Saúde Bucal, iniciou-se o planejamento para a formação de um Grupo de Terapias Ocupacionais voltada para estas mulheres, com a finalidade de tirá-las da ociosidade, oferecendo lazer e aprendizado, aumentando a auto-estima das mesmas e levando-as ainda a transformar suas produções em fonte de renda.

Buscou-se também, através deste grupo, levar informações gerais de saúde como higiene corporal, noções sobre Saúde Bucal, importância de alimentação saudável, controle das doenças crônicas (algumas destas mulheres são hipertensas e diabéticas), aleitamento materno, etc..

Para que este grupo se tornasse realidade, convites para as oficinas foram feitos as mulheres da comunidade, durante as visitas domiciliares. Através de doações dos colaboradores da Equipe e do empresariado local, arrecadou-se o material necessário para as aulas iniciais ministradas pela Agente Comunitária de Saúde, Cirurgia-dentista e auxiliares. O grupo iniciou-se modesto, com apenas oito mulheres em setembro de 2005, foi aumentando gradativamente até chegarmos em 18 mulheres que estão juntas até o presente momento. Chegou-se a contar com 29 mulheres como no dia de Oficina de Bolos de Liquidificador.

Durante este período foram realizadas oficinas de decoração de caixas com filtros de café usado, cachecol de tear, bordados de vários tipos, cestos de jornais, crochê e tantas outras formas de artesanato.

Como resultado, observou-se uma melhora na auto-estima destas mulheres, já que muitas delas tornaram-se professoras de alguma modalidade de artesanato que conheciam, outras já estão comercializando seus produtos e houve melhora até no controle de doenças crônicas. Notou-se ainda, a integração entre familiares, com a participação de mães, filhas, irmãs que juntas compartilham das aulas. O grupo que inicialmente foi planejado para acolher senhoras passou a receber crianças, adolescentes e idosas, todas com a finalidade de aprender, ensinar e assim crescer em todos os sentidos. Durante os encontros que ocorrem semanalmente, estas mulheres trazem receitas de culinária, de artesanato e trocam-nas entre elas, ocasionando diversão, aprendizado e alegria. Dividem também alegrias, tristezas, opiniões sobre filhos e netos e tantos outros assuntos.

A cada nova peça confeccionada, nova técnica aprendida, a sensação de vitória e orgulho no rosto de cada uma das integrantes do grupo. Em atividades festivas, busca-se confeccionar produtos voltados para as datas comemorativas a exemplo do que foi realizado no Dia das Crianças, quando as mães e avós trouxeram seus filhos e netos para produzir brinquedos com garrafas descartáveis. Nesta oportunidade, abordou-se a importância dos cuidados com a natureza e a reciclagem de materiais que são danosos ao meio ambiente.

Certamente, levando lazer, informações e ensinando alguma terapia ocupacional às mulheres da comunidade de Veredas, o PSF está fazendo a sua parte na busca pela melhoria na qualidade de vida desta população. Iniciativas simples como ensinar uma senhora de 60 anos a segurar uma agulha podem fazer a diferença em sua vida, ajudando também sua família e a sociedade.

Ressalta-se também a importância do papel do Agente Comunitário de Saúde no diagnóstico de necessidades na comunidade e na formação e condução de grupos. Pelo fato de maior proximidade com as famílias, as pessoas sentem-se mais seguras e a vontade na presença do agente comunitário, tomando os grupos mais produtivos.

Assim, conclui-se que dentro de cada equipe de PFS existam “artistas” com alguma aptidão, como as várias que possui a Agente Comunitária responsável por este grupo, que possam levar “Saúde” em forma de artesanato para nossa comunidade.



REGIÃO INTEGRADA DE DESENVOLVIMENTO DO DISTRITO FEDERAL E ENTORNO RIDE/DF-REGIONALIZAÇÃO

Autor Principal: Maria Cristina de Oliveira Marques
Outros Autores: Ana Cristina Carvalho Curvina; Ana Lucia Pereira; Letícia de Oliveira Fraga
Instituição: Ministério da Saúde
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

O processo de expansão da Região Metropolitana de Brasília e a preocupação com os impactos causados em virtude desta vêm sendo objeto de discussão em diferentes esferas de governo desde a década de 70. Nesse contexto, tornou-se imperativa para o enfrentamento dos problemas a articulação entre os diversos setores estratégicos do governo, dentre eles o da saúde, a fim de implementar ações que conduzam ao progresso regional. Sob a ótica do desenvolvimento regional foi institucionalizada, pela Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE/DF, objetivando estabelecer um mecanismo institucional que permitisse ao Poder Público tratar de forma mais específica os problemas regionais. Em relação ao sistema de saúde, os municípios que integram a RIDE/DF apresentam principalmente problemas referentes às doenças da primeira infância e situação precária de saneamento básico. A atenção à saúde desses municípios enfrenta grandes dificuldades no que tange à capacidade de assistência aos usuários, que são quase sempre deslocados em busca de atendimento em Brasília. Desse modo é preciso promover a equidade no acesso aos serviços de saúde e maior eficiência na aplicação dos recursos públicos, pois é impossível estabelecer um processo de regionalização da saúde sem constituir uma base territorial em que as ações e serviços possam estar articulados, de modo a propiciar uma maior resolutividade e garantia de acesso. A conformação de uma rede regionalizada de atenção à

saúde pressupõe uma pactuação em relação à gestão do sistema de saúde. A caracterização de uma região de saúde, inclui a análise das necessidades da população das ações de saúde, dos recursos existentes e da capacidade instalada de serviços. No Plano de Ação da Saúde para a RIDE/DF foi esboçado um desenho de futuro para a organização do sistema regional de saúde, segundo o qual os municípios deverão se organizar de acordo com a Política de Regionalização Solidária e Cooperativa aprovada como eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS, resultando na mobilização dos atores regionais para o compartilhamento de funções de gestão e organização regional do sistema de saúde.





“PIM” - UMA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA INOVADORA PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA NO RIO GRANDE DO SUL

Autor Principal: Maria da Graça Gomes Paiva

Outros Autores: Leila Maria de Almeida; Maria Helena Capelli; Flávia Goulart Franco e Lacy Maria Pires

Instituição: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

O Programa Primeira Infância Melhor - PIM, desde 7 de abril de 2003, integra a política do atual Governo do Estado do Rio Grande do Sul, através da Secretaria de Estado da Saúde, que é a de promoção e desenvolvimento da primeira infância, nas dimensões *física, psicológica, intelectual e social*. A finalidade do PIM é promover o desenvolvimento integral da criança desde a gestação até cinco anos e onze meses de idade, com ênfase na faixa etária *de zero a três anos*. O PIM é executado pelas Prefeituras Municipais ou organizações não-governamentais por adesão, por meio de termo firmado pelo Secretário do Estado e Prefeito Municipal ou responsável pela organização não-governamental, com o apoio das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Coordenadorias Regionais de Educação (CREs). No âmbito do Governo do Estado o PIM abrange ações e competências da Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria de Estado Educação, Secretaria de Estado da Cultura e Secretaria de Estado do Trabalho, Cidadania e Assistência Social e outras. Atuando junto às famílias - em especial, àquelas cuja renda per capita é de meio salário mínimo - e respeitando as diferentes culturas familiares e suas experiências, o *Visitador* do PIM orienta os pais/cuidadores na promoção do desenvolvimento das capacidades e potencialidades de seus bebês e de suas crianças, através de atividades lúdicas, reforçando questões de saúde, higiene, coordenação motora, vínculos afetivos e de desenvolvimento da linguagem. Dois pilares sustentam o Programa

- a intersectorialidade e a comunidade/família e criança - sendo esta última o grande foco do PIM, que hoje já atende aproximadamente 45.000 crianças no Estado. Quanto à metodologia do Programa, dois tipos de Modalidades de Atendimento constituem a natureza intersectorial, de intervenção e de promoção educativas do desenvolvimento integral na primeira infância: *Modalidade de Atenção Individual* (de zero a três anos) e *Modalidade de Atenção Grupal* (4 a 5 anos e 11 meses). A presente comunicação objetiva destacar as estratégias de fortalecimento e de articulação das redes de serviço que o PIM atua, as quais redimensionam/ampliam o conceito de saúde, ao incorporarem os conceitos de *saúde mental, saúde familiar, saúde sócio-emocional* ao de *saúde física*, como promotores de sujeitos saudáveis e felizes e como um dos possíveis redutores de investimentos no SUS - uma forma





MOBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE EM TORNO DE PROMOÇÃO A SAÚDE EM ÁREA RURAL DO DF

Autor Principal: Maria da Guia de Oliveira

Outro Autores: Luiz Fernando Marques e Juliana Estevam Batista

Instituição: Secretaria de Saúde DF/ Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

A vivência desenvolveu-se em comunidade rural na cidade de Sobradinho-DF, servida por estratégia saúde da família, há cerca dois anos. A população está dispersa em 51 famílias cadastradas, porém com uma demanda extra de 15 famílias provenientes de outras áreas, inclusive do estado de Goiás. A economia é baseada no tripé lavoura de subsistência X benefícios e aposentadorias X programas sociais, já que a renda e a escolaridade são muito baixas. Os meios de transporte são precários e caros, em regiões, às vezes inacessíveis por rodovia, o que faz com que a população se desloque a pé e a cavalo. Os equipamentos sociais são 1 posto de saúde, uma escola com 4 anos do ensino fundamental, e 2 igrejas. A maioria das mulheres tem de 3 a 4 filhos, mantendo-os sem um companheiro. Após várias tentativas de mobilização da comunidade em torno de questões de saúde observou-se pouca adesão às atividades oferecidas. Considerando as questões sócio-culturais e os problemas no binômio saúde-doença, fez-se necessária uma intervenção promocional e educativa de maior envergadura junto à comunidade para que se pudesse atingir resultados mais imediatos frente às precárias condições da comunidade e de trabalho da equipe de saúde.

OBJETIVO

Envolver mulheres de comunidade rural de Sobradinho em torno de atividades práticas e educativas, abrindo espaço com ações de promoção de saúde e de geração de renda.

METODOLOGIA

A metodologia confunde-se com a da “estratégia saúde da família”, na qual a participação comunitária é central, facilitada pela inclusão do agente comunitário de saúde (ACS) na equipe de saúde. Sanou-se a pobre participação da comunidade nas ações educativas, interagindo com lideranças femininas e propondo atividades de maior interesse do grupo como o cozimento de alimentos e a fabricação

de produtos úteis em seus cotidianos. Assim, abriu-se um espaço para a discussão de temas específicos de saúde e de questões mais gerais concernentes a seus modos de vida.

PRODUTOS

Em cerca de 12 meses de encontros mensais, reuniu-se uma média de 30 mulheres, entre 30 a 50 anos de idade, com predominância de donas de casa, oportunidades em que houve:

- produção de xampus medicinais (contra caspa e piolhos, queda de cabelos);
- fabricação de sabão em barra, amaciante de roupa, pasta para polimento de alumínio;
- preparação de xaropes para aliviar os efeitos da tosse e da gripe;
- utilização para a alimentação de partes de alimentos comumente descartados: casca de banana e da abóbora, casca de ovo, multimistura;
- discussão sobre controle da dengue, hantavirose, leishmaniose, agravos sazonais, câncer de mama, saúde bucal, tuberculose, prevenção de acidentes domésticos, DST/Aids;
- discussão sobre direitos de cidadania, violências, situações de vulnerabilidade.

APRENDIZADO COM O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

Facilidades encontradas:

- Atuação marcante do agente comunitário em sua área de atuação;
- Trabalho consolidado da equipe de saúde junto à população adstrita e suas lideranças: legitimidade, autoridade, reconhecimento;
- Perfil adequado da equipe: experiência em atuação comunitária, familiaridade com técnicas de manejo de grupo.

Dificuldades encontradas:

- População excluída socialmente: baixa escolaridade, renda e acesso às tecnologias sociais;
- População com baixa participação política-cidadã: políticas sociais assistencialistas e não-libertadoras, vales-benefícios percebidos como favor do poder político local;



- População com pouca mobilidade física e social: distância meio rural X urbano, preço dos transportes, improvável ascensão social;
- Programas sociais, sobretudo saúde, educação e compensatórios, com abrangência muito menor que as necessidades da população;
- Pobreza de material para apoio às ações educativas;

COMENTÁRIOS FINAIS

- Apesar do interesse da comunidade por questões de saúde, estas não foram suficientemente atrativas para, de per si, sustentar discussões com essa temática;
- A mobilização da população, basicamente feminina, foi possível quando dela resultou em produtos concretos que pudessem ser utilizados em suas casas;
- Para que temas de saúde sejam incorporados às discussões, estes devem associar-se à produção de objetos concretos e de utilidade imediata;
- Sugere-se a busca de patrocínio e a parceria com empresários que possam apoiar a produção em maior escala da confecção e da comercialização de produtos locais.
- Na busca do cumprimento do princípio de equidade proposto pelo SUS, vimos como fundamental que sejam aportados recursos educativos diferenciados que supram às necessidades especiais de populações com alto grau de exclusão social como a descrita nesta vivência profissional.



O PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR - PID - NATAL/RN

Autor Principal: Maria de Fátima Silva Pontes

Instituição: Secretaria de Estado da Saúde Pública-SESAP/RN

Município: Natal

Estado: Rio Grande do Norte

INTRODUÇÃO

O PID – no Rio Grande do Norte foi implantado pela Secretaria de Estado da Saúde iniciando na Cidade de Natal em set/2005, visando a desospitalização em tempo mais curto de pessoas idosas e/ou com algum grau de dependência física dos Hospitais Públicos da rede estadual de saúde. A Internação Domiciliar é compreendida como um modo de atenção à saúde do idoso em seu domicílio, com grandes vantagens do ponto de vista social e emocional, favorecendo a restauração da saúde.

OBJETIVOS

O PID se propõe oferecer:

- assistência integral e humanizada aos pacientes idosos no ambiente familiar
- maior liberdade e autonomia dos pacientes em seus domicílios
- ações em prol da redução de incapacidades
- redução dos riscos de Infecção Hospitalar
- redução dos riscos de formação de úlcera de pressão
- orientação eficiente e clara ao cuidador e familiares
- maior liberação de leitos hospitalares para pacientes em situações que exijam tecnologia hospitalar
- melhor aplicação dos recursos, em geral reduzidos e insuficientes

METODOLOGIA

Diagnóstico da situação hospitalar quanto ao índice de idosos internados

Formação das equipes multiprofissionais: Assistente Social, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico, Nutricionista, Psicólogo, Técnico de Enfermagem e Terapeuta Ocupacional.

Admissão dos pacientes idosos oriundos de Hospitais da Rede Estadual com situação clínica estável, cujos diagnósticos mais frequentes têm sido as doenças cardiocirculatórias, respiratórias, diabetes mellitus e doenças neurológicas.

RESULTADOS

Instalação de 10 (dez) equipes distribuídas em 05 (cinco) hospitais públicos da grande Natal.

Programa de Internação Domiciliar Natal - RN
 Maria de Fátima Silva Pontes'
 Médica-Coordenadora do PID

Iniciativa Início	Secretaria de Estado da Saúde/RN Setembro de 2005
O que visa	a desospitalização em tempo mais curto de pessoas idosas e/ou com algum grau de dependência física atendida a casa do idoso em seu domicílio, com vantagens do ponto de vista social e emocional, favorecendo a restauração da saúde.
Vantagens	Atendimento integral e humanizado no domicílio Maior liberdade e autonomia dos pacientes Menor custo de internação hospitalar Melhor qualidade de vida dos pacientes Redução dos riscos de infecção hospitalar Melhor aplicação dos recursos

Objetivos

Metodologia Visita ao paciente no Hospital Visita à família Elaboração de Plano Terapêutico Acompanhamento Encaminhamento ao SUS	Equipe multiprofissional Assistente Social Enfermeiro Fisioterapeuta Fonoaudiólogo Médico Nutricionista Psicólogo Técnico de Enfermagem Terapeuta Ocupacional
Evolução Equipes	Evolução Atendimentos

Metodologia
 Visita ao paciente no Hospital
 Visita à família
 Elaboração de Plano Terapêutico
 Acompanhamento
 Encaminhamento ao SUS

Equipe multiprofissional
 Assistente Social
 Enfermeiro
 Fisioterapeuta
 Fonoaudiólogo
 Médico
 Nutricionista
 Psicólogo
 Técnico de Enfermagem
 Terapeuta Ocupacional

Evolução Equipes

Evolução Atendimentos

Metadados:
 Com a parceria da família, é possível uma atenção humanizada com grande benefício para o paciente e também crescimento da equipe multiprofissional.

SESAP
 Secretaria Estadual de Saúde Pública

SUS

Acompanhamento de 133 (cento e trinta e três) pacientes, com 41 altas por cura do processo, 28 (vinte e oito) encaminhamentos para as unidades básicas e de referências e 19 (dezenove) óbitos. (Dados de abril/2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta forma de atuação oportuniza a atenção humanizada à pessoa idosa num período de fragilidade, orientando e dando segurança à família que se torna parceira da equipe multiprofissional e envolvida desde o início do processo.

REFERÊNCIAS



BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS Nº 702/2003, de 12 de abril de 2002. [Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso].

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Redes Estaduais de Atenção à saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução Nº 1668/2003, de 7 de maio de 2003. [Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente...].

LEMOS, Naiara Dutra. Cuidados Domiciliares. In: Guia de Geriatria e Gerontologia. RAMOS, Luiz Roberto (Coord.). São Paulo: Editora Manole, 2005. Cap. 22, p. 281-297.

MIRANDA, Luciana. Carinho e Saúde dentro de casa. In: Revista do Incor. São Paulo, Set 98, p. 47-58.



A ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA SUBSIDIANDO AÇÕES PREVENTIVAS NA ATENÇÃO BÁSICA: A QUESTÃO DO SUICÍDIO EM AMPARO (SP)

Autor Principal: Maria Dionísia do Amaral Dias

Outros Autores: Elisa Toledo de Mesquita Sampaio; Juliana Nogueira Castro de Barros;

Marco Antonio Andrade; Patrícia Braga Renó

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Amparo

Município: Amparo

Estado: São Paulo

O suicídio é fenômeno social, resultado de um ato deliberado realizado por uma pessoa, que se constitui como um grande problema de saúde pública na atualidade.

No município de Amparo (SP) o número de ocorrências de suicídio nos últimos anos, as formas escolhidas para sua execução, bem como uma certa banalização do fenômeno entre a população da cidade, têm alarmado a equipe da Secretaria Municipal de Saúde, tendo nos motivado a investigar o fenômeno.

A rede municipal de saúde tem sua Atenção Básica completamente estruturada no Programa de Saúde da Família, com cobertura de 90% da população. Em relação à área de Saúde Mental a rede conta com um CAPS II, um Ambulatório de Álcool e Drogas e com apoio matricial às equipes do PSF com inclusão de psicólogos nas Unidades de Saúde da Família – cinco psicólogos que cobrem treze unidades. O município conta, ainda, com dois hospitais psiquiátricos, filantrópicos, com 295 leitos conveniados SUS, que atendem à região.

Tratando-se de um município de pequeno porte – com uma população estimada para 2005 em 66.421 habitantes (IBGE), sendo 33.125 do sexo masculino e 33.296 do sexo feminino – considera-se que com a capacidade e características da rede de saúde é possível desenvolver um trabalho preventivo em relação ao grave problema do suicídio.

Com o propósito de subsidiar estas ações preventivas realizou-se um estudo analisando os dados epidemiológicos de suicídio, estabelecendo o perfil do fenômeno no município de Amparo.

O estudo foi realizado por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, inseridos no PSF, na Vigilância Epidemiológica, na Saúde Mental e na UAC.

Para a realização do estudo, primeiramente foi analisada uma série histórica da ocorrência de suicídio, de um período em que se tem dados disponíveis - de 1996 a 2004, buscando um panorama global quanto à ocorrência local e comparando-se com os municípios da região de saúde (DIR.XII, região de Campinas) e com o estado de São Paulo, com base nos dados do DATASUS (1996 a 2002) e Fundação Seade (2003 e 2004). Num segundo momento, aprofundou-se a análise com os dados das Declarações de Óbito disponíveis (de 2000 a 2004). No período estudado, no município houve ocorrência de suicídios em todos

os anos e para a análise comparativa na região considerou-se apenas aqueles municípios com este mesmo perfil. Comparando-se as taxas do município de Amparo com o coeficiente regional, estadual e do país, o do município de Amparo é superior na maioria dos anos (77%).

Comparando-se o coeficiente de mortalidade entre os municípios da região, verifica-se que Amparo apresenta o maior nos anos de 1996, 1999, 2001 e 2004. Em comparação com o coeficiente regional, estadual e do país, o do município de Amparo é superior na maioria dos anos (77%).

A análise das Declarações de Óbito mostra perfil semelhante ao referido na literatura em relação ao sexo (88% homens) e à faixa etária (maior concentração entre adultos jovens), porém quanto à escolaridade e ocupação, verifica-se que em Amparo as ocorrências são preponderantes entre pessoas com menor nível de escolaridade e com ocupações de menor grau de qualificação. Quanto ao meio, 70% utilizaram o encaminhamento.

O estudo indica que há necessidade de investimento em ações preventivas e que a Atenção Básica é o *locus* principal de desenvolvimento destas ações. Considera-se que as ações educativas dirigidas à população de maior risco serão importantes, bem como as atividades que promovam a participação social e a autonomia dos indivíduos, inclusive para organização e reivindicação de espaços culturais, de lazer etc.

Foi feito um mapeamento geográfico por área de abrangência das Unidades de Saúde da Família, a fim de fornecer informações a cada equipe de saúde da Atenção Básica para melhor acompanhamento da população sob sua responsabilidade.

Com as informações obtidas neste estudo foi possível a aproximação com a realidade quanto ao suicídio no município, de modo a fornecer maiores subsídios às equipes de saúde em seu trabalho cotidiano.

Considera-se, no entanto, que há necessidade de prosseguir com o estudo, conforme programação inicial, visando aprofundar a compreensão dos casos, analisando a situação de cada um a partir da análise de prontuários nas Unidades de Saúde da Família, para os cadastrados no SUS, e também com a verificação dos cadastros de internação em hospitais psiquiátricos no município.

O trabalho realizado foi de grande relevância quanto aos dados, mas também em relação ao envolvimento de profissionais das diversas áreas da Secretaria, havendo os diversos olhares que compõem o próprio Sistema de Saúde.



VILA ICARAÍ: UMA EXPERIÊNCIA DE TRABALHO INTERSETORIAL E COMUNITÁRIO

Autor Principal: Maria Elaine Esmério

Outros Autores: Guaracy Bomfim Vianna; Silvana Garcia Marzulo

Instituição: Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde de Porto Alegre/RS

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

A Vila Icarai I, situada no Bairro Cristal, Porto Alegre-RS, é considerada uma micro-região na área de atuação da Unidade Básica de Saúde / PSF NS^a das Graças.

Sua instalação às margens do Arroio Cavalhada, hoje contando com 130 famílias, devido ao desordenamento da invasão, a comunidade acabou sofrendo interferência desse arroio como também, de seu afluente Arroio Passo Fundo, devido à falta de cota de nível suficiente para o escoamento dos esgotos pluvial e cloacal, além de inundações e mistura de águas residuais retidas no local. É comum, ainda, a destinação incorreta de resíduos nos pátios, ruas e acessos, o que propicia a infestação de roedores e vetores. Nesse cenário caótico, os indicadores acusam ser uma área crítica em termos de saúde pública.

Os serviços de saúde nessa comunidade, têm atendido inúmeros casos relacionados com zoonoses e outras doenças, devido à vulnerabilidade socioambiental.

Considerando essas condições, a Vigilância em Saúde recebe, permanentemente, demandas de atendimento pela exposição insalubre e risco à saúde em que se encontram essas famílias. Tais situações recebiam um atendimento segmentado de vários setores, os quais, atuavam de maneira fragmentada e sem um resultado significativo no sentido de minorar o problema existente. As ações eram isoladas e não chegavam a atingir as causas dos problemas identificados.

Tal área chegou a fazer parte do “Programa Integrado Socioambiental”, implementado pela Administração Municipal, financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento; o qual previa o reassentamento das famílias em outro local.. Atualmente, o programa encontra-se em fase de reavaliação.

OBJETIVO

Apresentar a experiência de gestão em saúde ambiental através de um trabalho co-participativo entre a comunidade, a vigilância, a atenção à saúde e os demais setores públicos

METODOLOGIA

Avaliação das inúmeras demandas pelo Grupo Gestor da Vigilância em Saúde Ambiental (GT -VSA). Vistorias para avaliação do ambiente e colocação de produtos para o controle de roedores. Fornecimento de orientações aos moradores envolvidos.

Durante as vistorias, identificou-se a necessidade de uma ação maior no sentido da qualificação da infra-estrutura como pavimentação e saneamento básico, pois constatou-se que em permanecendo a precariedade existente, os problemas de saúde da população local, não seriam minimizados. Portanto, em virtude da necessidade de realização de obras e objetivando a corresponsabilidade, outros órgãos do governo municipal foram mobilizados.

A partir de então, objetivando a elaboração de um plano de trabalho unificado, vários setores foram envolvidos gerenciados em conjunto pelo GT-VSA, PSF N^a S^a das Graças e Centro Administrativo Regional–CAR (Sub-Prefeitura), cuja função era articular os órgãos envolvidos, possibilitando a intervenção conjunta de todas as secretarias: DEP- Departamento de Esgotos Pluviais, DMAE – Departamento Municipal de Águas e Esgotos, DMLU- Departamento Municipal de Limpeza Urbana, SMOV- Secretaria Municipal de Obras e Viação, DEMHAB- Departamento Municipal da Habitação. Para tanto, foram realizados cinco encontros, estabelecendo a contrapartida da comunidade com suas devidas pactuações..

O ponto de partida foi a elaboração de uma agenda e um cronograma de trabalho, organizados pelas lideranças da comunidade em conjunto com os setores responsáveis pela implementação do plano. Após várias discussões, elaborou-se “Plano de Obras e Ações a serem implementados na Vila Icarai”. Os vários relatórios deram origem a um Processo Administrativo visando o comprometimento de todas as secretarias envolvidas no plano de obras e ações.

PRODUTOS

A princípio, a interlocução entre o setor saúde e as demais secretarias, evidenciou uma dificuldade no entendimento de papéis, que aos poucos foi sendo vencida por meio do entendimento da



vulnerabilidade da saúde da comunidade até então exposta, o que determinou por sua vez a necessidade da execução de obras.

Observou-se insuficiência de informações disponíveis, especialmente sobre a morbidade, impossibilitando a apresentação de resultados baseados em indicadores de saúde.

Apesar dessas dificuldades iniciais, as obras de infra-estrutura e saneamento, estabelecidas no plano foram realizadas praticamente dentro da agenda pré estabelecida. Atualmente, estima-se que os recursos envolvidos, desde humanos até os insumos utilizados nas obras executadas no projeto, tenham resultado positivo.

Durante a implementação dos trabalhos foram colhidos dados relativos aos agravos relacionados ao saneamento ambiental no período de setembro/05 a fevereiro/06. Esses dados servirão como indicadores locais de saúde ambiental bem como poderão nortear trabalhos futuros a serem desenvolvidos no local.

O “Programa de Obras e ações a serem desenvolvidos na Vila Icaraí” representa uma parte do projeto o qual foi estendido às vilas do entorno, como a São Martinho, Ângelo Corso e N^a S^a das Graças, as quais apresentam problemas similares e já pautadas como próximos locais a serem atendidos, na mesma metodologia de trabalho.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O gerenciamento de ações que interfiram no ambiente, cuja execução se encontram diretamente relacionadas com a saúde da população, deve ser executado pelo setor saúde. Os programas de ações devem ser construídos em um processo contínuo de participação cooperativa entre os vários agentes do poder público e a comunidade envolvida. A participação, a informação e o processo formativo de consciência da comunidade, devem ser implementados em conjunto com a execução das obras, objetivando o entendimento pela comunidade de que a sua participação é essencial para a obtenção dos resultados almejados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência relatada com as ações de Vigilância em Saúde Ambiental, gerenciadas pelo setor saúde e de forma integrada com outros setores, impactam positivamente na promoção da saúde, na redução de agravos e conseqüentemente na redução de custos com as doenças.



CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UMA REDE NACIONAL DE COOPERAÇÃO E INTERCÂMBIO TÉCNICO-CIENTÍFICO ENTRE ASSOCIAÇÕES DE PORTADORES DE LESÕES LÁBIO-PALATAIS DO PAÍS

Autor Principal: Maria Inês Gândara Graciano

Outros Autores: Silvana Aparecida Maziero Custódio; Soraia Helena Bomfim Blattner; Sonia Tebet Mesquita; Marcos Vinício Faria

Instituição: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP)

Município: Bauru

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), tem por finalidade o ensino, a pesquisa e a extensão dos serviços à população portadora de anomalias craniofaciais dentre outras deficiências. A complexidade do tratamento associada aos fatores geoeconômicos sociais dos usuários culminou no incentivo a criação e desenvolvimento de 43 associações de pais e portadores dessas deficiências no Brasil, em parceria com o HRAC.

OBJETIVOS

Criação e implementação de uma rede nacional de cooperação e intercâmbio entre associações de pais e portadores de lesões lábio palatais do país, visando congregar, integrar, representar e defender seus interesses institucionais. Para tanto propôs-se a cadastrar e conhecer as associações, definir meios de intercâmbio, diagnosticar necessidades de capacitação dos dirigentes e profissionais, viabilizar a rede e o portal web, estimular o desenvolvimento permanente e fortalecer as relações de parceria entre as associações e o HRAC.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de matriz teórica metodológica dialética com íntima relação entre os dados qualitativos e quantitativos, adotando-se o estudo de caso histórico organizacional para o conhecimento das associações. O universo constituiu-se de 43 associações do país, dentre as quais 34 (80,0%) participaram do estudo mediante questionário e visita institucional (Setembro/2004 a Julho/2005). As questões foram ordenadas em três eixos: contextualização e caracterização das associações, perfil dos dirigentes e criação da rede nacional. A análise interpretativa do material se apoiou: nos resultados

alcançados no estudo, na fundamentação teórica e na experiência do investigador.

RESULTADOS

Definiu-se o perfil sócio organizacional das associações (região, sede, finalidades, registros, órgãos, recursos humanos e financeiros, público alvo, associados, programas/projetos, benefícios) e dos dirigentes (escolaridade, ocupação, experiência, motivações), as formas de intercâmbio, sugestões de cursos de capacitação e especialmente o interesse na participação na rede (97,0%).

CONCLUSÃO

A criação da rede nacional capaz de reunir indivíduos e instituições de forma democrática e participativa em torno de objetivos e ou temáticas comuns, é um caminho para suprir as necessidades, reduzir dificuldades e lidar com novos desafios.

APOIO FINANCEIRO

FAPESP



MORTALIDADE INFANTIL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO DISTRITO SANITÁRIO NORDESTE

Autor Principal: Maria Luisa Fernandes Tostes

Outros Autores: Rejane Ferreira Reis Renata Castriota de Melo

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Município: Lagoa Santa

Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO

A implantação do Programa Saúde da Família como reorganização da atenção básica, acrescentou diretrizes como adscrição de território e reforçou a responsabilização, vinculação, prevenção de agravos e promoção a saúde. Com o objetivo maior de efetivar essas diretrizes e diante de um universo tão grande quanto o da assistência a saúde, o Distrito Sanitário Nordeste priorizou a partir de 2003 algumas ações e projetos baseados em indicadores epidemiológicos e em um diagnóstico da nossa população.

A cidade de Belo Horizonte possui uma população de 2.229.697 hab, de acordo com o censo 2000. É dividida administrativamente em nove regionais e distritos sanitários. O Distrito Sanitário Nordeste tem uma população de 274.060 hab. baseado no censo de 2000. Possui 20 Unidades Básicas de Saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento, um Centro de Referência em Saúde Mental, um Centro de Convivência, uma Farmácia Distrital, uma Central de Esterilização. Grande parte de nossa população, 35%, encontra-se concentrada nas áreas de risco de vulnerabilidade a saúde muito elevado e elevado, o que traduz baixa escolaridade, pobreza, más condições de moradia, áreas com condições precárias de saneamento básico. O risco de vulnerabilidade é um indicador composto, construído a partir de 5 dimensões de cidadania: ambiental (moradia), cultural (educação), econômica (emprego), jurídica (assistência jurídica), segurança de sobrevivência (serviços de saúde).

A nossa taxa de mortalidade infantil era a maior taxa de mortalidade infantil da cidade.

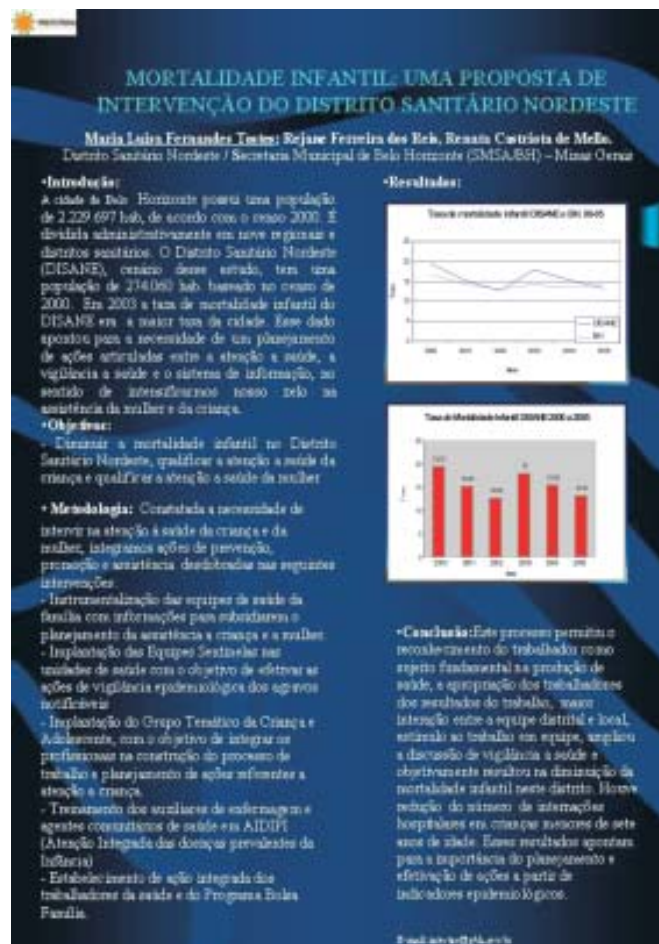
Esses dados apontaram para a necessidade de um planejamento de ações articuladas entre a atenção a saúde, a vigilância a saúde e o sistema de informação, no sentido de intensificarmos nosso zelo na assistência da mulher e da criança.

OBJETIVOS GERAIS

- Diminuir a mortalidade infantil no Distrito Sanitário Nordeste
- Qualificar a atenção a saúde da criança
- Qualificar a atenção a saúde da mulher

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reforçar as diretrizes de vinculação ao usuário
- Captar precocemente a gestante para o pré-natal
- Garantir o acompanhamento ao pré-natal e a captação precoce do recém nascido
- Garantir as ações do quinto dia
- Garantir as consultas de puericultura e o estímulo a amamentação
- Aumentar a cobertura vacinal
- Instrumentalizar as equipes de saúde com informações para subsidiar o cumprimento dos compromissos estabelecidos pelo município de Belo Horizonte na Agenda da criança





- Discutir os problemas existentes na organização do processo de trabalho dos serviços de saúde, considerando a dinâmica assistencial, visando buscar estratégias de intervenções
- Discutir o protocolo assistencial proposto pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, com os profissionais de saúde a partir dos casos clínicos acompanhados pelos profissionais
- Construir um pólo de capacitação permanente entre as diferentes categorias profissionais
- Discutir com enfoque na evitabilidade os óbitos maternos e infantis com os profissionais de saúde e a maternidade de referência.

METODOLOGIA

Constada a necessidade de intervir na assistência a saúde da criança e da mulher diante dos indicadores de alta mortalidade infantil e alto risco de vulnerabilidade a saúde integramos ações de prevenção, promoção e assistência a saúde desdobradas nas seguintes intervenções:

- Instrumentalização das equipes de saúde da família com informações para subsidiarem o planejamento da assistência a criança e a mulher, fornecendo relatórios mensais contendo o número de nascidos vivos em cada área de abrangência, discriminando o nome da mãe, endereço, peso do nascimento, idade gestacional, idade e escolaridade da mãe, o número de testes de pezinho realizados no mês, número de atendimentos cujos motivos foram puericultura, desnutrição, sobrepeso, asma, número de doses aplicadas de BCG e Vacina contra a Hepatite B (1 dose), ambas em menor de um ano.

São enviadas também a listagem das gestantes cadastradas no SISPRENATAL, com a data da primeira consulta e a data provável do parto.

- Implantação das Equipes sentinelas nas unidades de saúde com o objetivo de efetivar as ações de vigilância epidemiológica dos agravos notificáveis
- Implantação do Grupo da Criança e Adolescente, com o objetivo de integrar os profissionais na construção do processo de trabalho e planejamento de ações referentes a atenção a criança.
- Treinamento dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde em AIDIPI (Atenção Integrada das doenças prevalentes da Infância)
- Estabelecimento de ação integrada dos representantes do Distrito, Gerência do Programa Bolsa Família e representante do Programa Bolsa Escola, junto as equipes de saúde da família no sentido de oferecer maiores informações sobre os programas e reforçar a necessidade do acompanhamento do cumprimento das condicionalidades pelas famílias inscritas considerando que trata-se de uma população de grande vulnerabilidade social.

PRODUTOS

Este processo permitiu o reconhecimento do trabalhador como sujeito fundamental na produção de saúde, a apropriação dos trabalhadores dos resultados do trabalho, a maior interação entre a equipe distrital e local, o estímulo ao trabalho em equipe, ampliou a discussão de vigilância a saúde e mais objetivamente resultou na diminuição da mortalidade infantil neste distrito, que no ano de 2003 tinha taxa de 18,4, e no ano de 2004 caiu para 15,6. A expectativa para o ano de 2005 é de uma queda ainda bem maior, ficando em torno de 13,2. Houve diminuição do número de internações hospitalares em crianças de 0 a 7 anos, por causas evitáveis em torno de 21,4%..

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esses resultados apontam para a importância do planejamento e efetivação de ações a partir de indicadores epidemiológicos, determinando transformações no processo de trabalho, despertando e motivando os profissionais para uma prática além da rotina, vinculada a projetos e conquistas.



ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Autor Principal: Maria Terezinha Zeferino
Instituição: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES)
Município: Florianópolis
Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO

Dentro das diretrizes do SUS, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) implantou o Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar, que é uma assistência prestada pela SES, por meio da contratação de empresa terceirizada, para o fornecimento do serviço no domicílio do paciente dependente desta terapia.

A oxigenoterapia consiste num tratamento em que a pressão parcial do oxigênio no sangue arterial é aumentada por meio de uma maior concentração de oxigênio no ar inspirado, sendo uma terapêutica eficaz para os doentes com insuficiência respiratória crônica. O seu objetivo é manter os níveis de oxigenação adequados para evitar a hipoxemia. Este tratamento demonstrou, em vários estudos efetuados, diminuir a hipertensão arterial, aumentar a tolerância aos esforços e reduzir o número de hospitalizações, melhorando dessa forma a qualidade de vida dos doentes respiratórios.

Santa Catarina conta com uma população de 5.686.503 habitantes, desses, 454.621 têm mais de 60 anos de idade. No ano de 2003, segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, as doenças do aparelho respiratório (15,1%) foram a terceira causa de morte e a segunda causa de internação hospitalar (23,7%) para as pessoas com mais de 60 anos. Diante destes dados, justifica-se a consolidação do Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar no Estado de Santa Catarina.

OBJETIVO

Oferecer o Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar aos pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva ou restritiva crônica, dependentes dessa terapia, na qual uma rotina é estabelecida com a convivência e a participação da família. Possibilitando, dessa forma, diminuir o número de internações hospitalares, melhorar a qualidade de vida do paciente, diminuir os custos da assistência para o Sistema Único de Saúde (SUS), além de manter o paciente no seu domicílio junto dos seus familiares, fazendo com que o cidadão permaneça em seu município de residência.

METODOLOGIA

O Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar, em Santa Catarina, iniciou em 1991 por meio do Programa Ajuda Supletiva e, até 1995 havia três portas de entrada para fornecimento de oxigênio no domicílio: Hospitais da rede pública, Policlínica de Referência Regional situados na Grande Florianópolis, e Gerência de Assistência à Rede Básica, a quem coube atender os pacientes oriundos dos demais municípios do Estado, todas pertencentes à SES/SC.

No ano de 2000 a SES/SC reestruturou o serviço unificando a porta de entrada do usuário, descentralizando as ações para as regionais e municípios e estabelecendo critérios clínicos norteadores das concessões de benefício. Para tanto, buscou parceria com o Hospital Nereu Ramos (referência estadual em pneumologia).





Na mesma época o Estado foi contemplado com um financiamento do Ministério da Saúde por meio do projeto REFORSUS o que possibilitou a implementação do serviço de oxigenoterapia em Santa Catarina com supervisão das ações, treinamento dos técnicos das Regionais de Saúde e a elaboração de um software de controle do serviço.

Em janeiro de 2004 deu-se início a uma nova etapa no Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar. O Estado de Santa Catarina passou por uma reestruturação política, descentralizando seu governo para 29 Secretarias de Desenvolvimento Regionais (SDR), cada uma possui a sua Gerência Regional de Saúde (GERSA). Para tanto, houve uma reorganização do serviço a fim de atender a nova estrutura. Foi identificado um técnico responsável pelo Serviço em cada GERSA e nos municípios, possibilitando a implantação da nova política e implementação do serviço. Realizado a capacitação dos técnicos responsáveis pelo programa nas 29 GERSA, seus respectivos gerentes, como também o responsável pelo Programa de Saúde da Família (PSF), possibilitando a agilidade e eficiência no processo.

RESULTADOS

Atualmente, o serviço encontra-se estruturado e conta com um software de monitoramento, gerando diversos relatórios, inclusive epidemiológicos, com um Guia de Orientação ao Usuário (publicado) e com as Diretrizes para a Oxigenoterapia Domiciliar (publicada) aprovada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), além de todas as informações e formulários necessários estarem disponíveis na Internet no site da SES/SC (www.saude.sc.gov.br/oxigenoterapia), possibilitando, dessa forma, a prestação de um serviço transparente e com qualidade.

“Diretrizes para o Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar” é uma publicação que foi elaborada com o objetivo de orientar os procedimentos na concessão do serviço, definir os critérios clínicos e administrativos, as atribuições técnico-administrativas nos níveis de serviço (estadual, regional e municipal), as atribuições dos usuários do serviço, como também definir procedimentos para a articular com as equipes do PSF o monitoramento das ações. Esta publicação teve a sua aprovação na CIB e com isso consolidou a política para o serviço no Estado, tendo ainda o propósito de subsidiar o Ministério da Saúde para a criação do código SIA/SUS para o financiamento do respectivo tratamento.

Com o acesso da população ao Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar espera-se: Reduzir o tempo de internação hospitalar dos pacientes que estão recebendo este tratamento; Evitar reinternação; Diminuir o risco de infecção hospitalar para estes pacientes; Reduzir o custo da assistência para todo o sistema de saúde.

CONSIDERAÇÕES

O número de leitos disponíveis pelo SUS de um modo geral não consegue atender a demanda de usuários. O serviço de oxigenoterapia domiciliar vem preencher esta lacuna, pois possibilita a liberação de leitos hospitalares, além de proporcionar melhora na qualidade de vida dos seus usuários e diminuição de gastos para o setor público de saúde.

Com a consolidação do Serviço Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada no Estado facilita-se o acesso deste tipo de tratamento à população catarinense assistida pelo SUS, respeitando os princípios da universalidade, integralidade e equidade e as diretrizes administrativas de hierarquização, descentralização e regionalização da assistência.

Cabe salientar que Santa Catarina foi o primeiro Estado brasileiro a possuir o serviço com abrangência estadual, sendo pioneiro no País.



DOT'S – UMA EXPERIÊNCIA COMPARTILHADA QUE DEU CERTO EM PATOS NA PARAÍBA

Autor Principal: Maria Vilany de Jesus Batista Gomes

Outros Autores: Eisenhower Alves de Brito Segundo

Instituição: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PATOS

Município: Patos

Estado: Paraíba

INTRODUÇÃO

A Tuberculose é uma doença que teve início há mais de quatro mil anos e, ainda hoje, acompanha a história da humanidade, continuando como um grande problema de saúde pública para o mundo. Nas duas últimas décadas, com o advento da AIDS, a Tuberculose deixou de ser um problema apenas dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, para se tornar uma preocupação dos desenvolvidos. A Paraíba engajada nesta política ampliou sua rede de atendimento, até então, reservada aos centros maiores, possibilitando maior detecção de casos, precocidade de tratamento e controle dos comunicantes nas mais longínquas localidades. Ressalva se faz a alguns profissionais que se dedicaram nessa luta no estudo a exemplo do núcleo de Pneumologia Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde. Em Patos, o controle da Tuberculose teve início em 1963, com a liga contra Tuberculose; em 1967 é implantado o Dispensário de Tuberculose. No ano de 1995, surgiu a Referência Regional de Patos e em 2000 a Referência Municipal. Hoje, o município adota o processo de descentralização do Tratamento Diretamente Observado (DOT'S) em onze U.S.F(s) contempladas cm PCT, das trinta e duas existentes. A nova Gestão da Saúde local adota uma política de descentralização, com maior integração, envolvimento, sensibilização e estímulo aos profissionais de saúde, no sentido de controlar uma doença que ainda marca claramente a nossa situação sócio-econômica e cultural.

JUSTIFICATIVA

Patos é uma cidade localizada no interior da Paraíba com aproximadamente 100.000 habitantes, atendendo a uma região de 24 (vinte e quatro) municípios, contando com apenas 05 (cinco) municípios com PCT implantado. No ano de 2004 foram diagnosticados e tratados com DOT'S 35 (trinta e cinco) casos novos no serviço municipal, sendo 22 (vinte e dois) com baciloscopia positiva e 13 (treze) com baciloscopia negativa. No serviço regional, foram diagnosticados 20 (vinte) casos novos, sete destes com baciloskopias positivas e treze com baciloskopias negativas, e também foram realizadas 538 baciloskopias para diagnóstico e 323 para controle

nos dois serviços. Algumas dificuldades são encontradas quanto aos pacientes transferidos deste município para os de origem, no que diz respeito às informações de controle do tratamento e a duplicidade dos dados pela falta de um sistema de informatização adequado.

OBJETIVOS

- Desenvolver através da Atenção Básica (PSF) um processo de educação permanente em saúde.
- Aumentar a integração dos profissionais da Atenção Básica com a Vigilância Epidemiológica.
- Ampliar / implementar a rede laboratorial para melhorar a qualidade dos serviços.
- Informatizar os serviços de referência para melhorar o banco de dados.
- Reduzir a incidência da Tuberculose, como um propósito da humanidade, promovendo saúde e, valorizando a vida.

METODOLOGIA

- Pesquisa realizada através dos dados do SINAN-TB trabalhados no município de Patos-PB, no período 2000 a 2005.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Distribuição da Incidência de Tuberculose de todas as formas, Cura e Abando no Período 2000 a 2005 em Patos - PB.						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Incidência por 100.000Hab.	51,2	33,3	45,8	30,5	32,3	39,7
Cura	89,3	87,5	85,7	66,7	85,7	94,9
Abandono	4,2	8,3	7,9	8,9	3,5	0,0

FACILIDADE

- Apoio do gestor e equipes aos pacientes, família e comunidade;
- Diminuição do preconceito com o portador de TB;
- Capacitação e acolhimento da equipe;
- Adesão dos pacientes e diminuição do abandono;
- Colaboração das supervisões do MS/SES/SEMUSA;
- Descentralização do tratamento para a Atenção Básica (USF);
- Café da manhã oferecido aos pacientes;



- Comemoração das datas festivas com: gestão, equipe e paciente;
- Confeção de material informativo em âmbito municipal.

DIFICULDADES

- Apoio laboratorial centralizado na referência;
- Dificuldade em operacionalizar o SINAN/TB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Diagnosticar precocemente os casos novos, diminuindo a propagação da doença;
- Tratá-los adequadamente através do DOT'S;
- Prevenir o desenvolvimento de resistência às drogas antituberculostáticas;
- Reduzir o risco de adoecimento, através da implantação do livro SR nas USFs;
- Implementar a política de educação permanente;
- Educar a sociedade no sentido da inclusão.



A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE OUVIDORIA DO HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA - UM ESPAÇO PERMANENTE A SERVIÇO DA PARTICIPAÇÃO DO CIDADÃO-USUÁRIO

Autor Principal: Marilene Cruz de Oliveira
 Instituição: Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara
 Município: Fortaleza
 Estado: Ceará

INTRODUÇÃO

Após 02 anos de funcionamento do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara, a direção percebeu a necessidade de criar um espaço onde os usuários do serviço fossem participantes do processo de administração e que o controle social fosse amplamente atendido, conforme recomendação da lei 8142, juntamente com a emenda constitucional N° 19, de 04/06/1998. "A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente: I - as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços;" cujo foco principal era monitorar a satisfação dos nossos clientes. A criação da OUVIDORIA do HGWA foi formalizada através da Portaria n° 002, de 11 de Abril de 2005, e iniciado o atendimento ao público em 18/04/2005, permanecendo em efetivo funcionamento, com relevantes resultados para os nossos clientes externos e internos.

OBJETIVO GERAL

Ser um espaço permanente a serviço da participação do cidadão- usuário.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Fornecer subsídios para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados pelo hospital; cientificar a Direção e aos servidores envolvidos do hospital as ocorrências registradas pelos usuários; permitir a adoção de medidas corretivas e preventivas para evitar-se o registro de não conformidades; estabelecer um canal de comunicação entre o hospital, usuários e funcionários, através da coordenação de gestão de atendimento de pessoal/ Presidência, visando identificar e buscar soluções para as denúncias apresentadas; oferecer "feed back" para funcionários e clientes de suas ações e expectativas; contribuir para implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar(PNHAH);

personalizar o atendimento ao usuário e individualizar o tratamento da mensagem; trabalhar a educação em saúde levando ao conhecimento do usuário o seus direitos e deveres no SUS.

JUSTIFICATIVA

A necessidade de OUVIR o cliente em suas necessidades e anseios, criando um espaço onde seus direitos fossem respeitados e trabalhando o sentido do exercício da cidadania, foi o primeiro resultado de se ter um hospital com gestão participativa. A gestão de um Hospital diferenciado dos demais pela forma de administrar não poderia prescindir do monitoramento permanente

ÚNICO HOSPITAL PÚBLICO DO NORTE E NORDESTE ACREDITADO PELA ONA
 HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA
 CEARÁ - BRASIL

A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE OUVIDORIA DO HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA
 UM ESPAÇO PERMANENTE A SERVIÇO DA PARTICIPAÇÃO DO CIDADÃO-USUÁRIO

AUTORA: MARILENE CRUZ DE OLIVEIRA

SOMOS TODOS OUVIDOS

Introdução:
 A criação da ouvidoria do HGWA foi formalizada através da portaria nº002 de 11/04/2005, e iniciando o atendimento ao público em 18/04/2005 permanecendo em efetivo funcionamento, com relevantes resultados para os nossos clientes internos e externos.

Objetivo:
 Ser um espaço permanente a serviço da participação do cidadão-usuário.

Justificativa:
 A necessidade de OUVIR o cliente em suas necessidades e anseios, criando um espaço onde seus direitos fossem respeitados e trabalhando o sentido do exercício da cidadania.

Metodologia:

- Criação formal e implantação da ouvidoria;
- Implementação das unidades de sugestões;
- Recepção de usuários, acompanhantes ou familiares e funcionários para o registro de ocorrências;
- Apresentação ao cidadão do código de direitos do usuário do SUS;
- Estimulo à participação do usuário no controle social através de rodas de conversa.
- Implantação do grupo de trabalho humanizado (GTH).

Resultados:
 Redução gradativa da quantidade das queixas e reclamações.
 Reconhecimento do atendimento de qualidade através do selo de acreditação hospitalar.
 Coleta de sugestões válidas para melhoria dos serviços prestados à população.
 Participação do usuário na administração através da aferição do grau de satisfação e insatisfação.

HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA
 RUA DO PRINCÍPIO S/N. 11010-000 - FORTALEZA - CE
 FONE: 31 37455000 FAX: 31 37455000
 WWW.HGWA.CE.GOV.BR

HOSPITAL PÚBLICO COM HIGIENIZAÇÃO OBRIGATORIA DE SUA PRÁTICA E CONTRIBUIÇÃO SOCIAL



do grau de satisfação dos seus usuários, uma vez que a supervisão direta não consegue atingir ao controle efetivo de todas as ações, relações, procedimentos e dos insumos envolvidos na assistência hospitalar.

METODOLOGIA

Criação Formal da OUVIDORIA; implementação das urnas com impresso padronizado em áreas estratégicas do Hospital; Recepção de usuários, acompanhantes ou familiares para o registro de ocorrências; recepção de queixas, reclamações e sugestões por telefone e correspondências e e-mail; apresentação ao cidadão do código de direitos do usuário do SUS; estímulo a participação do usuário no controle social; rodas de conversa com os usuários; exposição de banner com a prestação de contas do hospital; implantação do grupo de trabalho humanizado(GTH).

RESULTADOS ESPERADOS

Identificação dos motivos de insatisfação dos nossos usuários; implementação de ações corretivas para prevenção de novas reclamações; conscientização do seu direito e dever como cidadão-usuário do sistema único de saúde; implantação das sugestões pertinentes apresentadas pelos clientes externos e internos.

RESULTADOS ATINGIDOS

Redução gradativa da quantidade de queixas e reclamações; reconhecimento do atendimento da qualidade através do selo de Acreditação Hospitalar; coleta de sugestões válidas para melhoria dos serviços prestados à população; participação do usuário no Conselho de Gestão, Administração e Fiscal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se então que a Ouvidoria, do HGWA, vem procurando facilitar o acesso do cidadão-usuário aos serviços de saúde ofertados, integrando-o, de forma harmoniosa, à rede pública de saúde; mantendo um elevado padrão de qualidade dos serviços, adequando-os sempre às necessidades dos cidadãos-usuários e utilizar sistemas e processos de trabalho orientados para a permanente otimização dos recursos disponíveis. Assim, vem buscando cumprir a missão de prestar serviços de saúde, aos usuários do SUS (Sistema Único de Saúde) referenciados por hospitais públicos terciários do Estado do Ceará, com a visão de futuro de consolidar, no Ceará, um modelo de gestão hospitalar

inovador e pioneiro, tornando-se um referencial de excelência na prestação de serviços de saúde no Brasil.

REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que fundamentou este Projeto foi baseado nas obras de PHILIP KOTLER; "Marketing para Organizações Não Lucrativas", "Princípios de Marketing" e "Administração de Marketing"; LEI 8142, "participação social"; 8080, "criação do SUS"; EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 19, "participação do usuário na administração pública" e MASLOW, "Hierarquia das necessidades e a satisfação do cliente".



ESTRATÉGIA PERMANENTE NA BUSCA ATIVA DA VACINAÇÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO CAETANO DO SUL

Autor Principal: Marilú Garrido Lourenço

Outros Autores: Raquelina I. P. Gonçalves; Regina Maura Zetone Grespan; Alexandra Marçal; Eliana Rston; Mara Cristiane Pereira

Instituição: Diretoria de saúde de São Caetano do Sul

Município: São Caetano do Sul

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Todos os anos, milhões de mortes são evitadas graças à imunização contra doenças prevenidas por vacinas. Na infância entre os 0 à 5 anos de idade a vacina é um meio muito importante para a prevenção, e a melhor forma de estar com a vacinação em dia, esta rotina deve fazer parte da vida das crianças e dos pais ou responsáveis. Portanto se faz necessário aumentar a cobertura vacinal a cada ano.

OBJETIVO

Foi mapear as crianças vacinadas, criando alternativas facilitadoras para total cobertura.

METODOLOGIA

Foi utilizada ficha espelho dos faltosos e convocados a comparecer nas UBS, mais próxima da sua residência. Os pais ou responsáveis que não podiam ir até a UBS, a enfermeira de relacionamento levava a vacina até a residência da criança. Foi feito um levantamento de todas as carteiras de vacinas junto à diretoria de ensino do município para cobertura vacinal, abrangendo as creches e escolas de ensino fundamental do ciclo e escolas particulares na faixa etária de 0 à 10 anos. 1) nas UBSs a vacinação ficou disponível todos os dias em período integral. Nos finais de semana o ônibus da saúde ficava em um ponto estratégico da cidade, neste dia o pai ou responsável que não pudesse levar a criança até a UBSs ou receber a enfermeira de relacionamento em casa era avisado onde o ônibus estava para que o mesmo pudesse levar a criança até lá. Este trabalho foi realizado durante 2 meses consecutivos.

RESULTADOS

Foi analisada a seguinte vacinas: BCG, Hepatite B, Contra Pólio e tetravalente estes resultados foram levantados no ano de 2004 e 2005 das crianças de 0 a 1 ano de acordo com a DIRII. Nas vacinas no ano de 2004 os resultados pela cobertura foram:

BCG 158,33%, hepatite B 72,70%, contra Pólio 73,97% e Tetravalente 73,40%. No ano de 2005 o resultado foi: BCG 123,69% Hepatite B 87,44, Contra polio 91,38% e Tetravalente 90,69%.

APRENDIZADO COM A VIVENCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Este trabalho ensinou que uma maior conscientização dos pais ou responsáveis pode sim ter seus efeitos positivos pois sabemos que este trabalho foi antes de mais nada mostrar para os pais a importância da vacinação na vida das crianças. Neste trabalho a dificuldade foi somente de carros para o deslocamento da equipe. As facilidades forma a união do grupo que facilitou a busca das crianças.

CONCLUSÃO

Foi concluído que no ano de 2004 para o ano de 2005 houve uma melhora significativa nas vacinas de Hepatite B, Contra Pólio e Tetravalente significativa de um ano para o outro. A vacinação de BCG obteve uma queda porque as crianças que receberam vacina no ano de 2004 não eram moradoras do município. Pode-se observar que esta aderência aconteceu por conta do trabalho feito nas UBS e as alternativas oferecidas aos pais ou responsáveis pelas crianças. Iniciamos o ano de 2006, com os arquivos de fichas espelho totalmente organizado e sem atrasos nas vacinações. Sendo que este ano inicia a ligação para os pais e responsáveis lembrando a data de vacinação antes do vencimento.



REDIMENSIONAMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO – ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO DO COLEGIADO DE GESTÃO MICRORREGIONAL – UM NOVO MODELO DE GESTÃO NAS CÉLULAS REGIONAIS DE SAÚDE DO CEARÁ

Autor Principal: Mariluce Dantas Soares

Outros Autores: Nágela Maria Dos Reis Norões; Isabel Cristina Cavalcanti Carlos

Instituição: Secretaria Estadual Da Saúde Do Ceará

Município: Fortaleza

Estado: Ceará

INTRODUÇÃO

O Ceará vem se destacando ao longo do tempo, como pioneiro nos movimentos de mudança de paradigmas, principalmente em relação à Saúde Pública. Esteve sempre articulado com o Movimento Sanitário, que surgiu no processo de redemocratização do país em defesa do SUS. Foi possível observar três grandes movimentos estratégicos do SUS-Ceará: o primeiro movimento foi o de municipalização da saúde e da implantação ampla das ações dos Agentes de Saúde; o segundo foi a ampliação e maior qualificação da atenção básica à saúde, através da implantação do Programa de Saúde da Família e o terceiro movimento permitiu a retomada da Secretaria Estadual da Saúde - SESA, na liderança do processo de desenvolvimento do SUS, a partir da estratégia de implantação dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde. O Estado do Ceará foi então dividido em 21 Microrregiões de Saúde. As Microrregiões são espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, com vontade política para pactuarem na busca de soluções de problemas comuns, na área da saúde. Cada microrregião tem um órgão de representação da Secretaria Estadual da Saúde - SESA, denominada Célula Regional de Saúde – CERES, com exceção da Microrregião de Cascavel, recém criada pela Resolução N.º 10/2005 do Conselho Estadual de Saúde – CESAU, que ficará técnico-administrativamente sob a responsabilidade da Célula Regional de Fortaleza. A CERES dispõe de uma estrutura organizacional, formada por três gestores: o Orientador Regional de Saúde, o Assistente Técnico e o Auxiliar Técnico Administrativo Financeiro, além de uma equipe técnica de apoio. Foi na perspectiva de melhor gerenciar a ambiência interna e externa das CERES, que foi realizado o Redimensionamento do Processo de Trabalho estratégia através da qual foi implantado um novo modelo de gestão, formado por três Grupos de Trabalho - G.T.'s e um Colegiado de Gestão - C.G., este por sua vez está formado pelos três gestores da CERES e um representante de cada G.T. O Colegiado de Gestão operacionaliza os processos de trabalho, por meio de um Plano

de Ação elaborado de modo participativo e integrado em consonância com o Plano de Gestão Microrregional e o Planejamento Estratégico da SESA. As CERES possuem no nível central da Secretaria Estadual da Saúde, uma coordenação, denominada Coordenadoria das Células Regionais de Saúde – CORES, sendo esta responsável pela elaboração, aplicação, acompanhamento, monitoramento e avaliação de todo este processo.

OBJETIVO GERAL

Implantar nas 21 CERES, o novo modelo de gestão formado por três Grupos de Trabalho e um Colegiado de Gestão para que haja maior aproveitamento do potencial humano e melhor desenvolvimento do trabalho interno e externo, por meio de um planejamento participativo e integrado.

METODOLOGIA

Realização de oficinas de trabalho nas 21 CERES, para a apresentação da nova proposta; apresentação e sensibilização das equipes das CERES para o novo modelo de gestão; formação do G.T. 1. Vigilância à Saúde, G.T. 2. Desenvolvimento Institucional e Controle Social do SUS e G.T. 3. Administrativo, Financeiro e de Pessoal; escolha do representante de cada G.T.; formação do Colegiado de Gestão; assessoria na elaboração do Plano de Ação de modo participativo e integrado com ações prioritárias.

PRODUTOS

O Novo Modelo de Gestão foi implantado em 2004 nas 21 CERES; houve grande impacto melhorando consideravelmente o processo diário de trabalho; maior integração da equipe regional refletindo positivamente na ambiência interna e externa pois o C.G. estimula o espírito de equipe, favorece o compartilhamento de problemas e soluções criando maior suporte de gestão favorecendo o crescimento da instituição - SESA.

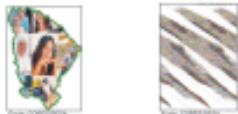


Redimensionamento do Processo de Trabalho
 Uma estratégia de implantação do Novo Modelo de Gestão nas Células Regionais de Saúde do Ceará

Martinho Santos Soares (autor)
 Isabel Cristina Cavalcanti Cordeiro (co-autor)
 Nátega Maria dos Reis Norões (co-autor)

Introdução: O Ceará vem se destacando ao longo do tempo, como pioneiro nos movimentos de mudança de paradigmas, principalmente em relação à Saúde Pública. Foi possível observar grandes momentos estratégicos da SUS-Ceará: um deles foi a implantação dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde. O Ceará foi então dividido em 21 Microrregiões de Saúde.

Mapa ilustrativo do Ceará **21 Microrregiões do Ceará**



Cada microrregião tem um órgão de representação da SESA, denominada Célula Regional de Saúde – CERES, onde atuam em uma estrutura organizacional, formada por três gestores: o Orientador Regional de Saúde, o Assessor Técnico e o Auxiliar Técnico-Administrativo Financeiro, além de uma equipe técnica de apoio. Na perspectiva de melhor gerenciar a assistência integral e extensa das CERES, que foi realizado o Redimensionamento do Processo de Trabalho, estratégia através da qual foi implantado o novo modelo de gestão, formado por três Grupos de Trabalho: Vigilância à Saúde; Desenvolvimento Institucional/Cuidado Social e Administração Financeira e o Colegiado de Gestão, este por sua vez está coordenado pelos três gestores da CERES e um representante de cada Grupo de Trabalho, escolhido de modo representativo pelos componentes de cada grupo mediante público e segredo. A operacionalização do trabalho diário da CERES está sob orientação de um Plano de Trabalho, construído de modo participativo em consonância com o Planejamento Estratégico da SESA.

Organograma atual da CERES

Símbolo de Colegiado



As CERES possuem no nível central da Secretaria Estadual de Saúde, uma coordenação, denominada de Coordenação das Células Regionais de Saúde – CORES, sendo a coordenadora e sua equipe de técnicos, responsáveis pela elaboração, aplicação, acompanhamento, monitoramento e avaliação de todo este processo.

Objetivo Geral: Implantar nas 21 CERES, um novo modelo de gestão formado por três Grupos de Trabalho e um Colegiado de Gestão para que haja um melhor aproveitamento do potencial humano e melhor desempenho do trabalho interno e externo, por meio de um planejamento participativo e integrado.

Metodologia: Realização de oficinas de trabalho nas 21 CERES, para apresentação e sensibilização do novo modelo de gestão; formação dos Grupos de Trabalho; escolha do representante de cada grupo; formação do Colegiado de Gestão; assessoria na elaboração do Plano de Ação com ações prioritárias; apresentação do novo modelo de gestão à Comissão Intergestores Bipartite Microrregional/CI-BMR; elaboração do relatório para encaminhamento ao Secretário Estadual de Saúde.



Profetiza: O Novo Modelo de Gestão foi implantado em 2004 nas 21 CERES; houve grande impacto: melhorou consideravelmente o processo diário de trabalho; maior integração da equipe regional refletindo positivamente na assistência interna e externa, pois o Colegiado de Gestão estimula o espírito de equipe; favorece o compartilhamento de problemas e soluções criando maior suporte de gestão e crescimento da instituição - SESA, sem 2008 todas as CERES passaram por um processo de avaliação, chamado de Reavaliação do Redimensionamento, onde foi possível fazer os ajustes necessários detectados durante o período de monitoramento das regionais de saúde, pela Coordenação e equipe da CORES.



Aprendizado:
Principais facilidades encontradas: Apoio incondicional de atual gestor estadual da SESA à equipe da CORES para operacionalização do Redimensionamento do Processo de Trabalho nas 21 CERES; a implantação do Colegiado de Gestão em todas as Células Regionais de Saúde, está como meta do Planejamento Estratégico da Secretaria de Saúde e a existência de resultados satisfatórios das experiências realizadas nas 14 CERES – Tauá e 1ª CERES Cedrelia.

Principais dificuldades encontradas: Apego de algumas equipes regionais aos modelos antigos de gestão com resistência às mudanças tendo em vista também o redimensionamento e democratização dos espaços físicos de trabalho, dos equipamentos e móveis; dificuldades na mudança de comportamento diário, deixando de lado o trabalho individual, isolado e solitário para dar lugar ao trabalho integrado e em equipe.

Considerações Finais:
 Incidentalmente, conclui-se que a formação de Grupos de Trabalho e do Colegiado de Gestão permite que todos os funcionários das Células Regionais de Saúde, de modo horizontal, participem do processo de maneira integrada e articulada, formando uma equipe mais coesa, harmoniosa, produtiva e comprometida com a missão da instituição. Redimensionar o Processo de Trabalho das CERES e implantar o Colegiado de Gestão, foi reorganizar e isso da estrutura organizacional de modo estratégico e moderno. Conclui-se ainda que, além do caráter político, de compromisso, de seriedade, foi possível promover mudanças de grande impacto, mas ao mesmo tempo bastante saudáveis, construindo um novo modelo de gestão nas Células Regionais de Saúde do Estado do Ceará do Ceará.

Publicado em junho de 2008

equipe mais harmoniosa, produtiva e comprometida com a missão da instituição. Redimensionar o Processo de Trabalho das CERES foi reorganizar o eixo da estrutura organizacional de modo estratégico e moderno; conclui-se ainda que: através da vontade política, do compromisso, da seriedade, foi possível promover mudanças de grande impacto, mas ao mesmo tempo bastante saudáveis, construindo um novo modelo de gestão nas Células Regionais de Saúde de Saúde do estado do Ceará.

APRENDIZADO

PRINCIPAIS FACILIDADES ENCONTRADAS: Apoio incondicional do atual gestor estadual à equipe da CORES para operacionalizar o Redimensionamento do Processo de Trabalho nas 21 CERES; estar contido como meta do Planejamento Estratégico da SESA a implantação do Colegiado de Gestão em 100% das CERES.

PRINCIPAIS DIFICULDADES ENCONTRADAS: Apego de alguns membros das equipes das CERES aos modelos tradicionais de gestão com resistência as mudanças tendo em vista também o redimensionamento e democratização dos espaços físicos de trabalho, dos equipamentos e móveis; dificuldades na mudança de comportamento diário, deixando de lado o trabalho individual e solitário para dar lugar ao trabalho integrado e participativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que: com a implantação do Colegiado de Gestão, todos os funcionários da CERES, de modo horizontal, podem participar de maneira integrada e articulada, formando uma



SAÚDE COMEÇA PELA BOCA

Autor Principal: Mariluce Lares Coutinho

Outros Autores: Maria Madalena Franco; Maria Aparecida Coutinho; Adriene Maria Cândida Silva; Ângela Maria Arruda; Tatiane Bezerra da Silva

Instituição: FUNDAÇÃO ZERBINI

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

A Equipe 393 do Núcleo Rural Casa Grande do Recanto das Emas no DF, em setembro de 2004 tinha uma população de 1100 pessoas, sendo que 587 necessitavam de tratamento odontológico. A partir destes dados observou-se a necessidade de trabalhar a prevenção e promoção da saúde bucal além da parte curativa. Foram realizadas várias reuniões entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a equipe de saúde bucal para analisar qual o melhor método para a conscientização, das crianças e dos pais daquela área de abrangência, sobre uma higiene bucal correta e chegou-se a conclusão que uma peça de teatro com fantoches atrairia a atenção tanto de crianças e adolescentes, como de adultos. Com a promoção da educação em saúde bucal visa-se diminuir gradativamente, em um futuro próximo o número de pessoas que necessitam de tratamento curativo no Núcleo Rural Casa Grande – Recanto das Emas, proporcionando assim o bem estar desta comunidade. Para tanto foram confeccionados, pelos profissionais da equipe, fantoches de personagens como, dentes saudáveis e dentes cariados, do dentista, do creme, da escova e do fio dental e vários outros acessórios como o painel de madeira para a apresentação da peça e cartazes sobre alimentos saudáveis. Posteriormente foi redigimos uma estória com linguagem apropriada para a faixa etária de 0 a 14 anos. Esta peça foi apresentada nas escolas da área de abrangência, bem como na unidade de saúde rural durante a espera das consultas. Após quatro meses de trabalho com o Teatro de Fantoches notou-se o interesse das crianças em fazer com que os dentes permaneçam limpos e saudáveis. Os Pais e Professores também aderiram ao projeto fazendo o monitoramento das crianças tanto na escola quanto em casa.



SEGUIMENTO MULTIPROFISSIONAL DE CRIANÇAS PRÉ-TERMO EM HOSPITAL MUNICIPAL UNIVERSITÁRIO

Autor Principal: Marisa da Matta Aprile

Outros Autores: Lucinéia Cortes Modes; Milena Ribeiro Iha; Fábíola Isabel Suano de Souza;

Claúdia Maria Martin Gonçalves

Instituição: Hospital Municipal Universitário de São Bernardo do Campo - HMU-SBC

Município: São Bernardo do Campo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O atendimento de excelência ao recém nascido pré-termo (RNPT) e o estímulo ao aleitamento materno são alicerces importantes da Política de Saúde do Município de São Bernardo do Campo / São Paulo. É sabido que o recém nascido pré termo apresentam um risco elevado para alterações do crescimento e desenvolvimento. Por isso torna-se fundamental o seu acompanhamento por equipe multidisciplinar para que os desvios de normalidade sejam identificados precocemente e corrigidos. Devido a tal fato desde novembro de 2004 o Hospital conta com o Ambulatório de Seguimento das Crianças Prematuras, que participaram do Método Canguru – “Ver Crescer”.

OBJETIVOS

Geral

- Acompanhar o crescimento, desenvolvimento, vínculo mãe-filho e condições sócio-econômicas por meio de equipe multidisciplinar, das crianças nascidas prematuramente no HMU-SBC até a idade escolar.

Específicos

- Identificar precocemente agravos nutricionais e atrasos de desenvolvimento
- Identificar o índice de abandono
- Identificar se o incentivo e apoio às mães melhoram a relação mãe e filho
- Identificar se as dificuldades econômico-sociais influenciam no crescimento e desenvolvimento

MÉTODO

Desde novembro de 2004 o Ambulatório de Seguimento conta com uma equipe interdisciplinar, capacitada pelo Método Canguru, composta por pediatra nutrólogo, fonoaudiólogo, psicólogo e assistente social. Esses profissionais avaliam trimestralmente (menores de um ano) e semestralmente (maiores

de um ano) crianças nascidas prematuramente e que tiveram alta do HMU-SBC. A consulta acontece com a participação de todos os profissionais de forma simultânea em ambiente calmo, adaptado para o atendimento da criança e do responsável, geralmente a mãe, onde são realizados os seguimentos procedimentos:

- Avaliação do crescimento: peso, estatura e perímetro cefálico; utilizados para classificação e seguimento da condição nutricional na forma de z-escore de peso/estatura (ZPE), estatura/idade (ZEI) e perímetro cefálico (ZPC).
- Avaliação da alimentação: tempo e tipo de aleitamento materno (exclusivo, predominante e total); além do tempo da introdução da alimentação complementar.
- Avaliação do desenvolvimento: Escala de Denver II
- Avaliação Social: baseada na renda per capita, condições do entorno e escolaridade materna.
- Avaliação do Vínculo Mãe e Filho: realizada pelo psicólogo segundo preconização de Brazelton e Gesel

RESULTADOS ALCANÇADOS

Realizamos a tabulação dos dados das crianças avaliadas entre novembro de 2004 a novembro de 2005. Neste período foram avaliadas 78 crianças. A mediana do peso ao nascer foi 1397g e da idade gestacional foi de 31 semanas.

Entre as crianças avaliadas foram selecionadas aquelas que já haviam completado um ano de vida (N = 25), pela idade corrigida para 40 semanas, nas quais foi realizada a avaliação do crescimento e desenvolvimento, vínculo e social.

Em relação ao crescimento 84%, 75% e 84% apresentavam ZPE, ZEI e ZPC adequados para a idade corrigida. Em relação ao desenvolvimento 84%, 92%, 88% e 84% apresentavam desenvolvimento pessoal-social, motor fino adaptativo, linguagem e motor, normal, segundo os critérios de Denver II, respectivamente.

Em relação ao vínculo foi constatado que 100% das mães formaram um vínculo adequado. Nenhum caso de



abandono nem maus tratos. Sendo assim, se pode confirmar a importância de facilitar a competência materna para reconhecer as particularidades e necessidades dos prematuros, garantindo um vínculo saudável. A condição sócio-econômica foi adequada em 83,3% das famílias avaliadas

Em relação à introdução da alimentação chamou atenção a introdução precoce da alimentação complementar nas Unidades Básicas de Saúde, não se levando em conta a idade corrigida da criança, tabela.

Tempo em meses da introdução da alimentação complementar levando em conta a idade corrigida e real:

	Chá	Suco	Fruta	Papa	FI	LV	Ovo	Gluten	Carne	Frango	Peixe
IDADE CORRIGIDA											
Mediana	1,75	3,25	4,00	4,25	0,87	4,25	5,75	4,50	4,50	4,50	5,37
Mínimo	-1,50	0,25	0,25	0,25	-1,50	-1,75	2,50	1,50	1,50	1,50	3,75
Máximo	7,50	7,25	7,25	8,00	7,00	9,25	10,25	8,50	10,25	8,25	8,00
IDADE REAL											
Mediana	4,00	6,00	6,00	6,00	3,00	6,00	8,00	7,00	7,00	6,50	7,50
Mínimo	1,00	2,00	3,00	3,00	1,00	1,00	5,00	4,00	4,00	4,00	6,00
Máximo	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	11,00	12,00	11,00	12,00	10,00	11,00

APRENDIZADO

Nesse período de acompanhamento foi destaque a grande adequação das crianças avaliadas em relação ao crescimento e desenvolvimento. Contudo ficou claro também a necessidade de uma melhor estruturação do atendimento de reabilitação dentro do Município para que as crianças com alteração do desenvolvimento possam ser atendidas mais prontamente. Ficou evidente também, a importância do treinamento do pediatra da UBS para abordar as particularidades do RNPT. Organizou-se no Município treinamentos voltados ao atendimento do RNPT.

CONCLUSÕES

Faz parte do atendimento ao RNPT o seguimento em longo prazo. As instituições que atendem esses pacientes devem cada vez mais aperfeiçoar, com cunho interdisciplinar, o atendimento dessas crianças e funcionando como centro de treinamento para os demais profissionais de saúde.



O PLANEJAMENTO LOCAL DE SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DA REALIDADE DAS COMUNIDADES DO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ SC

Autor Principal: Marisa da Rocha

Outros Autores: Nilcéia Aparecida Mota Marques

Instituição: Secretaria de Saúde de Itajaí SC

Município: Itajaí

Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO

O planejamento local é um instrumento fundamental na concretização de ações para o avanço da qualidade de vida da comunidade. A edificação da participação comunitária é um processo que se inicia quando várias pessoas dividem, compartilham suas necessidades, suas ambições e experiências, com o objetivo de melhorar suas condições de vida. Para isso, se fundamentam, se encontram, identificam prioridades, dividem tarefas, estabelecem metas e estratégias de acordo com os recursos financeiros, técnicos e humanos existentes, e aqueles que poderão ser alcançados através de possíveis parcerias. É em nível local que se podem tomar decisões em conjunto com as pessoas, respondendo mais de perto às necessidades e expectativas. Dessa forma, este trabalho relata a experiência desenvolvida no município de Itajaí/SC, iniciada em 2005, visando à capacitação de trabalhadores de saúde que compõem as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), gestores da secretaria municipal de saúde e as lideranças da comunidade. É importante ressaltar que para garantir legitimidade dos planejamentos locais de saúde, estimulou-se também a criação dos Conselhos Locais de Saúde, compostos por profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), usuários e representantes de organizações para desenvolverem o papel de controle social, ajudando na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

OBJETIVOS

Promover a saúde junto às pessoas da comunidade, nos espaços onde trabalham, estudam, se divertem, amam e vivem; fortalecer e construir parcerias estratégicas para melhorar as condições sociais e de saúde no local onde as pessoas residem; despertar o espírito da cidadania, buscando conhecer seus direitos e deveres; realizar o planejamento local em todas as Unidades Básicas de Saúde até o final do ano de 2006; integrar o planejamento local ao planejamento geral da Prefeitura, no eixo Cidade Saudável.

O PLANEJAMENTO LOCAL DE SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DA REALIDADE DAS COMUNIDADES DO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ SC.

Introdução: O planejamento local é um instrumento fundamental na concretização de ações para o avanço da qualidade de vida da comunidade. Dessa forma, este trabalho relata a experiência desenvolvida no município de Itajaí/SC, iniciada em 2005, visando à capacitação de trabalhadores de saúde que compõem as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), gestores da secretaria municipal de saúde e as lideranças da comunidade. É importante ressaltar que para garantir legitimidade dos planejamentos locais de saúde, estimulou-se também a criação dos Conselhos Locais de Saúde, compostos por profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), usuários e representantes de organizações para desenvolverem o papel de controle social, ajudando na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivos: Promover a saúde junto às pessoas da Comunidade, fortalecer e construir parcerias estratégicas para melhorar as condições sociais e de saúde no local onde as pessoas residem; despertar o espírito da cidadania.

Metodologia: Sendo assim, o planejamento local se através de oficinas, trabalhando com informações a partir de indicadores de saúde e sociais, análise da realidade realizada visitas no bairro e confecção dos mapas analisando as micro áreas de risco. De posse de um diagnóstico, feito levantamento de problemas (não oficiais), demarcação de prioridades e propostas de ações passíveis de realização.

Resultados: Descentralizar o planejamento, permitir o conhecimento de territórios, possibilitar o empoderamento dos participantes. Os problemas prioritários foram levantados claramente com relação ao: saneamento básico, política de planejamento urbano, educação e baixa renda, questões na infraestrutura, avaliação de saúde investigadas, dificuldades de integração entre os setores, falta de educação de hábitos de higiene, transporte público deficiente, problemas com drogas e outros. É importante ressaltar que denuncias em relação ao processo de trabalho também se evidenciaram em todos os níveis de gestão.

Considerações Finais: Possibilitou um diagnóstico da realidade de várias comunidades, disposto para os gestores as informações socioeconômicas, os principais indicadores epidemiológicos, necessidades de serviços de saúde nesta região, entre outras. O planejamento local envolve outros setores, fazendo com que as ações de política de saúde sejam de forma integrada e intersectorial. O envolvimento dos trabalhadores de saúde, as lideranças, o conselho local de saúde desenvolveram espírito de cidadania buscando a participação e corresponsabilização e o exercício do controle social.

1- Enfermeira, especialista em Enfermagem Obstétrica, ginecológica e Obstetrícia Social, Diretora do Departamento de Atenção Integral à Saúde. E-mail: das.ama@itajai.sc.gov.br - Itajaí SC
2- Enfermeira, especialista em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, Mestre em Saúde e Gestão de Trabalho.

Marisa da Rocha, Nilcéia Mota Marques.

METODOLOGIA

Sendo assim, o planejamento deu-se a partir de duas oficinas. Na primeira oficina trabalhamos com informações a partir de indicadores de saúde e sociais, análise da realidade mediante visitas no bairro e confecção dos mapas sinalizando as micro áreas de risco. Num segundo momento, já de posse de um diagnóstico, dividiu-se o grande grupo em grupos menores para o levantamento de problemas (nós críticos), demarcação de prioridades e propostas de ações passíveis de realização, estabelecimento de prazos

e responsabilidades individuais e coletivas.

RESULTADOS

Descentralizar o planejamento, permitiu o conhecimento do território, possibilitou o empoderamento dos participantes, no



tocante as resoluções dos problemas pelos quais se responsabilizaram. Dessa forma, os problemas prioritários foram levantados claramente com relação ao: Saneamento básico, política de planejamento urbano, educação, desemprego e baixa renda, gravidez na adolescência, unidades de saúde inadequadas, dificuldades de integração entre os setores, falta de educação de hábitos de higiene, transportes público deficiente, problemas com drogas e outros. É importante ressaltar que demandas em relação ao processo de trabalho também se evidenciam em todas os níveis de gestão.

DIFICULDADES/FACILIDADES

Para realizar os planejamentos locais de saúde, dependendo da unidade, são necessários de 2 à 4 encontros, e para isso precisamos parar o atendimento, o que gera reclamações por parte da comunidade, mesmo sendo informada com antecedência. Uma outra dificuldade registrada é a ausência de todos os profissionais, principalmente aqueles que demonstram pouco compromisso com o SUS. Apesar disto, acreditamos que a adesão se dará aos poucos. Por outro lado os que participam mostram-se motivados e integrados nesta proposta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estão sendo realizadas reuniões regulares para a avaliação e monitoramento das ações e sub-ações dos problemas elencados. Sendo que, até a data atual, o planejamento foi realizado em 9 Unidades Básicas de Saúde, o que possibilitou um amplo conhecimento da realidade de várias comunidades, dispondo para os gestores as informações sócio-econômicas, os principais indicadores epidemiológicos, necessidades de serviços de saúde nesta região, entre outros. O planejamento local envolve outros setores, fazendo com que as ações de política de saúde sejam de forma integrada e intersetoriais. O envolvimento dos trabalhadores de saúde, as lideranças, o conselho local de saúde desenvolvem espírito de cidadania buscando a participação a co-responsabilização e o exercício do controle social.



GESTÃO EM SAÚDE AMBIENTAL: A EXPERIÊNCIA DA COORDENADORIA GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (CGVS) EM PORTO ALEGRE

Autor Principal: Marla Fernanda Kuhn

Outros Autores: Ana Rosária Sant'Anna; Carla Rosane Vargas; Fátima Pochmann Garbini; Guaracy Bomfim Vianna; Jose Ângelo M. dos Santos; José Carlos Sangiovanni; Liane Oliveira Fetzer; Maria

Angélica Weber; Maria Cristina Utzig Piovesan; Maria Elaine Esmerio; Maristela Fio

Instituição: Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde de Porto Alegre/RS (CGVS)

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

A temática ambiental se constitui em um dos principais pilares da Vigilância em Saúde (VS) em razão da sua abrangência socioecológica do processo saúde-doença. O contexto da saúde ambiental, que contempla as características físicas e sociais dos diferentes recortes geográficos, incide diretamente na qualidade de vida da população e as variáveis oriundas desse universo possibilitam construir indicadores que identifiquem grupos populacionais em situação de vulnerabilidade. Dessa forma, é possível estabelecer ações de promoção à saúde e prevenção das doenças.

Nesta perspectiva, a Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) estruturou as ações de Vigilância em Saúde Ambiental (VSA), com intuito de unificar atividades que já estavam presentes no trabalho diário das equipes.

OBJETIVOS

Descrever os princípios de gestão aplicados na implantação da Vigilância em Saúde Ambiental em Porto Alegre, RS.

METODOLOGIA

No ano de 2004 houve a implantação da Vigilância de Saúde Ambiental em Porto Alegre. A formação de um grupo de trabalho (GTVSA), com representantes das equipes da CGVS, foi à estratégia utilizada em uma proposta pautada na transversalidade, ao invés da formação de uma equipe específica. Os componentes do GT desenvolvem suas atividades junto às suas equipes, atuando como multiplicadores, promovendo a sensibilização dentro dos pressupostos da saúde ambiental e gerenciando as ações de vigilância por meio de avaliações das vulnerabilidades e de indicadores de saúde.

Essa proposta está intimamente vinculada com a percepção do trabalho interdisciplinar integrado e articulada entre as equipes, compreendendo que a questão ambiental está presente em todas as

ações de vigilância. Da mesma forma, a interlocução entre os diversos setores da prefeitura nas ações de vigilância em saúde revelou a importância da intersetorialidade para realização dessas atividades no âmbito da integralidade em saúde, bem como a participação da comunidade civil organizada na co-responsabilidade socioambiental.

PRODUTOS

Inicialmente, as demandas estavam relacionadas aos fatores biológicos, especialmente de organismos vetores e reservatórios. A partir da criação do GTVSA, começaram a se estruturar as vigilâncias relacionadas aos fatores não biológicos: o ar, o solo, os produtos químicos e os acidentes naturais.

No grupo dos não biológicos, a vigilância da qualidade da água, o VIGIÁGUA, representa o primeiro dos programas de vigilância em saúde ambiental instituído pelo Ministério da Saúde e implantado no CGVS, em 2003, coordenado e executado pela Equipe de Vigilância da Água para Consumo Humano.

Em 2005, com o objetivo de motivar a inserção e comprometimento da população nas ações de vigilância, foram realizadas duas oficinas de saúde e ambiente: a primeira direcionada ao Conselho Municipal de Saúde, usuários e servidores da CGVS e, a segunda, direcionada ao Conselho Distrital Leste/Nordeste, com a presença dos moradores e servidores dos serviços de saúde pertencentes dessa região. Nesses dois eventos, os debates foram encaminhados a partir de três pilares: identificação dos problemas, possíveis soluções ou encaminhamentos e responsáveis para execução das propostas.

Nesse mesmo ano, os membros do GTVSA trabalharam com nove comunidades que apresentavam problemas ambientais cujas demandas provinham das equipes do CGVS. Esses problemas pontuais foram o ponto de partida para desencadear ações integradas, intersetorializadas nas comunidades, também com a participação da população. O quadro mostra, de forma resumida, a distribuição das atividades desenvolvidas com as comunidades.



Equipes de Origem	Nº	Motivos	Equipes CGVS envolvidas	Setores PMPA envolvidos	Ações desenvolvidas ²			
					V	H	RE	AE
EVAG	1	Esgoto, lixo, curules.	EVAG e EVZ	Escola, GD, URB, CAR, DMLE, DEP, EPIC, DMAE, DEMHAB, SMOV	15	19	1	5
EVDT	3	Hepatite A	Todas equipes CGVS	GD, URB, CAR, DMLE, DEP, DMAE, DEMHAB, SMOV	12	7	7	5
EVZ	4	Mordedura de ratos, controle roedores, leptospirose.	EVAG, EVZ, EVHAB, EVDT	GD, URB, CAR, DMLE, DEP, DMAE, DEMHAB, SMOV	14	5	3	1
EVAG e EVZ	1	Esgoto e mordedura de ratos	EVAG e EVZ	GD, URB, CAR, DMLE, DEP, DMAE, DEMHAB, SMOV	8	7	2	4
Total	9				49	38	13	15

LEGENDA		
EQUIPES CGVS	SETORES	AÇÕES DESENVOLVIDAS
EAA - Equipe de Apoio Administrativo	CAR - Centro Administrativo Regional	V - Visitas
EEVDTA - Equipe de Eventos Vitais e de Doenças Não Transmissíveis e Agravas	CLS - Conselho Local de Saúde	R - Reuniões
EVAG - Equipe de Vigilância da Água para Consumo Humano	DEMAB - Departamento Municipal de Habitação	RE - Reuniões educativas
EVDT - Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis	DEP - Departamento de Esgoto Pluviais	
EVZ - Equipe de Vigilância dos Alimentos	DEPM - Departamento Municipal de Água e Esgoto	
EVHAB - Equipe de Vigilância de Serviços e Produtos de Interesse à Saúde	DMLE - Departamento Municipal de Limpeza Urbana	
EVZ - Equipe de Vigilância de Zoonoses	EPIC - Empresa Pública de Transporte e Circulação	
	GD - Gerência Distrital	
	SMDV - Secretaria Municipal de Obras e Viação	
	URS - Unidade Básica de Saúde	

Também se consolidou a Vigilância de Saúde Ambiental das Estações de Rádio Bases (ERBs), fundamentada nas legislações construídas dentro do Princípio da Precaução o qual constitui a base da reforma, assim como a criação de novas leis e regulamentos municipais. A VS tem representação integral em todas as instâncias e etapas para licenciamento das ERBs (instalação, operação, controle, avaliação e fiscalização).

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A metodologia aplicada para implementação e efetivação das ações de vigilância em saúde ambiental, como área transversal da Vigilância da Saúde, demonstrou que para resolutividade dos problemas socioambientais, o trabalho de identificação das demandas e da vulnerabilidade em que se encontra a população de Porto Alegre, é maior que somente a articulação das suas áreas tradicionais (sanitária, epidemiológica e ambiental).

A complexidade das temáticas trabalhadas pela VSA demonstrou que nos métodos de trabalho a transversalidade, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a co-responsabilidade da população constituem os pilares determinantes para ações efetivas nessa área. A temática da saúde ambiental está presente em todas as ações da VS, pode-se percebê-la como fio integrador das atividades entre todos os sujeitos envolvidos com os problemas socioambientais.

Por outro lado, tem sido um grande desafio atingir a coesão dos diversos saberes e discursos da problemática da saúde ambiental entre as equipes do CGVS e setores da prefeitura de Porto Alegre, como também a necessidade de maior intersecção dos sistemas de informações (base de dados). Isso reflete a dificuldade existente para análise de situação de saúde referente ao impacto ambiental na saúde humana e no planejamento das ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de ações de vigilância em saúde ambiental necessita de estudos preliminares das áreas a serem trabalhadas, partindo da leitura ambiental dos indicadores existentes e compartilhados com outros setores. Portanto, é de primordial relevância visualizar a transversalidade da temática ambiental como um componente estruturante da gestão em rede da Vigilância da Saúde Ambiental em Porto Alegre.





PSF – UM DIFERENCIAL NA QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA

Autor Principal: Marla Regina Pavoni Gallina

Outros Autores: Iriana Vicari; Luciane Maria Pilotto; Fabiana Alessi; Elda Cavanus; Nelso de Marco; Magali Dri Callegaro; Madelaine Meirelles; Agostinho Malfatti; Janete Macagnan Lopes; Ines Tremarin; Tania Marostica; Oara Pelizzari; Adilso Filippi Chiella; Odila Feilipp

Instituição: Prefeitura Municipal de São Valentim do Sul

Município: São Valentim do Sul

Estado: Rio Grande do Sul

A implantação do Programa de Saúde da Família no Município de São Valentim do Sul aparece como um diferencial na qualidade da assistência prestada a população e, por conseguinte a qualidade de vida dos indivíduos residentes no Município, representando um marco histórico. Objetivando fazer uma avaliação do atendimento prestado e com o propósito de mostrar que com investimento e comprometimento do gestor municipal podemos melhorar a realidade social. Ouvindo o relato dos trabalhadores e usuários e, verificando dados da comunidade, fizemos um levantamento de como era a saúde em São Valentim do Sul, antes da implantação do Programa de Saúde da Família identificando que o atendimento médico era diário permanecendo na Unidade Básica de Saúde somente 2 horas com pouco, ou nenhum vínculo com a comunidade; o atendimento odontológico para adultos era de 12 fichas por semana e a marcação era em outro dia, dificultando ou quase que impossibilitando o acesso ao serviço; o atendimento odontológico a escolares era realizado 2 dias por semana somente atendendo a parte curativa. A prevenção ao Câncer de Colo de Útero e Mama era feita esporadicamente em Campanhas. O acesso a exames laboratoriais básicos não existia dentro do Município. A quantidade de medicamentos adquirida era bem menor, contando com a contra-partida em medicamentos do Estado e Federação, cabendo aqui colocar que nem sempre o medicamento repassado por estes satisfazia a necessidade do local. Havia poucas referências para especialidades, o que também era feito com dificuldade. Não havia outros profissionais, a não ser os mencionados acima. Visitas domiciliares também não eram feitas, afinal não haviam profissionais com disponibilidade para fazê-lo. A partir de uma avaliação e do convencimento dos gestores no ano de 2003 iniciou-se o processo para implantação do Programa de Saúde da Família. A Coordenadoria Regional de Saúde teve um papel importante, na medida que, através de reuniões com o Conselho de Saúde, lideranças locais e a comunidade como um todo desmistificou-se o programa e possibilitou o andamento da implantação. No início do ano de 2004, a equipe começou a trabalhar, inicialmente com a equipe básica do PSF e Saúde Bucal também. A estruturação do

serviço foi decisiva. Atualmente temos 05 agentes de saúde com cobertura de 100% das famílias, aliás 114%, já que temos mais famílias cobertas pelo PSF do que o censo do IBGE prevê. O atendimento médico conta uma profissional que organiza seu tempo entre a parte assistencial e a preventiva participando efetivamente de reuniões, visitas domiciliares e outras atividades afins. O atendimento odontológico é diário, marcado conforme necessidade e solicitação da família pelos Agentes de Saúde durante a visita domiciliar. A prevenção das cáries tem um enfoque especial, são realizadas atividades educativas com os alunos da pré-escola ao ensino médio, como aplicação tópica de flúor, revelação de placa e escovação supervisionada e o concurso Sorrindo para Passear que premia com viagens as turmas que apresentam melhor higiene bucal durante o ano escolar. A coleta de exames preventivos do câncer de colo de útero e orientação para o auto-exame da mama é realizada pela enfermeira rotineiramente, feita com agendamento. Os exames de patologia clínica são coletados semanalmente na unidade através de convênio, onde temos uma cota mensal. Quanto aos medicamentos, atualmente adquirimos a cada trimestre conforme a demanda e necessidade. Agregamos a equipe mínima 01 psicólogo e 01 fisioterapeuta, 01 médica (concurada anteriormente) e 01 enfermeira. Além deles a secretaria conta hoje com 02 motoristas, 01 agente administrativo e 01 funcionário designado para o cargo de fiscal sanitário. As referências de baixa complexidade são feitas ao hospital da cidade vizinha, distante 12 Km, ao qual temos um convênio para pequenos procedimentos, exames radiográficos, atendimento de urgência e emergência, internação e outros. As visitas domiciliares são rotinas feitas por todos os profissionais da equipe e queremos ampliá-las, acreditamos que é a forma mais eficaz de aproximar o profissional da família e estabelecer vínculos importantes e decisivos para a saúde da população. Outro serviço disponível a comunidade é um ambulatório de pequenos procedimentos onde se faz curativos, pequenas suturas, tala gessada, nebulizações, lavagem de ouvido, aplicação de injeções e outros. Eventos são promovidos com frequência, em parceria com outras entidades, pois sabemos que o lazer também é saúde, recentemente promovemos um



concurso de bolos no Dia Internacional da Mulher. Ainda são realizados grupos de saúde nas comunidades e sede, organizados pelos agentes de saúde. Um grupo especial é o de gestantes realizado mensalmente, onde além da consulta de pré-natal também é ofertado atendimento odontológico, conversas com os profissionais sobre assuntos específicos da gestação e dos cuidados com o recém-nascido e afins e visita a maternidade. Outra atividade importante iniciada neste ano através do projeto piloto Família Brasileira Fortalecida é um trabalho voltado para as crianças de 0 a 6 anos, através de grupos com os familiares. A equipe reúne-se na quinta-feira a tarde para a educação permanente, organização e planejamento das atividades. Uma vez por mês trabalhamos uma tarde com assunto específico, deste é reproduzido material para entrega nas famílias. O resultado de tudo isso e muito mais tem se mostrado nos dados epidemiológicos constatados no Relatório de Gestão Estadual, no Pacto da Atenção Básica e em todos os indicadores municipais.



EXPERIÊNCIA BEM SUCEDIDA NA CONSTRUÇÃO DO LABORATÓRIO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE GUARULHOS – SP

Autor Principal: Marlene dos Santos Pedroso

E-mail: pedrosomarlene.pedroso@terra.com.br; marlenepedroso@guarulhos.sp.gov.br

Outros Autores: Regina Aparecida Nunes Romano, Regina Lúcia Laudari

Instituição: Prefeitura Municipal de Guarulhos

Município: Guarulhos

Estado: São Paulo

O município de Guarulhos possui 341 Km² de área e ocupa, no Estado de São Paulo, o 2º lugar em população com 1.251.178 habitantes. É a maior cidade não capital do país e o 13º município mais populoso do Brasil.

Até 2001, havia 35 Unidades Básicas de Saúde, 2 hospitais municipais e 6 Unidades de Pronto-Atendimento, e nesta época já contava com um laboratório de Vigilância Sanitária, que realizava análises bacteriológicas de alimentos e água e identificação de vetores. O suporte para a Vigilância Epidemiológica das doenças de notificação compulsória restringia-se a centrifugação das amostras de soro para encaminhamento ao Instituto Adolfo Lutz.

O município foi habilitado para exercer as atividades de Vigilância Epidemiológica em 1993 e para as atividades de Vigilância Sanitária em 2004 e ampliou a rede básica em 27 Unidades de Saúde da Família, estando atualmente com 67 Unidades Básicas de Saúde.

Assumindo mais atividades, avaliou-se que necessitava ampliar também as atividades do laboratório para atender a demanda do município, nas solicitações da Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Controle de Zoonoses.

A partir desta identificação de demanda e de um processo de discussão resolveu-se que o Laboratório de Vigilância Sanitária poderia realizar muitas outras funções, como suporte à área de Vigilância em Saúde, com ênfase nas doenças transmissíveis de notificação compulsória.

A partir desta decisão, resolvemos ao invés de reformar, construir um prédio apropriado para funcionar como laboratório Municipal de Saúde Pública, utilizando recursos financeiros municipais, provenientes do Fundo Municipal de Saúde, do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – Programação Pactuada Integrada-PPI-ECD.

Inaugurado em 03 de março de 2004, o prédio tem 300m² de área, distribuída em 8 salas técnicas que contam com equipamentos modernos, com mobiliário próprio para laboratório, dispõe de equipamentos de proteção individual e coletivo para os funcionários, com sistema de alarme instalado com a guarda civil metropolitana.

Assim o Laboratório Municipal de Saúde Pública do município de Guarulhos passou a ter a missão de atender as demandas provenientes da área de vigilância epidemiológica, sanitária, zoonoses e da rede básica de saúde, executando exames entomológicos, sorológicos, físico-químicos de alimentos e água entre outros.

O Laboratório contava com poucos recursos humanos e materiais, sendo apenas 3 técnicos e 1 administrativo para a realização destes procedimentos e 1 computador.

Para desenvolver as novas atividades, foi fundamental o redimensionamento da equipe, hoje temos 11 funcionários sendo 3 Biólogos, (1 na chefia Divisão técnica e outro na chefia de Seção técnica), 1 biomédico, 3 técnicos de laboratório, e 2 auxiliares de laboratório. Treinamento dos funcionários do laboratório no Instituto Adolfo Lutz nossa referência Estadual.

Quanto aos recursos materiais, contamos com três computadores, duas impressoras, 2 linhas telefônicas, fax e adquirimos mais 3 microscópios, sendo 1 de imunofluorescência, capelas de fluxo laminar, estufa bacteriológica para culturas de tuberculose, freezer -86°C para soroteca e outros.

Realizamos sorologias para Dengue, Leptospirose, Rubéola, Hepatite A, B e C, Baciloscopia e cultura para tuberculose, análises bacteriológicas de Alimentos e água, Identificação entomológica.

A redefinição do papel do laboratório proporcionou a participação nos projetos: ROTAVIRUS (Estudo Prospectivo da Diarréia para Estimativa da Incidência por Rotavirus em Crianças Menores de 5 anos) projeto coordenado pela Secretária de Estado da Saúde – Coordenação dos Institutos de Pesquisas – Instituto Adolfo Lutz, projeto financiado pela Glaxo Smith Clark,

TUBERCULOSE (Tratamento Supervisionado de Tuberculose-CaraGua Johns Hopkins University-Usaid –2004, para Implementação da Estratégia DOTS no Município de Guarulhos., projeto este coordenado pelo CVE, financiado pela USAID e suporte técnico da Universidade John Hopkins).



RESULTADOS

A redefinição do papel do Laboratório Municipal de Saúde Pública possibilitou o aumento significativo no número de exames, como maior agilização na devolução dos resultados, como por exemplo, as sorologias para Dengue e Leptospirose, que antes eram entregues após 15 a 20 dias quando encaminhados ao IAL, passaram para 36 a 72 horas, o que tem facilitado a adequação do tratamento.

Com a centralização do exame de baciloscopia houve um incremento de 93% de exames de 2002 para 2005, após a inauguração do laboratório e do Projeto CVE/USAID.

Como o Laboratório Municipal assumiu a realização de algumas sorologias de doenças de notificação compulsória, conseqüentemente, enviamos menos sorologias para o Instituto Adolfo Lutz, que é a referência Estadual para o município, agilizando a devolução do resultado do exame ao solicitante.

Com a realização de exames de Baciloscopias e Culturas para diagnóstico da tuberculose, recebemos o prêmio Qualidade nas ações em Tuberculose no ano 2004, pelo controle de qualidade externo ser de 100% de concordância, pelo volume de amostras e rapidez para liberação de resultados.

Ano	2001	2002	2003	2004	2005
Atividade					
Sorologias efetuadas			1.448	1.296	4.285
sorologias Enviadas IAL	2.941	2.016	493	349	353
Identificações Entomológicas	854	1.803	567	164	246
Baciloscopia BAAR				5.651	8.812
Bacteriologia Alimento/Água	2.075	2.255	1.688	1.637	1.850
físico-químico alimento/água	482	611	872	1.052	1.283
Projeto Rotavirus				1.453	177
Total Procedimento	6.352	6.785	5.068	11.004	17.026

Assim o Laboratório Municipal de saúde Pública do município de Guarulhos tem contribuído para a vigilância epidemiológica e sanitária do município e estamos preparados para o enfrentamento relacionados aos agravos de interesse à saúde Pública, atuando como laboratório de referência do Município de Guarulhos e região de abrangência da DIR III –Mogi das Cruzes, com procedimentos adequados para a melhoria da qualidade e confiabilidade dos serviços prestados.



EXPERIÊNCIA BEM SUCEDIDA NA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO E BUSCA ATIVA DOS SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIO NO MUNICÍPIO DE GUARULHOS-SP

Autor Principal: Marlene dos Santos Pedroso

E-mail: pedrosomarlene.pedroso@terra.com.br; marlenepedroso@guarulhos.sp.gov.br

Outros Autores: Ermelinda Antonia Tomé

Instituição: Prefeitura Municipal de Guarulhos

Município: Guarulhos

Estado: São Paulo

O surgimento da epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) e o aparecimento de focos de tuberculose (TB) multirresistente agravam ainda mais o problema da doença no mundo. O Programa Nacional de Controle da TB (PNCT) tem como propósito fundamental promover o controle da TB no Brasil, buscando a interrupção da transmissão da doença e a conseqüente diminuição dos riscos de adoecer e morrer por ela

O município de Guarulhos possui 341 Km² de área e ocupa, no Estado de São Paulo, o 2º lugar em população com 1.251.178 habitantes. É a maior cidade não capital do país e o 13º município mais populoso do Brasil. A taxa de crescimento populacional entre 1991 e 1996 foi de 4,29% ao ano e de 1996 a 2000 de 23,49% ao ano.

Em 2004, o município de Guarulhos apresentou 567 casos de tuberculose (TB), o coeficiente de incidência foi de 43,2 a porcentagem de associação do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e TB foi de 4,3% e a taxa de abandono de tratamento de 10,2%. Pretende-se com o presente trabalho, contribuir para a intensificação das ações de controle da TB, uma vez que Guarulhos é um dos 13 municípios considerados prioritários no combate a esta doença

O Programa Nacional de Controle da TB (PNCT) tem como propósito fundamental promover o controle da TB no Brasil, buscando a interrupção da transmissão da doença e a conseqüente diminuição dos riscos de adoecer e morrer por ela. Dos casos de TB segundo o tipo e a forma clínica no município de Guarulhos de 1998 a 2004, notificados, os novos representam 90,0%, cerca de 10,0% dos casos ocorrem em menores de 20 anos.

No ano de 2004, a Secretaria da Saúde de Guarulhos foi procurada pelo Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" – Divisão de Tuberculose (CVE) que propôs a participação no projeto de implementação do tratamento supervisionado da TB e da busca ativa dos sintomáticos respiratórios (SR), projeto este, coordenado pelo CVE, financiado pela USAID (Agência Norte Americana para o Desenvolvimento

Internacional) e com suporte técnico da Universidade John Hopkins dos Estados Unidos.

Processos de trabalho adotados

- Reunião com a secretária da Saúde e após com as 4 regionais de saúde para explicação do projeto, com a equipe técnica do CVE coordenada pela Dr Vera Maria Galesi.
- Visita as Ubs de referência em tratamento da tuberculose pela equipe do DHPS, CVE e representante da USAID.
- Sede das atividades do Dia Mundial contra a tuberculose, promovida pelo CVE, no município de Guarulhos, em 24 de março de 2004, com 628 participantes, oriundos de Ongs, funcionários do Sistema Prisional, Hospitais, outros municípios do Estado de São Estados brasileiros e da rede de saúde municipal de Guarulhos.
- Treinamento de todos os funcionários das Ubs em DOTS e Busca Ativa no período de março e maio de 2004.
- Reunião com todos os funcionários das UBS?USF para discussão do fluxo das atividades nas respectivas unidades de saúde.
- Treinamento da Chefia e técnicos do laboratório de saúde Pública em baciloscopia e cultura no Instituto Adolfo Lutz –regional Santo André.
- Contratação de 3 técnicos de laboratório (pelo projeto CVE-USAID), para realização de baciloscopia e cultura.
- Centralização do tratamento supervisionado (DOTS), para UBS mais próxima da residência ou do local de trabalho do doente.
- Fornecimento de incentivo alimentar (mini cesta-básica) e alimento matinal (café da manhã) para os doentes em DOTS,
- Visita de consultor em biossegurança no hospital municipal , nos dois estaduais e no laboratório de saúde publica.
- Reunião com a direção do Hospital Municipal de Urgências de Guarulhos para determinação de fluxo para monitoramento das altas em tuberculose.

Principais Resultados Alcançados:

- Palestra TB/DOTS para as unidades de referencia e regionais de saúde –20 participantes.



- Treinamento de busca ativa e DOS para rede básica, em conjunto com o CVE- 2131 participantes.
- Dia Mundial Contra Tuberculose, sediada em Guarulhos em parceria com o Programa Estadual – 628 participantes
- Treinamento de equipes USF –452 participantes
- Palestras para hospitais e unidades de saúde sobre biossegurança –70 participantes.
- Treinamento sobre monitoração das altas hospitalares –45 participantes
- Treinamento da chefia do laboratório em Auditoria da NBR-ISO 9001:2000.
- Treinamento de 2 biólogos e 3 técnicos em baciloscopia e cultura.
- Aumento das UBSs e USFs que enviam material para o laboratório.
- Com a centralização para a baciloscopia houve um incremento de 93% de exames de 2002 para 2005, após inauguração do laboratório.
- Maior agilidade na entrega dos resultados de baciloscopia, que antes eram entregues após 15 a 20 dias do encaminhamento, passaram para 24 horas, o que tem facilitado a adequação do tratamento.
- Descentralização do tratamento supervisionado (DOTS) para a UBS mais próxima da residência ou local de trabalho do paciente.
- Controle de Qualidade da baciloscopias realizadas com 100% de concordância.
- Houve um aumento significativo dos doentes em DOTS de janeiro até dezembro de 2004 (de 25% para 60% aproximadamente dos casos novos da forma pulmonar).



PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE ASMÁTICO DO DF

Autor Principal: Marta de Fátima Rodrigues da Cunha Guidacci
 Outros Autores: Jocélea Lira Mendes; Mario Sérgio Nunes
 Instituição: Secretaria de Saúde do DF
 Município: Brasília
 Estado: Distrito Federal

A asma é uma doença de prevalência crescente, adquirindo dimensões de um problema de saúde pública. No Brasil, a prevalência varia de 10 a 20% dependendo da região e da faixa etária considerada, estando o Brasil em 8º lugar. Com base neste percentual, pode ser projetada a existência de 350.000 asmáticos em Brasília. A prevalência média cumulativa de crianças asmáticas em Brasília, segundo o ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) foi de 13,3%.

Essa população de asmáticos cria uma demanda importante aos serviços de emergência da rede pública de saúde. Há dados indicando que as doenças do trato respiratório representam mais de 20% do total de atendimentos na emergência de pediatria e clínica médica, e a asma responde por mais de 50% destas consultas. O maior número de atendimentos corresponde à faixa etária dos 0 a 9 anos de idade, demonstrando que a doença penaliza as crianças e suas famílias.

Segundo o DATASUS, em 2004, a asma representou a terceira causa de hospitalização pelo SUS (excluídas aquelas relacionadas à gravidez, puerpério e parto) responsabilizando-se por 396.505 internações em todo o país, equivalendo à R\$ 120 milhões. No DF em 2005, 4.160 asmáticos foram internados, correspondendo a 3% do total de internações e equivalendo a R\$ 1.231.517,00. A faixa etária predominante de internações é de 0 a 4 anos. No Brasil ocorrem cerca de 2.500 óbitos por ano devidos à Asma.

Apesar da gravidade desse quadro epidemiológico, a assistência aos pacientes portadores de asma estava sendo feita de forma

individualizada e voltada apenas para o alívio dos sintomas. Em 1999, a Secretaria de Saúde corrigindo esta situação, implantou o Programa de Atendimento ao Paciente Asmático no DF. Esse programa tem como metas não somente organizar e coordenar o atendimento ao paciente com asma, mas também promover o treinamento dos profissionais dos

Centros de Saúde, do serviço de medicina familiar e pronto-socorro, educar pacientes e familiares a lidar com a asma e ainda mais, garantir o fornecimento da medicação básica para o tratamento da doença, inclusive os corticosteróides inalatórios.

Os objetivos do programa são: fortalecer a adesão dos pacientes e familiares com tratamento ambulatorial, reduzir demanda de Pronto Socorro, número de hospitalizações e gastos diretos e indiretos, melhorando a qualidade de vida asmático, diminuindo seu sofrimento e suas faltas a escolas e ao trabalho.

Atualmente, temos 19 Centros de Referências do Programa de Asma, cujo coordenador, especialista em Alergia ou Pneumologia, é responsável pelo treinamento e capacitação dos profissionais de saúde, palestras educativas, fornecimento de dados estatísticos quanto à prevalência de asma,

absenteísmo escolar e ao trabalho, número de hospitalizações, idas ao pronto socorro e óbitos por asma. Estes Centros de Referências estão localizados no HBB, HRAS, HRAN, HUB, HRGama, HRT,HRC, HRSobradinho, HRGuará, HRPlanaltina, HRBrazlândia, Unidade Mista de Taguatinga, Unidade Mista de São Sebastião, CS do Lago, CS do Cruzeiro, CS do Núcleo Bandeirante, CSI do Paranoá, CSI do Recanto das Emas e CS 2 de Santa Maria.

Programa de Atendimento ao Paciente Asmático do D.F.
 Marta F. R. C. Guidacci; Jocélea L. Mendes; Mário S. Nunes
 Secretaria de Saúde do DF

***Implantado em 1999 pela Secretaria de Saúde do DF;**

Metas: organizar e coordenar o atendimento do paciente asmático;
 - promover o tratamento ideal profissionalmente do paciente;
 - educar pacientes e familiares a lidar com a asma;
 - garantir o fornecimento das medicações de uso crônico e pontuais.

Objetivos: fortalecer a adesão ao tratamento ambulatorial;
 - reduzir a demanda ao Pronto Socorro, número de hospitalizações;
 - reduzir gastos diretos e indiretos;
 - diminuir absenteísmo escolar e no trabalho;
 - melhorar a qualidade de vida e produtividade;
 - prevenir óbitos.

***Núcleo 19 Centros de Referência distribuídos em todo DF**
 *50 médicos especialistas atuantes
 *240 profissionais para atuação de Medicamentos de Alto Custo
 *Mais de 4.500 pacientes cadastrados no Programa de Alto Custo
 *Mais de 2004 e 2005, foram liberados respectivamente R\$ 202 e R\$ 211 milhões do orçamento do Alto Custo, correspondendo a R\$ 0,22 R\$ 0,21 e R\$ 0,20 R\$ 0,20.

Medicamentos da Atenção Básica	Medicamentos de Alto Custo
Sulfato de salbutamol	Sulfato de salbutamol
Sulfato de terbutalina	Formoterol 12 mg
Formoterol 12 mg	Formoterol 12 mg, Uvasol, laboratório Uvasol 200mg/200 mg
Formoterol 12 mg, Uvasol	Formoterol 12 mg
Formoterol 12 mg, Uvasol	Budesonida 200mcg
Formoterol 12 mg, Uvasol	Budesonida 200mcg
Formoterol 12 mg, Uvasol	Budesonida 200mcg
Formoterol 12 mg, Uvasol	Budesonida 200mcg

Realizações:

- 2 milhões em R\$ 24 milhões;
- 8 tratamentos médicos-pedagógicos para profissionais de saúde;
- 2 Conferências do Dia Nacional de Controle à Asma;
- 24 reuniões científicas administrativas com os Coordenadores

Experiência Positiva em Centros de Referência de Unidades Mistas de São Sebastião:

	1º Semestre de 2004	02º Semestre de 2004
Número de Pacientes	108	152
Asma Leve	26,29%	30,92%
Asma Moderada	52,77%	40,79%
Asma Grave	11,94%	28,29%
Médicos responsáveis	144 (80%)	111 (74%)
Nº total de visitas	1.302	31
Média de nº de consultas por mês	8,9	0,5
Hospitalizações	85 (6%)	2 (6%)
Mortalidade	0	0
Intensificações	0	0
Óbitos	0,0	0,0
Hospitalizações/consultas		
Centro das Hospitalizações	R\$ 36.140,00	R\$ 2.480,00
Respostas em consultas	122 (9%)	4 (1%)
Óbitos de internação	0	0



Cerca de 240 processos/mês dão entrada na Diretoria de Procedimento de Alto Custo (DIPAC) para dispensação das medicações obedecendo as normas do Protocolo de Diretrizes do Ministério da Saúde. A Asma está entre as duas primeiras enfermidades com maior nº de pacientes cadastrados. Em 2004 e 2005, foram liberados respectivamente 17.363 e 31.113 frascos de medicamentos de Alto Custo, correspondendo a R\$ 452.681,41 e R\$ 829.158,99. Os medicamentos dispensados pela Farmácia de Alto Custo para pacientes com Asma Grave são : Formoterol 12 mcg, Formoterol 6 mcg + Budesonida 200 mcg, Formoterol 12 mcg + Budesonida 400 mcg, Budesonida 200 mcg, Beclometasona 250 mcg, Salbutamol 100 mcg e Budesonida Nasal 32 mcg . Os medicamentos dispensados na Atenção Básica são: Salbutamol solução e comprimido, Prednisona 5 e 20 mg, Prednisolona 1ml/3mg, Fenoterol gotas para nebulização e Aminofilina. O Montelukaste é dispensado nas Farmácias Ambulatoriais segundo o Protocolo da Secretaria de Saúde do DF. A Secretaria de Saúde custeia as medicações básicas e o Ministério da Saúde, as do Alto Custo. São mais de 4.500 pacientes cadastrados na Farmácia de Alto Custo.

Através da Portaria nº 402 de 23 de fevereiro de 2006, o Ministério da Saúde destinará R\$ 2.167.946,55 para custeio das medicações de Asma e Rinite para Atenção Básica. Os medicamentos contemplados são Salbutamol (Aerossol, Solução e Comprimido), Beclometasona 250 mcg, Prednisona 5 e 20 mg, e Beclometasona Nasal de 50 mcg.

Foram realizados:

- 6 treinamentos dos profissionais de saúde com aulas teóricas e práticas utilizando os Manuais de Capacitação em ASMA elaborados pelo Comitê Executivo Central;
- 2 mutirões com 234 atendimentos;
- 2 comemorações do Dia Nacional de Prevenção à Asma com Palestras Educativas, distribuição de folderes, avaliações de Qualidade de Vida através de questionários, aferição de Pico de Fluxo Expiratório;
- 1ª Caminhada dos Asmáticos com a participação do medalhista olímpico: Fernando Sherer ;
- 20 reuniões científicas e administrativas com os coordenadores.

Segundo os dados estatísticos de atendimento no Centro de Referência da Unidade Mista de São Sebastião, no período de janeiro a dezembro de 2004, foram atendidas 168 crianças de primeira consulta portadoras de Asma, classificadas em leve (25,6%), moderada (7,1%) e grave (67,2), 154 (92%) crianças visitaram a emergência no último ano, totalizando 1.382 visitas e uma média de 8,9 visitas por paciente. 83 pacientes (49%) apresentaram 305 internações com gasto médio de R\$ 106.750,00 pelo SUS e com média de 3,6 internações por paciente. 132 crianças (78%) faltaram a escola, totalizando 3.135 dias de faltas escolares e com média de 24 dias por paciente por ano. 112 crianças (67%) retornaram à

consulta após 9 meses de acompanhamento: 95 (85%) leves, 8 (7%) moderadas e 9 (8%) graves, 17 procuram a emergência (15%), totalizando 31 visitas, equivalendo 0,5 visita por paciente. Somente 6 (5%) pacientes apresentaram 8 internações, equivalendo a 1,3 internação por paciente e 7% faltou à escola.

Portanto, tratamento ambulatorial de Doenças Crônicas, como a Asma com Palestras Educativas, explicando o que é Asma, seus fatores desencadeantes, como reconhecer a crise, seguimento das orientações de controle ambiental e das medicações prescritas de crise e de manutenção obter-se-á reduções de custos diretos e indiretos tanto para o SUS quanto para os pacientes e familiares e o mais importante é a melhoria da qualidade de vida destes pacientes e familiares, a redução do sofrimento humano, que é incalculável e a prevenção de óbito.



INOVAÇÃO INSTITUCIONAL E GESTÃO PARTICIPATIVA: MONITORANDO E AVALIANDO MUDANÇAS NA MODELAGEM DA ATENÇÃO E DA GESTÃO HOSPITALAR NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Autor Principal: Marta Helena Buzati Fert

Outros Autores: Lisiane Boer Possa e Mariana Bertol Leal

Instituição: Grupo Hospitalar Conceição

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no final da década de 80, e da sua implementação, no início da década de 90, redefiniram-se as responsabilidades dos níveis gestores desse sistema, bem como dos serviços a ele atrelados. Através dos princípios da equidade, da universalidade e da integralidade da atenção à saúde, propunha-se a redefinição dos espaços e processos de cuidado, enfatizando a defesa e afirmação da vida nos cenários sociais. Portanto, o planejamento dessas ações deveria considerar diferentes espaços como produtores de vida, redefinindo o papel dos serviços nessa rede de cuidado, entre eles, o hospital.

Dentre os aspectos considerados relevantes para o processo de reforma hospitalar, pautados a partir do início deste século, destaca-se a articulação em rede com o conjunto de serviços através da regionalização, e a centralidade dos seus processos de trabalho no cuidado das pessoas, tendo como objetivo a integralidade e a participação popular na definição das prioridades. Em relação a esta, o lema da Reforma Sanitária Brasileira, que definia "saúde como democracia", demonstra a importância atribuída à prerrogativa de participação dos diferentes atores no cenário da saúde e da vida cotidiana.

Nesse contexto de mudanças, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), hospital público, que, a partir de 2003, passou a prestar assistência exclusivamente ao SUS, situado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, propôs-se inovar e a reinventar dispositivos a partir do estabelecimento das diretrizes de organização sistêmica interna e externamente, da integralidade da atenção e democratização da gestão. Estas diretrizes buscaram orientar estratégias de gestão produtoras de mudanças, algumas iniciativas se desencadearam modificando o GHC, principalmente nas suas funções de ensino e de produção de saúde, e apontaram a necessidade e importância da avaliação e monitoramento enquanto ferramenta de gestão permanente.

Como dispositivo para democratizar a gestão, destacam-se: a implantação do Conselho Gestor, que se constitui em um fórum de deliberação e acompanhamento das políticas e diretrizes do hospital, composto por usuários, trabalhadores, administradores

do hospital e gestores do sistema de saúde; a ampliação do Conselho de Administração, incluindo gestores das três esferas de governo, trabalhadores e usuários; a instituição do Plano de Investimentos, garantindo a participação de trabalhadores e usuários nos processos decisórios relativos aos investimentos do grupo; a ampliação dos espaços de escuta e participação dos trabalhadores e usuários, não só com a ouvidoria e a pesquisa de satisfação dos usuários, mas também com a ampliação dos horários de visitas dos familiares, possibilitando a busca da decisão colegiada sobre os processos terapêuticos, com a participação da equipe de saúde, do usuário e familiares. A democratização e a humanização da atenção foram estimuladas por diversos fatores que perspassam a redefinição do papel do GHC na rede de atenção, a partir da contratualização dos seus serviços com a esfera municipal de gestão do sistema, estabelecendo a co-responsabilização com o processo de cuidado.

Nesse sentido, além do acesso, importa o estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência que garantam a cadeia de cuidados progressivos e a integralidade da atenção. A implantação da visita aberta e do acolhimento no serviço de emergência foram iniciativas para tal, bem como a definição e implantação de linhas de cuidado em algumas áreas.

A adoção das linhas de produção de cuidado, como desenho organizativo para os hospitais que compõem o grupo, superando a lógica das profissões ou funcional, buscou aproximar o hospital do princípio da integralidade da atenção. Assim, ao definir a integralidade como eixo da gestão e atenção, os processos de organização do trabalho se referenciaram na produção do cuidado das pessoas, bem como na responsabilização do hospital pela articulação da rede de serviços necessária à atenção, ou seja, a responsabilidade do hospital é compartilhada com a rede para que as pessoas tenham a continuidade do cuidado de que necessitam.

O GHC, inovando no processo de gestão e atenção, tentando estabelecer processos de cuidado que fujam da fragmentação proposta pelos centros de resultado existentes, já implantou quatro linhas de cuidado: a da Mãe-Bebê, a das Pessoas com Problemas NeuroCirurgicos, a das Pessoas com Câncer e a



dos Queimados. Em outras áreas da atenção já estão sendo planejadas outras linhas de cuidado, também, para potencializar o processo de cuidado, com trabalho interdisciplinar e inclusão dos usuários e familiares, afirmando a vida e conectando o hospital ao sistema de saúde.

Com o mesmo objetivo foi implantado o Programa de Atenção Domiciliar que, além de disponibilizar aos usuários alternativas terapêuticas à internação, tem enfatizado a construção do vínculo das pessoas com a equipe de saúde na rede de atenção básica.

Está em processo de implementação a avaliação de desenvolvimento dos trabalhadores, vinculada a proposição de um plano de carreira, considerando o desenvolvimento dos trabalhadores individualmente, das equipes e da instituição, incentivando processos de qualificação profissional, bem como processos que repensam a instituição e sua modelagem organizacional, buscando intervir nas relações e nas práticas de trabalho através da avaliação e da educação permanente em saúde, incentivando o protagonismo do trabalhador para a atuação crítica na coletividade. A humanização aparece como componente transversal a todas as ações disparadas pelo hospital, seja na tentativa de inferir nas relações de trabalho e nas relações entre os diferentes atores, seja na tentativa de qualificar o papel do hospital na cadeia de cuidado progressivo à saúde, considerando a integralidade como eixo estruturante desse processo.

Ainda como instrumento dessa nova gestão do trabalho, além de procurar qualificar os espaços de cuidado, com o gerenciamento de tecnologias duras, leves-duras e leves necessárias a cada projeto terapêutico, ampliou-se o quadro funcional e propôs-se uma política de saúde do trabalhador, que busca promover o cuidado ao cuidador no ambiente e no momento da prática do trabalho, através da instituição de equipes de referência aos trabalhadores em seu local de trabalho. Esse processo de mudança potencializa a rede de serviços e interfere na definição do modelo technoassistencial, à medida que o serviço de saúde ocupa um lugar pactuado nas esferas de gestão, assumindo a co-responsabilidade pela rede de cuidados que afirma a vida.

As diversas inovações da gestão e atenção propostas no GHC, agora, indicam a necessidade e a importância da avaliação e monitoramento, a fim de potencializar processos inovadores que promovem mudanças positivas, bem como para rever outras práticas que ainda precisam se transformar. Com o movimento de mudança institucional, que co-responsabiliza os diversos atores nos processos decisórios e qualifica-os para o exercício de tal protagonismo, há uma aposta institucional na incorporação de práticas participativas inovadoras, que possam, no movimento de mudança da modelagem da atenção e gestão do hospital, questionar os processos baseados exclusivamente na técnica, burocráticos e hierárquicos, mas também constituir novos modos de cuidar e gerir o complexo hospitalar

responsável pelo cuidado de parcela significativa da população gaúcha. Esse processo de monitoramento e avaliação busca, por meio de estudos de caso em profundidade, análise de dados secundários, construção de diagramas analisadores, grupos focais e outras técnicas de pesquisa com participação dos atores, corrigir rumos e agregar ao processo um âmbito de produção coletiva, como as mudanças na saúde requerem.



REPERCUSÃO DO PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA NA SAUDE DA CRIANÇA DO MUNICIPIO DE MATELANDIA

Autor Principal: Marta Meditsch

Outros Autores: Secretaria Municipal de Saude de Matelandia

Município: Matelândia

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO

O PSF implantado gradativamente de 1998 à 2000 em nosso Município, abrangendo 100% a população, tem alcançado seus objetivos de forma especial na população infantil, beneficiada desde o ventre materno com Programa de Pré-Natal, o parto assistido, o incentivo ao aleitamento materno, ao Programa de Puericultura, as campanhas de vacinação e o trabalho incessante de educação em Saúde em parceria com a comunidade através de eventos, palestras, gincanas, mutirões e acompanhamento de grupos de gestantes e puericultura pelas diversas equipes.

OBJETIVO

Avaliar a importância do PSF na saúde da criança do município de Matelândia.

METODOLOGIA

Avaliação dos Programas de Pré-Natal e Puericultura desenvolvidos, análise de dados compreendidas no período de 1998 à 2000 de cobertura vacinal, e números de internamentos pediátricos ocorridos nos dois Hospitais de Matelândia, com análise dos índices de mortalidade infantil precoce e tardia e mortalidade materna.

NOSSA HISTÓRIA

O PSF foi implantado em nosso município em 1998, de forma gradativa e experimental. Iniciou com a criação de uma UBS na Vila Pazza, Jardim Itália, Jardim Municipal e São Cristóvão, estendendo-se as comunidades rurais da Linha Tibola, Linha Cozer, Pedreira Itatiba e Pedreira Dal Pozzo, com um total de 847 famílias cadastradas hoje.

Em 01/06/1998 implantou-se a 2ª equipe de PSF na UBS localizada em Agro-Cafeeira, às margens da Br 277, abrangendo a área rural compreendida em Vila Esmeralda, Rio Xaxim, São Roque, Vila Rural Santa Maria, Linha Vacaria e Silva Jardim, compreendendo 934 famílias cadastradas. (Hoje população difícil de ser mensurada, pois se formou na região um acampamento de assentados do MST com cerca de 400 famílias, população flutuante, sem condições de

saneamento básico, oriundos de diversos locais, que vivem em esquema de rodízio populacional entre outros grupos de assentamentos)

Em março de 2000, foram criadas mais duas equipes de PSF, alcançando-se 100% de abrangência da população nesta nova sistemática de saúde:

- Equipe sede I com 1413 famílias cadastradas hoje e abrangendo as seguintes áreas urbanas: Centro, Jardim Tropical, Jardim Guairacá, parte da Vila Sapo e as comunidades rurais de Ouro Verde, Rio Sabiá, Barreirão, Marquezita, Campo do Bahia e Fazenda Leão.
- Equipe sede II, com 1163 famílias cadastradas atualmente, abrangendo a zona urbana da Vila Nova, Vila Sapo, e as comunidades rurais da Linha Oro, Linha Giasson, Linha Panisson, Linha Cruzeiroirinho, Rio Dourado e Picada Benjamin.

O PSF voltado para a família e para o território, integrando um conjunto de ações básicas de prevenção, promoção e recuperação da saúde, desenvolveu no decorrer desse tempo um trabalho sério junto a população, incentivando o pré-natal, o parto assistido, o aleitamento materno, a completa cobertura vacinal, as consultas de puericultura, em parceria com a comunidade, clubes de serviços, clube de mães, Pastoral da Criança, Escolas e Igrejas.

Matelândia possui dois pequenos hospitais de baixa complexidade somando 80 leitos, com serviços de laboratório limitados, sem UTIs e sem médicos intensivistas, ao que atribuímos muito de nossa mortalidade infantil precoce, visto que sempre que se faz necessário a transferência de um RN, lutamos com as dificuldades de vagas dentro da região e até de todo o Estado, assim como a falta de um número maior de UTIs móveis para transporte destes pequenos pacientes. Sempre que se detecta uma situação de alto risco, procuramos transferir nossas gestantes para darem a luz em maternidades de serviço de maior complexidade.

Com muita satisfação, verificamos que obtivemos índice de mortalidade materna zero nestes últimos anos, decréscimo dos nossos índices de mortalidade infantil, chegando também a zero nossa mortalidade infantil tardia, e a mortalidade infantil precoce no ano de 2005 limitou-se a dois prematuros extremos que tiveram trabalho de parto induzido pelas próprias mães pelo uso de "CITOTEC"



(casos investigados pelo Comitê de Mortalidade Materno Infantil). Ultrapassamos índices de 100% de cobertura vacinal e tivemos considerável diminuição dos internamentos pediátricos nos últimos anos. Os procedimentos, sempre que possíveis são realizados dentro das próprias unidades de saúde, evitando-se assim internações desnecessárias.

Verificamos com nosso trabalho diário, que pacientes que freqüentam habitualmente uma mesma unidade de saúde, assistidos pela mesma equipe, recebem atenção preventiva indicada, hospitalização de emergência mais precoces e têm períodos de hospitalização mais curtos, podendo ser acompanhados posteriormente nas consultas médicas de revisão e nas visitas domiciliares da equipe.

CONCLUSÃO

○ PSF, como fonte habitual de atenção, demonstrou-se método eficaz para garantir o recebimento de serviços de orientação e prevenção, indo, sempre que necessário, a busca ativa dos pacientes faltosos, e com imaginação e entusiasmo criando laços de parceria com a comunidade na construção da saúde.

○ tempo nos confirmará, mas presumimos que onde nascem e crescem crianças mais saudáveis, existirão adultos mais felizes que poderão viver mais e com qualidade de vida melhor.



FÓRUM PERMANENTE REGIONAL DE SAÚDE MENTAL DO VALE DO RIO PARDO

Autor Principal: Martha Helena Oliveira Noal

Instituição: Centro de Atenção Psicossocial de Santa Cruz do Sul-RS

Município: Santa Maria

Estado: Rio Grande do Sul

O Fórum Regional Permanente de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo surgiu em 1997, a partir de reuniões de profissionais ligados à área da Saúde Mental da região, e instituiu-se como entidade representativa das ações em saúde mental dos seguintes municípios, que constituem a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Estado do Rio Grande do Sul: Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pântano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires, e Vera Cruz, que somam, ao todo, uma população de aproximadamente 307.932 mil habitantes.

Este Fórum nasceu da necessidade de um pensar coletivo e interdisciplinar sobre a reorientação assistencial em saúde mental, numa região que, até então, limitava-se a oferecer um modelo de atenção exclusivamente hospitalocêntrico, baseado na figura do médico e do Hospital Psiquiátrico.

Sua representatividade no contexto regional propiciou a inserção, nas respectivas comunidades, de uma nova forma de pensar e promover saúde mental, baseada numa abordagem biopsicossocial, com enfoque preventivo, reabilitador, humanista e visando a integralidade.

Desde a sua criação, o Fórum Permanente reúne-se regularmente, cada mês numa das treze cidades pertencentes à 13ª CRS, como estratégia de fortalecimento e comprometimento de todos os municípios com o movimento. Neste período, já promoveu nove encontros anuais, chamados Fóruns Regionais de Saúde Mental, reunindo em média, 430 pessoas por encontro. No primeiro ano de atividades, o Fórum Regional aconteceu somente com a participação de profissionais da área da saúde. Já a partir do segundo ano, participaram do Fórum, profissionais da área da saúde, usuários dos serviços, suas famílias, estudantes universitários, assim como gestores e representantes comunitários, especialmente, Agentes | Comunitários de Saúde.

Como um movimento político, apartidário, o Fórum foi chamando a atenção dos gestores e da comunidade, para a necessidade da formação de equipes mínimas e serviços especializados em Saúde Mental, mesmo nos municípios de pequeno e médio porte. A maioria dos municípios constituintes do Fórum Permanente (10 dos 13) não dispunha de qualquer ação de saúde mental, nem equipes especializadas até a implantação deste. Atualmente todas estas

cidades oferecem atenção à saúde mental, contabilizando 4 CAPS I (Centros de Atenção Psicossocial) respectivamente em Rio Pardo, Candelária (microrregional), Venâncio Aires e Vera Cruz; 1 CAPS II (adultos) em Santa Cruz do Sul; 2 CAPS II (infanto-juvenis) em Rio Pardo e Santa Cruz do Sul, ambos, microrregionais; 2 CAPS Álcool de Drogas, estes, em fase de estruturação, em Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires (microrregional); 21 Leitos Psiquiátricos credenciados pelo SUS, distribuídos entre 7 Hospitais Gerais da região (Candelária, Santa Cruz do Sul, Rio Pardo, Sinimbu, Vale do Sol, Vera Cruz e Venâncio Aires); 18 Leitos para Internações por Álcool e Drogas, em Candelária, sendo 16 para adultos e 2 leitos para adolescentes; 3 Ambulatórios de Saúde Mental, em Santa Cruz do Sul, Vale do Sol e Vale Verde; além de inserções na rede básica em todos os municípios.

O Fórum permanente tem como objetivos:

- Reorientar o modelo de Atenção à Saúde Mental conforme as premissas da OMS e da III Conferência Nacional de Saúde Mental.
- Implantar a Lei da Reforma Psiquiátrica nos municípios e ampliar a rede de atenção, onde ela já existia.
- Articular a integralidade e intersetorialidade das ações em saúde, junto à rede de atenção básica dos municípios, através dos Programas de Saúde da Família e Programas de Agentes Comunitários de Saúde.
- Estimular a criação de novos serviços de atenção à saúde mental, de acordo com as demandas de cada região.
- Instrumentalizar os componentes do controle social quanto a informações pertinentes, permitindo-lhes acesso aos seus direitos e deveres, fomentando a discussão nas comunidades sobre os problemas psíquicos e suas soluções.

Realizações:

Ano	Fórum Regional de Saúde Mental	Cidade	Tema	Nº participantes
1997	I	Santa Cruz do Sul		60
1998	II	Santa Cruz do Sul		400
1999	III	Venâncio Aires	Internação Psiquiátrica! Será que é a solução?	500
2000	IV	Rio Pardo	Saúde Mental e Cidadania	457
2001	V	Passo do Sobrado	Controle Social via Associação de Usuários	423
2002	VI	Mato Leitão	Saúde Mental na Rede Básica	397
2003	VII	Candelária	Saúde Mental: Ontem, Hoje e Amanhã	380
2004	VIII	Vera Cruz	Saúde Mental na Família	600
2005	IX	Sinimbu	Reforma Psiquiátrica: O ser humano na sua integralidade	605



Dificuldades operacionais, políticas e financeiras tem sido suplantadas pelas conquistas na efetivação dos objetivos propostos.

Na comemoração do X Fórum Regional de Saúde Mental está programada a ampliação do evento para dois dias de atividades, agendados para 6 e 7 de junho de 2006, em Santa Cruz do Sul. O evento pretende fortalecer ainda mais as ações até agora já implantadas, e abranger um público-alvo maior, convidando todos os municípios do Estado a participarem e não somente àqueles pertencentes a região.



A EXPERIÊNCIA DO COMITÊ CONSULTIVO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ÂMBITO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE

Autor Principal: Mary Anne Fontenele Martins

Outros Autores: Ana Mônica de Mello; Claudia Spinola Leal Costa; Vera Maria Borralho Bacelar

Instituição: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

O Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária no Âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT/MISA) é um dos 09 grupos de trabalho temáticos, que pertencem à Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Este Comitê é constituído, paritariamente, por representação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). O CIT/MISA reúne-se a cada dois meses, as decisões são tomadas por consenso e a Assessoria de Relações Institucionais (ASREL/ANVISA) realiza a Secretaria Executiva. Sua função é discutir assuntos relativos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), além de assessorar tecnicamente a CIT nas questões relacionadas à Vigilância Sanitária. Atua desde 2003, constituindo-se num espaço de articulação e comunicação entre os três níveis de gestão, pautando-se nas questões éticas e democráticas como valores fundamentais para o planejamento e desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária no país.

OBJETIVOS

Descrever e analisar o papel desenvolvido pelo Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT/MISA.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, constituindo-se num estudo de caso que demonstra a experiência de trabalho do CIT/MISA ao longo de 03 anos de atuação. Os dados foram coletados no ano de 2006, através dos registros (atas aprovadas) de 12 reuniões realizadas no período de 2003 a 2005, que foram lidas exaustivamente e relacionados todos os temas debatidos nestas reuniões. Estes temas foram transpostos para uma planilha e categorizados para melhor análise dos resultados.

RESULTADOS

Tomando por base o amplo trabalho desenvolvido pelo CIT/MISA, percebe-se que ele está pautado em três categorias de análise: gestão e planejamento; estrutura e organização; financiamento, todos relativos ao SNVS. Na categoria de gestão e planejamento destacam-se os temas relativos ao Contrato de Gestão da ANVISA; ao processo de construção do Plano Diretor da Vigilância Sanitária, que está em desenvolvimento no ano de 2006; à conceituação da categorização das ações de Vigilância Sanitária; aos indicadores da Programação Pactuada Integrada de Vigilância à Saúde (PPI/VS) e à política vigente de medicamentos. No campo estrutura e organização do SNVS são claros que os assuntos debatidos giraram em torno da construção do Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária, aparecendo 08 vezes nas atas das reuniões. Nesta categoria, também surge a discussão sobre as responsabilidades de cada esfera de gestão acerca da atuação em áreas específicas da vigilância sanitária, como agrotóxicos, farmácias de manipulação e fracionamento de medicamentos. Na última categoria de análise, financiamento, o tema que mais se repete nas reuniões é a descentralização das ações de vigilância sanitária, que abrange o Termo de Ajustes e Metas (TAM) e seu processo de pactuação com estados e municípios, o Piso da Atenção Básica de VISA (PAB/MISA) e o Fundo de Compensação. É válido ressaltar que, para que haja respaldo técnico e um maior aprofundamento do tema que está sendo debatido no momento pelo CIT/MISA, são formadas comissões temáticas ou grupos de trabalho. Desta maneira, foram encontrados nos registros os grupos de Categorização das Ações de VISA, do Plano Diretor de Vigilância Sanitária e de Indicadores de VISA. Destaca-se ainda que os temas discutidos são levados à CIT como proposta para pactuação entre os gestores. Além disso, o CIT/MISA acompanha e supervisiona a implantação proposta pactuada no tocante à vigilância sanitária, como por exemplo, o TAM, e os indicadores da PPI/VS.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A experiência de trabalho deste Comitê, auxiliando a CIT nas questões de vigilância sanitária, demonstra a valorização desta



área na condução e pactuação entre os gestores do Sistema Único de Saúde. Ressalta-se a importância deste espaço de discussão do Comitê e a necessidade de torná-lo mais efetivo na discussão de questões políticas fundamentais para o processo construção e implementação SNVS. Há também uma necessidade de aprofundar a discussão sobre o relacionamento da ANVISA com estados e municípios, assim como, relacionamento de estados com municípios sobre as responsabilidades de cada esfera de gestão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada esta gama de temas pautados e discutidos no período analisado, percebe-se que o CIT/MISA concentra sua atuação na construção e implementação do SNVS, inserindo-se no contexto nacional como importante espaço tripartite, que contribui efetivamente para a concretização e o fortalecimento da vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde.



IMPORTÂNCIA DAS PARCERIAS NO PROGRAMA DE SAÚDE DE FAMÍLIA

Autor Principal: Mauricélia Sousa Costa

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

A regional de Saúde do Paranoá/DF conta com sete equipes que trabalham na área rural. A área de abrangência da Equipe 3 (três) o Altiplanoleste é dividida em seis micro-áreas. Estas são: Capão da Erva; Boqueirão; Capão da Onça; Altiplanoleste; que está dividida em duas micro-áreas, e Sobradinho dos Melos . O atendimento nestas áreas não pode acontecer numa única unidade devido a grande distância que existem entre elas. Quando o programa começou a funcionar, foram definidos alguns locais de atendimento, determinado pela supervisão da Regional. Depois de definidos os locais de atendimento a agente de saúde responsável pelo Boqueirão foi informada pela comunidade de Colombo Cerqueira que seria difícil chegar até o posto de atendimento, devido à grande distância entre suas moradias e o posto, aproximadamente 5km de descida. Diante das dificuldades apresentadas, a agente questionou à comunidade se sugeriam algum local e ficou sabendo da sede do GASFA Grupo de Assistência São Francisco de Assis, aonde acontecia atendimento médico, odontológico voluntário e cursos para a comunidade. Estando localizado na parte alta da micro-área e de fácil acesso aos moradores da área em questão.

Num segundo momento fez-se o contato entre a agente de saúde entrou e a responsável pelo GASFA que concordou em ceder o lugar para que a equipe fazer o atendimento pelo programa. Depois a presidente do grupo entrou em contato com a Supervisora da Secretária na Regional do Paranoá com o intuito de verificar a veracidade das informações.

Como resultado, vemos a importância do empenho dos agentes de saúde em facilitar o acesso da sua comunidade de ao atendimento da equipe criando parcerias com entidades existentes na sua área .



NÚCLEOS DE ATENÇÃO INTEGRAL NO SAÚDE DA FAMÍLIA (NAISF): A EXPERIÊNCIA DE SOBRAL-CE

Autor Principal: Mirella Maria Soares Vêras

Outros Autores: Jeovânia Goeshi Aragão; Maria Abigail Arruda Coelho

Instituição: Secretaria da Saúde e Ação Social

Município: Sobral

Estado: Ceará

INTRODUÇÃO

O município de Sobral possui atualmente 29 (vinte e nove) unidades básicas de Saúde; sendo 16 na sede e 13 na zona rural do município, e 48 equipes de Saúde da Família. Desde 2000, outras categorias (fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, farmacêutico e fonoaudiólogo) foram incorporadas à ESF, além da equipe básica proposta pelo Ministério da Saúde. Esta necessidade de ampliar a equipe não é apenas por uma questão de tamanho de demanda mas principalmente, para a garantia de acesso ao atendimento integral, da produção de saúde e da construção/transformação de práticas e saberes.

OBJETIVO

Relatar a experiência de Sobral com os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família.

METODOLOGIA

A partir da portaria Nº 1065/GM de 04 de julho de 2005, que criava os Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família, o processo de implantação das equipes interdisciplinares em Sobral foi revisto, buscando adequar-se à esta nova proposta do Ministério da Saúde. Assim, buscou-se promover um diálogo entre a política nacional proposta e a experiência vivida no município de incorporação de outras categorias profissionais na ESF. Outro importante elemento utilizado para a construção da proposta foi o número de profissionais já disponíveis para a atenção básica do seu Sistema de Saúde. O Ministério da Saúde estabelece uma relação de aproximadamente 9 equipes de Saúde da Família para cada Núcleo de Saúde Integral (exceto na Região Norte). Portanto, o município de Sobral que apresenta hoje 48 equipes de Saúde da Família poderia atingir mais de 5. Neste contexto, cada um dos Núcleos atua nas quatro modalidades propostas pelo Ministério da Saúde: Alimentação/nutrição; atividade física, Reabilitação e Saúde Mental. Na modalidade Alimentação/nutrição foi incorporado o Nutricionista; em Atividade Física foram incorporado os profissionais de Educação

Física e instrutor de práticas corporais (massoterapeuta), na modalidade Saúde Mental foram incorporados o Psicólogo, Assistente Social e terapeuta comunitário, na modalidade Reabilitação foram incorporados os profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

A avaliação do processo de trabalho dos Núcleos está sendo realizada através de instrumentos qualitativos e quantitativos. A avaliação quantitativa é realizada através de um Sistema de Informação. O mesmo contempla informações relevantes para o monitoramento, planejamento, avaliação das ações; podendo servir para o desenvolvimento de indicadores de saúde para as diversas categorias profissionais que estão inseridas nos Núcleos. A avaliação qualitativa do processo de trabalho dos profissionais está sendo realizada através da análise e discussão de relatórios bimestrais que são encaminhados à Coordenação dos Núcleos, contendo informações sobre as atividades desenvolvidas, profissionais envolvidos, avanços alcançados e desafios. O instrumento contém também informações sobre a integração com as equipes de Saúde da Família, comunidade e outros serviços ou setores do município.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES NA BUSCA DA INTEGRALIDADE

O processo de trabalho dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família ainda é uma experiência em desenvolvimento que como tal apresenta limitações, dificuldades e avanços que ao longo do tempo vão se modificando e aprimorando-se de modo a otimizar a atenção à saúde a nível local na busca de uma abordagem integral dos sujeitos, família e territórios adstritos.

As principais limitações e dificuldades observadas foram: a grande quantidade de territórios por Núcleo, a inadequação da formação acadêmica dos profissionais para atuarem no SUS e o desenvolvimento de ações integrais. Estes fatores apresentam-se como desafios no processo de inserção de múltiplos saberes e práticas em um território tão complexo como o da Estratégia Saúde da Família.



Os avanços podem ser percebidos com a diversidade de atividades e projetos propostos que estão se desenvolvendo no espaço de organização do Saúde da Família, sendo atualmente potencializados com ações voltadas para a alimentação/nutrição, atividade física, reabilitação e saúde mental efetuadas pelos profissionais dos NAISF, além da busca constante de uma política intersetorial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando a trajetória das políticas de saúde de Sobral, observamos que o município vem buscando efetivar a integralidade, constituindo-se como uma rede de serviços que objetiva entrelaçar os complexos elementos das necessidades de saúde do território e o desenvolvimento do trabalho em equipe e ações intersetoriais. Com a implantação dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, foi possível potencializar as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação na ESF, fortalecendo assim, a integralidade da atenção. Neste contexto, analisamos que a trajetória do município na busca da integralidade da atenção ainda se constitui um desafio, cujo êxito irá depender do envolvimento, participação e comprometimento dos profissionais com a proposta, bem como de um bom desenvolvimento nas relações interpessoais, na capacidade de trabalhar em equipe e o vínculo com a comunidade.



CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO BAIRRO ITAPEMIRIM: UMA PROPOSTA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Autor Principal: Moisés Silva Santos

Outros Autores: Cátia da Silva Marques; Simone Ribeiro Viegas dos Santos Albuquerque e Marcos

Antonio de Souza Santos

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde/ Rio

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

Este trabalho contextualiza-se a partir da experiência no curso PROFORMAR (Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde), criado pelo Ministério da Saúde e a FIOCRUZ para profissionais que atuam no controle de vetores. O curso visa fortalecer a atenção à saúde, a melhoria da qualidade de vida, através do trabalho em equipe, da humanização do SUS, do planejamento em saúde e do controle do território (espaço determinado pelos agentes para realização do trabalho de campo). O território escolhido foi o Bairro Itapemirim (Botafogo), área administrada, em parte, pela Associação de Moradores da Rua Lauro Müller. Na procura de território tivemos dificuldades a partir da opção em investigar área que não se identificasse como “comunidade carente”.

O objetivo desse trabalho é a socialização de experiências do exercício das atividades de campo dos agentes de saúde e uma profunda reflexão o âmbito das práticas de saúde voltadas para o controle de doenças.

A metodologia foi implementada a partir de diagnóstico situacional do território e compreendeu: o mapeamento da área, a produção fotos, aplicação de questionários, entrevistas com trabalhadores do território, além do levantamento histórico sobre a origem da população (hábitos, comportamentos, dentre outros). Tal método propõe o rompimento com o modelo *médico-hospitalocêntrico*, que prioriza ações de cunho curativo, ao passo que estimula uma interação maior entre o Poder Público e a população.

A pesquisa levantou a percepção da sociedade civil, do setor saúde e de alguns moradores da localidade. Nesses levantamentos, ficou claro que as percepções das partes envolvidas não se coincidem entre si. Além disso, o resultado apontou três problemas principais: econômicos presença de moradores de rua e fezes de animais. Dando seqüência ao exercício, elaboramos, a partir dos resultados da pesquisa um plano de ação com enfoque na educação ambiental, priorizando a limpeza urbana, problema revelado pelos moradores e constatado pela nossa equipe.

As informações levantadas podem subsidiar equipes de saúde, gestores e população na busca por soluções que contribuam



para melhorar a qualidade de vida e saúde da população. Desse modo, é importante pensar e “fazer” saúde pública no contexto da Vigilância em Saúde, considerando as variáveis presentes em cada território, que determinam e condicionam o processo saúde-doença-cuidado.



CIESP - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE ESPECIALIDADES

Autor Principal: Mônica Loureiro Müller Pessoa Costa

Outros Autores: Nilson Guanapi Rossi; Alzelaine de Araújo Silvas; Carla Adnéria Silva Miguel; José Alberto Matias da Silva; Jorge Ajax Brovine; Engracia Luiza Barroso.

Instituição: CIESP - Consórcio Intermunicipal de Especialidades

Município: Maripá de Minas

Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO

Um problema comum aos pequenos municípios da Zona da Mata Mineira é a existência de demanda reprimida de consultas especializadas e de exames, dificultada pela distância para o município sede da macro-região, onde há disponibilidade para estes atendimentos. Este fato é agravado pela elevada despesa com passagens e dificuldade de transporte.

Observando as necessidades de aumentar a resolutividade dos problemas de saúde, partindo da estratégia de descentralização do SUS e da proposta de estabelecer parcerias, sete municípios da Zona da Mata Mineira reuniram-se com uma proposta de ajuda mútua.

OBJETIVOS

Viabilizar, implementar e aumentar a resolutividade dos atendimentos para consultas e exames.; promover ações de ajuda mútua.

METOLOGIA, REALIZAÇÃO E RESULTADOS

Ao assumir um serviço de gestão, com a proposta de contribuir para uma melhor qualidade de vida, com vistas à coletividade, dentro do novo paradigma da saúde, buscou-se a formação de parcerias, uma vez que os gestores de municípios vizinhos vivenciam a mesma problemática.

Em quinze de janeiro de dois mil e cinco, no município de Maripá de Minas, reuniram-se pela primeira vez secretários de saúde, profissionais de saúde e administrativos, com a presença de alguns membros do poder executivo e legislativo da região, com objetivo de se conhecerem e traçarem proposta de "saúde para todos".

Em 21 de março de 2005, desta vez em Bicas, reuniram-se representantes dos municípios de Guarará, Bicas, Mar de Espanha, Rochedo de Minas, Pequeri e Maripá de Minas, com o objetivo de fundar um Centro Intermunicipal de Especialidades. Por iniciativa de Sr. José Alberto Mathias da Silva, Secretário de Saúde de Bicas, foi sugerida a utilização de uma unidade de saúde desativada no município de Bicas para sediar o Centro Intermunicipal de Especialidades –

CIESP. Considerando a posição geográfica estratégica do referido município e o espaço físico disponibilizado, ficou acertado que Bicas seria o município sede do CIESP. Em comum acordo, cada município se propôs a custear um profissional, sendo que Bicas se responsabilizaria por três, guardando as devidas proporções populacionais e de utilização.

Em 25 de março do mesmo ano, na primeira reunião de prefeitos e secretários, foi pactuado o CIESP, com a participação de Bicas, Guarará, Mar de Espanha, Maripá de Minas, Pequeri, Senador Côrtes e Rochedo de Minas. O Sr. Honório de Oliveira, prefeito de Bicas, foi eleito presidente, por aclamação, e o Sr. Paulo César Rossi, nomeado secretário. Em seguida, foi aprovado o Estatuto do CIESP e cada Câmara Municipal aprovou a iniciativa.

Já no dia 29 de março, se reuniu o conselho de secretários dos municípios, na sede do CIEP para os ajustes finais. Ficou marcado o dia 11 do mês seguinte para o início das atividades, cujo nome ficou oficializado, por sugestão da Secretária de Saúde de Guarará, Sra. Alzelaine Araújo Silvas.

Em 28 de abril foi realizada, em Maripá de Minas, uma reunião do Conselho de Secretários, com finalidade de elaborar uma relação padronizada de medicamentos para os municípios da região, visando uma posterior compra em conjunto de medicamentos e materiais.

Com a criação do consórcio público pelo governo federal o Centro Intermunicipal de Especialidades transformou-se em Consórcio Intermunicipal de Especialidades, mantendo a mesma sigla.

Na reunião do Conselho de Prefeitos, em 12 de setembro, a Sra. Mônica Loureiro Muller Pessoa Costa, foi eleita Secretária do CIESP. As reuniões do Conselho de Secretários têm a periodicidade mensal, e o Conselho de Prefeitos tem periodicidade bimestral.

Em primeiro de fevereiro de dois mil e seis foi concedido recurso para o CIESP, que havia sido solicitado em julho de 2005, para compra de equipamentos. Foram liberados duzentos e cinquenta mil reais.

Em fevereiro deste ano, em reunião ordinária do Conselho de Prefeitos, houve nova eleição, e o Sr. Joaquim José de Souza, prefeito de Mar de Espanha, foi eleito Presidente do CIESP, tendo a



Sra. Mônica Loureiro Muller Pessoa Costa sido reeleita Secretária do CIESP.

Na reunião ordinária do Conselho de Prefeitos de 11 de abril, foi aprovada a relação de equipamentos para aquisição, a portaria de nomeação da comissão de licitação e o edital de publicação. Está em processo de aprovação pelas Câmaras Municipais a lei de utilidade pública para o CIESP.

Como fator facilitador para criação e manutenção do CIESP, considera-se a constatação de que com parcerias aumenta-se a resolutividade e reduzem-se as despesas.

Como dificuldade ressalta-se a idéia do novo, pois a característica do mineiro é de “ser conservador”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partiu-se da mudança de paradigma da saúde, buscou-se o trabalho em parcerias, em equipe, a programação de atividades à partir das necessidades, a descentralização e o aumento da resolutividade. A partir de ideais, foi concretizada a proposta inicial. São apenas os primeiros passos para longa caminhada. A cada dia surgem novas propostas e se contabiliza a alegria de cada realização.



O PROCESSO DA CONSTRUÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA REGIONALIZADA NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Autor Principal: Mônica Maria Henrique dos Santos

Instituição: Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco

Município: Recife

Estado: Pernambuco

Este estudo surgiu da necessidade de aprofundar com um olhar mais crítico o processo da construção da Assistência Farmacêutica regionalizada para Pernambuco, na tentativa de despertar para uma reflexão do modelo assistencial ora desenvolvido no Estado. Nessa perspectiva, objetivou-se compreender, no primeiro momento, a trajetória da regionalização do Estado, até se alcançar a territorialização da saúde; identificando através da percepção dos gestores estaduais e municipais, se concordam que a Assistência Farmacêutica deva ser, efetivamente, regionalizada. Trata-se de um estudo exploratório de cunho qualitativo que foi desenvolvido através de pesquisa bibliográfica e de entrevistas semi-estruturadas, gravadas e digitalizadas, aplicadas aos gestores estaduais e municipais, constituindo o caráter exploratório da mesma. Os resultados da pesquisa bibliográfica foram sistematizados na composição do referencial teórico do trabalho e os dados coletados nas entrevistas foram ordenados em Unidades de Registro dos Discursos e classificados em Categorias específicas, contextualizadas nas falas dos gestores. Na visão dos gestores estaduais e municipais, que participaram do estudo, as ações da Assistência Farmacêutica devem ser regionalizadas, na busca de uma aproximação mais adequada da realidade loco-regional com as políticas de saúde e sociais; e que estas ações devem ser organizadas e estruturadas nas Gerências Regionais de Saúde - GERES, com instalações físicas apropriadas, recursos humanos capacitados e estruturas organizacionais definidas, para que possam garantir uma assistência compatível com as necessidades dos municípios, consolidando os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS.

Palavras-chave:

Administração farmacêutica; Política de Medicamentos; Provisão e distribuição; Regionalização; Serviços de Saúde; Serviços farmacêuticos.



ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS-MT

Autor Principal: Neide Aparecida Silocchi

Instituição: Farmácia Municipal de Manipulação de Rondonópolis

Município: Rondonópolis

Estado: Mato Grosso

INTRODUÇÃO

A qualidade na saúde é hoje uma exigência de todos os envolvidos na prestação de serviços, é de especial relevância na criação e no desenvolvimento de um sistema de melhoria contínua na qualidade dos serviços oferecidos.

A Farmácia Municipal de Manipulação de Rondonópolis – Mato Grosso, presta atendimento aos usuários do SUS. Atualmente, conta com 01 unidade de produção (farmácia de manipulação), 08 unidades de dispensação (farmácias distritais), com 57 servidores atuando na produção, dispensação e orientação ao usuário quanto ao uso correto dos medicamentos.

O serviço prestado da Farmácia de Manipulação de Rondonópolis – MT se caracteriza como sendo pioneiro no serviço público do Estado de Mato Grosso.

JUSTIFICATIVA

Considerando as desigualdades regionais, epidemiológicas, sócio-culturais e econômicas, com a expansão dos serviços de saúde em Rondonópolis, através da mudança do modelo assistencial, priorizando ações como PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), PSF (Programa de Saúde da Família), Educação em Saúde, passou-se a ter a necessidade de atender a demanda gerada, principalmente as associadas à Assistência Farmacêutica.

Em busca de reestruturar esses serviços com criatividade e poucos recursos, a implantação em 19 de março de 2001 da Farmácia Municipal de Manipulação foi a alternativa viável encontrada para suplantando o alto custo dos medicamentos utilizados pela imensa maioria da população usuária do SUS.

OBJETIVOS

Produção local de medicamentos com redução de custos para o poder público.

PROPÓSITOS

· Redução de custos dos medicamentos básicos e outros;

· Abastecimento contínuo de medicamentos durante 365 dias/ano;
· Prioridade na produção de medicamentos de uso contínuo, antibióticos, antiinflamatórios, antiulcerosos e vermífugos;
· Inserção de mais profissionais farmacêuticos na Atenção Farmacêutica do setor público.

METODOLOGIA

O projeto iniciou-se no ano 2000, iniciando a produção em 2001 com 20 funcionários, que fizeram treinamento durante 05 meses. Foi estabelecida como produção inicial a quantia de 14.000 cápsulas/dia, com 45 itens de medicamentos dentre os mais utilizados pela população, e baseado no perfil de morbimortalidade.

As prescrições médicas são captadas nas 08 farmácias comunitárias pelos farmacêuticos, que as enviam para a Farmácia de Manipulação, onde ocorrerá a manipulação dos medicamentos, retornando para as farmácias distritais em até 48 horas (exceção para antibióticos e os medicamentos de urgência que são aviados no mesmo dia).

Atualmente são manipulados 85 itens de medicamentos com uma produção mensal de aproximadamente 700.000 cápsulas, 1.800 cremes e pomadas e 1.000 medicamentos na forma líquida, atendendo a 30.000 prescrições médicas.

Este projeto tem proporcionado a redução de gastos com a aquisição de medicamentos, não deixando faltar os mesmos.

No âmbito social, gerou empregos, tranquilidade para a população, principalmente para os idosos, que passaram a economizar a sua aposentadoria, além de atendimento de melhor qualidade com a interação de profissionais médico-paciente-farmacêutico, priorizando o uso racional do medicamento, que ocorre quando o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose certa, por um período de tempo adequado e ao menor custo.

Estudos realizados provam que a farmácia de manipulação no setor público é viável, considerando os seguintes aspectos:

· Resolutibilidade no atendimento;
· Melhoria de acesso da população atendida;



- Economia para o gestor;
- Ampliação do mercado de trabalho;
- Continuidade de tratamento para os pacientes crônicos, diminuindo as implicações clínicas e internações.

Porém se faz necessário intervir em alguns aspectos como:

- Rotatividade de profissionais capacitados;
- Treinamento e capacitação constantes;
- Adequação dos espaços físicos de acordo com o aumento da produção;
- Informatização; é necessário investimento em programas específicos à nossa realidade;
- Sensibilização dos profissionais quanto à prescrição de medicamentos (legibilidade, utilização de genérico, etc.).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a necessidade de melhor utilização dos recursos públicos;

Considerando a diferença entre o medicamento manipulado e o industrializado;

Considerando a resolutibilidade, universalidade e equidade que este serviço realiza, consideramos será esta alternativa econômica e socialmente viável para atender a nossa população.



SORRISO MELHOR – CONSTRUINDO A SAÚDE BUCAL COLETIVA NO RECIFE/PE; 2001-2006.

Autor Principal: Nilcema Figueiredo

Outros Autores: Rosany Carvalho; Maria Alice Andrade; Newce Valgueiro; Tereza Campos Neta

Instituição: Secretaria de Saúde do Recife/ Prefeitura do Recife

Município: Recife

Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

A base dos compromissos políticos na organização do modelo de atenção em saúde pela Secretaria de Saúde do Recife está pautado na construção de uma cidade saudável. Neste contexto a saúde deve ser considerada como componente fundamental da qualidade de vida, especificamente a Saúde Bucal, pois os problemas bucais interferem diretamente no padrão de vida, pela alta prevalência, demanda pública elevada, seu impacto sobre a vida dos indivíduos e sociedade em termos de dor, desconforto, limitação e deficiência social e funcional gerando grau de satisfação ou insatisfação diante da qualidade de vida, no viver saudável (BALDISSEROTTO, 1995).

Apesar dos poucos estudos realizados e da não implantação de um Sistema de Vigilância epidemiológica em Saúde Bucal no Recife podemos verificar que os principais problemas de saúde bucal a serem enfrentados são Cárie Dentária e suas conseqüências (dor e perda dentária) e a falta de acesso às ações de saúde bucal.

O SB BRASIL – Condições de saúde bucal da população brasileira (2004) apontou as desigualdades regionais entre os resultados de cárie dentária, principalmente à região Nordeste, inclusive em se comparando as metas propostas pela OMS/FDI para o ano de 2000. Os resultados sobre a prevalência de dor de dente últimos 6 meses neste estudo foram de 35,7% aos adolescentes, 34,8% aos adultos e 22,4% aos idosos (SB BRASIL, 2004). Confirmando resultados de estudos locais, com prevalência de 33,6% (31,1% - 36,6%, 95% I.C.) entre adolescentes com relevante impacto na vida destes pelas faltas escolares, diminuição de concentração quando o aluno insistia em ir para a escola com dor de dente, falta dos pais ao trabalho, noites mal dormidas, entre tantas conseqüências deste quadro. (P.S.A. GÓES, 2003).

A falta de acesso foi evidenciada pelas pesquisas do IBGE/PNAD em 1998 e 2003. Na primeira foi apontado que 20% da população brasileira nunca tinha ido ao dentista, pior para região NE (30%). Na segunda, os resultados apontaram uma redução para 15,9%, demonstrando certa melhoria no acesso. O SB

BRASIL (2004) também apontou que 14% dos adolescentes (22% no NE), adultos (3% no total e 5%-NE), idosos (6%-total, 11%-NE) nunca foram ao dentista.

PROPOSITOS

O programa Sorriso Melhor tem a missão de formular, implantar e implementar uma política municipal de saúde bucal para ampliar o acesso às ações em saúde bucal e intervir nos principais problemas bucais do Ciclo da vida à consolidação de um modelo de atenção pautado nos princípios e diretrizes do SUS com vistas à melhoria da qualidade de vida.

METODOLOGIA

O município do Recife, capital pernambucana, está localizado no litoral com aproximadamente 220 km² de área. A população residente é de 1.453.115 (IBGE, 2002), com densidade populacional de 6,4 mil hab/km². Territorialmente é dividido em 6 regiões político administrativas que correspondem aos Distritos Sanitários.

O modelo de atenção em saúde bucal foi construído visando os princípios e diretrizes do SUS melhorando o acesso às ações básicas e especializadas. Atualmente a rede de serviços odontológicos conta com 75 Unidades de Saúde da Família com 90 Equipes de Saúde Bucal (72 Modalidade I e 18 II), 25 Unidades Tradicionais (72 Cirurgias Dentistas-CD e 41 Atendentes de Consultório Dentário-ACD), 4 Centros de Especialidades Odontológicas Tipo II (41 CD e 26 ACD), 5 Policlínicas (33 CD e 16 ACD) e 3 Serviços Odontológico de Urgência (23 CD e 2 IACD), além de prestadores de serviços (apoio diagnóstico, cirurgia buco-maxilo-facial, etc).

Elaborou-se um Modelo Lógico de Intervenção do setor saúde para cada grupo do Ciclo da Vida, estabelecendo os fatores que norteariam as ações propostas: a *estrutura*; o *objetivo geral do projeto*; os *componentes* (subprogramas), por onde são operacionalizadas as ações (Educação e saúde, PACS, PSF, Espaços coletivos, Policlínicas/CEOS, Serviço Odontológico de Urgência/SOU e Sistema de informação); *objetivo da implantação* de cada



componente da intervenção; *processo* pelo qual estas ações ocorrem; *resultados* previstos; além da possibilidade da ocorrência de *outros efeitos*.

RESULTADOS

Iniciou-se processo de melhoria em termos quantitativos e qualitativos na saúde bucal do Recife com ênfase à realização de ações de promoção de saúde, pelo desenvolvimento constante de atividades de educação e prevenção em saúde bucal em nível local, seja nas Unidades de Saúde, Comunidade e Espaços Coletivos.

A estrutura de atendimento foi implementada e ampliada com a inclusão de 90 ESB no PSF, habilitação de 4 CEOs, inclusive com a implantação de 3 serviços de urgência 24 horas. Análise da série histórica 2000-2005, a partir dos dados do SIA/SUS, apontou aumento no número de procedimentos realizados, com média mensal de 101.402 (2000) para 120.356 (2005) procedimentos. Dentre as ações básicas, houve predomínio dos procedimentos preventivos que variou entre 56% a 64% do total. As ações coletivas foram ampliadas de 2.112 (média mensal em 2000) para 22.246 (média mensal 2005). Dentre as ações curativas houve declínio do percentual de exodontias 2000 (4,7%) e 2005 (2,6%). Destaca-se o aumento nos procedimentos especializados 2000 (5,1%) - 2005 (7,8%), refletindo melhorias na qualidade do atendimento.

Como outras ações desenvolvidas destaca-se a realização da I e II Mostra de Arte, Educação e Política em Saúde Bucal, 2002 e 2004 respectivamente, I e II Seminários SORRISO MELHOR: Construindo a Saúde Bucal Coletiva no Recife (2003), programações que expressaram a Arte, Educação e Política em saúde bucal no Recife.

Realizou-se em 2003 conjuntamente com a Coordenação Nacional de Saúde Bucal/MS a Pesquisa SB BRASIL, estudo que avaliou as condições de Saúde Bucal da População Brasileira.

Na construção de uma gestão participativa, realizou-se em maio de 2004 a 1ª Conferência Municipal de Saúde Bucal, que foi etapa para as 3ªs Conferências Estadual e Nacional de Saúde Bucal.

Na educação continuada houve investimentos em cursos de atualização, aperfeiçoamento, Especialização em Saúde da Família (2003-2005), Odontopediatria (2003), além de Curso de Formação para ACD/THD junto a Escola de Saúde Pública/PE (2004).

As parcerias com entidades ABO/PE, Conselho Regional de Odontologia/PE e Universidades de Pernambuco e Federal de Pernambuco vem desenvolvendo inúmeras ações em saúde bucal integrando serviço, ensino e extensão, com responsabilidade social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste contexto o Programa Sorriso Melhor vem investindo na saúde como elemento da cidadania, estimulando a melhoria da qualidade de vida das pessoas, projetando a visão de atenção à saúde, não apenas curar/evitar doença, mas a promoção da saúde, expressando uma pretensão das sociedades a um viver saudável, sendo a saúde bucal é um componente significativo disto.



SERVIÇO DE URGÊNCIA ODONTOLÓGICA 24 HORAS: UM PASSO NA CONSOLIDAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO RECIFE/PE.

Autor Principal: Nilcema Figueiredo

Outros Autores: Paulo Sávio Angeiras de Góes; Tereza Campos Neta

Instituição: Secretaria de Saúde/Prefeitura Recife

Município: Recife

Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

Apesar do perfil epidemiológico das doenças bucais estar mudando, principalmente com a redução na prevalência e severidade da cárie aos 12 anos de idade, fato verificado nos países ditos desenvolvidos (ORCA, 1996; THOMAS et al, 1997; NADANOVSKY, 2000), países em desenvolvimento, como o Brasil (OLIVEIRA, 1998; MARCENES E BÖNECKER, 2000), bem como, no Município do Recife (SORIANO et al, 1998) durante as décadas de 80-90, é evidenciado que tal fato não ocorre de forma equânime na população, onde a odontalgia (dor de dente) é ainda muito prevalente, podendo ser considerada uma epidemia negligenciada (GÓES, 2001; KOSMINSKY & GÓES, 2003).

No Brasil, apesar dos avanços recentes, gerados por políticas públicas implementadas nos últimos anos, tais como a inclusão da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, implantação do Centros de Especialidades Odontológicas, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, M. S., 2002; BRASIL, MS 2004), ainda são necessários esforços para que seja efetivada uma política ampla capaz de reduzir desigualdades sociais no acesso, no processo do cuidado e na avaliação dos resultados epidemiológicos da área de saúde bucal.

A problemática da demanda pública aos serviços odontológicos ainda é elevada, adicionando-se a isto as urgências em saúde bucal. Serviços que interfiram imediatamente e de maneira ininterrupta são necessários para resolução de tais problemas (MOYSÉS, 1992). Os serviços de pronto atendimento com odontologia são exemplo disto, podendo aumentar a resolutividade do modelo de atenção em saúde bucal ora proposto (FIGUEIREDO et al, 2003).

PROPOSITOS

O presente estudo foi a primeira investigação no município do Recife que evidenciou o papel do Serviço de Urgência Odontológica Municipal na oferta de serviços odontológicos na Atenção Básica do Distrito Sanitário II, com vistas à avaliação, ao planejamento e ao desenvolvimento de políticas públicas, além de

proporcionar visibilidade política às questões de saúde bucal do município.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada em 2004 no Distrito Sanitário II - DS II, município do Recife/Pernambuco/Brasil, que possui uma área territorial que corresponde a 6,51% da área total do município, tendo população de 217.748 habitantes (IBGE, 2004) equivalente a 14,48% da população total. O modelo de atenção do DS II possui uma rede de serviços com 17 Unidades de Saúde da Família com 37 Equipes de Saúde da Família e 18 Equipes de Saúde Bucal, 2 unidades tidas com tradicionais no âmbito da atenção básica, 2 Residências Terapêuticas; 3 Centros de Apoio Psicossocial - CAPs; 1 Centro de Cuidados Integrals - Guilherme Abath e um Serviço de Pronto atendimento: Policlínica Amaury Coutinho.

Foi realizada uma pesquisa avaliativa, caráter retrospectivo, a partir de dados secundários através dos prontuários clínicos do universo de usuários que demandaram ao Serviço de Urgência Odontológica da Policlínica Amaury Coutinho, Distrito Sanitário II no período de julho de 2003 a setembro de 2004. As variáveis sócio-demográficas, além do motivo da consulta e impressão diagnóstica, foram investigadas, sendo digitadas e tabuladas em programa Excel, versão 2000, e, posteriormente exportadas para o programa estatístico SPSS versão 10.0.

A análise dos dados foi dividida em duas fases, descritiva e analítica. Na fase descritiva foi apresentada a distribuição de frequências, medidas de tendência central e dispersão. Na fase analítica foram testadas as diferenças entre as proporções com o qui-quadrado para tendências de Pearson (nível de 5% de significância), sendo operacionalizadas no programa estatístico SPSS versão 10.0.

RESULTADOS

Os resultados mostraram que a frequência foi de 17.828 usuários que demandaram ao serviço durante análise dos meses de atendimento. O perfil de atendimento mostrou que a média mensal



foi 1.188,5 e diária 39,6 aos atendimentos, sendo o turno da manhã (39,7%) o de maior demanda. 71,5% eram de residentes do próprio Distrito Sanitário II, seguido pelos moradores de Olinda (25%). A média de idade foi de 24,7 (24,5-24,9 95%IC), porém quando da distribuição por faixa etária, encontrou-se que a demanda foi seqüencialmente: 20-29 anos (29,9%), 34-45 anos (22,7%), 6-14 anos (20%), 15-19 anos (14,7%), 45-65 anos (7,1%), 1-5 anos (4,4%), maiores de 65 anos (1,2%).

O gênero feminino (57,1%) demandou mais que o masculino (42,9%). A dor de dente (60,6%) foi mais prevalente como motivo de consulta. A impressão diagnóstica teve resultados semelhantes, porém para o grupo 1-5 anos as urgências estéticas e feridas pós-traumatismos foram mais prevalentes ($p < 0,05$). Na análise segundo gênero e variação sazonal as diferenças foram significativas ($p < 0,05$).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados demonstrados neste estudo, faz-se importante apontar a quem serve um serviço odontológico de urgência. Apesar do perfil epidemiológico apontar a melhoria nas condições de saúde bucal da população, principalmente a idade de 12 anos, é evidenciada alta prevalência de dor de dente que impacta a qualidade de vida da sociedade (ANDERSON & THOMAS, 2003; GOES, 2001; PAU et al, 2000). Outros estudos tem evidenciado que tal fato não ocorre de forma equânime na população, ou seja, as desigualdades sociais presentes, implicam em desigualdades nos padrões de doenças e também no padrão de utilização dos serviços, com prejuízo aquelas de maior risco social, também válido aos agravos em saúde bucal. De fato, para os mais pobres esta realidade não é vivenciada, pois não estão na tendência do declínio de cárie, e no caso de adoecerem, terão dor. (FIGUEIREDO, 2000; MATOS et al, 2002; PATUSSI et al, 2001; WATT & SHEIHAM, 1999).

Os resultados deste estudo confirmaram que a implantação do Serviço de Urgência Odontológica 24h no Serviço de Pronto Atendimento da Policlínica Amaury Coutinho no Distrito Sanitário II vem intervindo decisivamente neste tipo de assistência além de proporcionar atendimento ininterrupto à população que necessita de resolutividade imediata para estes agravos.



EQUIDADE E SAÚDE: CONSTRUINDO POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE SÃO PAULO

Autor Principal: Nivaldo Carneiro Junior

Outros Autores: Angélica Crevelim; Christiane Herold de Jesus; Carla Gianna Luppi; Castálide Bennetton; Marta Campagnoni Andrade

Instituição: Centro de Saúde Escola Barra Funda "Dr. Alexandre Vranjac"; Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Município: São Paulo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

A presença da população em situação de rua nas cidades, particularmente nas grandes metrópoles, tem trazido desafios importantes para formulação de políticas em diversas áreas sociais, tanto pelo seu crescimento quantitativo, como pelas suas especificidades.

De acordo com o último censo a cidade de São Paulo apresentava em 2003 cerca de 10 mil indivíduos em situação de rua; a maioria concentrava-se na região central (FIPE, 2003).

A compreensão sobre saúde e doença para indivíduos em situação de rua está relacionada à possibilidade de se locomover de forma autônoma pela cidade. Portanto, agir em saúde nesse grupo deve incorporar esse entendimento, formulando tecnologias específicas de cuidado em saúde (Carneiro Junior et alii, 1998).

A eficácia da atenção à saúde exige ação intersetorial e interinstitucional, pois o grau de exclusão social que está submetido esse grupo e suas repercussões no campo do biológico, mental e social geram necessidades e demandas que ultrapassam o setor saúde.

A partir dessa compreensão e tendo crítica ao modelo técnico-burocrático dominante na organização das práticas de saúde, temos orientado o nosso trabalho, buscando promover a equidade no acesso, via discriminação positiva. O Centro de Saúde Escola Barra Funda "Dr. Alexandre Vranjac" é uma unidade básica de saúde da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que presta assistência à saúde, forma recursos humanos e desenvolve tecnologias em atenção primária (Carneiro Junior; Silveira, 2003).

Nesses últimos 10 anos temos organizado o serviço para o atendimento de indivíduos em situação de rua, articulando ações intersetoriais e interinstitucionais visando à atenção integral dessa população (Carneiro Junior et. alii, 2000).

A partir de 2001 se efetiva uma política pública para essa população, particularmente na região central da cidade, articulada pelas Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social¹.

A experiência na formulação e na organização dessa política pública específica na área da saúde é inovadora, contribui para a construção do Sistema Único de Saúde e diminuição das iniquidades em saúde.

OBJETIVOS

1) Organizar a equidade no acesso aos serviços de saúde, via discriminação positiva; 2) articular ações intersetoriais visando uma rede de proteção social; 3) investigar e formular tecnologias de atenção à saúde e 4) contribuir para a formação e para a educação permanente dos profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Recursos metodológicos – pesquisa de base qualitativa, reconhecendo a problemática; discussão das práticas de cuidado com os profissionais de saúde; organização de Fórum com entidades sociais e de saúde para as intervenções; participação em Fóruns da população em situação de rua, apreendendo as suas reivindicações; gestão junto às autoridades públicas para a formulação de políticas específicas; organização de micro-territórios locais, formando redes de proteção social; seleção de agentes comunitários de saúde de rua; entre outros.

RESULTADOS

1) Implantação da Casa de Cuidados "Maria Carolina de Jesus", com 70 vagas; 2) articulação com a área da Assistência Social; 3) atenção qualificada nas unidades de saúde, com busca ativa para a tuberculose; 4) abordagem na rua de indivíduos com transtornos mentais graves; 5) organização de cursos, capacitações e seminários e 6) seleção de três enfermeiros e 35 agentes comunitários de saúde de rua oriundos de situação de rua.



POSSIBILIDADES E DIFICULDADES

1) Limites da assistência à saúde, particularmente em relação ao uso abusivo de álcool; 2) necessidades de abordagens mais adequadas para os indivíduos com transtornos mentais; 3) garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde; 4) articulação das áreas de assistência social e de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cotidiano do trabalho aparecem ainda muitos aspectos e ajustes dessa política, particularmente na esfera das ações intersetoriais e na formulação de novas tecnologias de saúde para os casos de transtornos mentais. Todavia, não se pode negar o pioneirismo e o esforço que temos feitos nesses últimos anos, introduzindo na área da saúde uma questão nova para suas práticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carneiro Junior, N. et. alli. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saúde e Sociedade*, 7(2):47-62, 1998.

Carneiro Junior, N. et. alli. A construção da equidade no acesso às políticas públicas: uma experiência de articulação intersetorial e interinstitucional na área central do município de São Paulo. *Rev Adm Publica*, 34(6):95-104, 2000.

Carneiro Junior, N.; Silveira, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. *Cad. Saúde Pública*, 19(6):1827-35, 2003.

FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. Censo da população em situação de rua da cidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

¹ Hoje denomina-se de Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social.



CAMPANHA INTERNACIONAL DE PREVENÇÃO A DST/AIDS

Autor Principal: Odaiz Cilene de Andrade Machado

Outros Autores: Tania do Rocio Ferreira / Hector Marcelino Gonzales

Instituição: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BARRACAO PARANA

Município: Barracão

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Este município tem uma situação ímpar devido a tri-fronteira seca, onde os municípios de Barracão-PR, Dionísio Cerqueira-SC, e Bernardo de Irigoyen-Prov. de Misiones-Argentina, separam-se apenas por linhas divisórias imaginárias. Neste contexto, há dificuldades em atingir os objetivos de campanhas preventivas isoladas, especialmente referentes a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS).

Para a eficácia destas campanhas, há necessidade de integrar as ações destes três municípios, para que se encontre a divulgação e repercussão esperada, devido à proximidade da fronteira e as diferenças culturais existentes.

A cultura local ainda esbarra na falta de conscientização, no preconceito com relação ao uso de preservativos, e embora a divulgação destes métodos seja ampla em todas as unidades de saúde da localidade, há ainda falta de informações sobre o tema, ou pouco acesso e compreensão quanto a importância da prevenção em nossas vidas.

Na época das festas de carnaval, é comum o aumento do número de pessoas contaminadas, e de gravidezes indesejadas em adolescentes e mulheres jovens. Este fato decorre, provavelmente, do aumento da promiscuidade e do consumo de bebidas alcoólicas neste período, ocasionando conseqüentemente maior liberação de fantasias e desejos reprimidos. Mesmo sendo uma festa tipicamente brasileira, os argentinos também participam das folias de carnaval, incorporando aos seus muitos hábitos brasileiros.

Em conseqüência desta situação, ocorre prejuízo social e da qualidade de vida da população, especialmente jovens e adolescentes, aumentando ainda os números da parcela da população em risco social, devido ao empobrecimento e despreparo dos genitores em casos de gravidez indesejada.

Salienta-se ainda como justificativa desta ação integrada, as vantagens em relação às campanhas isoladas de cada município, tais como o maior número de pessoas atendidas, a diminuição de gastos dos municípios em relação às campanhas isoladas, a informação mais rápida e eficiente à população, maior impacto social e repercussão das ações na medida em chama maior atenção a união dos três municípios. Infelizmente só participaram da campanha representantes dos municípios de Barracão e Bernardo de Irigoyen.

OBJETIVOS

O objetivo principal deste projeto é a conscientização sobre os meios de prevenção de DST/AIDS, através de ação conjunta dos três municípios integrantes da tri-fronteira. Pretendeu-se ainda levar à população maior número de informações sobre esse tema, alertando-os sobre os riscos de contaminação e gravidez, visando com isto a diminuição de casos de contaminação por estas doenças, especialmente dentre a população adolescente e jovem. Como objetivo secundário, a integração entre os municípios nesta ação confirma a maior eficácia através do número de pessoas atendidas.

METODOLOGIA

Foram realizadas palestras nas escolas, com turmas de 7^a e 8^a séries do Ensino Fundamental, abordando a orientação sexual, que enfocou os aspectos biopsicossociais da sexualidade, bem como a distribuição de material informativo e preservativos masculinos. Foi realizado também pedágio informativo na região central do município de Barracão, e na alfândega Brasil/Argentina, onde foram abordados os carros e transeuntes, distribuindo aos mesmos material informativo sobre DST/AIDS, nutrição e alimentação saudável, saúde da mulher, e outros temas relativos a saúde, bem como preservativos masculinos. Os materiais impressos constituíram-se de panfletos em português e outros em espanhol, sendo distribuídos ambos às pessoas abordadas. Em outro ponto do município de Bernardo de Irigoyen (Argentina), mais precisamente no posto alfandegário de cargas, foi também realizada a mesma ação, distribuindo-se os referidos materiais a caminhoneiros e demais funcionários da alfândega e despachantes. Participaram do pedágio funcionários da secretaria de saúde de Barracão e da saúde de Bernardo de Irigoyen.

RESULTADOS DO PROJETO

Os principais resultados foram a repercussão e aceitação da população dos materiais e informações repassadas, sendo que nenhum veículo ou pessoa abordada recusou-se a participar da campanha, muitos até tendo elogiado a iniciativa de integração. Com as palestras nas escolas, atingiu-se em média 500 alunos,



distribuídos entre as escolas do município na zona urbana e rural. Com o pedágio nos três pontos realizados, não tivemos como mensurar a quantidade de pessoas e veículos abordados, porém foram entregues em média 4.000 preservativos e panfletos em português, e uma média de 1.000 preservativos e 2.000 panfletos em espanhol. Serão também acompanhados indicadores de saúde relacionadas a este tema, com adolescentes e jovens, nos próximos 6 meses.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Percebeu-se a importância da união das equipes para que a ação seja eficiente. Os comentários posteriores dos usuários a respeito da campanha confirma a maior repercussão da mesma em relação às campanhas isoladas nos anos anteriores. A dificuldade encontrada foi não haver integração e comprometimento dos três municípios nesta ação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se desta experiência que a integração dos dois municípios foi essencial para atingir os objetivos do projeto, levando as informações necessárias a uma parcela maior da população, porém é necessário dar continuidade às campanhas integradas para que sejam eficientes a médio e longo prazo também.



OS DESAFIOS E CAMINHOS DA “RE-TOMADA” DA GESTÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MEDEIROS NETO/BA

Autor Principal: Osmundo Nogueira Gonzaga

Outros Autores: Geilton da Silva Galvão Júnior; Elke Galvão Araújo; Maria Rita Barreto Correia

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Medeiros Neto/BA

Município: Medeiros Neto

Estado: Bahia

INTRODUÇÃO

O Município de Medeiros Neto, segundo dados estimados pelo IBGE em 2005, possui 20.092 habitantes, com maior concentração na zona urbana. No ano de 2005, foi iniciada uma nova gestão política administrativa. O Setor Saúde encontrava-se desestruturado com baixa oferta de serviços, quadro insuficiente de profissionais, além do descrédito da população. Entre as dificuldades detectadas neste processo, destacava-se o fato de que o município havia sido desabilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSMS). A nova gestão possuía como principal desafio a conquista da reabilitação do município na condição de GPSMS.

Assim sendo, foi elaborado um Plano de Ação Global com definição de caminhos e metas que conduzissem à reorganização política, técnica e administrativa permitindo um avanço imediato na “reconquista” da GPSMS, com a participação de diferentes atores sociais (gestor, assessores técnicos, membros das equipes, usuários) das instâncias estadual e municipal.

Como ponto de partida, na área assistencial, decidiu-se pela reorganização da Atenção Básica com ampliação da cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde -PACS e do Programa Saúde da Família - PSF, tendo ainda como perspectiva assegurar a integralidade da assistência através dos serviços de média e alta complexidade.

Assim, com a decisão política dos gestores, o apoio do Conselho Municipal de Saúde e das parcerias estabelecidas com outros setores da administração pública foram desenvolvidos diversos projetos e tomadas decisões que contribuíram para a remodelagem do sistema municipal de saúde. Os resultados alcançados no ano de 2005, rumo à consolidação do modelo de atenção à saúde, encontram-se descritos no Relatório de Gestão, considerado “guia revelador”, e que neste estudo foi tomado como ponto de partida para análise dos avanços significativos da gestão municipal.

OBJETIVOS

1. Analisar e avaliar o processo de Gestão de Saúde Municipal através da ampliação das ações da Atenção Básica com base no Relatório de Gestão 2005;

2. Medir a expansão do PACS e PSF no município identificando:

- Descrição do estágio atual de implantação;
- Fatores que promovem e restringem a expansão;
- Percepção de diferentes atores: gestores, coordenadores, profissionais de saúde e usuários acerca do impacto destas estratégias sobre os problemas de saúde da população.

METODOLOGIA

Com base nos objetivos propostos, desenvolveram-se as seguintes estratégias:

- Análise documental: Plano Municipal de Saúde 2001-2005, Relatórios de Gestão 2004 e 2005, Pactos da Atenção Básica 2004 e 2005, Portaria MS/GM 548 (2001), NOB 96, NOAS 01/02;
- Questionário (aplicado aos gestores, coordenadores, técnicos assessores, agentes do PACS, equipes do PSF e usuários).

RESULTADOS ALCANÇADOS

Analisando a situação do sistema de saúde do Município de Medeiros Neto, constatou-se que o gestor de saúde, ao assumir, se defrontou com os desafios da municipalização expressos na Norma Operacional Básica 96 (NOB 96), deparando-se com uma rede em péssimas condições. Sendo assim, o investimento inicial foi de reorganizar a rede básica. Esse processo, implicou, de modo geral, na reforma e instalação de unidades básicas de saúde, e na adoção da estratégia Saúde da Família para a reorganização da atenção básica. A gestão municipal, no ano de 2005, estabeleceu as seguintes condições para o desenvolvimento do modelo de saúde assistencial pautado na concepção ampliada de Vigilância da Saúde: avanço no processo de municipalização da gestão do sistema e da gerência das unidades



de saúde, investimento na reorganização da atenção básica, investimento na articulação intersetorial e fortalecimento do controle social sobre a gestão do sistema de saúde.

O reingresso do município na GPSMS contribuiu para a reorganização do sistema de saúde, iniciando-se pela Atenção Básica, ao tempo em que, estabeleceu como desafio a referência dos pacientes para atendimento em outros níveis de complexidade.

A Atenção Básica foi alvo de grandes investimentos, não só na contratação de novos profissionais e qualificação dos mesmos, mas também na estruturação da rede física das Unidades de Saúde da sede do município e zona rural. O incremento das ações físicas e de organização dos serviços contribui para ampliação significativa do número de famílias acompanhadas, evoluindo de 3080 no ano de 2004 para 5363 em 2005, assim como a elevação do número de visitas realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consolidação da atenção básica enquanto eixo de orientação do Sistema Único de Saúde-SUS e da Saúde da Família, enquanto estratégia de reorientação da mesma, implicou em mudanças significativas no plano da gestão e das práticas de saúde no município de Medeiros Neto.

Nesse sentido, destacou-se o elevado grau de envolvimento dos gestores (prefeita e secretário de saúde) com o movimento político-institucional no sentido de garantir as condições necessárias ao pleno funcionamento dos serviços de saúde, apesar de contextos por vezes desfavoráveis.

Destacou-se ainda, o estabelecimento de pactos claros e efetivos com a Secretaria Estadual da Saúde e o apoio no acompanhamento da política de saúde no município com a participação do Conselho Municipal de saúde. Deste modo, evidenciou-se a importância da implementação de um novo modelo assistencial que privilegiou a atenção integral, de qualidade e resolutiva.



DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DO PROGRAMA DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE COLINAS DO TOCANTINS: ENCONTROS E DESENCONTROS

Autor Principal: Paulo Henrique Mendes Teixeira

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Colinas do Tocantins

Município: Colinas do Tocantins

Estado: Tocantins

O município de Colinas do Tocantins localiza-se no Centro-Norte do estado do Tocantins (a 274 Km de Palmas), numa área de 843,4 Km² com 27.984 habitantes (DATASUS, 2003) – 5,5% distribuídos na zona urbana e 94,5% na rural. Desde 1998 adotou a Gestão Plena da Atenção Básica. O eixo estruturante de atenção primária à saúde utilizado é a Estratégia Saúde da Família, que tem 10 (dez) equipes implantadas e 09 (nove) Unidades Básicas de Saúde da Família que dão cobertura a 100% da população.

A hanseníase é uma doença que necessita de acompanhamento e vigilância, visto que se constitui como um problema para o indivíduo e a sociedade. Nas últimas décadas notou-se uma expressiva mudança do significado social desta doença, sendo considerada como qualquer outro problema de saúde pública, visto que, cada vez mais, os pacientes são tratados em serviços gerais de saúde.

O objetivo deste trabalho é estabelecer efetivamente a descentralização das ações (suspeita, diagnóstico, tratamento específico e reacionais, intercorrências e alta) realizadas no Programa de Controle da Hanseníase nas unidades básicas de Saúde da Família existentes no município de Colinas do Tocantins.

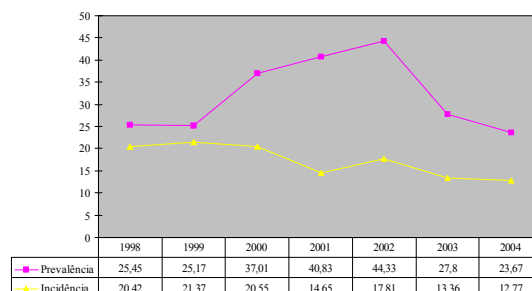
Na busca da concretização desse objetivo desenvolvemos inúmeras ações, tais como a capacitação em detecção precoce, diagnóstico e prevenção de incapacidades de mais de 90 trabalhadores da saúde, incluindo agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, técnicos em enfermagem e outros profissionais, com vistas à detecção de casos suspeitos de hanseníase na comunidade e entre usuários dos serviços de saúde; realizamos palestras educativas nas unidades escolares municipais e estaduais, Associações de Bairros, etc.; promovemos um grande evento de divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase em praça pública com distribuição de panfletos e informativos divulgando dados sobre a situação epidemiológica da hanseníase no município; ampliamos o número de médicos cadastrados para prescrição de Talidomida, de 01 (anteriormente) para 08 (oito); montamos kits para prevenção de incapacidades para todas as unidades; implementamos a busca de faltosos e etc.

O Programa de Controle da Hanseníase foi implantado no município em 1985, sendo que sua realização se dava no Centro Municipal de Referência em Hanseníase e Tuberculose, formado por

um médico e um técnico em enfermagem, existindo portanto, uma demanda reprimida pela distância de algumas áreas de PSF, ausência de um sistema de referência e contra-referência, desconhecimento das interfaces do binômio indivíduo/doença e falta de material e insumos para o diagnóstico precoce e acompanhamento adequado dos casos. Em 2002 todos os pacientes acompanhados pela unidade de referência municipal em hanseníase e tuberculose onde esse atendimento era centralizado foram encaminhados para as unidades básicas de Saúde da Família das 10 áreas descentralizadas de saúde – método que possibilita a aproximação dos poderes técnicos da periferia, dos fatos e das pessoas e facilita o acompanhamento eficaz de cada paciente portador de hanseníase.

Observamos, portanto, após a análise dos dados levantados a partir do SINAN/Colinas do Tocantins, que a taxa de prevalência e incidência de Hanseníase em nosso município depois da descentralização em 2002, teve uma significativa redução conforme gráfico abaixo:

Prevalência e Incidência de Hanseníase, Colinas - TO. 1998 a 2004.



A partir da avaliação desses indicadores, conclui-se que a descentralização das ações de controle da hanseníase para as unidades de Saúde da Família tem contribuído de forma efetiva para a meta de eliminação da hanseníase no município e melhoria na qualidade da atenção aos portadores do agravo, mas entendemos que há a necessidade de continuarmos nos mobilizando em torno do objetivo de eliminar esta doença em nosso município, buscando continuamente o fortalecimento das ações de reestruturação da atenção à saúde aos portadores de hanseníase, onde está fortemente calcado na participação da população, mediante suas lideranças e organizações e no envolvimento de todos os profissionais de saúde.



PROJETO AFRODITE - ORGANIZADOS E PREVENIDOS TEMOS CIDADANIA

Autor Principal: Paulo Henrique Mendes Teixeira

Outros Autores: Maria Selineide de Sousa Rego

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Colinas do Tocantins - TO

Município: Colinas do Tocantins

Estado: Tocantins

O município de Colinas do Tocantins, está a 277 metros de altitude em relação ao nível do mar, possui clima tropical úmido, com vegetação predominante de cerrados e campos. A temperatura média é de 26°, tendo mínima 18° e máxima 30°. O relevo é formado por cerrados, planaltos e cerradões. Localiza-se no Centro-Norte do estado do Tocantins (a 274 Km de Palmas), numa área de 843,4 Km² com 27.984 habitantes (DATASUS, 2003) – 5,5% distribuídos na zona urbana e 94,5% na rural.

Este projeto foi desenvolvido no Posto Mil (Posto de combustível) localizado no Setor Santo Antonio, situado na margem esquerda (sentido Palmas) da BR- 153 (Belém-Brasília) a 2Km da entrada do município de Colinas do Tocantins – TO. Este Posto é ponto certo de aglomeração de mulheres adolescentes e adultas, profissionais do sexo, no período noturno, com a finalidade de praticar prostituição com os caminhoneiros ali presentes. Alguns fatores contribuem fortemente para a perpetuação da prostituição de forma desprotegida neste município, destacando-se dentre eles o alto índice de desemprego, a carência de informação, como também o cenário bastante favorável à esta prática, visto que, se trata de um Posto de Combustível (ponto de encontro) situado às margens de uma BR, próximo a um bairro extremamente carente com a presença de muitos caminhoneiros dispostos a manterem relações sexuais para saciarem seus instintos. Com essas práticas, as mulheres contribuem significativamente para o aumento das estimativas no número de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e AIDS, entre outros agravos à saúde física e mental.

O objetivo geral deste projeto é contribuir para a redução da incidência das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) e Aids em 60%, nas profissionais do sexo do município de Colinas do Tocantins, nos anos de 2005 e 2006, tendo como pré-requisitos o desenvolvimento institucional interno e a capacitação de recursos humanos, tendo como objetivos específicos: -Planejar com a equipe multidisciplinar, estratégias para reduzir os comportamentos de riscos (vulnerabilidade) e ampliar a abordagem de fatores salutogênicos; -Instituir um programa de ações voltadas para a promoção da saúde, informação sobre prevenção aos trabalhadores sexuais (mulheres, travestis e michês) e educação da população-alvo e comunidade em geral; -Desenvolver políticas

públicas que garantam sustentabilidade e assistência de saúde e social continuada.

Para iniciarmos o desenvolvimento do projeto, foi necessário a realização de uma oficina de trabalho com o tema DST/Aids, que contou com a participação de 20 profissionais do sexo do Setor referido, realizada através da parceria entre a Secretaria de Saúde do Estado-SESAU, com a cessão de 02 (duas) técnicas da Área Técnica



de DST/Aids e a Secretaria Municipal de Saúde, Saneamento e Meio Ambiente de Colinas, pelo então Diretor da Atenção Básica o Enf. Paulo Henrique e pela Enf. Selineide e os 08 (oito) Agentes Comunitários de Saúde da área 10, conforme citação anterior. Esta



oficina aconteceu nos dias 29, 30 e 31 de agosto do ano de 2005, no Bar Geladinho situado no Posto Mil, com encerramento na Danceteria Max Dance no Setor Santo Antonio. Os trabalhos executados na oficina, do tipo: dinâmica de apresentação e com o tema DST/Aids, palestra sobre sinais e sintomas das DST's, recortes, palestra de auto-estima, montagem de um painel sobre as DST's/Aids e discussão acerca de suas necessidades frente aos serviços de saúde ofertados, serviram como parâmetro para nortear a elaboração deste projeto, buscando contemplar grande parte das necessidades citadas por elas e com isso melhorar a assistência de saúde prestada por nosso município à comunidade colinense.

O estímulo à adoção de práticas sexuais mais seguras pelas profissionais do sexo e o acesso ao preservativo, foram as principais metas definidas. A implantação de ações educativas junto aos trabalhadores do sexo - com ênfase nas mulheres - do Setor Santo Antonio de Colinas, foi a estratégia apontada pela Unidade de Saúde da Família de abrangência, para contribuir na redução da incidência das DST/Aids. Foram realizadas as seguintes atividades durante o ano de 2005: formação de dez agentes multiplicadores de informação; produção e distribuição de material educativo; distribuição de preservativos; realização de palestras e encontros com grupos de prostituição (prostitutas, travestis e michês) e com gerentes de bares e motéis. Para alcançarmos os objetivos propostos por este projeto, fez-se necessária a sensibilização do gestor de saúde local, mapeamento da área de abrangência do projeto, cadastramento de todas as profissionais do sexo através da criação de formulário próprio, promoção de capacitação introdutória para todas as profissionais do sexo cadastradas e equipe de saúde envolvida, escolha de multiplicadores (*in loco*), coleta de dados e informações através de informantes-chave, busca de parcerias e recursos financeiros, estabelecimento de vínculo entre equipe e profissionais do sexo.

Com a aplicação das ações de saúde e atividades educativas sugeridas na metodologia, atingimos, portanto, o objetivo principal deste projeto, que trata da redução em 60% no número de casos de DST/Aids nas profissionais do sexo, instaladas no Posto Mil, às margens da BR-153 no município de Colinas do Tocantins - TO, nos anos de 2005 e 2006. Para tanto, fez-se necessário que todos os setores, público e privado, estivessem imbuídos da mesma finalidade, pois trata-se de um problema que abrange muitos domínios, o social, o da saúde e o da educação, justificando assim, a grande preocupação que desperta dentro de cada um dos cidadãos colinenses.

Acreditamos que se puséssemos em prática o caminho metodológico traçado aqui, conseguiríamos diminuir significativamente não só os índices de DST's/AIDS, como também de Câncer de Colo de Útero, gravidezes indesejadas, mortalidade neonatal e infantil, abortos, violência sexual, e muitos outros agravos à saúde que surgem associados ao meretrício.



CARAVANA DA SAÚDE

Autor Principal: Paulo José Xavier Costa

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Capão do Leão - RS

Município: Capão do Leão

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

A CARAVANA DA SAÚDE é um projeto da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE do Município de CAPÃO DO LEÃO – RS, acontece um sábado por mês, sempre das 09:00 horas até as 17:00 horas, com uma equipe multi profissional, formada por Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, Odontólogos, Auxiliares de Enfermagem e Equipe de Apoio, com atendimento a toda a Comunidade, principalmente a Zona Rural e Bairros onde possuem um maior número de pessoas de baixa renda.

JUSTIFICATIVA

A CARAVANA DA SAÚDE justifica-se por dar uma melhor qualidade de atendimento a população Leonense, humanizando a relação entre Comunidade e Equipe de Saúde, diminuindo a demanda reprimida, de atendimento, como por exemplo, as consultas de enfermagem com coleta de Pré-Câncer, sendo que 80% (oitenta por cento) das mulheres da Zona Rural nunca fizeram ou não faziam há muito tempo o exame.

OBJETIVOS

Além de levar a Equipe de Saúde ao encontro da Comunidade, damos ênfase a Saúde Preventiva, levamos a orientação, cuidamos de forma mais próxima, humanizando o atendimento, e com a participação da Comunidade, o objetivo principal é garantir que as pessoas tenham acesso aos serviços de atenção básica, pela promoção da saúde, assistência básica e prevenção, cada pessoa da Comunidade é assistida antes que os problemas se agravem, no surgimento, ou antes, mesmo que apareçam.

METODOLOGIA USADA NA CARAVANA DA SAÚDE

A pessoa ao entrar no local da Caravana, preenche um formulário, contendo suas informações individuais, ela desloca-se para os diversos atendimentos sempre com o referido

formulário que irá receber dos Técnicos as devidas anotações, com o seguinte roteiro de atendimento: - Verificação de Pressão Arterial; - Teste de Glicose; - Encaminhamento para o Médico Clínico Geral (se necessário); - Mulheres encaminhadas para o Exame de Enfermagem e palestras sobre diversos assuntos (DSTs/ AIDS, Amamentação, Auto Exame de Mama); - As crianças são encaminhadas a equipe formada por Odontólogos, Artista Plástico, Recreacionistas, Vacinadores; - Os Homens são encaminhados para assistirem vídeos e palestras sobre Câncer de Próstata, entre outros assuntos (se necessário encaminhados a Médicos ou Odontólogos); - As Assistentes Sociais fazem a acolhida e o devido encaminhamento para a Psicóloga (se necessário) a qual dá o primeiro atendimento individual fazendo o encaminhamento para a continuidade do tratamento; - Os Médicos fazem o atendimento e os devidos encaminhamentos a especialistas ou fazem a solicitação de exames; - Os Odontólogos fazem a escovação orientada, aplicação de flúor e pequenas restaurações através do método ART (Tratamento Restaurador Atraumático).

RESULTADOS ALCANÇADOS ATÉ AGORA

Já percorremos no ano de 2005 toda a Zona Rural do Município e alguns bairros mais distantes e com maior aglomeração de pessoas de baixa renda, neste ano de 2006, já estamos retornando a algumas localidades, recebendo por parte da Comunidade a receptividade de quem está entendendo melhor da Saúde, já estamos sentindo a diferença, pois já é menor o número de crianças desnutridas, gestantes sem pré-natal, as quais chegava despreparada a hora do parto, já encontramos pessoas fazendo o tratamento ou curadas da tuberculose, o número de doenças causadas por animais está diminuindo, pois fizemos uma parceria com a Universidade Federal de Pelotas – Curso de Veterinária, sendo que os alunos fazem na Caravana palestras e esclarecimentos sobre doenças transmitidas por animais. A Vigilância em Saúde do Município integrada a Caravana propiciou um aumento da cobertura vacinal no Município. Com tudo isso se sente a compreensão do processo de responsabilidade compartilhada das ações de saúde, incluindo a sintonia entre os diferentes setores (intersectorialidade) e a participação social. Existe através da Caravana uma articulação com outros setores da



sociedade e movimentos sociais organizados, integrando ações para a qualidade da saúde da Comunidade.

FACILIDADES E DIFICULDADES

As dificuldades que encontramos, no início foi com a divulgação da CARAVANA, sendo que conseguimos superar com uma parceria com entidades organizadas, como Religiões, Clubes de futebol, Escolas, Associações de Bairros, entre outros, tivemos de início dificuldades com o trabalho em equipe, profissionais despreparados a trabalharem em equipe, sendo superado já nas primeiras Caravanas, pois havia a necessidade de ajuda mútua, houve desta forma uma preparação da Equipe, e um grande entrosamento entre a mesma, além de uma relação de cumplicidade com os problemas da Comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CARAVANA DA SAÚDE não é uma concorrente do PSF, mas sim mutirões que propaga a Saúde Preventiva, auxiliando desta forma as pessoas de menor renda com mais necessidades, valorizando o Cidadão, trazendo as Instituições para torná-las cúmplice do processo de Participação Popular, fazendo com que os Conselhos Municipais tenham uma participação mais efetiva, capaz de transformar as necessidades em bandeiras de luta, desta forma apresentamos a CARAVANA DA SAÚDE do Município de CAPÃO DO LEÃO, no Estado do Rio Grande do Sul, não para servir de exemplo, mas para que as pessoas saibam que é através de simples atos e parcerias com a Sociedade, é que conseguimos fazer algo a mais em função da Saúde de nossa Comunidade.



PROGRAMA ANTI-TABAGISMO REALIZADO EM ÁREA RURAL DO DF

Autor Principal: Pedrita da Cunha Sales Pereira Montenegro
 Outros Autores: Michele Martins Gonçalves ; Celina Martins dos Santos
 Instituição: Fundação Zerbini
 Município: Brasília
 Estado: Distrito Federal

JUSTIFICATIVA

A equipe do Programa Família Saudável (PFS) implantada no CAUB, área rural da Regional do Núcleo Bandeirante, no Distrito Federal (DF), considerando que muitas doenças e muitos óbitos prematuros em todo mundo estão associados ao tabagismo; que o tabagismo representa a maior causa evitável de morte por doenças crônicas não-transmissíveis e que, apesar dessa informação o consumo de tabaco tem aumentado no mundo e se concentrado cada vez mais em países em desenvolvimento; que dos cerca de 1,3 bilhões de fumantes que existem atualmente no mundo, 80% vivem em países em desenvolvimento; que a cada dia cerca de 100 mil jovens começam a fumar no mundo e 80% deles vivem em países em desenvolvimento; que dados científicos apontam que as populações de menor escolaridade parecem estar mais vulneráveis do que as populações mais instruídas às estratégias de mercado que favorecem a iniciação e a manutenção do consumo do tabaco; que fatores econômicos e sociais, como o menor acesso a informação, educação e assistência à saúde influem nesse nocivo hábito; que a população onde a equipe está inserida corresponde a esse perfil e buscando uma melhoria na qualidade de vida dos moradores, implantou, dentre as outras ações básicas de saúde, o programa de prevenção ao câncer e controle do hábito de fumar.

OBJETIVO

Este programa tem a finalidade de diminuir a prevalência

de tabagistas e a conseqüente morbi-mortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco na área de atuação da equipe.

METODOLOGIA

Inicialmente houve uma proposta de atuação da equipe nesse programa seguindo o modelo do INCA (Instituto Nacional de Câncer). Iniciou-se o treinamento dos membros da equipe. Com remanejamento dos componentes da equipe, algumas pessoas treinadas foram deslocadas e os novos componentes mostraram-se interessados em também participarem do programa atualmente aguardando novo treinamento para que sejam capacitados (maio/2006).

Os ACS (agentes comunitários de saúde) fizeram um levantamento cadastral, onde foram listados os tabagistas moradores nas vilas do CAUB I, CAUB II e Granja do Ipê, as áreas de abrangência da EBS.

O número de pessoas que se referiram tabagistas no cadastramento foi de 203 (duzentas e três pessoas), numa população de 2447 (duas mil quatrocentas e quarenta e sete pessoas), correspondendo a aproximadamente nove por cento da população (9,034%). A seguir foi programada uma ação, informando a todos os tabagistas (referidos no momento do cadastramento) que seriam formados grupos de pessoas que tem interesse em parar de fumar. O próximo passo foi fazer a "abordagem mínima" aplicando o questionário-modelo do INCA, (anexo I) com o duplo objetivo

PROGRAMA ANTI-TABAGISMO REALIZADO EM ÁREA RURAL DO DF
 MONTENEGRO, Pedrita da Cunha S. &
 GONÇALVES, Michele Martins
 MARTINS, Celina

Introdução
 O Brasil é o maior produtor mundial de tabaco. Segundo dados do IBGE, em 2004, o Brasil produziu 1,2 milhão de toneladas de tabaco. O consumo de tabaco no Brasil é de aproximadamente 1,3 milhão de toneladas por ano. O consumo de tabaco no Brasil é de aproximadamente 1,3 milhão de toneladas por ano. O consumo de tabaco no Brasil é de aproximadamente 1,3 milhão de toneladas por ano.

Objetivo
 Este programa tem a finalidade de diminuir a prevalência de tabagistas e a conseqüente morbi-mortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco na área de atuação da equipe.

Metodologia
 O programa foi desenvolvido em etapas e no momento da formação do grupo com interesse em parar de fumar. Aguardando o treinamento dos membros da equipe. Com remanejamento dos componentes da equipe, algumas pessoas treinadas foram deslocadas e os novos componentes mostraram-se interessados em também participarem do programa atualmente aguardando novo treinamento para que sejam capacitados (maio/2006).

1ª sessão
 Apresentação do grupo
 Apresentação inicial do programa
 Apresentação dos objetivos do programa
 Apresentação dos benefícios do programa
 Apresentação dos riscos do tabagismo
 Apresentação dos sinais e sintomas do câncer de pulmão
 Apresentação dos sinais e sintomas do câncer de boca
 Apresentação dos sinais e sintomas do câncer de laringe
 Apresentação dos sinais e sintomas do câncer de esôfago
 Apresentação dos sinais e sintomas do câncer de pâncreas
 Apresentação dos sinais e sintomas do câncer de bexiga

2ª sessão
 Apresentação de cartilhas e materiais de apoio
 Apresentação de vídeos
 Apresentação de jogos
 Apresentação de músicas
 Apresentação de poemas
 Apresentação de histórias em quadrinhos
 Apresentação de receitas saudáveis
 Apresentação de receitas de sucos
 Apresentação de receitas de doces
 Apresentação de receitas de saladas
 Apresentação de receitas de pratos principais

3ª sessão
 Apresentação de vídeos
 Apresentação de jogos
 Apresentação de músicas
 Apresentação de poemas
 Apresentação de histórias em quadrinhos
 Apresentação de receitas saudáveis
 Apresentação de receitas de sucos
 Apresentação de receitas de doces
 Apresentação de receitas de saladas
 Apresentação de receitas de pratos principais

4ª sessão
 Apresentação de vídeos
 Apresentação de jogos
 Apresentação de músicas
 Apresentação de poemas
 Apresentação de histórias em quadrinhos
 Apresentação de receitas saudáveis
 Apresentação de receitas de sucos
 Apresentação de receitas de doces
 Apresentação de receitas de saladas
 Apresentação de receitas de pratos principais

Resultado

Item	Quantidade	Porcentagem	Observações
1º grupo	10	5%	
2º grupo	10	5%	
3º grupo	10	5%	
Total	30	15%	

Formou-se 15,15% da população grupo que se interessou.

Conclusão
 O programa anti-tabagismo realizado, apesar de resultados positivos, deverá ser o primeiro de uma série de ações e com a continuidade de ações de grande impacto na população atendida.



de se selecionarem participantes para os grupos e de fazer os tabagistas que ainda não haviam pensado nessa possibilidade, avaliarem com seriedade a possibilidade de se interromper esse hábito deletério.

Uma vez que o ato de fumar é prejudicial não só ao próprio agente, o fumante, mas àqueles que o cercam, a família que convive na mesma residência, os chamados fumantes passivos, a interrupção do vício traria benefícios indiretos a cerca de 180 famílias, aproximadamente 900 pessoas, considerando a média de 5 pessoas por família.

METODOLOGIA

Os grupos são formados com, no máximo, 15 participantes. Cada grupo tem uma reunião semanal, com duração de aproximadamente três horas, durante quatro semanas consecutivas e depois tem mais dois encontros de manutenção, um com um mês e o outro com três meses. Na primeira reunião, aplica-se o teste de Fangörstrom para avaliar o grau de dependência à nicotina, faz-se uma pequena explanação explicando os males do vício, apresentação das principais drogas presentes no cigarro, o objetivo do grupo e como alcançá-lo e propõe-se a cada participante marcar o dia D (dia de parar de fumar). Com o resultado do teste e o relato de cada um, escolhe-se o método a ser usado para auxiliá-los a alcançar o objetivo. São oferecidos para os participantes de grau elevado e muito elevado de dependência o adesivo de nicotina e o medicamento bupropiona, e para os de grau baixo e médio apenas o adesivo.

Nas reuniões seguintes, são revistas as motivações de cada um para iniciar e para parar de fumar, as conseqüências para a saúde, praticados exercícios de respiração, meditação, exercícios físicos, com enfoque especial na caminhada, aumento na ingestão de água, ingestão de alimentos mais saudáveis, interrupção ou grande diminuição dos mecanismos-gatilho (hábitos associados ao ato de fumar, tais como, beber café, cerveja, fazer a barba, etc...) e cada um seleciona o mecanismo-substituto ao cigarro, para os momentos em que a fissura (grande e desesperador desejo de fumar) aparecer.

O primeiro grupo foi realizado em agosto de 2005 tendo 50% de sucesso. Contou com 06 participantes, sendo 01 de grau médio de dependência, 04 de grau elevado e 01 de grau muito elevado. A princípio 05 deles deixaram de fumar e hoje 03 continuam sem o vício. O que não parou alegou não conseguir, outra voltou a fumar após um mês alegando "solidariedade" ao marido fumante e outro alegou voltar a fumar após um mês e meio devido a um fator estressante (morte de parente).

O segundo grupo, realizado em novembro de 2005, teve 54% de sucesso. Houve 11 participantes sendo: 02 de grau baixo, 01 de grau médio, 07 de grau elevado e 01 de grau muito elevado.

O terceiro grupo realizado em março de 2006 e teve 53,8% de sucesso. Houve 13 participantes, sendo que cinco deles participaram somente da primeira reunião. Os oito remanescentes foram classificados da seguinte maneira: 03 de grau moderado, 03 de grau elevado e 02 de grau muito elevado. Dos remanescentes, sete pararam de fumar, apenas um permaneceu fumando em menor quantidade.

CONCLUSÃO

Observa-se que o programa anti-tabagismo realizado pela equipe, contribuiu para diminuição do número de tabagistas da área e com a contínua atuação será de grande impacto na população adstrita.



PROMOÇÃO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

Autor Principal: Peterson Marco de Oliveira Andrade
E-mail: petersonmarco@yahoo.com.br
Instituição: Centro de Saúde Cidade Ozanam de Belo Horizonte-MG
Município: Belo Horizonte
Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Atenção Básica é o primeiro nível de complexidade no SUS sendo definida pelo Ministério da Saúde, no Manual para Organização da Atenção Básica de 1999, aprovado pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Neste documento é estabelecido que Atenção Básica é: " um conjunto de ações , de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação." Dessa forma o princípio da integralidade definido no artigo 198 da Constituição Federal é contemplado no conceito da Atenção Básica , pois preserva as ações de promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Todavia, a exigência da Constituição de 1988 de prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais tem encontrado um quadro contrário em que as atividades assistenciais tem anulado as ações preventivas na Atenção Básica. Além disso, a exigência da reabilitação é inviável na atenção básica sem a presença de profissionais com esta atribuição. Diante disso, observa-se um quadro em que as normas, leis, diretrizes são desafios que devem ser superados pelos gestores e profissionais da saúde. A Atenção Integral não é possível na Atenção Básica sem a realização de atividades de promoção plena da saúde, com negligência de ações de prevenção de doenças e seus agravos. Além disso, com a carência de serviços e profissionais que visem a recuperação e reabilitação a integralidade e resolutividade tornam-se prejudicadas. Diante disso, a introdução da Fisioterapia na Atenção Básica faz-se necessário para aproximar a regulamentação da Constituição Federal da realidade da comunidade e dos serviços de saúde. Na maioria das vezes a fisioterapia está longe da população, pois se trata de um serviço necessário, mas de difícil acesso. Além disso, este serviço apresenta uma demanda reprimida na atenção secundária e na maioria dos casos os usuários apresentam dificuldades de deslocamento ao serviço por motivos econômicos e sociais. A necessidade do serviço de fisioterapia na atenção básica manifesta-se pelo atual cenário epidemiológico em que as doenças crônico-degenerativas apresentam uma posição de destaque nos indicadores

de saúde do SUS. Diante deste contexto o serviço de saúde é sobrecarregado com usuários com perda da funcionalidade por disfunções neurológicas, dor crônica, complicações do imobilismo como a úlcera por pressão, osteoartrose, alta prevalência da hipertensão arterial e diabetes, quedas dos idosos e disfunções relacionadas com a saúde do trabalhador. A Fisioterapia é uma atividade regulamentada pelo Decreto –Lei nº 938/1968, Lei Federal nº 6.316/1975, Resoluções do Conselho Federal de

INTRODUÇÃO: A Atenção Básica é definida pelo Ministério da Saúde como: "um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, visando ao primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação." Dessa forma o princípio da integralidade definido no artigo 198 da Constituição Federal é contemplado no conceito da Atenção Básica, pois preserva as ações de promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. A exigência da Constituição de 1988 de prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais tem encontrado um quadro contrário em que as atividades assistenciais tem anulado as ações preventivas na Atenção Básica. Além disso, a exigência da reabilitação é inviável na atenção básica sem a presença de profissionais com esta atribuição. Diante disso, observa-se um quadro em que as normas, leis, diretrizes são desafios que devem ser superados pelos gestores e profissionais da saúde. A Atenção Integral não é possível na Atenção Básica sem a realização de atividades de promoção plena da saúde, com negligência de ações de prevenção de doenças e seus agravos. Além disso, com a carência de serviços e profissionais que visem a recuperação e reabilitação a integralidade e resolutividade tornam-se prejudicadas. Diante disso, a introdução da Fisioterapia na Atenção Básica faz-se necessário para aproximar a regulamentação da Constituição Federal da realidade da comunidade e dos serviços de saúde. Na maioria das vezes a fisioterapia está longe da população, pois se trata de um serviço necessário, mas de difícil acesso. Além disso, este serviço apresenta uma demanda reprimida na atenção secundária e na maioria dos casos os usuários apresentam dificuldades de deslocamento ao serviço por motivos econômicos e sociais. A necessidade do serviço de fisioterapia na atenção básica manifesta-se pelo atual cenário epidemiológico em que as doenças crônico-degenerativas apresentam uma posição de destaque nos indicadores de saúde do SUS.

Objetivo: Formular uma estratégia de referência e contra-referência para os serviços crônico-degenerativos em que os usuários apresentam incapacidades e perdas funcionais no serviço de atenção primária do PSF para fortalecer os princípios do SUS: Descentralizar um serviço para atender as necessidades de saúde da população e contribuir para o gestor municipal para a melhoria da gestão com as complexidades das doenças crônico-degenerativas.

Metodologia: Realizado através de entrevistas com o gerente da unidade básica e com os profissionais da equipe para a elaboração do planejamento operacional do serviço.

Resultados: Foi implementado o serviço conforme com duração de 30 horas semanais com 7 atendimentos e supervisão de um docente de referência. O serviço apresenta ações de avaliação, diagnóstico, educação, promoção da saúde, prevenção de agravos, promoção da funcionalidade e prevenção da incapacidade da atenção do trabalhador, saúde do idoso, saúde do mulher, saúde do criança, saúde do idoso e atividades de educação em saúde. Os resultados alcançados foram a funcionalidade dos usuários, a melhoria da qualidade de vida, a prevenção de agravos, a promoção da saúde, a prevenção de incapacidade e a melhoria da qualidade de vida dos usuários. O serviço de fisioterapia no atendimento básico contribuiu para o fortalecimento do sistema de saúde através do trabalho em rede com consórcios, descentralização de demandas e promoção da saúde da população beneficiada deste trabalho, o gestor, o serviço e a população.

AGRADECIMENTOS: A Prefeitura Municipal de Belo Horizonte pelo apoio, o Gerente do Centro de Saúde Cidade Ozanam Milton D. Cavallari, Coordenadora do Distrito Sanitário Henderson, todos os funcionários do Unidade, os assistentes, professores, Coordenadora do Curso de Fisioterapia e Diretora do Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix. Aos usuários do Centro de Saúde de que contribuíam com participação para um serviço de referência da fisioterapia no atendimento básico.



Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), Decreto Federal nº 9640/1984 e Lei Federal nº 8.856/1994. O código de ética profissional de Fisioterapia aprovado pela resolução do COFFITO de 3 de julho de 1978 estabelece no capítulo II, artigo 7º, que se refere ao exercício profissional, que o Fisioterapeuta deve utilizar todos os conhecimentos técnicos e científicos a seu alcance para prevenir ou minorar o sofrimento do ser humano e evitar o seu extermínio. O COFFITO definiu as atribuições do Fisioterapeuta na Saúde Coletiva como educação, prevenção e assistência fisioterapêutica individual e coletiva, na atenção primária em saúde. A Fisioterapia pode atuar nos mais variados contextos de intervenção executando ações de promoção de saúde, bem como de recuperação funcional e sua participação social, o que o caracteriza, portanto, como um profissional que, integrado à equipe de saúde, se coloca também como elemento de controle do processo da saúde individual e da coletividade. Dessa forma, o fisioterapeuta é um elemento indispensável em uma equipe de saúde, cuja proposta é promover os princípios e diretrizes do SUS. Diante disso, após a realização de um levantamento para avaliar a necessidade do serviço de fisioterapia na atenção básica, o Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix elaborou uma proposta para a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para implantar este serviço como parte do estágio curricular do curso. Esta iniciativa foi elaborada para contribuir para a gestão municipal para tornar realidade os princípios do SUS definidos na Lei Federal 8.080 de universalidade, equidade, integralidade, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde, divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário e a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades.

OBJETIVOS

Formular uma estratégia de referência e contra-referência para as doenças crônico-degenerativas em que os usuários apresentam incapacidades e perdas funcionais; Inserir o serviço de fisioterapia nas equipes do PSF para fortalecer os princípios do SUS; Desenvolver um serviço para atender as necessidades de saúde da população e contribuir para a gestão municipal para a redução de custos com as complicações das doenças crônico-degenerativas.

METODOLOGIA

Revisão da literatura e entrevistas com a gerente da unidade básica e com os profissionais da equipe para a elaboração do planejamento operacional do serviço.

RESULTADOS

Foi implantado o estágio curricular com duração de 20 horas semanais com 7 acadêmicos e supervisão de um docente da instituição. O serviço apresenta ações de acolhimento, atendimento individual, visita domiciliar, grupos operativos de promoção da funcionalidade e prevenção de incapacidades de saúde do trabalhador, saúde do deficiente, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso e atividades de educação em saúde. Os resultados alcançados foram o fortalecimento dos princípios do SUS e a redução de encaminhamentos para outros serviços reduzindo o tempo de espera do usuário.

APRENDIZADOS

Facilidades: trabalho em equipe, adesão dos usuários, interesse dos acadêmicos e da gestão e gerência. Dificuldades: Falta de uma cultura preventiva da população, alta demanda, estrutura física da unidade, estabelecer fluxos de referência e contra-referência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da integralidade na atenção básica depende do profundo conhecimento das necessidades de saúde da população, da realidade do serviço, do contexto familiar/residencial do usuário e da implantação diretrizes e princípios do SUS na realidade dos serviços. O serviço de fisioterapia na atenção básica contribui para o fortalecimento do sistema de saúde através da redução de custos com complicações, diminuição da demanda reprimida e promoção da saúde da população favorecendo desta forma a gestão, o serviço e a população.



PROCESSO DE TRABALHO DA FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Autor Principal: Peterson Marco de Oliveira Andrade

E-mail: petersonmarco@yahoo.com.br

Instituição: Centro de Saúde Cidade Ozanam de Belo Horizonte-MG

Município: Belo Horizonte

Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Segundo RIBEIRO, 2002 a inserção do Fisioterapeuta nos serviços de Atenção Básica à saúde é um processo em construção, associado, principalmente à criação da profissão, rotulando o profissional como reabilitador. Este rótulo afasta o Fisioterapeuta da Atenção Básica, acarretando uma grande dificuldade de acesso da população a esse serviço. O sistema de saúde público do país apresenta-se com vários entraves para sua efetivação, dentre eles a dificuldade de implementação de um de seus princípios, a universalidade. Com o objetivo de estender o atendimento de saúde a todos brasileiros, e implementar os demais princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) foram estruturados os Programa de saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Estes programas propõem um modelo de assistência integral, enfatizando a atenção primária e à promoção da saúde familiar e apresentam estratégias para a organização da atenção básica nos municípios estruturando um modelo de assistência à saúde. A Fisioterapia tem conquistado a cada ano um espaço de destaque dentro do PSF em diferentes municípios do Brasil. Entretanto, o modelo de atenção da Fisioterapia no PSF ainda não está definido na literatura.

OBJETIVO

Descrever o processo de trabalho da Fisioterapia em uma Unidade de Saúde do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte.

METODOLOGIA

Observação e relato do processo de trabalho da fisioterapia no Centro de Saúde Cidade Ozanam.

RESULTADOS

O processo de trabalho segue as etapas a descritas a seguir. 1. Acolhimento da Fisioterapia: O acolhimento é uma oportunidade para a universalidade do acesso ao serviço de fisioterapia. Dessa forma, ocorre uma ruptura com a forma

tradicional de entrada no serviço que ocorre através de filas e pela ordem de chegada. Nesta etapa ocorre a humanização do atendimento através da escuta e do vínculo com a Unidade Básica de Saúde e com o profissional que realiza o acolhimento. O usuário relata suas queixas e descreve suas expectativas com relação ao atendimento no Centro de Saúde. Na maioria dos casos o usuário chega ao Centro de Saúde com uma expectativa de atendimento dentro do modelo das clínicas de Fisioterapia. Por isso, este é o momento para o esclarecimento da rotina da



PROCESSO DE TRABALHO DA FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA: A EXPERIÊNCIA DA FISIOTERAPIA NO PSF DE BELO HORIZONTE

Prof. Peterson Marco de Oliveira Andrade

Discente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix - Universidade do Estado de Minas Gerais - Faculdade de Medicina do UFMG, Diretor de Desenvolvimento Científico de Saúde Pública do Associação Mineira de Fisioterapia.

INTRODUÇÃO: Segundo RIBEIRO, 2002 a inserção do Fisioterapeuta nos serviços de Atenção Básica à saúde é um processo em construção, associado, principalmente à criação da profissão, rotulando o profissional como reabilitador. Este rótulo afasta o Fisioterapeuta da Atenção Básica, acarretando uma grande dificuldade de acesso da população a esse serviço. O sistema de saúde público do país apresenta-se com vários entraves para sua efetivação, dentre eles a dificuldade de implementação de um de seus princípios, a universalidade. Com o objetivo de estender o atendimento de saúde a todos brasileiros, e implementar os demais princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) foram estruturados os Programa de saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Estes programas propõem um modelo de assistência integral, enfatizando a atenção primária e à promoção da saúde familiar e apresentam estratégias para a organização da atenção básica nos municípios estruturando um modelo de assistência à saúde. A Fisioterapia tem conquistado a cada ano um espaço de destaque dentro do PSF em diferentes municípios do Brasil. Entretanto, o modelo de atenção da Fisioterapia no PSF ainda não está definido na literatura.

OBJETIVO: Descrever o processo de trabalho da Fisioterapia em uma Unidade de Saúde do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte.

METODOLOGIA: Método do processo de trabalho da Fisioterapia no Centro de Saúde Cidade Ozanam.

RESULTADOS: O processo de trabalho segue as etapas a descritas a seguir:

- 1. Acolhimento da Fisioterapia:** O acolhimento é uma oportunidade para a universalidade do acesso ao serviço de fisioterapia. Dessa forma, ocorre uma ruptura com a forma tradicional de entrada no serviço que ocorre através de filas e pela ordem de chegada. Nesta etapa ocorre a humanização do atendimento através da escuta e do vínculo com a Unidade Básica de Saúde e com o profissional que realiza o acolhimento. O usuário relata suas queixas e descreve suas expectativas com relação ao atendimento no Centro de Saúde. Na maioria dos casos o usuário chega ao Centro de Saúde com uma expectativa de atendimento dentro do modelo das clínicas de Fisioterapia. Por isso, este é o momento para o esclarecimento da rotina da Fisioterapia no Centro de Saúde e com o profissional que realiza o acolhimento. O usuário relata suas queixas e descreve suas expectativas com relação ao atendimento no Centro de Saúde. Na maioria dos casos o usuário chega ao Centro de Saúde com uma expectativa de atendimento dentro do modelo das clínicas de Fisioterapia. Por isso, este é o momento para o esclarecimento da rotina da Fisioterapia no Centro de Saúde e com o profissional que realiza o acolhimento.
- 2. Acolhimento Individual:** Acolhimento individualizado do usuário e do vínculo com a Unidade Básica de Saúde e com o profissional que realiza o acolhimento. O usuário relata suas queixas e descreve suas expectativas com relação ao atendimento no Centro de Saúde. Na maioria dos casos o usuário chega ao Centro de Saúde com uma expectativa de atendimento dentro do modelo das clínicas de Fisioterapia. Por isso, este é o momento para o esclarecimento da rotina da Fisioterapia no Centro de Saúde e com o profissional que realiza o acolhimento.
- 3. Grupo Operativo de Fisioterapia (GOF):** Tem por objetivo promover a universalidade, autonomia e melhoria das condições para o atendimento e para a promoção do melhor do Atendimento Secundário. De acordo com o SUS, o GOF é formado por profissionais de diferentes áreas, incluindo fisioterapeutas, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, entre outros. O GOF atua na promoção da saúde e na prevenção de doenças, atuando em conjunto com a comunidade e com os profissionais de saúde.
- 4. Redes Operativas (RO):** As RO são formadas por profissionais de diferentes áreas, incluindo fisioterapeutas, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, entre outros. O RO atua na promoção da saúde e na prevenção de doenças, atuando em conjunto com a comunidade e com os profissionais de saúde.

APRESENTAÇÃO: Atividade realizada no âmbito do curso de Fisioterapia do Centro de Saúde Cidade Ozanam. O objetivo é apresentar a experiência da fisioterapia no PSF de Belo Horizonte, destacando a importância do acolhimento e do vínculo com a Unidade Básica de Saúde e com o profissional que realiza o acolhimento. O usuário relata suas queixas e descreve suas expectativas com relação ao atendimento no Centro de Saúde. Na maioria dos casos o usuário chega ao Centro de Saúde com uma expectativa de atendimento dentro do modelo das clínicas de Fisioterapia. Por isso, este é o momento para o esclarecimento da rotina da Fisioterapia no Centro de Saúde e com o profissional que realiza o acolhimento.

REFERÊNCIAS: RIBEIRO, 2002. A inserção do Fisioterapeuta nos serviços de Atenção Básica à saúde é um processo em construção, associado, principalmente à criação da profissão, rotulando o profissional como reabilitador. Este rótulo afasta o Fisioterapeuta da Atenção Básica, acarretando uma grande dificuldade de acesso da população a esse serviço. O sistema de saúde público do país apresenta-se com vários entraves para sua efetivação, dentre eles a dificuldade de implementação de um de seus princípios, a universalidade. Com o objetivo de estender o atendimento de saúde a todos brasileiros, e implementar os demais princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) foram estruturados os Programa de saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Estes programas propõem um modelo de assistência integral, enfatizando a atenção primária e à promoção da saúde familiar e apresentam estratégias para a organização da atenção básica nos municípios estruturando um modelo de assistência à saúde. A Fisioterapia tem conquistado a cada ano um espaço de destaque dentro do PSF em diferentes municípios do Brasil. Entretanto, o modelo de atenção da Fisioterapia no PSF ainda não está definido na literatura.



PROCESSO DE TRABALHO DA FISIOTERAPIA NO PSF

```

graph TD
    A[PROCESSO DE TRABALHO DA FISIOTERAPIA NO PSF] --> B[ACOLHIMENTO]
    A --> C[ACOLHIMENTO INDIVIDUAL]
    B --> D[GRUPO OPERATIVO]
    C --> D
    D --> E[REDES OPERATIVAS]
    E --> F[VESTIÚM OPERACIONAL]
    
```



Fisioterapia no Centro de Saúde e sobre os benefícios do autocuidado e na adoção de hábitos saudáveis. Em seguida é agendada uma avaliação fisioterápica para definição do diagnóstico cinesiológico funcional do caso. Na presença de incompatibilidade entre a demanda do usuário e a capacidade de atendimento no Centro de Saúde é realizado um encaminhamento para uma unidade de Fisioterapia na Atenção Secundária. Em alguns casos o simples acolhimento é capaz de resolver uma queixa quando o profissional orienta corretamente sobre o autocuidado. Com isso evita-se a espera, a complicação e a insatisfação do usuário.

2. Atendimento Individual: apresenta a finalidade de promover o auto-cuidado através de orientações personalizadas e específicas para cada caso. O objetivo principal é sensibilizar o usuário em relação a adesão diária das orientações recomendadas. Geralmente o atendimento é semanal para acompanhamento da adesão e evolução do usuário. Os usuários são esclarecidos sobre a importância do compromisso com as orientações recomendadas para o sucesso da evolução clínica e funcional dos comprometimentos ortopédicos, reumatológicos, neurológicos, cardio-vasculares e/ou respiratórios. Em alguns casos o objetivo é basicamente a prevenção de doenças ou complicações quando a patologia já estiver instalada. Quando ocorre a melhora do quadro agudo os usuários são encaminhados para os Grupos Operativos.

3. Grupos Operativos (GO): têm por objetivo estimular a operatividade, autonomia e mobilização dos participantes para o autocuidado e para a promoção da melhora do desempenho funcional. Os Grupos Operativos da Fisioterapia são: Grupo de HA, diabetes, obesidade, reabilitação funcional, saúde do trabalhador, saúde da mulher e saúde do idoso.

4. Visitas Domiciliares: As visitas domiciliares são realizadas em usuários com mobilidade restrita ao leito ou à residência com incapacidade de deslocamento ao Centro de Saúde. Apresenta o objetivo de prevenir as complicações da imobilidade e a promoção da funcionalidade dentro do contexto familiar/residencial. Este atendimento é uma oportunidade para a educação dos familiares para o estímulo da funcionalidade do usuário com incapacidades funcionais e para a prevenção de complicações secundárias do imobilismo ou da postura inadequada na sua rotina diária. Os cuidadores são também orientados para seu autocuidado visto que muitos apresentam sobrecargas físicas e emocionais, além de serem indivíduos idosos e portadores de doenças crônico-degenerativas. Um dos principais problemas encontrados na relação cuidador-familiar com restrições funcionais são as transferências no leito e para o deslocamento no interior da residência. Dessa forma, a educação e o treinamento são estratégias indispensáveis para a saúde da família em residências com casos de restrições funcionais para a realização de transferências. Uma das maiores dificuldades relatadas pelos cuidadores está relacionada ao cuidado

com a alimentação e higiene do usuário portador de restrições funcionais. Por isso, a ruptura de barreiras funcionais é um desafio para a família, para os profissionais da saúde e para o serviço da Atenção Básica.

APRENDIZADOS

Facilidades: resultados do serviço valorizados e reconhecidos pela equipe do PSF, adesão dos usuários. Dificuldades: Organizar um serviço com diferentes objetivos e métodos de intervenção, atender a demanda, modelo de atuação da fisioterapia na atenção básica pouco conhecido pelos profissionais da saúde e pelos usuários, estabelecer prioridades de atendimento, dificuldade de comunicação entre os serviços e profissionais para encaminhamentos para atenção secundária quando a equipe solicita um atendimento especializado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consolidação do SUS depende de ações na Atenção Básica da Fisioterapia, pois esta profissão atua promovendo a integralidade com prevenção de lesões, doenças e incapacidades e na promoção da saúde e da funcionalidade. Além disso, a fisioterapia reabilita precocemente o usuário às suas atividades de autocuidado, domésticas e laborais.



PROJETO SORRISO NOTA 10

Autor Principal: Rebeca Cavalcante Britto Santos
Instituição: Secretaria de Saúde de Itapecuru-Mirim
Município: Itapecuru Mirim
Estado: Maranhão

A Odontologia Preventiva vem ganhando destaque dentro dos Programas de Saúde Bucal, pois é uma ferramenta importante para redução dos índices de cárie e doença periodontal, contribuindo para melhoria da qualidade de vida da população.

A divulgação e aplicação de métodos preventivos e educativos, de eficácia comprovada no âmbito da Saúde Pública, devem ser simples e acessíveis para serem praticados por qualquer indivíduo.

Muitas conquistas já foram feitas no campo da Odontologia dentro da saúde pública do país. Mas ainda existe uma grande necessidade de conscientização da população no que se refere à saúde bucal. O Brasil está entre os países com a população mais desdentada do mundo, o que nos dá uma clara convicção da falta de hábitos de higiene entre as pessoas, talvez por falta de orientação.

Decidimos fazer uma avaliação das condições de higiene bucal das crianças da cidade de Itapecuru-Mirim. Podemos perceber a carência de informações e até mesmo de materiais próprios para que as crianças realizassem sua higiene. Em muitos lares, havia apenas uma escova dental para toda a família. Além disso, encontramos uma grande resistência dessas crianças em fazer visitas regulares ao dentista.

Diante dessa situação, houve uma total sensibilização da Secretaria Municipal de Saúde e do Poder Executivo local, no sentido de atingir a população infantil de uma forma mais enfática e incisiva, inicialmente, dentro de um programa preventivo.

Iniciamos um estudo o qual nos fez entender que as crianças se envolvem de maneira muito profunda com histórias e brincadeiras temáticas que despertam seu interesse. Em meio a esse contexto, elas são levadas a pensar e a refletir.

Frente a esta realidade foi criado, em 2003, o projeto intitulado SORRISO NOTA 10.

Os objetivos do Projeto são: realizar um programa de prevenção das doenças cárie e periodontal entre as crianças matriculadas, de 1ª a 4ª série, nas escolas municipais da cidade de Itapecuru Mirim; envolver essas crianças no processo de prevenção, tornando os hábitos de higiene bucal parte de suas rotinas, de uma maneira natural e divertida; aproximar o cirurgião-dentista do público infantil, fazendo-os entender que visitar o consultório odontológico também é uma forma de prevenção;

criar, anualmente, materiais ludo-pedagógicos para serem utilizados pelas crianças; promover treinamento de professores e agentes de saúde no sentido de uniformizar e multiplicar as informações passadas pelo projeto.

A Equipe Nota 10 é formada por um CD (cirurgião-dentista) fixo e um grupo de ACS (agente comunitário de saúde).

Trabalhamos com crianças de 6 a 12 anos de idade, matriculadas regularmente nas escolas municipais da cidade de Itapecuru-Mirim/MA, entendendo que essa faixa etária é considerada crucial devido à transição da dentição decídua para permanente.

Ao início de cada ano, são criados os materiais ludo-pedagógicos, com temas infantis, que contêm histórias e brincadeiras envolventes, incluindo também informações necessárias para despertar na criança o interesse pela higiene bucal. Os materiais criados pelo Sorriso Nota 10 até o ano de 2006 foram: "As Meninas Superpoderosas contra o Monstro da Cárie"; "O Sorriso do Saci" e; "Brincando de Aprender".

Os professores e ACS são treinados para manusearem o material após visita da Equipe Nota 10. Com o início das aulas, iniciam-se também as visitas da Equipe às escolas através de um calendário pré-estabelecido.

O material ludo-pedagógico é aplicado por sala de aula. De uma forma dinâmica e divertida criamos um clima agradável estimulando uma total interação entre alunos equipe.

Durante esse momento informações básicas e necessárias sobre higiene são apresentadas aos alunos de uma forma muito prática.

Alguns alunos são selecionados para realizarem a evidenciação de placa, demonstrando a necessidade de melhorar a escovação em determinadas áreas da boca. Cada aluno recebe uma escova dental. A escovação é supervisionada pelos ACS e em seguida é feita a aplicação de flúor.

Os professores dão continuidade ao Projeto através do treinamento recebido. Relatórios são enviados pelas escolas à Equipe. Esses relatórios são analisados pela Equipe para futuros ajustes e uma premiação que acontece ao final de cada ano. A escola vencedora recebe o título de "Escola Nota 10 do ano".

Os materiais utilizados pelo projeto são: material ludo-pedagógico - Sorriso Nota 10; escova dental; creme dental;



evidenciador de placa; copo descartável; flúor e; ficha de cadastro dos alunos.

Este é o 3º ano de aplicação do Projeto Sorriso Nota 10 no município. Cerca de 6000 crianças, matriculadas em 28 escolas municipais, de 1ª a 4ª série, incluindo a zona urbana e rural, já foram beneficiadas com o Projeto. É notório observar o envolvimento e a valorização das crianças e da própria comunidade local com o Projeto. Elas aguardam com alegria a visita da Equipe a cada ano na sua escola.

O Projeto Sorriso Nota 10, na íntegra, tem a parte clínico/curativa especializada, como parceira na atuação preventiva, a qual ainda não foi colocada em prática devido à falta de verbas do município.

É com satisfação que, apesar dos obstáculos encontrados, percebemos o quanto temos influenciado na qualidade de vida das crianças envolvidas no Projeto. Através de relatos dos professores, pais e dos próprios alunos, observamos o quanto eles já tem mudado seus hábitos de higiene, atentando para a importância de um sorriso bonito e saudável.



ODONTOLOGIA AO ALCANCE DE TODOS

Autor Principal: Régia Adriana Oliveira Monteiro

Outros Autores: Eduardo Nogueira Peixoto e Larissa Costa Braga

Instituição: Centro de Apoio e Desenvolvimento para a Comunidade da Praia do Futuro - CADECPF

Município: Fortaleza

Estado: Ceará

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Em 2001, fiquei viúva. Nesse período foi difícil para eu superar essa perda. Tentei, então, exercer de alguma forma o que aprendi na Faculdade. Em setembro, comecei a dar aula na comunidade do LUXOU, através do Programa Alfabetização Solidária do Governo Federal. O começo foi difícil, mas continuei. Aos poucos, fui conhecendo a comunidade na qual estava trabalhando. Foi numa noite, após a aula que conheci o Eduardo por intermédio de um morador da comunidade. Ele distribuía uma sopa doada por um restaurante de Fortaleza e desejava desenvolver um Projeto de Reciclagem de Lixo como Fonte Geradora de Renda para a Comunidade. Baseado no relato das dificuldades da comunidade e sensibilizados com a situação, passamos a elaborar um projeto que abrangesse as áreas de Educação, Saúde, Proteção do Meio Ambiente, Cultura e Lazer. Como o local em que eu trabalhava era cedido, resolvemos construir um espaço para desenvolvermos esse Trabalho. O Eduardo vendeu o carro, eu fiz um empréstimo na Caixa Econômica Federal, compramos uma casa na "favela", reformamos e fundamos o que é hoje, o Centro de Apoio e Desenvolvimento para a Comunidade da Praia do Futuro – CADECPF, uma entidade sem fins lucrativos que tem como propósito de contribuir com a melhoria e o desenvolvimento da comunidade. No início do nosso trabalho os moradores, médicos, agentes de saúde e demais profissionais do Programa Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Fortaleza que realizavam atendimentos médicos domiciliares na região se queixavam por não existir um local com uma estrutura adequada para atender a população e realizar palestras de Planejamento Familiar. Não havia privacidade, as residências eram pequenas e o acesso era difícil devido à ocupação desordenada da região e a falta de infra-estrutura. Ao construirmos o Centro de Apoio destinamos um local para a Educação, Cursos Profissionalizantes e palestras e outro para a Saúde com uma sala destinada ao atendimento médico. A equipe do Programa Saúde da Família atendia a comunidade a cada 15 dias. Tínhamos parceria com o Governo do Estado do Ceará, prefeitura Municipal de Fortaleza e com a Universidade Estadual do Ceará na realização das atividades voltadas para educação, Alfabetização de Jovens e

Adultos e cursos profissionalizantes, entre outros. Entre os muitos problemas ali existentes um nos chamou a atenção à questão da saúde bucal e a dificuldade das pessoas em conseguirem atendimento de qualidade e quantidade necessária para a restauração do sorriso em crianças e adolescentes. O Projeto Odontologia ao Alcance de Todos teve início quando no desenvolvimento das atividades fomos percebendo a dificuldade do H. uma criança de seis anos de idade, em mastigar e ingerir qualquer tipo de alimento, inclusive água. Ficamos sensibilizados com aquela situação e fomos procurar ajuda. A princípio, percorremos os Postos de Saúde para vermos a possibilidade de um atendimento odontológico para o H., porém o que se constatou é que não só o H. passava por essa situação, mas outras crianças da comunidade. Esse contato com o H. foi importante, pois através da sua dor passou-se a ver a dificuldade das crianças em serem atendidas. Para serem atendidos nos postos de saúde era necessário madrugar na fila. Foi então que nos indagamos por que não levarmos um dentista até a comunidade? A partir daí, procuramos várias Unidades de Saúde e Universidades, atrás de uma parceria para colocarmos nossa idéia em práticas. Encontramos apoio em uma Instituição de Ensino através do Grêmio Estudantil e desde então o que era sonho tornou-se realidade. O grêmio e a direção organizaram uma mobilização para arrecadar recursos financeiros, a idéia simples e original foi colocar cofrinhos nas cantinas do colégio e os alunos faziam o depósito do troco do lanche nos respectivos cofrinhos. Com esta campanha conseguiram comprar uma cadeira odontológica e uma geladeira, que tem a finalidade de conservar o material de atendimento que necessita de refrigeração. Já tínhamos a cadeira, agora precisávamos de profissionais para utilizá-la e a ter o efeito desejado: diminuir a dor de dentes das crianças. Os profissionais chegaram até nós através da colaboração de um amigo nosso que pediu ajuda a uma doutora. A doutora por sua vez, reuniu uma equipe de dentistas voluntários. Os atendimentos odontológicos eram feitos em regime de mutirão, a cada 30 dias, apesar de valioso e importante era pouco, precisávamos de um profissional fixo que atendesse as crianças pelo menos duas vezes por semana, dado a necessidade de atendimento imediato. Em parceria com uma Empresa Privada de Planos de Saúde Odontológico



conseguimos um profissional dentista, instrumental, material e um técnico para a instalação e manutenção do equipamento. A Empresa Privada de Plano de Saúde Odontológico nos deu apoio durante determinado período e estabeleceu um prazo para que pudéssemos restabelecer o serviço através de outra entidade patrocinadora. No momento estamos restabelecendo o atendimento odontológico em parceria com uma Organização da Sociedade Civil que viabiliza a prática de ações de cidadania.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

Realizar atendimento odontológico na comunidade; diminuir o tempo de espera das pessoas a serem atendidas; amenizar a dor e o sofrimento causado pela dor de dente.

METODOLOGIA

O atendimento ocorria duas vezes por semana no horário da tarde. No dia anterior ao atendimento havia uma distribuição de fichas-cadastro para o dia seguinte.

PRODUTOS E RESULTADOS ALCANÇADOS

Apoio de empresas de odontologia; 180 crianças e adolescentes atendidos por mês; melhoria da saúde bucal das crianças e adolescentes da faixa etária de dois a quinze anos de idade; beneficiários de comunidades vizinhas.

APRENDIZAGEM COM A VIVÊNCIA

Sabemos que não é fácil a realização de um sonho embora o relato pareça fácil, porém para a concretização deste sonho, recebemos muitos “não” para depois receber um sim, o qual pôde transformar a vida de várias pessoas, principalmente crianças e adolescentes, assim como ter tido também, o reconhecimento da comunidade e da sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal deste projeto é incentivar e mostrar que é possível realizar sonhos, sendo estudante ou profissional formado, aplicando seus conhecimentos técnicos, juntamente com professores, a solidariedade e o apoio financeiro da iniciativa pública e privada, ser colocada à teoria em prática em benefício dos menos favorecidos.



AÇÃO KALUNGA

Autor Principal: Regina Célia Paz da Silva Ramos

Outros Autores: Maria Bezerra

Instituição: FUBRA - Fundação Universitária de Brasília

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

As comunidades remanescentes de quilombos são grupos sociais que possuem uma identidade própria a partir de um conjunto de características sócio-culturais que os diferencia. Apesar do isolamento geográfico, levantamentos recentes demonstram que no Brasil do século XXI, o contingente populacional de remanescentes de quilombos é da ordem de 2 milhões de habitantes que estão fora do alcance das políticas públicas e excluídos das ações de saúde. O Programa Brasil Quilombola coordenado pela Secretaria de Promoção de Políticas de Igualdade Racial – SEPPIR, tem encontrado no Ministério da Saúde uma promissora parceria em torno de uma agenda que tem como prioridade eliminar as iniquidades em saúde. Para isso, instrumentos normativos, como a Portaria da Equidade estão sendo criados com o objetivo de promover a equidade em saúde da população negra quilombola.

OBJETIVO

Ampliar o acesso e efetivar a atenção integral à saúde da população quilombola garantindo a equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA

As oficinas de capacitação de parteiras tem se mostrado uma importante estratégia para o reconhecimento desses grupos e para a sensibilização de gestores, trabalhadores de saúde e agentes de saúde quilombolas.

RESULTADOS

Nas ações de capacitação de parteiras busca-se compartilhamento e valorização das práticas tradicionais de saúde, bem como a troca dos diferentes saberes entre trabalhadores de saúde e os grupos quilombolas, contribuindo para a eliminação do preconceito e estigma de que têm sido vítimas as comunidades quilombolas.

CONCLUSÃO

O reconhecimento e a valorização da diversidade cultural das comunidades quilombolas e sua inserção nos serviços públicos de saúde devem ser uma prioridade na gestão e para tal é necessário a sensibilização de gestores e trabalhadores de saúde para o acolhimento das necessidades populações quilombolas.



CONTROLE SOCIAL DO SUS-ESTUDO DE CASO: CONSELHO MUNICIPAL DE SANTANA DO ACARAÚ-CE

Autor principal: Rejane Maria Pereira

Outros Autores: Rejane Maria Pereira; Ivna de Holanda Pereira; Maria Verônica Sales da Silva

Instituição: Secretaria de Saúde de Santana do Acaraú

Município: Santana do Acaraú

Estado: Ceará

INTRODUÇÃO

A intensificação dos movimentos populares possibilitou o debate com relação ao sistema de saúde que foi amplamente discutido na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.

Os conselheiros de saúde exercem, na sua maioria, a função de conselheiro desde a criação do Conselho de Saúde, em 1990. Na qualidade de representantes dos setores organizados da comunidade, eles representam uma fonte basilar de informações a ser explorada neste estudo por se constituírem num elo de ligação fundamental entre a população e o poder público local, notadamente quanto às políticas de saúde a serem implementadas. Quanto aos usuários, eles representam o alvo principal do sistema.

OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivos identificar a colaboração do Conselho Municipal de Saúde e Saneamento-CMSS de Santana do Acaraú, enquanto canal institucionalizado de participação popular, na construção do Sistema Local de Saúde-SILOS no período de 2000 a 2002, Analisar a relação dos conselheiros com o gestor da saúde e seus representados, Identificar as dificuldades da participação popular no CMSS e Apreender a concepção que os conselheiros têm a respeito da participação popular e do controle social.

METODOLOGIA

A abordagem metodológica da pesquisa foi desenvolvida em forma de estudo de caso, com abordagem qualitativa. Constituiu um estudo descritivo obtido através da análise de diversos documentos e de entrevistas e reuniões com informantes-chave orientadas por um roteiro de perguntas que possibilitou uma avaliação do sistema de saúde local. A escolha dos entrevistados foi aleatória.

Para a coleta de dados utilizamos diversos instrumentos: Análise documental: leitura e análise de registros de ordem legal (leis e portarias federais, estaduais e municipais) e documentos do Conselho de Saúde de Santana do Acaraú do período de 2000 a 2002.

RESULTADOS

A participação popular, a participação dos conselheiros de saúde, dos técnicos da secretaria de saúde e dos usuários do SUS na prática do controle social se apresentou de forma incipiente, às vezes de maneira confusa.

Poucos têm noção de qual é o papel do Conselho de Saúde em relação ao controle social. A concepção de participação social e controle social se apresentava e ainda se apresenta como algo ainda muito confuso para a maioria dos entrevistados. Havia e ainda há, por parte da maioria, uma concepção não muito clara do que realmente significa participação e controle social.

Percebemos, através da quase totalidade dos depoimentos, uma mudança na própria concepção do conceito de saúde. Na visão de muitos entrevistados, o Conselho teve participação nesse avanço.

A participação dos conselheiros ainda é restrita. No período de estudo, as atas do Conselho Municipal de Saúde não registraram nenhuma questão conflituosa em que tenha sido necessário a arbitragem deste colegiado.

Constatamos que houve muitos avanços na área da saúde em Santana, contudo, encontramos vários fatores limitantes para a efetivação do controle social tais como: a falta de um programa de capacitação política para os conselheiros de saúde, o baixo nível de escolaridade dos conselheiros representantes das Zonas Administrativas Comunitárias-ZAC's, a "falta de tempo" alegada por diversos líderes comunitários

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que, ao abordarmos todos esses aspectos, temos a convicção de que o Município de Santana do Acaraú acumulou informações e experiências em termos de participação popular e controle social, através do Conselho Municipal de Saúde, por incipiente que tenha sido essa prática. Achamos que a experiência teve um caráter positivo para os santanenses e esperamos que, dentro destes espaços fecundos para as mudanças que são os fóruns de participação popular, a comunidade possa se fortalecer e redimensionar sempre mais o processo de controle social na gestão municipal.



RELATO DE EXPERIÊNCIA DA AÇÃO DA VISA DO MUNICÍPIO DE UMUARAMA-PR JUNTO ÀS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES ; CUMPRINDO AS NORMAS SANITÁRIAS A PARTIR DE UM ACORDO MÚTUO E PACTUADO

Autor principal: Renata Pititto

Outros Autores: Sergio Eko 12ª Regional de Saúde - Vigilância Sanitária

Instituição: Vigilância Sanitária do Município de Umuarama

Município: Umuarama

Estado: Paraná

Vigilância Sanitária é um conjunto de ações no âmbito das práticas de saúde coletiva, apoiadas em várias áreas do conhecimento técnico-científico e em bases jurídicas que lhe conferem o poder de normatização, educação, avaliação e de intervenção, e que têm como um dos objetivos controlar a qualidade dos serviços de saúde utilizados pela população. Compreendendo uma atuação sistemática, ao longo do tempo, com a finalidade de planejar e avaliar e intervir nos problemas de saúde da população, almejando eliminá-los.

O legislação no Brasil, adota por tradição o sistema legalista, isto é, via de regra há necessidade das condutas estarem constituídas dentro do ordenamento jurídico. As legislações sanitárias, por esta legalidade, impõem deveres e obrigações por parte da Administração aos particulares de forma vinculada. Assim, há forte conotação no sistema tradicional jurídico da formalidade, que gradualmente em razão da preponderância da finalidade tende a ocupar maior relevância. Porém, as inovações tecnológicas e as deficiências na estrutura do sistema de vigilância sanitária implica em distorções, resultados de regulamentações incompletas, confusas e algumas, ilegais, sem mencionar ainda, nas interferência de interesses políticos poucos recomendáveis. Mas, apesar disso, todos os mandamentos são invariavelmente impostos como obrigações de fazer ou não fazer. Muito pouco são discutidos com aqueles que são sujeitos ou destinatário das normas, principalmente nos casos concretos.

A Vigilância Sanitária Municipal de Umuarama, compromissada com a saúde da população e devidamente fundamentada em base técnica e ética, e tendo em vista a dificuldade de adequação aos itens do roteiro de inspeção por parte dos hospitais, buscou um instrumento próprio de regulação, traçando metas, definindo atribuições e colocando a VISA e a Instituição Hospitalar como integrantes e partes de um processo, capaz de promover mudanças através da formação de um contrato, que busca o equilíbrio nas relações cujo objetivo são comuns.

A metodologia utilizada consistiu em avaliar a série histórica das inspeções ao longo dos anos, cujo resultado verificou-se numa persistência nas irregularidades, o que levou a questionar as ações da VISA e suscitando dúvidas quanto a sua forma, necessitando de

mudanças no instrumento com a formação de acordo entre as partes, onde cada qual assume suas responsabilidades. De um lado, a VISA no seu dever de informar, fiscalizar, avaliar e na organização do processo, e de outro, a Instituição Hospitalar com a obrigação de sanear as irregularidades, que foram devidamente pactuadas com a VISA e nos prazos estabelecidos em comum acordo, tendo como incentivo o recebimento da Licença Sanitária. Caso o cumprimento dessa obrigação fique impossibilitado no prazo, deve fundamentar o pedido de prorrogação.

Este processo buscou o comprometimento, a responsabilidade e a parceria da Instituição Hospitalar com a VISA, no que se referem as suas irregularidades e dificuldades no cumprimento do roteiro de inspeção sanitária na íntegra, de forma que a ação da VISA deixou de ser unilateral, para um processo de maior dimensão e envolvimento, tal como a pactuação.

É importante ressaltar que se houvessem desinteresses no cumprimento dos itens, isto levaria a impossibilidade do licenciamento sanitário e sujeição de processo administrativo e outros efeitos jurídicos.

Observamos que essa forma de intervenção trouxe valorização do trabalho da VISA perante a instituição hospitalar que, como parceira, pode contar com o apoio da VISA e muitas irregularidades que não eram cumpridas até então, foram sanadas, devido aos interesses das partes em dispor para a população uma prestação de serviço saudável e de qualidade.



SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS

Autor principal: Renato Codeceira Lopes Gonçalves

Instituição: Prefeitura Municipal de Duque de Caxias / Secretaria Municipal de Saúde

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

Duque de Caxias um dos municípios que formam a região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro e compõe a famosa Baixada Fluminense, caracterizada por concentração em pobreza e de carência de infra-estrutura urbana.

O município é dividido em 4 (quatro) distritos:

1º Distrito – Duque de Caxias

2º Distrito – Campos Elíseos

3º Distrito – Imbariê

4º Distrito – Xerém

1º Distrito – Área predominante urbana

2º Distrito – Área predominante urbana

3º Distrito – Grandes áreas rurais

4º Distrito – Predominante rural

Nosso município possuía 32 equipes de Saúde da Família em janeiro de 2005, das 32 equipes, apenas em 2 estavam incluídas a Saúde Bucal, hoje após 15 meses de gestão na Secretaria Municipal de Saúde, estamos com 60 equipes de Saúde da Família e o mesmo número de equipes de Saúde Bucal. A finalidade do trabalho é mostrar como foi possível este avanço e como foi inserido este programa no PSF. A meta do Governo Municipal é até o final do ano possuímos 100 equipes de Saúde da Família, com 100 equipes de Saúde Bucal.

O Município de Duque de Caxias por possuir um histórico de falta de investimento no setor de Odontologia, passou a investir na Saúde Bucal para dar além da cidadania, oportunidade de melhorar a Saúde dos seus municípios, várias ações estão sendo realizadas, inclusive em parcerias com o Ministério da Saúde, no caso dos PSF_s e CEO_s e com o Governo do Estado, diversos projetos estão implantados e em pleno funcionamento nas escolas, creches, ruas, praças, ...

Para se iniciar um trabalho deste porte, que inclusive foi premiado com a menção honrosa – Brasil Sorridente, dada pelo CFO – Conselho Federal de Odontologia, precisamos de várias etapas, como mão-de-obra, material, instrumentos, equipamentos..., O mercado de trabalho dos profissionais de Odontologia está complicado, porém Duque de Caxias contratou

de maio de 2005 a abril de 2006 quase 100 profissionais este dentistas, ACD, e administrativos, mostrando que quando um programa de Governo é sério dá para acreditar no serviço público, e é o que Duque de Caxias está mostrando que o serviço público é viável em qualquer município do Brasil.

Podemos mostrar, em um curto período de tempo, resultados expressivos, em várias comunidades de baixa renda do nosso município o até então elevado índice de cárie dentária está baixando, e a cada dia que passa e que se produz os números nos revelam resultados fantásticos, e a própria população já reconhece o trabalho como pioneiro e inovador. Estamos oferecendo atenção básica de qualidade com serviços de média e alta complexidade, como por exemplo tratamento de canal, prótese e colocação de aparelhos dentários fixos e ortopédico.

Gostaríamos de deixar evidente em nosso trabalho, que com seriedade, projeto e perseverança podemos caminhar com a Saúde Bucal dentro do serviço público, e mais que isso, reforçar que o Sistema Único de Saúde é viável e nós acreditamos nele.



ATENÇÃO A CRIANÇAS MENORES DE 05 ANOS EM ALTA HOSPITALAR: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA - ES

Autor principal: Renilsa Silveira Amorim Souza

Outros Autores: Juacy Pereira Gomes

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES

Município: Vitória

Estado: Espírito Santo

INTRODUÇÃO

Em Vitória no estado do Espírito Santo, a atenção integral à criança e o combate à mortalidade infantil tem sido uma preocupação constante. O Projeto Vitória da Vida iniciado no ano de 2001 desencadeou uma série de ações que objetivam reduzir a morbimortalidade infantil. Partindo da premissa que muitos dos óbitos podem ser evitados se a atenção à saúde for adequada e eficaz, implantou-se em outubro de 2003, a busca ativa de crianças de zero a cinco anos munícipes de Vitória, provenientes de hospitais públicos, filantrópicos e conveniados ao SUS, através da notificação de alta hospitalar (NAH). A proposta visa reduzir as internações hospitalares, nessa faixa etária, os óbitos infantis no domicílio pós-alta hospitalar e melhorar a atenção prestada pelas unidades de saúde a essas crianças.

OBJETIVOS

Reduzir a as internações hospitalares e a mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos, garantindo a atenção integral das crianças em alta hospitalar.

METODOLOGIA

Para implantar a proposta, a equipe do programa saúde da criança realizou reunião com responsáveis e profissionais dos hospitais públicos, filantrópicos e conveniados ao SUS existentes no município, para apresentação dos objetivos e estabelecimento de parcerias. Compreendendo a relevância da ação estes firmaram parceria com o município, elegendo como setores para recolhimento das altas hospitalares a UTIN, UTINP e Enfermaria Pediátrica.

Realizou ainda com coordenadores e profissionais das unidades de saúde treinamento a fim de apresentar proposta e discutir fluxos e prazos para implantação.

A equipe saúde da criança municipal ficou como responsável por recolher diariamente as altas nos hospitais, separar por território de abrangência, enviar as notificações às Unidades de Saúde, via malote, realizar monitoramento do fluxo estabelecido, processar os dados e emitir relatório.

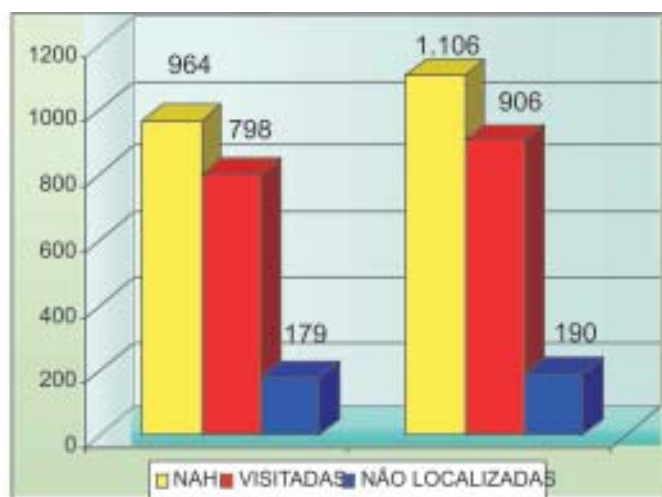
As unidades de saúde são responsáveis por realizar a busca ativa das crianças, através de visita domiciliar até o 7º dia pós-alta, agendar consulta até 10º dia e acompanhar evolução do caso, dando seguimento ao tratamento, evitando a reinternação.

As notificações são realizadas em formulário próprio padronizado em três vias com informações referentes à identificação da criança, à internação, recomendações e resultado da visita domiciliar. Após visita domiciliar e agendamento da consulta médica, as unidades devolvem uma via ao programa saúde da criança com resultado do acompanhamento.

As informações registradas são utilizadas para monitoramento e acompanhamento das crianças em alta hospitalar, vigilância dos agravos, controle da mortalidade e promoção da saúde da população infantil.

RESULTADOS

GRÁFICO - Busca ativa de crianças menores de 05 anos em alta hospitalar no município de Vitória/ES. Ano 2004 e 2005



Em 2004 e 2005 consecutivamente, foram notificadas 964 e 1.106 crianças em alta hospitalar. As equipes de saúde monitoraram



82% deste total, avaliando suas condições pós-alta, orientando as mães no domicílio e agendando consulta na U.S. 14 crianças foram reinternadas pós-alta em 2004 e 46 em 2005.

Apesar do aumento no número absoluto de internações, podemos afirmar que a ação tem contribuído para diminuição das internações e óbitos infantis, uma vez que em 2005 ampliamos o número de hospitais, faixa etária e agravos notificados, em relação a 2004.

FACILIDADES E DIFICULDADES

- Integração existente entre hospitais, município e profissionais de saúde imprescindível para o acolhimento e continuidade da assistência às crianças em alta hospitalar, como ponto facilitador e;
- Preenchimento incompleto dos prontuários nos hospitais e letra ilegível dificultando o acesso a informações primordiais para localização da criança na visita domiciliar e condução de assistência posterior, como ponto dificultador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vigilância sobre crianças em alta hospitalar, incluindo sua busca ativa, o diagnóstico das situações de risco e a intervenção dos profissionais de saúde no processo, possibilitou ao nível local, conhecer e gerenciar as causas de internação das crianças do território, intervindo de forma individual, sistemática e relevante para a saúde da população assistida.

No decorrer da ação, percebe-se a diminuição do agravamento das situações de risco detectadas e o melhoramento das condições de saúde das crianças. Surgem nas unidades de saúde, novos movimentos de pensar e agir diante da demanda, compreendendo e intensificando os cuidados e ações. Criam-se novas formas de abordagem nos territórios de saúde, facilitando o acesso das crianças em alta às unidades, contribuindo para a redução da morbi-mortalidade infantil no município e promoção da saúde integral da criança.

1ª EXPOGEST - Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS
TEMA - EIXO 1: Organização da Atenção Integral em Saúde
TÍTULO - Atenção a crianças menores de 5 anos em alta hospitalar: a experiência do município de Vitória/ES
AUTORES: SOUZA, Renata Riveira Amorim; GOMES, Nancy Pereira - renata.souza@vitoria.es.gov.br

INTRODUÇÃO
 Os riscos, no estado do Espírito Santo, a atenção integral à criança e o cuidado à maternidade constituem uma das prioridades centrais do Projeto Vitória da Criança, iniciado em 2004. Destacamos uma série de ações que possibilitaram o reconhecimento INEEL, entre elas, em outubro de 2005, o início oficial de atuação do SUS e SUS em nível municipal de saúde, promovendo de hospitais públicos, fortalecendo o conhecimento em SUS, através da integração de alta hospitalar (AH), a proposta nos setores de internações hospitalares, desde 2004, em Vitória, visando a identificação de alta hospitalar e melhorar a atenção prestada pelas unidades de saúde e suas equipes.

OBJETIVOS
 Realizar a integração facilitadora e a monitoração efetiva em crianças menores de cinco anos, garantindo a atenção integral de maneira em alta hospitalar.

METODOLOGIA
 Para promover a proposta, a equipe do programa Saúde da Criança realizou reuniões com representantes e profissionais dos hospitais públicos, municipais e convênios de SUS existentes no município, para identificação dos pontos de estrangulamento de pontos comprometidos e revisão do fluxo, onde foram discutidas com os envolvidos, visando como metas para o movimento que abarcava a U.S., U.S.M. e Unidades Federais. Realizou-se, ainda, com representantes e profissionais das unidades de saúde, reuniões a fim de identificar aspectos e discutir fluxos e ações para integração. A equipe Saúde da Criança atuou nos pontos de estrangulamento de pontos comprometidos e revisão do fluxo, onde foram discutidas com os envolvidos, visando como metas para o movimento que abarcava a U.S., U.S.M. e Unidades Federais. Realizou-se, ainda, com representantes e profissionais das unidades de saúde, reuniões a fim de identificar aspectos e discutir fluxos e ações para integração. A equipe Saúde da Criança atuou nos pontos de estrangulamento de pontos comprometidos e revisão do fluxo, onde foram discutidas com os envolvidos, visando como metas para o movimento que abarcava a U.S., U.S.M. e Unidades Federais.

RESULTADO
 INEEL - Índice de Atenção Integral em Saúde em Alta Hospitalar - Município de Vitória/ES. Ano: 2004 e 2005.

Em 2004 e 2005 consecutivamente, foram realizadas 964 e 1.038 visitas em alta hospitalar, do programa de saúde com o objetivo de obter dados, avaliando suas condições pós-alta, orientando as mães no domicílio e agendando consulta na U.S. 24 crianças foram reinternadas pós-alta em 2004 e 46 em 2005. Apesar do aumento no número absoluto de internações, podemos afirmar que a ação tem contribuído para diminuição das internações e óbitos infantis, uma vez que em 2005 ampliamos o número de hospitais, faixa etária e agravos notificados, em relação a 2004.

FACILIDADES E DIFICULDADES
 Integração existente entre hospitais, município e profissionais de saúde imprescindível para o acolhimento e continuidade da assistência às crianças em alta hospitalar, como ponto facilitador e;
 Preenchimento incompleto dos prontuários nos hospitais e letra ilegível dificultando o acesso a informações primordiais para localização da criança na visita domiciliar e condução de assistência posterior, como ponto dificultador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS
 A vigilância sobre crianças em alta hospitalar, incluindo sua busca ativa, o diagnóstico das situações de risco e a intervenção dos profissionais de saúde no processo, possibilitou ao nível local, conhecer e gerenciar as causas de internação das crianças do território, intervindo de forma individual, sistemática e relevante para a saúde da população assistida.



BUSCA ATIVA DE NASCIDOS VIVOS: A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA MUNICÍPE DE VITÓRIA - ES

Autor principal: Renilsa Silveira Amorim Souza

Outros Autores: Ana Maria Vasconcelos Guio

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES

Município: Vitória

Estado: Espírito Santo

INTRODUÇÃO

Em outubro de 2003, o município de Vitória, no Estado do Espírito Santo, implantou a Busca Ativa de Nascidos Vivos visando à organização da atenção à saúde da criança munícipe de Vitória e a redução da mortalidade infantil. A ação consiste em recolhimento das declarações de nascidos vivos, nas maternidades, digitação dos dados no SINASC, e envio das cópias das declarações, às unidades de saúde, para realização de visita domiciliar a todo recém-nascido e primeira consulta de puericultura. A organização do processo de monitoramento e o acompanhamento de todos recém-nascidos, munícipes de Vitória, nos territórios de saúde, mesmo aqueles em que a estratégia saúde da família não está implantada, possibilitam o envolvimento dos profissionais de saúde na meta de redução da mortalidade infantil, o acesso à rede básica de saúde, além da melhoria e qualificação da atenção prestada a essa população. Garante ainda a continuidade da assistência, conforme calendário de puericultura, realização do teste do pezinho; garantia de aplicação das vacinas do esquema básico de imunização, estímulo ao aleitamento materno e acompanhamento das doenças prevalentes na infância.

OBJETIVOS

Reduzir a mortalidade infantil em crianças menores de um ano, garantindo a assistência integral ao recém-nascido e crianças munícipes de Vitória.

METODOLOGIA

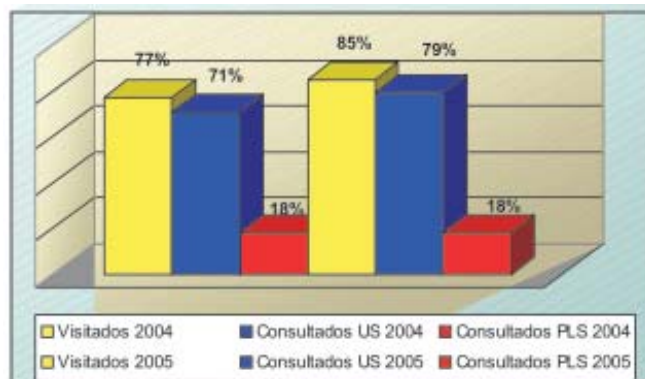
A busca ativa dos recém-nascidos é realizada pelas unidades de saúde municipais, para todos os nascidos vivos, residentes em Vitória. A informação de todos os nascimentos é gerada através da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), recolhidas nas maternidades por técnico do município e sistematizada através do SINASC. Após digitação, as DNV são separadas por território de abrangência, copiadas e distribuídas às unidades de saúde para acompanhamento. As equipes de saúde (enfermeiro e agente), ao receberem as DNV, identificam os recém-nascidos, classificam

sua situação de risco (risco ao nascer ou adquirido ou baixo risco), realizam a busca ativa através de visita domiciliar até 7º dia após nascimento e desenvolvem orientação sobre aleitamento materno, cuidados com o bebê, vacinação, teste do pezinho e agendamento da primeira consulta de puericultura até 10º dia de vida. O monitoramento subsequente do RN dá-se através das consultas de puericultura, conforme protocolo de atenção à saúde da criança municipal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e das doenças prevalentes na infância, busca ativa dos faltosos e palestras educativas.

As unidades de saúde devolvem mensalmente ao Programa Saúde da Criança, planilha com o resultado do acompanhamento individual de cada RN e consultas posteriores. Este acompanha o monitoramento dos nascidos vivos e das ações desenvolvidas e emite relatório trimestral da gestão do processo, para as unidades de saúde e gerências da SEMUS.

RESULTADOS

GRÁFICO I - Busca ativa de recém nascidos munícipes de Vitória/ES. Ano 2004 e 2005.



De janeiro a dezembro de 2004 nasceram 4.334 crianças no município de Vitória (SINASC). Foram enviadas às unidades de saúde, 3.781 DNV (87,2%). Desse total, 77% foram visitadas, 71% tiveram a primeira consulta médica agendada na unidade de saúde, 18% por plano de saúde, 10% não foram encontradas no



domicílio especificado na DNV e 4 crianças foram encaminhadas para adoção. A diferença entre dados do SINASC e DNV enviadas às US refere-se às crianças nascidas em maternidades fora do município.

Em 2005 nasceram 4.180 crianças no município de Vitória. Foram enviadas às unidades de saúde, 3.786 DNV (91%). Desse total, 85% foram visitadas, 79% consultadas na unidade de saúde e 18% no plano de saúde, 15% não foram encontradas no domicílio especificado na DNV e 2 crianças foram encaminhadas para adoção.

FACILIDADES E DIFICULDADES

- Preenchimento das planilhas de monitoramento pelas equipes de saúde e endereço errado nas DNV provenientes das maternidades, como ponto dificultador e;
- Comprometimento das equipes com a saúde infantil e organização do processo de trabalho, como ponto facilitador;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta ação representa a organização de uma rede integrada de atenção ao recém-nascido, que se inicia a partir da emissão da DNV, digitação dos dados no SINASC, acompanhamento dos nascidos vivos pelas unidades de saúde e monitoramento/consolidação dos dados pela equipe saúde da criança. Através da proposta, é possível extrair informações essenciais para planejamento de ações na área da criança, melhorando o acesso, a cobertura e a qualidade da atenção ao recém-nato, garantindo a continuidade da assistência até o 2º ano de vida, estabelecendo linhas de cuidado para os anos subsequentes.

Proporciona às equipes de saúde, novos movimentos de pensar e agir diante da demanda, compreendendo e intensificando os cuidados e ações em relação à saúde infantil, facilitando o acesso das crianças às unidades, contribuindo para a redução da morbimortalidade infantil e promoção da saúde integral da criança munícipe de Vitória.

1ª EXPOBESIT - Mostra Nacional de Inovações em Gestão no SUS
TEMA: EIXO 1 - Organização da Atenção Integral em Saúde
TÍTULO: Busca ativa de nascidos vivos: a organização da atenção à saúde da criança munícipe de Vitória/ES
AUTORES: SOUZA, Renilva Silveira Amorim; GUO, Ana Maria Vasconcelos
 saude.ciencia@vitoria.es.gov.br

INTRODUÇÃO
 De acordo com o SUS, o município de Vitória, no Estado do Espírito Santo, implantou a Busca Ativa de Nascidos Vivos, visando à organização da atenção à saúde da criança munícipe de Vitória e à redução da mortalidade infantil. A ação consiste em monitoramento das informações de nascidos vivos, nas maternidades, digitação dos dados no SINASC e envio das cópias das declarações às unidades de saúde, para realização de visita domiciliar e três visitas domiciliares e primeira consulta de pediatria. A organização do processo de monitoramento e o acompanhamento de todas as mães nascidas de filhos, nas unidades de saúde, mesmo aquelas em que a estratégia básica de família não está implementada, possibilita o envolvimento dos profissionais de saúde na rede de atenção da maternidade infantil, e acesso à rede básica de saúde, além da melhoria e qualificação da atenção prestada à mãe e ao bebê.

OBJETIVOS
 Realizar a mortalidade infantil em crianças menores de um ano, garantindo a assistência integral ao recém-nascido criança munícipe de Vitória.

JUSTIFICATIVA
 A busca ativa dos recém-nascidos é realizada pelas unidades de saúde municipais, para todas as crianças vivas, residentes em Vitória. A informação de todos os nascimentos é gerada através da declaração de nascidos vivos (DNV), emitidas nas maternidades e encaminhadas através do SINASC. As DNV são enviadas por formulário de abrangência, sigiloso e distribuídas às unidades de saúde para acompanhamento. As equipes de saúde conferem e registram os nascidos em áreas identificadas no sistema eletrônico, realizam as visitas domiciliares até o 1º dia após o nascimento e desenvolvem a primeira consulta de pediatria, coletando com o SUS, a informação, todos os dados e acompanhamento da primeira consulta de pediatria até o 2º dia de vida. O monitoramento subsequente do RN de se observar em: consultas de pediatria, conforme prazos de atenção à saúde da criança munícipe; acompanhamento de monitoramento e desenvolvimento e das doenças prevalentes na infância, nos primeiros meses e primeiros anos de vida.

RESULTADOS
 OBRVES 1 - Busca Ativa de Nascidos Vivos: Município de Vitória, anos 2004 e 2005.

De janeiro a dezembro de 2004 nasceram 4.230 crianças no município de Vitória (DNV=3.786), 89% foram visitadas, 79% foram consultadas, 18% não foram encontradas no domicílio especificado na DNV e 2 crianças foram encaminhadas para adoção. A estratégia básica de família do SINASC, e DNV enviados às US referem-se às crianças nascidas em maternidades fora do município.

Em 2005 nasceram 4.300 crianças no município de Vitória. Foram enviadas às unidades de saúde, 3.786 DNV (88%), 85% foram visitadas, 79% consultadas na unidade de saúde e 18% no plano de saúde, 15% não foram encontradas no domicílio especificado na DNV e 2 crianças foram encaminhadas para adoção.

FACILIDADES E DIFICULDADES
 ■ Preenchimento das planilhas de monitoramento pelas equipes de saúde e endereço errado nas DNV provenientes das maternidades, como ponto dificultador e;
 ■ Comprometimento das equipes com a saúde infantil e organização do processo de trabalho, como ponto facilitador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS
 Esta ação representa a organização de uma rede integrada de atenção ao recém-nascido, que se inicia a partir da emissão da DNV, digitação dos dados no SINASC, acompanhamento das mães em todas as unidades de saúde e monitoramento/consolidação dos dados pela equipe saúde da criança. Através da proposta, é possível extrair informações essenciais para planejamento de ações na área da criança, melhorando o acesso, a cobertura e a qualidade da atenção ao recém-nato, garantindo a continuidade da assistência até o 2º ano de vida, estabelecendo linhas de cuidado para os anos subsequentes.

Proporciona às equipes de saúde, novos movimentos de pensar e agir diante da demanda, compreendendo e intensificando os cuidados e ações em relação à saúde infantil, facilitando o acesso das crianças às unidades, contribuindo para a redução da morbimortalidade infantil e promoção da saúde integral da criança munícipe de Vitória.



CONSTRUINDO A ARTICULAÇÃO ENTRE A VIGILÂNCIA E A ATENÇÃO À SAÚDE EM LAURO DE FREITAS - BAHIA; 2005

Autor principal: Rita de Cássia Franco Rêgo

Outros Autores: Humberto Torreão; Ieda Franco; Graziela Araújo;

Maria Hercília Valadares; Valéria Dantas

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Lauro de Freitas e

Faculdade de Medicina da UFBA

Município: Salvador

Estado: Bahia

Eixo Temático - Articulação entre serviços de vigilância e atenção a saúde.

Ao assumir a nova gestão em 2005 a Prefeitura Municipal de Lauro de Freitas, através da Secretaria Municipal de Saúde, definiu como Projeto de Governo diretrizes políticas de saúde que promovam a aproximação da gestão ao cidadão, reconhecendo-o como sujeito ativo na luta pela redução das desigualdades, adotando como princípio e estratégias de inclusão social: a promoção da universalidade, da equidade e da integralidade; o fortalecimento das instâncias de pactuação e controle social; o fortalecimento da gestão descentralizada do SUS; a regionalização da rede de serviços de saúde; a adoção do modelo de vigilância à saúde como base para a reorientação do modelo assistencial de saúde, tendo na Atenção Básica a sua base organizativa, ampliando a estratégia de saúde da família e a distritalização das regiões para facilitar o planejamento administrativo organizacional e o desenvolvimento das ações e serviços de saúde em cada localidade.

A *Atenção Básica* está organizada sob a lógica da distritalização com cinco (05) Distritos Sanitários. Em 2004, havia 5 equipes e ao final de 2005 ampliamos para 14 equipes, cerca de 35% da população. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) - que tinha 114 agentes - atingia uma cobertura de 40%; concluímos em 2005 com 253 agentes, alcançando uma cobertura (em potencial) de 90%, significando uma ampliação (em potencial) de ações diretas e domiciliares de saúde para 70.890 munícipes que não tinham acesso anteriormente. Em apenas um ano, nas áreas cobertas pelo PACS notou-se redução da *Taxa de Mortalidade Infantil* de 19,8 para 17,7 por 1.000 nascidos vivos, redução nas *Taxas de Internação por Infecção Respiratória Aguda e por Doenças Infecciosas e Parasitárias* em menores de 05 anos. Estes índices podem ser reflexos da ampliação e da qualificação do acesso das famílias a ações de saúde.

Com relação à *Atenção a Adultos*, atualmente temos cadastrados no Sistema de Informação do 3.433 usuários portadores de diabetes e/ou hipertensão, todos acompanhados e com acesso aos medicamentos oferecidos pelo município. Dentre os indicadores analisados o que apresentou maior impacto foi a

taxa de internação por ICC, cujo declínio dos resultados alcançados do ano de 2004 para o ano de 2005 foi de 16,27% (caiu de 24,68% para 8,41%).

O Centro de Saúde Nelson Barros teve seu quadro de *especialidades clínicas* ampliado de 2 para 7 especialidades. Nos primeiros três meses de gestão foram atendidos em média 220 pacientes/mês, e no final do ano são atendidos em média 930 pacientes/mês, correspondendo a 24.940 consultas em 2005.

O *Laboratório* voltou a funcionar após 02 anos sem funcionamento. Na época que funcionava, o laboratório ofertava 08 tipos de exames e nesta gestão foi re-inaugurado ofertando 56 tipos de exames, realizando 69.493 exames em 2005, ampliando para 83,5% a cobertura do teste de pezinho.

O SAMU foi implantado em outubro de 2005 e realizou 289 atendimentos/mês desde a sua implantação, sendo as três principais demandas casos de hipertensão, distúrbios psiquiátricos e atendimento a gestante. A Análise dos atendimentos de Urgência e Emergência no município revela crescimento dos atendimentos na emergência do Nelson Barros com 35.451 atendimentos/ano, 2.954 atendimentos/mês e no Hospital Jorge Novis com 62.257 atendimentos/ano, 5.188 atendimentos/mês.

Também foi implantado o CAPS II de Lauro de Freitas com oferta de serviço para pessoas com sofrimento psíquico severos e/ou persistentes. O CAPS acolheu 174 pacientes desde sua implantação, uma média de 44 pacientes/mês. Já realizou 398 atendimentos das diferentes especialidades.

Foi implantada também a assistência farmacêutica que não existia no município, foram dispensadas cerca de 85.187 receitas no ano de 2005; se considerarmos a população (aprox. 141.280 habitantes), podemos dizer que 50% da população de Lauro de Freitas teve acesso a algum medicamento nas farmácias do município distribuídas nas 12 unidades de saúde da rede municipal. Entre janeiro e novembro houve um aumento de quase 07 vezes o número de receitas dispensadas, o que significa um aumento de mais de 300% no acesso da população a medicamentos no município.



No campo da vigilância de doenças e agravos o destaque é a imunização que das 06 metas de cobertura pactuadas para o programa de imunização 05 foram alcançadas com coberturas acima de 95%; apenas a hepatite B não conseguimos alcançar, apesar de termos ficado bem próximo (91,75%) da meta de 95%. Dos municípios da região metropolitana, Lauro de Freitas é o que tem a maior cobertura da Tríplice Viral (109,8%).

Foi implantada a vigilância ambiental e de saúde de trabalhador. A vigilância epidemiológica vem trabalhando em conjunto com o PSF. A vigilância ambiental vem realizando o controle nos pontos do sistema de abastecimento e avaliando os reservatórios e bebedouros de escolas municipais, além de elaboração junto à assistência do plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Em um trabalho conjunto da vigilância epidemiológica e assistência, foram retomados os programas de tuberculose, resgatando vários casos de abandono que retornaram ao tratamento e um maior controle do programa de endemias. A partir da identificação de casos de esquistossomose pelo PSF em área de habitação precária, a vigilância realizou um mini-inquérito desta doença quando foram identificados 32,5% de casos de esquistossomose, que foram encaminhados e tratados pelas equipes de saúde da família. O controle de focos, as ações educativas conjuntas entre a vigilância e a assistência e a implantação de casas populares vem reduzindo a incidência desta doença nas áreas de risco.

A Saúde em Lauro de Freitas teve um crescimento quantitativo e qualitativo em 2005. Esta buscando implantar a vigilância à saúde a partir da assistência. Para o primeiro ano de gestão muita coisa foi realizada: ampliamos a atenção básica, as ações de vigilância à saúde, os serviços de urgência e emergência com a implantação do SAMU 192, implantamos o CAPS II, ampliamos o serviço de laboratório e a distribuição de medicamentos, mas principalmente estamos conseguindo desfragmentar as ações de vigilância e assistência no território. Mas enfim, se trata de um SUS em construção.



TERRITORIALIZAÇÃO UMA ALTERNATIVA DE ACESSO A POPULAÇÃO DA ÁREA RURAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Autor principal: Roberto dos Reis Ferreira Cortês

Outros Autores: Danniela Silva Coutinho; Fernanda Barros do Nascimento;

Marisilda Brochado Ranzeiro

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

O Programa Saúde da Família, estratégia do Ministério da Saúde, foi implantada em Brasília, em fevereiro de 2004, pela Fundação Zerbini em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 14 regionais. Baseado na vigilância à saúde de uma população conhecida, num território delimitado e na formação de vínculo com a comunidade, requer ampliação da visão e readequação da concepção do binômio saúde-doença por parte dos profissionais envolvidos (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião dentista, técnico de higiene dental, auxiliar de consultório dentário). O trabalho foi desenvolvido na área rural da Regional de Saúde do Paranoá e mostra alternativa de acesso desta população ao serviço de saúde. Durante territorialização por todos os membros da equipe, mapeou-se o espaço geográfico utilizando como instrumento para o desenvolvimento das ações em saúde. O cadastramento das famílias permitiu o levantamento do perfil sócio econômico cultural da população. Fatores como a falta de transporte coletivo, longas distâncias a serem percorridas e baixo poder aquisitivo levaram a equipe de PSF rural, buscar alternativas. Sendo assim, o deslocamento da equipe para áreas distantes da unidade de saúde com número de famílias significativo foi uma alternativa de acesso encontrada. A equipe PFS utiliza transporte terceirizado (transporte utilitário tipo "van"), além de carros disponibilizados eventualmente através de parcerias com a EMATER-DF e associações de moradores. Empresas privadas também participam levando seus funcionários até a área de atendimento, tornando assim o acesso mais universal.



CENTRO DE REFERÊNCIA MATERNO INFANTIL/BENTO GONÇALVES R/S

Autor principal: Roberto Onório Miele

Outros Autores: Elaine de Oliveira Vargas; Sônia Dalla Corte; Maria da Graça de Rossi; Karina Paggi; Izadora Zir

Instituição: Centro de Referência Materno Infantil/Secretaria Municipal de Saúde De Bento Gonçalves

Município: Bento Gonçalves

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

O Centro de Referência Materno-Infantil constitui um projeto pioneiro em nível regional na saúde da mulher e da criança. Foi criado a partir do reconhecimento da necessidade de criar ações preventivas eficazes de enfrentamento da morbi-mortalidade infantil.

OBJETIVOS

No objetivo de dar suporte às Unidades Básicas fez-se necessária a implantação de um serviço de maior complexidade com acesso a exames e profissionais tecnicamente preparados que assegurasse maior qualidade à saúde da mulher e por conseguinte das crianças de risco desde a gestação até os 2 anos de idade.

METODOLOGIA

A clientela foi definida a partir dos fatores de risco apontados pela literatura e pelas estatísticas vitais do município (demanda local).

A definição da equipe multidisciplinar e seus critérios de funcionamento foi feita de acordo com as necessidades consideradas fundamentais para a prestação de um atendimento integral ao paciente. Atualmente a equipe é composta por: 3 pediatras (uma exerce funções de coordenação geral da equipe), 3 gineco-obstetras, 1 ecografista, 2 odontopediatras, 1 terapeuta em estimulação precoce, 1 fisioterapeuta, 1 fonoaudióloga, 2 psicólogas (4 estagiárias de psicologia), 1 psiquiatra, 1 pneumo-pediatra, 1 assistente social, 1 nutricionista, 2 enfermeiras, auxiliares administrativos e de enfermagem.

PRODUTOS

O CRMI é um posto de atendimento médico secundário, ou seja, os pacientes não procuram o Centro espontaneamente, mas chegam a ele através de encaminhamentos. Estes provêm das demais Unidades Básicas de Saúde da Rede Municipal e do Hospital de Referência da cidade, quando o bebê ou a mulher/gestante

preenche um ou mais critérios de risco pré-definidos. No momento em que o paciente inicia o atendimento em um dos dois serviços-base (Pediatria ou Gineco-Obstetrícia), automaticamente pode ser beneficiado com os atendimentos de profissionais de diversas áreas (Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Pneumologia, Nutrição, Estimulação Precoce, Odontologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psiquiatria) a partir de encaminhamento interno conforme os fatores de risco de cada paciente.

Todos os pacientes quando da primeira consulta, são avaliados também pela assistente social e enfermeira.

Aos demais profissionais é feito o agendamento automático, conforme a necessidade, a partir da avaliação médica ou da discussão de caso com a equipe. Semanalmente são feitos estudos de casos clínicos com os profissionais envolvidos no cuidado de cada paciente, traçando-se, assim, um plano de atendimento individualizado.

Crítérios de Encaminhamento ao Serviço de Pediatria:

Malformação congênita, gêmeos, síndromes, peso de nascimento abaixo de 2.500g, APGAR no quinto minuto abaixo de 8, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, duas hospitalizações até os 6 meses de idade, três ou mais hospitalizações até os 11 meses de idade, peso abaixo do percentil 10 da Carteira de Saúde da Criança; infecções congênitas: sífilis / toxoplasmose / citomegalovírus / rubéola / herpes / hepatites, todos os recém nascidos e lactentes até 12 meses de vida incompletos que hospitalizaram na UTI pediátrica, mãe com retardo mental ou doença psiquiátrica em tratamento, mãe com idade abaixo de 18 anos e meningite até os 2 anos de vida.

Crítérios de Encaminhamento ao Serviço de Gineco-Obstetrícia:

Gestação de alto risco, patologia Mamária, anticoncepção, patologia genital inferior e climatério.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

• Necessidade de ampliar parcerias com entidades governamentais e não governamentais envolvidas no atendimento



da infância, estabelecendo definitivamente a necessidade de ações intersetoriais no atendimento a criança de risco. Nossas parcerias são APAE, Secretaria municipal de Ação Social e Cidadania, Secretaria Municipal de Educação, Conselho Tutelar, COMDICA, Pastoral da Criança, Imprensa, Empresas, ONGS e Primeira Infância Melhor.

- Ênfase à humanização, caracterizada por: agendamento prévio e reagendamento automático (extinção de filas pela busca espontânea), visitas domiciliares, acolhimento na primeira consulta, busca ativa dos faltosos (em geral as crianças de maior risco), maior tempo para realização dos atendimentos, discussão de casos. Saliente-se que a humanização não beneficia só o paciente, mas também os profissionais envolvidos que se sentem mais valorizados e motivados no desempenho de suas funções;

- Ênfase à atualização dos profissionais através da participação em congressos, cursos de extensão, etc. inclusive apresentando trabalhos a fim de divulgar a proposta do serviço;

- Necessidade de implantação de um banco de dados com a finalidade avaliações qualitativas e quantitativas de todas as atividades desenvolvidas.



BAILE DA FELIZIDADE: UM EXEMPLO DE PARCEIRA ENTRE SERVIÇO DE SAÚDE E COMUNIDADE

Autor principal: Rosana Aparecida Garcia

Outros Autores: Maria Andrade Gil (Comunidade Cristã NOssa Senhora da Libertação)

Instituição: Rosana Aparecida GArcia

Município: Campinas

Estado: São Paulo

Este trabalho relata uma experiência em promoção a saúde e intersetorialidade relacionada a terceira idade. Na maioria dos Centros de Saúde a Hipertensão Arterial constitui-se um problema de saúde pública e que leva as equipes de saúde a refletir práticas e processos de trabalho, priorizando ações destinadas a esta população usuária. No Centro de Saúde Santa Lucia, localizado no Distrito Sudoeste de Campinas, estado de São Paulo, esta problemática também era priorizada tendo outra ênfase no entanto: como a procura pelo procedimento “medir pressão” era algo que acontecia de forma constante por idosos, mesmo tendo sua pressão controlada, a UBS passou a questionar qual seria a real necessidade deste idosos ao virem com tanta frequência ao serviço de saúde. Ao mesmo tempo que alguns componentes da equipe traduziam este comportamento como sendo um “costume e um ritual” desta população, outros questionavam a questão “solidão” destes usuários que, por serem aposentados em sua maioria, compareciam ao serviço como que encontrando um espaço para conversar; interagir e realizar trocas importantes para a sua vida. A discussão foi ampliada para o Núcleo de Saúde Coletiva e Conselho Local de Saúde, fóruns legítimos na gestão participativa, além de representantes da Pastoral da Saúde da região, e o entendimento era de que a vinda destes idosos era devido a solidão que sentiam em seus lares e que, enquanto esperavam o atendimento, conversavam entre si, trocavam nomes de remédios, formulas mágicas para sararem de alguns problemas de saúde, simpatias, e não se preocupavam com a demora no atendimento, uma vez que o objetivo central desta procura não era o procedimento em si (medir pressão, passar por consulta medica) e sim, conversar com alguém e ser ouvido por alguém.

Foi quando pensou-se em criar um baile, idéia inicialmente muito tímida e receosa, mas que surgiu com uma vontade do serviço local e da Pastoral da Saúde de forma muito parceira. Desta forma o Centro de Saúde ofereceu uma equipe de trabalho para divulgar, realizar contatos com outros setores da prefeitura local e da sociedade civil, além de técnicos para atividades específicas (palestras, dentre outros). A Comunidade Religiosa local¹ ofereceu o espaço físico do salão da Igreja, para que esta atividade fosse realizada. O objetivo principal era de realizar um espaço de convívio, lazer, troca de idéias, de atenção, de circulação de afeto, sentimentos, além de contribuir para aumentar a auto-estima e o auto-cuidado.

Pensando coletivamente o problema, foi construído um projeto direcionado a terceira idade da região que foi denominado

Projeto Felicidade, onde um baile semanal seria realizado em parceria com a Comunidade Cristã Nossa Senhora da Libertação, que cederia o espaço físico e o Centro de Saúde que estabeleceria relações mais solidárias e humanitárias com a população usuária desta faixa etária.

O Baile teve início de forma tímida em maio de 2002, com apenas 30 pessoas e com o som de um toca CD. Uma semana após, este número foi crescendo e hoje, após 4 anos de início, este trabalho mantém-se com mais de 100 pessoas que se reúnem semanalmente para um momento de lazer, convívio e bem estar, e sanfoneiros e violeiros não faltam ao Baile nos dias atuais

Esta vivência demonstra não somente relações mais humanizadas e éticas entre serviço de Saúde e comunidade, como também traz indicadores de qualidade de vida, que foram avaliados pelos Agentes de Saúde e que constam de: percepção dos idosos de que sua auto-estima foi elevada após início deste projeto, reconhecimento de que existe um local onde os idosos podem se encontrar e lidar com suas alegrias, ansiedades e tristezas, dentre outros. Também a procura pelo serviço de saúde tendeu a diminuir ao realizar esta ação na comunidade.

O Conselho Municipal do Idoso e da Câmara Municipal de Campinas reconheceu este trabalho como uma ação em saúde coletiva através de uma homenagem oficial e de um Diploma de Honra ao Mérito.

Este trabalho demonstra que a construção de parcerias entre serviço de saúde e comunidade, além de estreitar os laços de solidariedade entre estes sujeitos, é impactante na saúde dos idosos locais que diminuiriam suas vindas a Unidade de Saúde, como também de um crescimento para a Equipe de Saúde que aprende com este convívio popular. A experiência do Centro de Saúde Santa Lucia localizado em Campinas Estado de São Paulo, tem impactado não somente no setor público como na sociedade civil. Temos comprovação de que é um trabalho pioneiro nesta área, que mobilizou a atenção de vários setores e tem servido de reflexão não somente quanto a prioridade deste grupo a qual se destina, mas como reflexão para os profissionais que estão envolvidos.

¹ Comunidade Cristã Nossa Senhora da Libertação da Paróquia Santa Luzia / Campinas / São Paulo



PESQUISA PARA VERIFICAR A SATISFAÇÃO DO CLIENTE REFERENTE ATENDIMENTO DO HOSPITAL

Autor principal: Rosana de Castro Silveira Pimenta

Instituição: Hospital Santa Lucinda -FSP-PUC-SP-CCMB/Sorocaba

Município: Sorocaba

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Buscando desenvolver um trabalho voltado para humanização do atendimento, conscientes que a satisfação do cliente é um dos focos principais dos serviços de saúde e considerando que o mesmo é parte integrante da equipe, o Hospital Santa Lucinda verificou a necessidade de manter um canal aberto com seus usuários e acompanhantes para detectar suas expectativas referentes ao atendimento prestado pela equipe do hospital na ocasião de uma internação.

Cabe ressaltar que através desta oportunidade o cliente tem a possibilidade de exercer o seu direito de cidadão e consumidor, opinando sobre os serviços prestados.

OBJETIVOS

Temos como objetivo principal analisar a opinião dos nossos clientes referente ao atendimento recebido pela nossa equipe, detectar possíveis ações para melhorias e atuar prontamente nas solicitações que forem viáveis e possíveis dentro do ambiente hospitalar.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada é a distribuição de questionário (que foi elaborado conforme normativas técnicas do CQH¹) a todos clientes que utilizam os serviços prestados pelo hospital.

1. CQH (Controle de Qualidade do Atendimento) – Programa que visa contribuir para melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde mediante metodologia específica.

No questionário são analisados as áreas: Recepção, Enfermagem, Atendimento Médico, Alimentação, Higiene Hospitalar e Enxoval Hospitalar, podendo citar outras convenientes.

Disponibilizamos um espaço para sugestões e se o usuário recomendaria o hospital para amigos e parentes.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Após retorno dos questionários devidamente preenchidos, o Serviço Social juntamente com o SAME (Serviço de Arquivo

Médico e Estatística), realiza a tabulação dos dados e divide por categoria: Questionários com comentários, sem comentários, sem preenchimento.

Os questionários com comentários são subdivididos em sugestões, elogios e intercorrências.

A estatística é realizada mensalmente e após análise, o Serviço Social elabora planilhas e gráficos que são passados para diretoria e gerentes de departamentos.

Na reunião gerencial discutem-se as possíveis intercorrências, análise das sugestões e tomam-se as providências cabíveis.

Os gráficos são divulgados nos quadros de aviso do hospital para conhecimento dos funcionários e objetivando disseminar e estimular o bom atendimento.

O retorno dos questionários é um ponto importante e obtivemos após análise trimestral de Janeiro à Março de 2006 um índice de retorno de 74,97%.

Cabe ressaltar que em determinados casos o Serviço Social realiza contato pessoal com o cliente, para esclarecimentos e posicionamento, de condutas que foram tomadas referente à sugestão/reclamação abordada.

Verificamos através deste trabalho constantes solicitações referentes a conforto dos clientes e acesso dos familiares sendo que, após análise e discussão com a equipe providenciamos: Televisão para os quartos, cadeiras para acompanhantes, possibilidade de liberação de acompanhantes para pacientes que não se enquadram na lei Estatuto da Criança e Adolescente e Estatuto do Idoso, Implantação de visita noturna na UTI Adulto, Liberação da visita dos pais na UTI Neonatal, Liberação de visita na maternidade durante período diurno, Liberação de visita paterna na pediatria, Música ambiente na UTI Adulto e Neonatal e Enfermarias com no máximo dois leitos.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA FACILIDADES E DIFICULDADES

A realização deste trabalho possibilitou a avaliação das expectativas dos clientes referentes às melhorias necessárias e adequações conforme possibilidades do hospital, facilitando assim



alcançar o nosso objetivo de satisfação do cliente além de atendimento com qualidade. Não encontramos dificuldades relevantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando o trabalho desenvolvido verificamos que o seu conteúdo reflete alguns objetivos do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, como buscar iniciativas para melhorar o contato humano entre profissionais de saúde e usuário, entre os próprios profissionais e entre o hospital e comunidade, garantindo o bom funcionamento do SUS e incentivando a participação social na gestão de serviços de saúde.

Com a realização desta pesquisa podemos observar que o retorno é positivo e gratificante, pois conseguimos obter resultados satisfatórios e adequar ações para melhorias, considerando as opiniões dos nossos clientes que é o foco do nosso trabalho.

I. CQH (Controle de Qualidade do Atendimento) – Programa que visa contribuir para melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde mediante metodologia específica.



FERRAMENTA PARA CONTROLE DE DIETAS ONLINE

Autor principal: Rosane Scssel Garcia

Outros Autores: Beatriz da Silva Ribeiro

Instituição: Hospital Escolar / Universidade Federal de Pelotas / Fundação de Apoio Universitário

Município: Pelotas

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Sistema de nutrição clínica desenvolvido pela ADS Web - FAU inicialmente para o setor de Nutrição Clínica do Hospital Escola UFPel/FAU para ser usado por nutricionistas que fazem atendimento a pacientes, e também como ferramenta de ensino para estudantes do curso de nutrição, podendo posteriormente ser alugado para profissionais ou clínicas nutricionais, pois é uma ferramenta que pode ser acessada via web, sem necessidade de instalação, apenas necessitando o usuário possuir um computador conectado à internet.

Como se trata de um software acessado via web, através de um navegador de internet, os usuários cadastrados podem usar

esta ferramenta de qualquer lugar do mundo, a qualquer hora, com a segurança de nunca perder seus dados devido a algum problema em seu computador.

OBJETIVOS

Agilizar e otimizar o atendimento de pacientes do Hospital Escola UFPel/FAU;

Auxiliar na aprendizagem dos estudantes do curso de Nutrição;

Armazenar os dados de pacientes atendidos e suas respectivas dietas de forma a facilitar posteriores consultas;

METODOLOGIA

Com a necessidade do desenvolvimento do sistema foi feito um levantamento de informações com nutricionistas do Hospital Escola UFPel/FAU. Após a análise das informações, foi criado o banco de dados, baseando-se na proposta levantada durante a análise dos processos necessários para um bom atendimento em nutrição clínica.

Após testes em um servidor de trabalho, este sistema foi implantado e já se encontra em funcionamento, sendo usado então por nutricionistas, docentes e estagiários do Hospital Escola UFPel/FAU.

PRODUTOS

Neste software é possível cadastrar alimentos, suas composições químicas, combinar diferentes tipos de alimentos, recomendações de dietas de acordo com a faixa etária e estado o fisiológico dos pacientes, onde são calculados automaticamente todos os dados a dieta, tais como calorias, proteínas, lipídios, etc, criar um cardápio para o paciente de acordo com as suas necessidades, além de imprimir relatórios de análise de pacientes, orientação dietética, e também relatórios contendo as composições químicas de todos os alimentos cadastrados no sistema.

O sistema oferece uma interface amigável, de fácil manipulação, e foi criado baseado nas necessidades diárias de profissionais de nutrição clínica.

FERRAMENTA DE ANÁLISE DE DIETAS PARA PACIENTES/SUS

AUTORES: Rosane Scssel Garcia, Patrícia Abrantes Duval, Maria Cecília Formoso Assunção, Deriva Halpen Silveira, Beatriz da Silva Ribeiro, Raquel Franz Sanchez

LOCAL DE APLICAÇÃO

- Hospital Escola UFPel/FAU

OBJETIVOS

- Agilizar e otimizar o atendimento nutricional dos pacientes.
- Contribuir no processo de aprendizagem dos acadêmicos da nutrição do Hospital.
- Armazenar os dados dos pacientes atendidos e suas respectivas dietas, facilitando seu acompanhamento.

PÚBLICO-ALVO

- Pacientes atendidos no Hospital Escola UFPel/FAU.

FUNCIONALIDADE

- Software acessado via web.
- Análise realizada através de Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (TACO) e Tabela de Composição de Alimentos dos Estados Unidos (USDA).
- Recomendações atualizadas pelas Dietary Reference Intakes (DRI).
- Confabilidade e agilidade na busca de dados.

The infographic also displays several screenshots of the software interface, including a main menu, a patient data entry form, and various reports and charts.

HOSPITAL ESCOLA **FAU** **ADS**



APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Com este trabalho observa-se a grande importância da informática como ferramenta auxiliar aos mais diferentes tipos de trabalhos realizados.

Nota-se o diferencial desta ferramenta, interatividade, facilidade e objetividade em seus resultados, situação esta pouco encontrada em outros recursos disponíveis no mercado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na construção deste sistema, levou-se em consideração principalmente a sua usabilidade, ou seja, criou-se uma ferramenta de fácil manipulação, com uma interface agradável ao usuário, objetiva e dinâmica, objetivando agilizar o processo de trabalho dos profissionais de nutrição, de forma que o sistema faz todos os cálculos necessários de uma dieta balanceada em poucas etapas.



CENTRAL INFORMATIZADA DE PROCEDIMENTOS SUBSISTEMA INTEGRAÇÃO MONITORAMENTO DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE A USUÁRIOS SUS/CURITIBA

Autor Principal: Rosane Tumelero Fanchin

Outros Autores: Ana Luiza Scheneider Gondim

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Município: Curitiba

Estado: Paraná

A implantação do sistema informatizado do “Cartão Qualidade Saúde”, no ano de 1998, na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, determinou mudanças importantes no modelo de gestão municipal. Através da Tecnologia da Informação foram introduzidos novos processos de trabalho com vistas à regulação dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares aos usuários do SUS Curitiba. Dentre as diversas funcionalidades do sistema da Central Informatizada de Regulação de Procedimentos destacamos o subsistema “INTEGRAÇÃO” implantado em outubro de 2003 e que viabiliza o registro do atendimento destes usuários nos diversos níveis de atenção ambulatorial e hospitalar na rede própria e credenciada. A rede de atendimento SUS Curitiba possui acesso a esta tecnologia por meio eletrônico, utilizando-se da Internet, onde se monitora desde as consultas e exames especializados até os internamentos hospitalares. Ao gestor municipal esta ferramenta é primordial, pois permite avaliar a quantidade dos atendimentos agendados e realizados, assim como lhe permite monitorar a continuidade da atenção até a sua finalização ou resolução. Monitorar o registro do atendimento especializado da atenção à saúde dos usuários do SUS/Curitiba nos diversos níveis da assistência ambulatorial e hospitalar e garantir a integralidade deste com qualidade do serviço prestado são os principais objetivos deste instrumento gerencial. O subsistema integração é parte da Central Informatizada de Regulação de Procedimentos, onde se registram as solicitações de atendimentos à consulta e exames especializados, no âmbito ambulatorial. Este registro parte do pressuposto que todo o usuário morador do município de Curitiba que necessite de atendimento na rede SUS esteja cadastrado na Unidade Municipal de Saúde responsável pelo território de abrangência do endereço deste morador. Para usuários de outros municípios do estado do Paraná o cadastramento acontece nas 22 Regionais de Saúde do estado autorizadas a acessar o sistema em questão. O cadastramento destes usuários no sistema se caracteriza como pré-requisito para que o mesmo tenha acesso garantido aos procedimentos nos demais níveis de atenção à saúde. Na rede de estabelecimentos próprios do município (todos informatizados) o atendimento médico é registrado no prontuário eletrônico, que interligada ao subsistema Integração procede ao referenciamento e agendamento para consultas e ou exames, especializados nos prestadores credenciados e ou próprios. O usuário

comparecendo a consulta e ou exame caberá ao profissional/prestador acessar o sistema informatizado através da Internet e registrar que realizou o procedimento em questão, havendo necessidade da continuidade do atendimento deste usuário e ou reencaminhar para outro profissional e ou outra especialidade médica no próprio ambulatório ou outro qualquer a consulta poderá ser agendada eletronicamente. Todos estes procedimentos permanecem registrados no prontuário eletrônico dos usuários facilitando o monitoramento dos atendimentos em questão. Destaca-se como principal resultado a garantia da integralidade da atenção à saúde, viabilizada através do monitoramento do atendimento especializado dos usuários SUS/Curitiba nos diversos níveis da assistência ambulatorial e hospitalar. Após dois anos da implantação do sistema Integração o município conta com 103 unidades de saúde municipais, 22 regionais representando 398 municípios do estado do Paraná e 43 estabelecimentos credenciados interligados totalizando 1831 profissionais autorizados a acessar o sistema simultaneamente, resultando numa média de registros de 57 mil consultas iniciais e 30 mil exames regulados pelo sistema por mês.

Podemos afirmar que a tecnologia da Informação através do subsistema Integração influenciou diretamente no processo de reorganização do atendimento às solicitações de procedimentos ambulatoriais eletivos de média complexidade, mais especificamente nas consultas e exames especializados, pois anteriormente, o fluxo de atendimento a estes usuários estava organizado de forma fragmentada exigindo deste o deslocamento a vários locais a fim de ter a garantia do seu atendimento. Apesar de todos os benefícios decorrentes da informatização destes processos nosso desafio continua pois necessitamos implementar o processo de contra referência retornando o usuário a Unidade Municipal de Saúde de sua abrangência e ou município de residência a fim de fortalecer a integralidade deste atendimento. O processo de mudança implica no conhecimento das necessidades dos atores envolvidos, ajustadas a realidade e na preparação para promover transformações futuras. A construção da rede informatizada pelo gestor do SUS em Curitiba passou por várias mudanças desde sua implantação em 1998, sempre focando a realidade das necessidades dos usuários. Como a realidade da população está em constante transformação o desafio para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde passa a ser contínuo.



SISTEMA DE VIGILÂNCIA MATERNO-INFANTIL (SISVIMI) EM SANTOS/SP

Autor principal: Roseine Fortes Patella

Outros Autores: Sarah Jane Barbosa dos Santos; Maria Ângela Bellegarde Fernandes; Regina Célia da Luz Bernardino; Rita de Cássia Santos Monteiro; Maria da Conceição Santos Moraes; Vera Aparecida Andrade

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Santos/SP

Município: Santos

Estado: São Paulo

O conceito de vigilância em saúde surge como uma intervenção na organização dos serviços, por exemplo com o uso do enfoque de risco na assistência à saúde. O município de Santos/SP esforça-se por implementar o SUS a partir de 1989, estruturando serviços considerados como referência nacional e internacional. A preocupação com a qualidade da assistência aliada ao trabalho preventivo levou à melhoria de alguns indicadores, como por exemplo, à redução do Coeficiente de Mortalidade Infantil – CMI (13/1000 em 2005). Porém para alcançar a meta de um dígito é necessário operacionalizar a vigilância do seu principal componente: o período peri-natal. Já associadas à evolução da morbi-mortalidade infantil e avaliadas como uma oportunidade de mudança no perfil dos profissionais de saúde, de percepção do envolvimento diferenciado das crianças no processo saúde-doença, são principalmente as rotinas e iniciativas do Programa do Recém-Nascido de Risco – PRNR que se constituem como ponte a tentar integrar o “vigiar” e o “assistir”, focar o olhar sobre a díade mãe-recém-nascido, almejando alcançá-los ainda enquanto são “um” : a gestante. Implantado em janeiro de 1991 pela Secretaria Municipal de Saúde o PRNR já orientou, avaliou e agendou primeira consulta/ grupo de aleitamento materno para mais de 25 mil crianças ao nascer (critérios bio-psico-sociais); inclui em média 18% delas para acompanhamento como “risco”, com busca ativa de faltosos, e captação também pelas UBSs e hospitais, caso haja internação no primeiro ano de vida. O PRNR, que alcança cobertura de 94%, aprimorou o uso da Declaração de Nascido Vivo – DNV, implantada nacionalmente no mesmo período; supervisiona o cumprimento do protocolo de assistência ao RN a partir da avaliação inicial e estuda o perfil de nascimentos e da mortalidade do município. Criando a Comissão de Prevenção da Mortalidade Neonatal (1995), divulgou as recomendações obtidas com a análise de todos os óbitos infantis, integrando serviços públicos e particulares e oferecendo um modelo epidemiológico de intervenção. Desde 2005 o SISVIMI organiza, a partir dessa experiência, da recente oportunidade criada pela notificação compulsória da gestante com sífilis e da realização obrigatória da Triagem Neonatal – “teste do pezinho” – um fluxo de vigilância que compreende desde o Pré-Natal até o primeiro ano de

vida. Partiu-se da vigilância epidemiológica das doenças de transmissão vertical para a vigilância na assistência à gestante, como já é feito ao RN/lactente. Busca-se o envolvimento daqueles profissionais que devem oferecer o acolhimento, condições de vínculo, triar e acompanhar o risco nessa população, como já se conseguiu quando se trata de um bebê para amamentar, por exemplo. Para doenças, oferece-se tratamentos; para pessoas, relacionamentos. Fazendo cumprir protocolos, enquanto se integram informações das várias áreas e programas aos quais “pertencem” a gestante e o bebê; estimulando a discussão de propostas integrativas em espaços dedicados à parcelas do saber técnico (saúde da mulher, da criança, DST/AIDS, saúde mental, entre outros), o SISVIMI vem construindo o papel articulador da vigilância para intervir no CMI. Propõe como modelo, em uma ponta do sistema :

Inclusão da gestante: (B)por critérios biológicos (protocolo FEBRASGO/MS) e/ou internação; (PS)por critérios psico-sociais (“Nascer e Viver”) ou (NC)por notificação compulsória (SINAN). Instrumentos: contra-referência e cartão de tratamento anexados à carteira da gestante; ficha-controle mensal por UBS com dados sobre busca ativa de TIG+ e de faltosas no PN, além das internadas. Supervisão multi-programas, com otimização do registro das informações e avaliação conjunta da assistência. Após o parto, RN é incluído até 6 meses ou um ano caso passe por internação (PRNR) – dessa forma tenta-se garantir o fechamento do caso/puerpério/planejamento familiar e avaliação da criança pela UBS.

Em outra ponta, as planilhas semanais de vigilância da Triagem Neonatal enviadas pelas maternidades passam também a ordenar a informação sobre o “screening” pelo número da DNV, acrescentando se há critério de risco materno-infantil (B, PS ou NC) e imunização (BCG/HepB). Observe-se aqui que, por representar mais de 50% dos partos da cidade, a informação sobre os nascidos residentes fora de Santos, enviadas semanalmente, podem assim desencadear mais rapidamente ações de vigilância nos municípios vizinhos. Como primeiros resultados, temos aumento da cobertura na Triagem Neonatal (de 82% em 2004 para 95% em 2005 = 11.757 registros). Obs: Residentes em Santos:recebemos informação de



5264 dos 5423 nascidos vivos (97%). Destes, 217 (4%) não fizeram o teste na maternidade, demandando busca. Iniciamos a notificação dos resultados alterados (129 em 2005, 61 de Santos), com inclusão no PRNR. A vigilância do protocolo da sífilis em gestante levou à discussão da qualidade das consultas oferecidas no PN, inclusive em serviços particulares. Após capacitação DST/AIDS e integração das informações com serviço de atendimento à gestante e ao RN HIV+ houve aumento das notificações. Pelo SISPN observou-se o índice de abandono após a primeira consulta e de não realização do puerpério, além da necessidade de estratégias de vinculação ao serviço pela valorização da mulher e não só da mãe. Pela discussão mensal de óbitos infantis (PRNR) delinear-se as falhas na assistência e o componente socio-educativo. A discussão inter-programas leva ao estudo de propostas que garantam a vigilância do fluxo da gestante de risco para o serviço especializado e a avaliação constante do risco bio-psico-social durante o PN; para que não se transforme a hora de dar à luz nas trevas da indiferença do profissional frente tanto à falta de vagas-SUS como à cirurgias tão “desne-cesárias”.



ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DE AMPUTAÇÕES EM DIABÉTICOS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Autor principal: Roselee Pozzan

Outros Autores: Afrânio Coelho de Oliveira; Rosimere Peçanha; Silvana Costa Caetano; Andréia Ferreira de Oliveira; Claudia Ramos Marques da Rocha; Maria Angélica Borges dos Santos

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

Amputações notificadas pelo SIH/SUS

Em todo o mundo, o envelhecimento da população e o aumento da obesidade e do sedentarismo vem acarretando aumento da prevalência do diabetes, com conseqüente elevação da morbimortalidade associada. A prevalência estimada da doença é de 8%, na população acima de 30 anos. No município do Rio de Janeiro, estima-se que haja atualmente em torno de 250.000 pacientes diabéticos, sendo cerca de 190.000 mil usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

As amputações de membros inferiores figuram entre as complicações mais temidas pelos diabéticos, com uma prevalência de 15% entre indivíduos com mais de 20 anos de doença. No ano de 2000, um levantamento feito na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), mostrou que correspondiam a mais de 70% das amputações não traumáticas realizadas na rede municipal, sendo 43% destas na altura da coxa.

Em 85% dos casos, as manifestações da doença vascular que gera a amputação incluem úlceras. Assim, grande parte dessas amputações poderia ser evitada através de ações simples, que envolvem a identificação dos pacientes em risco, o desenvolvimento de ações educativas e a intervenção precoce nas lesões iniciais.

OBJETIVOS

Implantação do Projeto de Prevenção de Amputações em Diabéticos mediante organização de uma rede hierarquizada de serviços para a prevenção de amputações, conscientização e treinamento dos profissionais e implantação de pólos de atendimento para casos de maior complexidade.

METODOLOGIA

O Programa de Atenção ao Paciente Diabético foi implantado na SMS-RJ em 1989, adotando uma abordagem multidisciplinar, que compreende ações educativas, consultas médicas e de enfermagem, exames e dispensação gratuita de medicamentos e insumos para monitoração. As ações são desenvolvidas na clínica médica das unidades ambulatoriais (111 unidades), para pacientes em uso de hipoglicemiantes orais, e em pólos especializados com endocrinologistas (19 pólos), para aqueles em uso de insulina.

Em 1999, diante da grande incidência de complicações do diabetes e das amputações em especial, evidenciada no SIH (DATASUS), começaram a ser elaboradas estratégias de prevenção de amputações em diabéticos. As ações iniciais compreenderam Cursos de

ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DAS AMPUTAÇÕES EM DIABÉTICOS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Pozzan, Roselee Peçanha, Rosimere, Caetano, Silvana C., Oliveira, Andréia C., Rocha, Claudia R. M., Santa, Maria Angélica B.

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Subsecretaria de Apoio e Serviços de Saúde/ SMS/ RJ

Este livro é resultado do desenvolvimento da população e o aumento da obesidade e do sedentarismo vem acarretando aumento da prevalência do diabetes, com conseqüente elevação da morbimortalidade associada. A prevalência estimada da doença é de 8%, na população acima de 30 anos. No município do Rio de Janeiro, estima-se que haja atualmente em torno de 250.000 mil usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo cerca de 190.000 mil usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quando ocorre uma amputação em diabéticos, o paciente sofre sérias consequências, não somente físicas, mas também psicológicas e sociais.

Objetivo: Implantar uma rede de serviços de saúde para a prevenção de amputações em diabéticos, mediante organização de uma rede hierarquizada de serviços para a prevenção de amputações, conscientização e treinamento dos profissionais e implantação de pólos de atendimento para casos de maior complexidade.

Resumo: Desenvolvido em 1989, o Programa de Atenção ao Paciente Diabético, sob o nome de PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR, compreende ações educativas, consultas médicas e de enfermagem, exames e dispensação gratuita de medicamentos e insumos para monitoração.

Histórico das Ações Desenvolvidas na Prevenção das Amputações em Diabéticos

1989 - 2 cursos de Educação em Diabético para Enfermeiros: Adaptação e construção de sites de trabalho nas unidades de saúde de SMS/ RJ.

1990 - Estrutura a instituição obrigatória do ensino permanente "cursos de curta" em âmbito de SMS/ RJ com participação de todos os profissionais de SMS/ RJ em 1989/1990.

1991 - Estruturação de Unidades para Educação em Diabético: São Paulo e Curitiba, com o objetivo de desenvolver ações educativas e de prevenção em nível de SMS/ RJ.

1992 - Capacitação em âmbito de SMS/ RJ com o curso de Educação em Diabético para profissionais de enfermagem em nível de SMS/ RJ com o objetivo de desenvolver ações educativas e de prevenção em nível de SMS/ RJ.

1993 - Formação de 20 equipes de Multidisciplinares (MEDI) para atuação em Unidades de Saúde Comunitárias, com o objetivo de desenvolver ações educativas e de prevenção em nível de SMS/ RJ.

1994 - Formação de 20 equipes de Multidisciplinares (MEDI) para atuação em Unidades de Saúde Comunitárias, com o objetivo de desenvolver ações educativas e de prevenção em nível de SMS/ RJ.

Produto

10 Equipes Capacitadas na Prevenção de Amputações em nível de SMS/ RJ.

10 Equipes de Atenção ao Paciente Diabético em nível de SMS/ RJ.

Aprendizado com a Vivência

Principais:

- No âmbito de SMS/ RJ foram desenvolvidas, sistematicamente e com continuidade as seguintes ações:
- Capacitação de profissionais de SMS/ RJ em nível de SMS/ RJ.
- Estruturação de unidades para educação em diabético.
- Implantação de pólos de atendimento em nível de SMS/ RJ.
- Implantação de pólos de atendimento em nível de SMS/ RJ.

Observações:

- Não aderência dos profissionais de enfermagem às capacitações, devido ao desenvolvimento de outras atividades em nível de SMS/ RJ.
- Implantação de unidades de atendimento em nível de SMS/ RJ.
- Desenvolvimento de Unidades de Atenção ao Paciente Diabético em nível de SMS/ RJ.
- Estruturação de unidades de atendimento em nível de SMS/ RJ.
- Estruturação de unidades de atendimento em nível de SMS/ RJ.

Conclusão: O desenvolvimento das ações de saúde, principalmente as que envolvem os aspectos preventivos, tem sido de importância e importância de SMS/ RJ e um desafio constante. A definição do programa de atenção e desenvolvimento tem sido um grande desafio, além da capacitação de profissionais das Unidades de Saúde para a prevenção de amputações.



Atualização em Atenção ao Pé Diabético para enfermeiros do Programa de Diabetes, e adequação ou construção de salas de curativo em todas as unidades da SMS-RJ.

Em 2000, foi elaborado um Manual de Rotinas e Procedimentos do Programa de Diabetes. Além disso, foi instituída a notificação obrigatória do evento sentinela “amputação na altura da coxa” pelos hospitais da SMS-RJ.

Em 2001, em um Workshop de Pé Diabético, foram estabelecidas rotinas de curativo e a padronização do uso de antibióticos. Além disso, passaram a ser adquiridos e distribuídos monofilamentos para as unidades básicas, com divulgação rotinas de uso para as Coordenações de Área e Chefias de Enfermagem. Nesse mesmo ano, após reunião com os cirurgiões vasculares, as consultas ambulatoriais em Cirurgia Vascular passaram a ser controladas por uma Central de Regulação.

Nos anos subsequentes, foram continuamente realizados treinamentos e revisão de rotinas, protocolos e manuais para Atenção ao Pé Diabético, além da produção de material educativo (galhardetes, *folders* e cartazes). Como investimentos na estrutura de atendimento, foram instalados cinco equipamentos de Doppler Manual em unidades da rede e implantados Pólos Secundários de Atendimento ao Pé Diabético nos Hospitais da Lagoa e Andaraí.

PRODUTOS

No ano de 2005, havia 107.281 pacientes inscritos no Programa de Diabetes (56% da população usuária do SUS), com 12.810 em pólos de insulina. Atualmente, a rede municipal conta com 98 equipes treinadas em ações de prevenção de amputação no diabetes, distribuídas entre 111 unidades e 10 pólos com equipes para treinamento contínuo e regionalizado, além de 10 pólos de terapia ocupacional e três de fisioterapia, para reabilitação.

Foram implantados dois pólos secundários de cirurgia vascular e três pólos intermediários de angiologia. Um dos pólos de cirurgia vascular já aponta como resultados a diminuição do número de amputações de coxa e do tempo de permanência entre os diabéticos atendidos. Além disso, a capacitação permitiu aos profissionais encaminharem pacientes com mais critério aos pólos, reduzindo desperdícios de recursos.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA FACILIDADES E DIFICULDADES

Os gestores de níveis central e local foram fundamentais para o desenvolvimento do Projeto. Reconhecendo-o como prioritário para a população, viabilizaram a concretização de propostas como aquisição de material, realização de obras e remanejamento de pessoal. Os profissionais da rede foram receptivos e aderiram

ao projeto, participando ativamente nas capacitações e atuando posteriormente como multiplicadores.

Dentre as dificuldades podemos citar: baixa integração entre os serviços da rede básica e nível secundário com as emergências, dificuldades na realização de exames de Doppler e angiografia, demora na realização das cirurgias (desbridamento/revascularização/amputação), carência de leitos em enfermarias de cirurgia vascular, elevado tempo de permanência nos hospitais, oferta insuficiente de órteses e próteses e inexistência de informação específica sobre amputações em pacientes diabéticos no SIH.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A definição de um evento sentinela, que chama a atenção para a gravidade evitável de uma doença, contribuiu para fortalecer e estruturar uma rede hierarquizada de cuidado ao diabetes, melhorando seus processos e sua estrutura. Estratégias semelhantes poderiam ser adotadas para organizar o atendimento a outras doenças de grande prevalência e morbi-mortalidade.



A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE BELO HORIZONTE

Autor principal: Rosemeire Aparecida da Silva

Outros Autores: Miriam Nadim Abou-Yd

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Município: Belo Horizonte

Estado: Minas Gerais

O Projeto de Saúde Mental de Belo Horizonte (PSM-BH) visa o combate à exclusão que atinge historicamente os portadores de sofrimento mental. Sendo o manicômio o principal emblema desta exclusão, é essencialmente um projeto antimanicomial.

Desde 1993 a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte vem criando serviços diversos, territorializados, articulados numa rede de Saúde Mental, que tem possibilitado dispensar o recurso aos hospitais psiquiátricos, locais de segregação da loucura, para realizar seu tratamento participando ativamente da vida política e social da cidade. São 7 Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), para o atendimento intensivo das urgências, com oferta de pernoite quando necessário. Em 9 Centros de Convivência, portadores de sofrimento mental participam de oficinas de música, teatro, pintura, marcenaria, etc, assim como passeios, festas, idas ao cinema. 65 Centros de Saúde possuem equipes de Saúde Mental, atuando em parceria com o Programa Saúde da Família. A Incubadora de Empreendimentos Econômicos Solidários, política de fomento ao trabalho e a produção visa possibilitar aos usuários a conquista da autonomia financeira. Em 10 moradias protegidas, residem cerca de 90 usuários, ex-internos de hospitais psiquiátricos, com laços sócio-familiares já rompidos; cerca de 12, que voltaram para suas casas, recebem uma bolsa no valor de um salário mínimo. Os recursos financeiros antes destinados aos hospitais psiquiátricos têm sido investidos nesta rede substitutiva, possibilitando a desativação de cerca de 1.400 leitos psiquiátricos no município, com o fechamento de dois hospitais psiquiátricos e a redução significativa de leitos nos demais ainda existentes. Assumimos também como prioridade um dos grandes desafios na assistência à saúde mental: estruturar uma rede de atenção à criança e ao adolescente. Seguindo orientações definidas em quatro seminários realizados sobre o tema, estruturamos serviços para o atendimento à saúde mental da criança e do adolescente, que em cada regional busca integrar o trabalho desenvolvido pelas Secretarias de Saúde, de Assistência Social, de Educação, Conselhos Tutelares e outras instituições que atuam na área. As crianças com dificuldades de aprendizagem ou que apresentam transtornos mentais contam com o trabalho Arte na Saúde, que estimula suas habilidades através de atividades lúdicas e artísticas. Todo este processo tem como sustentáculo o Sistema Único de Saúde e a Luta Antimanicomial. É

dentro da compreensão de saúde como um direito, que o direito à cidadania dos diferentes encontra espaço e possibilidade de concretização. Com o SUS a integração se dá, desde o planejamento até a operacionalização; e com a Luta Antimanicomial, na fundamentação das propostas.

A desconstrução do hospital psiquiátrico é objetivo fundamental de um processo de desinstitucionalização como o do PSM-BH. Para executá-lo, a desativação dos leitos hospitalares tem sido feita de forma gradual, mas contínua e firme, sempre imediatamente precedida da criação de novos serviços, como os CERSAM's, Centros de Convivência e outros. Desta forma, temos promovido uma transformação do modelo, sem gerar desassistência aos portadores de sofrimento mental. Da mesma forma, promovemos sua reinserção social nos diferentes espaços da cidade (arte, lazer, trabalho, controle social, etc), resgatando seus direitos de cidadania, visando uma real intervenção na cultura, de modo a torná-la mais receptiva ao convívio e às trocas com os portadores de sofrimento mental.

Tudo isso aconteceu concomitante à perspectiva do fim do hospital psiquiátrico. Todo o nosso projeto tem apontado para este objetivo. Substituir gradativamente o manicômio implica em implantar um serviço de controle e avaliação hospitalar eficaz, enquanto este espaço existir, com supervisão diária, intervindo na qualidade da assistência aí prestada, buscando evitar a cronificação e apurando as eventuais irregularidades encontradas. Ao mesmo tempo, numa ação mais ampla foram publicadas duas portarias municipais: uma proibindo internações psiquiátricas diretamente nos hospitais privados conveniados ao SUS (1993), e a outra, proibindo novas internações em hospitais com mais de 250 leitos (1996).

A intervenção na cultura, que não se esgota numa única meta, é a força motriz do PSM-BH. A mudança de lógica é algo permanente e incessante e que visa criar uma nova relação entre a sociedade e a loucura. O melhor exemplo é o apoio e participação da Secretaria Municipal de Saúde ao desfile da Escola de Samba "Liberdade Ainda que Tam Tam", manifestação pública do 18 de maio, Dia Nacional da Luta antimanicomial, que reúne mais de 2.000 participantes e que já se tornou uma grande festa popular, fazendo parte da vida cultural da cidade. A população belo-horizontina aprecia e recebe bem estas mudanças. Em suma, a relação entre a cidade e a



loucura transformou-se sensivelmente nos 10 anos de vigência do PSM-BH.

Os trabalhadores de saúde mental, segmento social que, como os demais foi formado e orientado a lidar com a loucura tendo o manicômio como intermediário, encontravam dificuldades no manejo da clínica em liberdade. Uma das estratégias adotadas desde o início do projeto foi o investimento na formação permanente que vai desde a supervisão clínica periódica aberta a todas as equipes de saúde mental de cada Distrito Sanitário; o incentivo à produção teórica e à reflexão da prática, através de publicações, como o periódico da saúde mental SIRIMIM e de revistas dos serviços; a realização de seminários e debates promovidos pela Secretaria e o patrocínio e liberação para participação em eventos de caráter técnico, científico ou político de temática afim; a realização periódica de reuniões distritais com todos os trabalhadores de saúde mental e a orientação para a construção de espaços de interlocução permanente entre as equipes de saúde mental e de saúde da família.

Dentre os resultados alcançados neste percurso podemos citar:

O reflexo visível desta mudança pode ser percebido, através dos seguintes dados: 1) Diminuição de 1.400 leitos psiquiátricos: há 13 anos atrás existiam 2.100 e atualmente convivemos com 700, sendo 260 para pacientes agudos; 2) Fechamento de 2 hospitais psiquiátricos privados/conveniados: possuíamos em B.H. 7 hospitais psiquiátricos (3 públicos e 4 privados/conveniados). Atualmente, todos os 260 leitos existentes para internações de agudos encontram-se exclusivamente em hospitais públicos; 3) Redução em 80% do número de internações psiquiátricas de pacientes de Belo Horizonte; 4) Redução em 65% do número de pacientes de Belo Horizonte que têm procurado as urgências em hospitais psiquiátricos; 5) Redução do tempo de permanência dos pacientes nos hospitais psiquiátricos; 6) Maior presença dos usuários no convívio social, desde o retorno ao trabalho, manutenção dos laços familiares e comunitários, a conquista de uma moradia, a participação efetiva em organizações sociais.

Belo Horizonte inicia sua experiência em 1993 e entre outros êxitos, pôde demonstrar a viabilidade da Reforma Psiquiátrica em um grande centro. Hoje, seguramente, é possível afirmar que a maioria dos portadores de sofrimento mental encontram-se em tratamento em um dos serviços da rede e podem prescindir do manicômio, contando para tanto, com o apoio de uma rede de suporte da qual participam os trabalhadores de saúde mental, equipes de saúde da família, SAMU e outros serviços de saúde. Além destes, a rede de suporte ao portador de sofrimento mental inclui outras políticas públicas, ONG's, o judiciário, etc.

A loucura encontrou na rede um ponto de passagem rumo à vida, que lhe oferece suporte para inventar novos modos de viver e habitar a cidade, fazendo-se cidadão de um território livre e digno.



CLS-FLORESTA: EM PROCESSO PERMANENTE DE CONSTRUÇÃO DAS SUAS ARTICULAÇÕES E RELAÇÕES ESPECIAIS COM OS GESTORES DO SUS E ÁREAS AFINS.

Autor principal: Rosinete Fatima Ferreira Neto

Instituição: Conselho Local de Saúde Floresta

Município: Joinville

Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO

Considerando que a participação social na saúde é uma das maneiras de se efetivar a democracia, por meio da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS, como participantes ativos em debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela saúde pública brasileira, o que lhes confere legitimidade e transparência, os membros do Conselho Local de Saúde Floresta, em Joinville/SC, estão cumprindo este preceito desde 1998, participando dos processos de gestão, interferindo técnica, política ou eticamente no planejamento e/ou monitoramento das políticas públicas municipal, com ressonância a nível Estadual.

O bairro Floresta tem uma área de 5,01 Km., uma população de 16.771 habitantes, com uma Densidade Demográfica de 3.347 hab./km².

Composição do Conselho: 12 Titulares e 12 Suplentes respeitando a Resolução 333/2003. Tem representação no Conselho Municipal de Saúde.

OBJETIVOS

Identificar o usuário do SUS como membro de uma comunidade, com direitos e deveres, e não como receptor passivo de benefícios do Estado.

Disseminar a informação sobre saúde e oferecer Educação em Saúde, como um direito da população e uma ferramenta decisiva para a democratização da gestão da saúde, bem como, da educação e do meio ambiente.

METODOLOGIA

A partir das demandas da população sobre a saúde pública local e conhecendo-se a realidade do atendimento fornecido pelo SUS, o Conselho discute com a comunidade quais as providências a serem tomadas e estabelece canais de comunicação com os Gestores, via Conselho Municipal de Saúde, dando ciência da sua deliberação.

Após o comunicado formal, é utilizado a mídia – rádios, jornais, televisão – além das igrejas, para levar à comunidade em geral os

esclarecimentos necessários sobre as ações que estão sendo pleiteadas aos Gestores.

O Conselho Local sugere o planejamento estratégico e acompanha as negociações/execução do trabalho.

RESULTADOS ALCANÇADOS

- Diminuição do número de roedores e dos óbitos por Leptospirose no Bairro/Município;
- Implantação do Laboratório de Entomologia que será anexado a um Centro de Controle de Zoonoses a ser construído.
- Diminuição do lixo nos terrenos baldios;



- Melhoria nas condições de trabalho dos Profissionais de Saúde e atendimento humanizado da população, com a construção de uma nova sede para o Posto de Saúde da Regional Floresta;
- Maior participação da comunidade nas reuniões do Conselho Local de Saúde;
- Implementação de Grupos de Trabalhos terapêuticos para pacientes hipertensos, obesos e diabéticos;
- Implementação do projeto de Capacitação para Conselheiros de Saúde e outras lideranças comunitárias.

FACILIDADES/ DIFICULDADES

Quando se trata de mobilização da população, avaliamos que as facilidades encontradas são proporcionais ao número de pessoas atingidas pela falta e/ou necessidade de atendimento pelo poder público.

Como nem sempre resolver problemas de saúde pública, depende exclusivamente do setor saúde, nos deparamos com o desafio de fazer os gestores públicos superarem a visão fragmentada do que tem que ser feito pelo bem comum.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Conselho Local de Saúde Floresta está fazendo a sua parte e neste momento tem o desafio de contribuir com aqueles que estão engajados na luta em prol do fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS, através da intersetorialidade, via Fórum de Conselhos Setoriais e de Direitos de Joinville.



A MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL COMO ARTICULADOR NA GESTÃO E ATENÇÃO À SAÚDE

Autor principal: Rossana Cristina Xavier Ferreira

E-mail: Viannarossanavianna@pr.gov.br;rossanacxfv@yahoo.com.br

Outros Autores: Erlene Tedeschi dos Santos; Terezinha Leiko Watanabe; Hélio Bertolozzi Soares;

Polan Mirosław Pietrowicz e Heitor Passerino Neto

Instituição: Secretaria Estadual de Saúde do Paraná

Município: Curitiba

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a mortalidade materna- infantil no Estado do Paraná vem reduzindo progressivamente, sendo porém de maneira não uniforme, refletindo as desigualdades no processo sócio- econômico das diferentes regiões do Estado. Avaliando as características históricas da epidemiologia desta mortes observa-se a manutenção da população alvo, como aqueles de maior iniquidade social. As causas de morte materna não se modificaram, sugerindo a melhoria da qualidade de serviços de pré-natal e hospitalar. As causas de mortalidade infantil foram reduzidas principalmente às custas do seu componente pós neonatal que são mundialmente mais precocemente reduzíveis com medidas de melhoria de saneamento, imunização e outras ações amplamente implementadas e divulgadas. Mas o componente neonatal necessita de ações voltadas à qualidade do pré-natal e da assistência ao recém-nascido e ao parto. Com esta visão estratégica no Estado resolveu-se implementar ações para o Pacto pela vida com foco na Redução da Mortalidade Materna e Infantil.

OBJETIVOS

Estimular a corresponsabilidade entre gestores e demais atores sociais quanto à política nacional e estadual de redução da mortalidade, baseada em critérios epidemiológicos sugeridos pelas análises históricas, realizadas pelos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil do Estado.

METODOLOGIA

Avaliação das necessidades locais onde historicamente apresentavam os piores índices de mortalidade materna- infantil com os piores índices de desenvolvimento humano. Com bases nestes dados formou-se uma equipe de trabalho integrando os diversos setores que trabalham com a saúde da mulher e da criança (Diretoria de Sistemas de Saúde, Assessoria de Gabinete e Diretoria de Vigilância em Saúde) que passou a realizar visitas às

Regionais de Saúde (RS) com os piores índices para perceber as necessidades in loco e como os municípios e RS estavam encaminhando os problemas. As reuniões envolveram gestores municipais, diretores de Hospitais, profissionais municipais e estaduais e Organizações não Governamentais. Com estas visitas elaboraram-se estratégias de atuação possíveis em cada esfera de governo (municipais, estadual e federal) com compromisso de competência e agilidade dos processos; com metas e critérios a cumprir para cada uma das partes. Com estas metas procurou-se a articulação entre os diversos segmentos envolvidos com cada ação buscando tornar operacional o princípio de integralidade, equidade e controle social do SUS, visando à melhoria da qualidade da atenção.

ESTRATÉGIAS EM ANDAMENTO

- Incentivo a adesão ao Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento.
- Incentivo à descoberta precoce da gestação de risco com conseqüente encaminhamento aos Ambulatórios de Gestação de Alto Risco e Atendimento à Recém-nascidos de Risco, referendados em cada RS ou nos Consórcios Locais de Saúde.
- Manutenção do Programa de Educação Permanente através dos Pólos de Educação Permanente.
- Reavaliação do número de leitos para atendimento à gestação e recém nascidos de alto risco.
- Manutenção da disponibilidade de métodos anticoncepcionais às gestantes de risco.
- Criação das casas de gestantes para atendimento às gestantes e recém-nascidos de risco com garantia de sua permanência antes, durante e após o parto para avaliação das gestantes, puérperas e recém natos conforme suas necessidades, garantindo sua atenção integral ao binômio mãe- filho com qualidade.
- Implementação do Pacto pela Vida coma a criação de Unidades de Saúde para Atendimento Integral à Mulher e à Criança nos municípios com os piores índices de Mortalidade Infantil e Materna e os Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) abaixo da média



do Estado. Este trabalho sendo realizado em cooperação da Secretaria Estadual de Saúde (SESA-PR) com a Secretaria de Desenvolvimento Urbano (SEDU-PR) e a Pastoral da Criança onde cada uma das partes assume o compromisso de colocar seus técnicos atuando conforme sua peculiaridade para a construção do bem maior que é a saúde da população paranaense.

CONCLUSÕES

As dificuldades foram as de trabalhar em equipe, com várias idéias, conhecimentos e interesses tão diversos. Mas as facilidades foram de poder aprender com todos e com as dificuldades. Com esta vivência os técnicos e a população como um todo aprendemos que com persistência, apesar das dificuldades, das idas e vindas, unindo os trabalhos, pensamentos e idéias pode-se atuar na melhoria da saúde das populações como um todo.



O PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL EM SANTA MARIA; DISTRITO FEDERAL; E O CONTROLE DA TUBERCULOSE

Autor principal: Sandra Duarte Nobre Mauch

Outros Autores: Cristina Ayako Kimura Rezende; Maria Abadia Leite; Jaime Miranda Parca; Juliana Ferreira S. Pereira; Leandra de Souza Melo; Aparecida Martins da Rocha; Plínio Cruz de Souza; Everson Pereira da Silva; Elizabeth Carvalho C. Santos; José Vanderlei Barreiro;

Instituição: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/ Diretoria Regional de Saúde de Santa Maria

Município: Brasília

Estado: Ceará

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A tuberculose (TB), ainda se constitui em um grave problema de saúde pública na atualidade, embora já acompanhe a humanidade a milênios. Trata-se de uma doença com graves implicações sociais, atingido hoje regiões com características sócio-econômicas mais frágeis.

Após uma rápida progressão mundial, ela começou a declinar no século XIX e XX principalmente nos países mais evoluídos socialmente tendendo a concentrar-se nos países em desenvolvimento.

O *Mycobacterium tuberculosis*, identificado por Robert Koch em 1882 é o agente etiológico da doença. O contágio se dá através da eliminação de bacilos para o meio ambiente, pelos indivíduos com a forma pulmonar da tuberculose. Calcula-se que no período de 1 ano, um indivíduo bacilífero seja capaz de infectar em média de 10 a 15 pessoas. A intensidade do contato evidencia o aumento da tuberculose na população de baixa renda, com famílias numerosas que convivem muito próximas em casas pequenas, mal ventiladas e úmidas.

Santa Maria é uma região administrativa do DF, inaugurada em 1990, através de assentamentos populacionais e conta com uma população de cerca de 115 mil habitantes. O nível sócio-econômico da população ainda é bastante frágil e, há um processo migratório constante, com a chegada de parentes dos habitantes locais, oriundos de outras regiões brasileiras, em especial da Nordeste. Dessa forma, há um risco aumentado nas taxas de incidência e prevalência de tuberculose. A taxa de prevalência no ano 2003 era 17,1 por 1000 habitantes, não sendo tão alta em virtude da execução das ações de vigilância e de prevenção constantes.

Atualmente há 11 equipes do Programa Família Saudável (PFS) em Santa Maria, sendo 9 equipes de PSF e 2 de PACS. A cobertura do Programa é de cerca de 50% da Região Administrativa.

OBJETIVOS: OBJETIVO GERAL

Reduzir a incidência e prevalência de tuberculose na Região Administrativa de Santa Maria – DF

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Incrementar a vigilância epidemiológica e ambiental em relação à TB;
- Captar os Sintomáticos Respiratórios da área adscrita às equipes do PFS;
- Instituir o Tratamento Diretamente Observado (TDO), garantindo-se a adesão do paciente ao processo terapêutico.

METODOLOGIA

Segue-se a rotina preconizada pelo Ministério da Saúde, intensificando-se, no entanto, as ações preventivas, associadas a uma estrutura de referência adequada. A Regional de Santa Maria, através de suas visitas mensais aos domicílios, se preocupa com a vigilância da TB, além das outras doenças transmissíveis, sendo sensível na captação de casos suspeitos e possíveis contatos. Os casos confirmados de TB e hanseníase são visitados diariamente pelos ACS's e mensalmente pela enfermeira do PFS. Aliado à prevenção, encontra-se na referida Regional, o programa de TB devidamente instituído, onde os pacientes são acompanhados até a alta do tratamento.

PRODUTOS – O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Nos anos 2004/2005 havia 30 casos de TB em Santa Maria. Destes, 4 foram a óbito- sendo 2 casos associados à AIDS, 3 pacientes foram transferidos para outros estados brasileiros e regiões administrativas do DF, 2 pacientes abandonaram o tratamento e em 1 caso houve falência do tratamento, entrando para o esquema III.



Com a implantação das equipes do PSF, a Regional de Santa Maria promoveu treinamento para os profissionais, inclusive para todos os ACS's. As áreas cobertas pelo referido Programa tiveram suas ações incrementadas quanto à busca ativa de sintomáticos respiratórios e dos comunicantes.

A presença do ACS diariamente acompanhando o paciente, garante a adesão deste ao esquema terapêutico, reduzindo as taxas de abandono e de falência do tratamento instituído. Dos pacientes que estavam sendo acompanhados no período de 2004 e 2005, os abandonos e a falência corresponderam a 10% no período. Em 2006, o total de casos caiu para 16 e a taxa de prevalência para 13,9%, sendo que 40% dos pacientes tiveram alta por cura.

serem planejadas e discutidas em equipe no nível local e com as parcerias necessárias para que sejam eficazes. As áreas de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, a atenção à saúde e as parcerias obtidas devem formar um conjunto para que haja êxito frente a um problema de saúde pública.

A busca de um trabalho preventivo e promocional, com enfoque na qualidade de vida tem substituído o modelo tradicional de assistência, focado na doença. A estratégia fundamental do controle da tuberculose é a simplificação das técnicas e a integração das ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle da tuberculose requer uma ação permanente, sustentada e organizada, com um sistema em que a porta de entrada deve assegurar o direito de fluir para os níveis de maior complexidade. As questões centrais como a vacinação de recém-nascidos, o diagnóstico precoce, o término com sucesso do tratamento, a vigilância epidemiológica e a quimioprofilaxia devem ficar a cargo da atenção básica em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino- serviço. 5. ed. Rio de Janeiro, 2002.
- 2- GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. Diretoria Regional de Saúde de Santa Maria. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Dados estatísticos sobre tuberculose. Abril, 2006.



APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA FACILIDADES E DIFICULDADES

Percebemos que quando temos em vista o controle de uma doença ou agravo, as ações a se desenvolverem são complexas. Não há resolutividade quando se desenvolve uma ação fora de um contexto, ou seja, o princípio da integralidade deve ser aplicado em todos os níveis. As ações devem fazer parte de um conjunto e



O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ

Autor principal: Sandra Elis Pereira de Oliveira

Outros Autores: Maria Inês Rosselli Puccia; Maria Luiza Salerno Malatesta; Ana Maria de Queiroz; Celia Aparecida D. F. Chaer

Instituição: Prefeitura Municipal de Santo André

Município: Santo André

Estado: São paulo

Ao assumir a Secretaria de Saúde do município de Santo André, o atual governo tinha como desafio melhorar o acesso e a qualidade dos serviços prestados pela rede de Saúde do município.

A cidade tem uma população de aproximadamente 650.000 habitantes, dividida em 04 regiões de saúde: uma central; uma na divisa com a região metropolitana da grande São Paulo; uma na região onde se encontram os indicadores sociais mais comprometedores e outra numa área de manancial, contando com uma rede de 27 Unidades básicas de Saúde, 07 com estratégia de Saúde da Família, 03 Centros de Especialidades e Serviços Específicos, como de reabilitação, saúde mental, saúde do trabalhador, 04 Pronto Atendimentos e 01 Centro Hospitalar, referência para a região na área de poli-traumatismo.

O modelo de saúde hoje praticado está baseado na queixa-conduta e oferecendo poucas alternativas de saúde fora dos espaços das unidades básicas de saúde. Portanto, nossa demanda atendida esta relacionada aos serviços ofertados, provocando longa espera para consultas nas unidades básicas, pronto atendimentos e Centro Hospitalar trabalhando sempre acima da sua capacidade de atendimento.

É neste cenário adverso que a gestão municipal adotou a implantação da Política Municipal de Humanização como estratégia, visando proporcionar espaços de discussão do atual modelo de saúde e discutindo propostas tendo como base as marcas da Política Nacional de Humanização.

Em março de 2005 foi promovido um primeiro encontro com os diretores dos serviços, gerentes, representante do Conselho Municipal de Saúde, para o início da discussão dessa implantação. Neste dia cada participante levantou 03 expectativas do que se queria para a saúde da cidade.

Um novo encontro foi realizado em abril de 2005, com aproximadamente 200 participantes, entre gestores, usuários, trabalhadores e conselheiros para a apresentação da Política Municipal de Humanização, destacando-se como fatores positivos para essa Implantação a Gestão Plena do Sistema, uma Rede Complexa de Atenção à Saúde, Cultura de Participação Popular, Política de Intersetorialidade (Educação, Mais igual, Meio Ambiente,

Habitação), Opção pela estratégia Saúde da Família, Corpo Técnico-Operacional comprometido com o SUS, além de uma Motivação Institucional para o Projeto da Humanização. Por outro lado, fatores como a atual estrutura administrativa, Estrutura física das Unidades de Saúde, falta de definição do Modelo de Atenção, Insuficiência de Recursos Humanos, Técnicos e Financeiros e Ausência de definição de política de RH-SUS, foram citados como fatores negativos para o processo.

Deste encontro saiu a necessidade de promover um seminário, envolvendo todos os serviços, sendo trabalhadas 03 questões: O que é Humanização, o que facilita e o que dificulta a humanização.

Para subsidiar esse trabalho, o grupo de humanização distribuiu aos serviços vasto material para a construção destes conceitos, inclusive, o documento construído pelo Grupo de Humanização, relacionando os eixos da Política Nacional de Humanização, Plano de Governo Municipal, o Planejamento Estratégico da Secretaria de Saúde e ações humanizadoras que já eram realizadas, além das expectativas apontadas no primeiro encontro. Cada serviço trabalharia de acordo com a sua apropriação, tendo no grupo de humanização o apoio para construir estes conceitos.

A realização deste I Encontro HumanizaSUS Santo André, contou com a participação de 300 pessoas, tendo como resultado final o levantamento de, aproximadamente, 70 propostas.

O envolvimento dos trabalhadores e usuários neste dia foi intenso, pois além da oportunidade de expor as atividades que acontecem em seu local de trabalho, puderam expor suas angustias, sem ter medo de retaliações futuras, além do sentimento de fazer parte na construção de um novo modelo Organizativo para a Saúde da cidade.

Foi promovido também um evento chamado de Cuidando de Quem Cuida, pois o trabalhador da Saúde cuida, mas nem sempre é cuidado. Neste dia as atividades realizadas valorizaram os talentos dos próprios trabalhadores, para cuidar dos trabalhadores. Tivemos oficinas de massagem, Lian Gong, avaliação física, artesanatos, pintura em tela. Essas oficinas



aconteceram em diferentes espaços da Saúde. O produto final deste encontro foi a construção coletiva de uma grande tela de pintura.

Como desafio para o ano de 2006, estamos trabalhando na construção de Protocolos que servirão de base para a condução dos trabalhos nos serviços, divididos nos seguintes eixos: ambiência, saúde do trabalhador, acolhimento e avaliação por critérios de risco. É o trabalhador da saúde colocando a sua marca na implantação da Humanização. Outro desafio é retornar para os serviços as propostas levantadas no I Encontro.

Como avanços obtidos até agora podemos destacar a constituição de grupos de trabalho de humanização em alguns serviços, discutindo e propondo novos fluxos de trabalho, inclusive com readequações na estrutura física. Este processo conta com a participação dos membros do Conselho Diretor da Unidade.

Mais relevante, destacamos a apropriação do tema Humanização por todos os segmentos da saúde, garantindo a permanência desses avanços, caso haja mudança de gestão. Prova disso é a inclusão como eixo norteador no Projeto de Implantação da Escola de Saúde, a Política Municipal de Humanização.

Só com a participação dos diferentes atores que estão envolvidos no processo de produção de saúde é que conseguiremos construir um Novo Modelo de Saúde para a cidade.



PARTICIPAÇÃO SOCIAL : AVANÇOS E PERSPECTIVAS

Autor principal: Sandra Regina Mendonça Lemos
Instituição: Secretaria Municipal De Saúde De Salvador
Município: Salvador
Estado: Bahia

INTRODUÇÃO

A municipalização da saúde fornece condições ao município para que ele exerça integralmente o seu papel de gestor e a oportunidade em se organizar em distritos sanitários, na perspectiva dos sistemas locais de saúde. O objetivo central é a descentralização do poder até o nível local. A adoção pelo poder público do planejamento de ações da saúde, com a participação efetiva dos profissionais de saúde, dos usuários, de entidades e movimentos da sociedade civil, atuando na realidade que se pretende mudar e na definição de prioridades, contribuindo para conferir ao conselho uma dinâmica que supera a rotina burocrática e administrativa.

JUSTIFICATIVA

O Centro de Saúde São Francisco, unidade situada no Distrito Sanitário do Centro Histórico, em uma área vulnerável socialmente e com um número significativo de usuários de substâncias psicoativas, traficantes, prostitutas, travestis, possui em sua trajetória experiências no Conselho Local de Saúde atuante em sua função política, como espaço de exercício de poder pela sociedade mais visíveis e legítimos.

É sabido que os Conselhos de Saúde buscam participar das políticas de saúde. Sendo órgãos colegiados do Sistema Único de Saúde, se manifestam, com maior ou menor representatividades, os interesses dos diferentes segmentos sociais que possibilitam a negociação de propostas que pretendem direcionar as prioridades discutidas e elencadas.

O Centro de Saúde São Francisco, referência municipal das DST/HIV/aids e Uso Abusivo de Substâncias Psicoativas, motivado em incentivar a prática de controle social e a participação popular pensou em formar um Conselho Local de Saúde com entidades/organizações que mais se aproximassem da realidade dos seus serviços. Entidades/organizações essas discriminadas no cenário social que trabalham com DST/HIV/aids, são elas:

ATRAS _ Associação das Travestis de Salvador;
APROSBA _ Associação dos Profissionais do Sexo da Bahia;
GGB _ Grupo gay da Bahia; tendo também em sua composição:
CRIA _ Centro de Referência Integral do Adolescente; Associação dos Blocos Carnavalescos de Salvador; o Sindicato da Construção

Civil (por ter apresentado, em sua categoria, um índice crescente de infecção das DST/HIV/aids em pesquisa realizada pela Central Única dos Trabalhadores _ CUT.Ba) , Batalhão do Corpo de Bombeiros e o 18º Batalhão da Polícia Militar, apresentando como um desafio trabalhar de forma conjunta e próxima de entidades/ organizações, a princípio, adversas socialmente.

OBJETIVO GERAL

Criar um Conselho Local de Saúde democrático, representativo e legítimo capaz de fiscalizar e opinar na política de saúde da unidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabelecer maior interação com a comunidade e os profissionais da unidade;
- Prover a participação e o controle social na política de saúde da unidade;
- Atender as necessidades de saúde da população.

METODOLOGIA

- Sensibilização das organizações/entidades;
- Humanização no atendimento aos usuários dos serviços;
- Planejamento de ações multidisciplinar observando o indivíduo na sua integralidade;
- Desenvolvimento de um programa com ações sistematizadas interno (sala de espera, espaço de convivência) e externo (palestras, feiras de saúde, campanhas educativas);
- Criação do Grupo de Travestis e Grupo de Profissionais do Sexo Feminino, culminando em folders específicos para essas categorias.

PRODUTOS

- Fortalecimento da Secretaria Municipal de Saúde no resgate da cidadania da população usuária dos serviços;
- Estreitamento de vínculos usuários de substâncias psicoativas e profissionais de saúde;



- Exercício em trabalhar com o Humaniza-SUS, antes mesmo da transformação em política nacional.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA FACILIDADES E DIFICULDADES

FACILIDADES

- Disponibilidade da equipe em trabalhar com a população;
- Ampliação do conceito de redução de danos, que deixa de ser apenas com droga injetável e passa a ser para todos os tipos de drogas.

DIFICULDADES

- Sensibilização da comunidade que visualizava a unidade como “policialesca”;
- Auto-estima baixa dos usuários dos serviços da unidade;
- Inclusão de práticas de redução de danos, principalmente das travestis, na colocação de silicone.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendendo o SUS como o grande avanço da Reforma Sanitária com todos os seus princípios: universalidade, integralidade, racionalidade, eficácia e eficiência, democracia, controle social e participação através dos conselhos de saúde é possível que o direito a saúde possa ser garantido através desse controle social – o que reflete que o povo organizado é garantidor, por excelência, do direito à saúde. Necessário se faz que as associações/entidades possam lutar pelos direitos assegurados na Constituição conduzindo-as certamente à democracia, e que a saúde pública realmente trabalhe na linha da inclusão e da participação popular, não só droga injetável para todos os tipos de droga.



DA ORGANIZAÇÃO CURRICULAR A PRÁXIS DE ENFERMAGEM COMO EXPRESSÃO CONCRETA DO CUIDADO INTEGRAL DA POPULAÇÃO - EXPERIÊNCIA DA PARCERIA ENTRE O CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIEVANGÉLICA E A SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS-GO

Autor principal: Sandra Valéria Martins Pereira

Instituição: Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA

Município: Anápolis

Estado: Goiás

INTRODUÇÃO

O perfil almejado para o enfermeiro contemporâneo é generalista, competente ao cuidado integral e capaz de interagir com sujeitos de diferentes cenários da prática de saúde. A formação desse profissional é de responsabilidade das Instituições de Ensino Superior (IES), que devem agregar juntamente aos atores da prática pedagógica, gestores e profissionais de saúde de diferentes especialidades. A maneira como se organiza e se operacionaliza a grade curricular de um Curso de Graduação em Enfermagem deve ser a expressar de

forma concreta tal propósito. Pois, o currículo oculto deve conter entrelinhas aspectos que propiciem a aproximação entre a teoria e a prática, além de instrumentos mediadores da transformação social e concretização prática da tríade ensino-pesquisa-extensão. O Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Enfermagem da UniEVANGÉLICA está fundamentado na concepção construtivista e problematizadora de ensino, que tem suas raízes nas premissas de Paulo Freire, de que as experiências do educando constituem um terreno fecundo para construção e reconstrução do conhecimento. Além disso, é voltado para atendimento das Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Enfermagem (DCNs), que entre outros aspectos determinam a formação de um profissional preparado para atender as demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa grade curricular tem carga horária de 3600 horas curriculares, acrescidas de 160 horas complementares e um trabalho de conclusão de curso. Além das atividades teórico-práticas desenvolvidas, ao longo de cada semestre letivo, os estágios supervisionados com um total de 720 horas, operacionalizados em instituições e unidades de saúde, constituem ferramentas significativas na sustentabilidade das atividades de ensino, pesquisa e extensão. O cenário de atuação dos acadêmicos de enfermagem da UniEVANGÉLICA é essencialmente o município de Anápolis, que de acordo com dados demográficos de 2003, está em acentuado processo de urbanização, sendo que possui uma população de 298.155 habitantes. Atualmente, a estimativa é de 315.000 habitantes. A rede de saúde consta de cerca de 17 hospitais (três filantrópicos, um hospital geral público, um de urgências e demais particulares). Há 36 Unidades de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) dentre outros programas de saúde.

Da organização curricular a práxis de enfermagem
 como expressão concreta do cuidado integral da população:
 experiência da parceria entre o Curso de Enfermagem da UniEVANGÉLICA
 e a Secretaria de Saúde do Município de Anápolis-GO.

Sandra Valéria Martins Pereira sandvaleria@unievangelica.edu.br

IDENTIFICATIVA

A Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UniEVANGÉLICA apresenta uma prática pedagógica fundamentada nos Eixos de Conteúdo: Nucleares da Enfermagem (PCNs), cujo principal eixo consiste na formação do enfermeiro generalista competente ao cuidado integral da população, inserido e contextualizado em situações reais de saúde da vida. Portanto, o eixo em diferentes contextos de prática de saúde, e está em consonância com o paradigma da prática de saúde da população da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Portanto, propõe-se, inicialmente a SCS apresentar estratégias de aprendizagem com os eixos de formação, a partir da contextualização das experiências de prática de saúde em saúde da vida. Nesse contexto, o fundamental é reconhecer e legitimar o fazer interdisciplinar, com vistas ao cuidado de qualidade sustentado em uma abordagem pelo sistema de saúde.

IDENTIFICATIVA

A parceria UniEVANGÉLICA-Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis-GO (SEMUSA) insere-se em uma concepção integrada de ensino, que além de proporcionar a prática de saúde da vida, também promove a sustentabilidade da prática de saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.

OBJETIVOS

- Operacionalizar e promover ensino aprendizagem mediante a prática pedagógica, fundamentada em uma concepção integrada de ensino, que além de proporcionar a prática de saúde da vida, também promove a sustentabilidade da prática de saúde da vida.
- Uma estratégia para a integração do conhecimento da sustentabilidade e prática de saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.
- Apoiar a SEMUSA no atendimento das ações, por meio da rede de saúde da população.

4. OBJETIVOS PEDAGÓGICOS PARA A PRÁTICA DE SAÚDE DA VIDA

- Estabelecimento de parceria com Prefeitura Municipal de Anápolis e a UniEVANGÉLICA, para a realização de ações de saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.
- Realização de um estudo exploratório para avaliar a prática de saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.
- Realização de Estágios Supervisionados regulares de acordo com o currículo acadêmico.
- A prática pedagógica incluir ações de saúde da vida e promoção de saúde, mediante programas de saúde e serviços básicos de saúde, ações de nível comunitário e de atenção primária, ações de nível secundário e terciário, ações de nível quaternário e quíntimo.
- Planejamento de ações de saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.
- Atuação dos alunos em atividades, ações e ações de saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.

5. EXTENSÃO SOCIAL

A prática pedagógica do Curso de Graduação em Enfermagem da UniEVANGÉLICA está integrada ao cuidado integral, fundamentado no Sistema e na Humanização da Atenção. Essa concepção de ensino está em consonância com os princípios norteadores de SUS: universalidade, integralidade, equidade e controle social.

A contextualização do ensino, pesquisa e extensão, no âmbito das ações de saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.

A parceria entre a UniEVANGÉLICA e a Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis-GO, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.

TABELA DE CONTEÚDO

UNIDADE	TÍTULO	CONTÉUDO	CRÉDITOS
1	Introdução	Conceitos básicos de enfermagem e da saúde da população.	04
2	Atuação do enfermeiro	Atuação do enfermeiro em diferentes contextos de prática de saúde da vida.	04
3	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
4	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
5	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
6	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
7	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
8	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
9	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
10	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
11	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
12	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
13	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
14	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
15	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
16	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
17	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
18	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
19	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
20	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
21	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
22	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
23	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
24	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
25	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
26	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
27	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
28	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
29	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
30	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
31	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
32	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
33	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
34	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
35	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
36	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
37	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
38	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
39	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
40	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
41	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
42	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
43	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
44	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
45	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
46	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
47	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
48	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
49	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04
50	Atuação do enfermeiro em saúde da vida	Atuação do enfermeiro em saúde da vida, através de uma abordagem integrada de ensino, que reconhece a prática de saúde da vida como um processo contínuo, que envolve a comunidade para a sustentabilidade da prática de saúde da vida.	04

OBJETIVOS

Criar estratégias pedagógicas, que além de contribuir para formação acadêmica, propiciem condições para que as atividades de ensino, pesquisa e extensão do Curso de Enfermagem da UniEVANGÉLICA, possam apoiar as instituições da rede de saúde e



as ações da Secretaria Municipal de Saúde no atendimento à demanda da micro-região, bem como no alcance da melhoria do perfil de saúde da população do município e região mediante as diretrizes das políticas públicas do setor saúde e princípios do SUS.

METODOLOGIA

Os grupos de alunos (5 a 10 alunos) sob a supervisão de um enfermeiro-docente atendem a população durante o semestre letivo em sistema de rodízios, conforme carga horária determinada na grade curricular. Os estágios supervisionados perfazem um total de aproximadamente 36.000 horas curriculares por semestre, ou seja 720 horas para cada um dos 50 alunos matriculados regularmente no 7º e 8º período do referido curso. Além das atividades de extensão e de pesquisa de campo na linha do cuidar/cuidado e epidemiologia.

RESULTADOS

Foram firmados convênios entre o Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA e a Secretaria Municipal de saúde do município de Anápolis – GO (atualmente até o ano de 2008), bem como com outras instituições filantrópicas ou privadas da rede de saúde: 36 Unidades de Saúde da Família, PACS, atendimento a hanseníase, tuberculose, DST/AIDS, núcleo de vigilância epidemiológica, Programa Nacional de Imunização, vigilância sanitária, Unidade de Saúde da Mulher, Hospital Amigo da Criança (IHAC), Hospital de Urgências, SAMU, eventos de saúde (educação continuada, mutirões, campanhas de vacinação e outros). Os eventos de extensão abrangem uma população diversificada (idosos asilados, crianças internadas em creches e/ou orfanatos, presidiários, atletas, trabalhadores, mulheres em idade fértil, nutrízes e outros). Atualmente, ambas instituições (UniEVANGÉLICA e Prefeitura Municipal de Anápolis-GO) são parceiras no convênio com a Organização das Nações Unidas (ONU) em projetos que voltados para o alcance dos objetivos do milênio, sendo que no ano de 2005 foram realizados cerca de 5467 procedimentos de enfermagem em ações em massa: Consulta de Enfermagem clínica com verificação de pressão arterial, índice de massa corporal, glicemia capilar, avaliação de riscos para doenças crônico-degenerativas e ações de educação em saúde; Consulta de Enfermagem Ginecológica com coleta de material para preventivo de câncer de colo de útero (COP), exame de mamas, aconselhamento para planejamento familiar e oficinas sobre sexualidade segura; Consulta de Enfermagem Pediátrica com avaliação do Crescimento e Desenvolvimento da Criança, além de oficinas de expressão corporal para fases específicas de desenvolvimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias pedagógicas utilizadas permitiram a inserção de discentes e docentes na realidade da micro-região, propiciando formas para construção do conhecimento e exercício da competência de transformador da realidade social. E apesar das dificuldades para operacionalização da parceria, principalmente na manutenção contínua de alunos na rede e ônus gerado para manter o número adequado de professores, o *feed back* tem sido positivo, principalmente pela facilidade com a abertura e parceria efetiva da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis –GO, sendo que os benefícios são evidentes para ambas instituições, além de relevante para saúde da população.



MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM ACORIZAL – MATO GROSSO

Autor principal: Sandro Madaleno Correa Taques
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Acorizal
Município: Acorizal
Estado: Mato Grosso

INTRODUÇÃO

Acorizal foi fundado em 12 dezembro de 1953, possui uma extensão territorial de 841 Km² e situa-se 60 Km de Cuiabá, capital do Estado. Possui população de 5.817 habitantes (IBGE/2000).

O Município habilitou-se na Gestão Plena de Atenção Básica em 1998. Dispõe apenas de serviços assistenciais públicos. A Rede é composta por Unidades de Atenção Básica, um Laboratório de Análises Clínicas e uma Unidade de Reabilitação. A Referência para a assistência de média e alta complexidade é Cuiabá, capital do Estado.

Este estudo acerca do processo de Municipalização busca responder: o município está cumprindo as responsabilidades da Gestão Plena de Atenção Básica, de acordo com a NOB 96? Quais são os avanços conquistados e as dificuldades existentes advindas da municipalização do Sistema Único de Saúde no município?

OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar o processo de municipalização da saúde e a organização da Atenção Básica em Acorizal-MT no período de 1998 a 2004.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar as mudanças na Gestão do Sistema Municipal de Saúde de Acorizal a partir da habilitação à NOB/96.
2. Proceder análise comparativa das responsabilidades na Gestão da Atenção Básica definidas pela NOB/96 e as atribuições da Gestão Municipal, de acordo com a Portaria n. 3.925/98 que instituiu o Manual de Organização da Atenção Básica.

METODOLOGIA

Estudo descritivo com levantamento bibliográfico e análise documental.

Das responsabilidades da Gestão Municipal definidas pela NOB/96 foram criados três categorias para agrupá-las: Política e

Planejamento, Infra-estrutura e Capacidade Institucional, e Coordenação e Operacionalização com foco na Atenção Básica.

ANÁLISE E DESCRIÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE – RESULTADOS

- O recurso da saúde é operacionalizado pelo Fundo Municipal de Saúde (FMS) e gerenciado pelo gestor, com autonomia para aplicação dos mesmos.
- Aumentou o percentual de aplicação dos recursos próprios, de 17,78% no ano de 2000 para 20,7% no ano de 2004.
- Aumentou a transferência da União de 2000 a 2004 em 153,7%.
- A SES-MT forneceu apoio técnico, capacitou profissionais nas áreas estratégicas, realizou cursos de formação técnica de Auxiliar de Enfermagem e pós-graduação em Saúde da Família, e aumentou em 34,7% até 2004 o repasse fundo a fundo de incentivo financeiro para o PACS e PSF.
- O Conselho Municipal de Saúde (CMS) avançou na sua constituição legal e incorporação à estrutura da SMS. Não dispõe de estrutura física, administrativa e orçamentária própria. Não dispõe de Ouvidoria e o espaço aberto de interlocução da população se dá através do gestor.
- Os Recursos Humanos aumentaram em 108,3%, de 24 para 50 servidores.
- A folha de pagamento aumentou em 157,4%, ou seja, de R\$ 9.568,70 em 1998 para R\$ 24.663,27 em 2004.
- A despesa com pessoal ativo em 2004, representou 73,7% da despesa com recursos próprios da saúde.
- A SMS coordena e gerencia suas Unidades de Saúde, assim como as ações de Vigilância à Saúde (Vigilância Sanitária, Ambiental e Epidemiológica).
- O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado em 2001, promoveu a cobertura de 77,57% da população.
- A implantação da Central Regional de Regulação em Cuiabá - MT, melhorou o acesso e proporcionou maior agilidade nos agendamentos dos exames, consultas e internações, entretanto, o município precisa estruturar o serviço de Regulação Municipal.



APRENDIZADO

Essa vivência teve apoio da Prefeitura Municipal de Acorizal e Secretaria Municipal de Saúde e a principal dificuldade foi socializar os resultados no âmbito municipal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Que o resultado desse estudo possa contribuir com a Gestão Municipal e estimular reorganizações necessárias para garantir aos usuários, de fato, o acesso com qualidade aos serviços básicos de saúde e integralidade da assistência.



A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE FORTALEZA NO ESTADO DO CEARÁ

Autor principal: Sheila Maria Santiago Borges

Outros Autores: Fatima Veronica Teixeira de Lima

Instituição: Secretaria Municipal de Saude de Fortaleza

Município: Fortaleza

Estado: Ceará

JUSTIFICATIVA

A saúde como direito de todos e dever do estado, está garantida na Constituição Federal de 1988, e traduz um avanço significativo conquistado pela população brasileira.

No Brasil, a preocupação com a escassez de médicos com formação geral foi denunciada desde a década de quarenta, e enfocava muito bem a necessidade de médicos para interior. Indicava-se ainda naquela ocasião, a preocupação com um novo tipo de médico que não se voltasse somente para as questões técnicas de ciências médicas em permanente evolução, mas observasse também a estrutura econômica e social da comunidade (ABAT, 1985).

A estratégia saúde da família foi lançada oficialmente pelo Ministério da Saúde em março de 1994, objetivando organizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e para a prática hospitalocêntrica.

A priorização da família enquanto grupo de risco na agenda da política social, constitui um dos fatores condicionantes para o surgimento de programas estratégicos como o Programa Saúde da Família-PSF.

A atenção esta centrada na família, compreendida a partir de seu cotidiano possibilitando às equipes de saúde uma maior percepção maior do processo saúde/doença e com intervenção que vão além das práticas curativas.

O município de Fortaleza, está constituído por seis regionais (Secretaria Executiva Regional-SER), divididas administrativamente e delimitadas geograficamente para proporcionar as famílias da área de abrangência, melhores condições de atendimento nas áreas de saúde, educação, habitação, meio ambiente e infra-estrutura.

Com a perspectiva de avanço neste processo, o município de Fortaleza está reorganizando a atenção básica de saúde em efetivo funcionamento do programa saúde da família. As primeiras 32 (trinta e duas) equipes foram implantadas no município em fevereiro de 1998 e em 2001 o município conta com 107 (cento e sete) equipes distribuídas nas áreas de riscos das seis regionais.

OBJETIVOS

- Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica.
- Prestar assistencial integral e contínua às necessidades de saúde da população adscrita.
- Intervir sobre fatores de riscos aos quais a população está exposta.
- Estabelecer vínculo humanizado entre profissionais de saúde e população.
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença.
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

METODOLOGIA

A implantação do modelo de saúde da família nas unidades básicas em Fortaleza, foram operacionalizada de acordo com as realidades de cada Secretaria Executiva Regional.

A princípio foram cadastradas 32 equipes (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) em áreas consideradas de risco como condições de moradia, de saneamento, baixa renda, existência de local de apoio para equipe do PSF, existência de organização comunitária e de acordo com o perfil epidemiológico.

Adscrição de clientela- a unidade de saúde tem a responsabilidade por uma área geográfica delimitada, respeitando as barreiras geográficas e o número de famílias.

Cadastramento, as famílias são cadastradas no domicílio onde é registrado a composição da família, as condições de moradias, de saneamento, as morbidades referidas.

Territorialização, as regionais realizaram o processo de territorialização no qual se deu a apropriação do território com a participação de diversos atores como; profissionais de saúde, lideranças comunitárias, comerciantes, líderes religiosos, etc

Plano de trabalho, é elaborado um plano de intervenção pra enfrentamento imediato dos problemas identificados.



Monitoramento, é realizado de forma sistemática pela Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com as SER.

RESULTADOS

Em 1988 havia 32 equipes atendendo 34.012 famílias, o equivalente a 1062 famílias por equipe; em 2001 eram 107 equipes atendendo 107.000 famílias ou seja 1 equipe para cada 1000 famílias totalizando 906 profissionais de saúde (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) envolvidos no atendimento.

Em 2001 obtivemos os seguintes resultados;

94,7 das gestantes cadastradas foram acompanhadas; 61,8% das crianças de a 4 meses estavam com o aleitamento materno exclusivo; 85,4% das crianças menores de 1 ano a vacina estava em dia; foram realizadas pelo profissional médico 43.650 visitas domiciliares o que equivale aproximadamente 8,5 visitas por semana por médico, o enfermeiro foi 9,9 visita/semana/enfermeiro e 43,9 visitas/semana/ACS.

CONSIDERAÇÕES

- Implementar trabalho com grupos específicos com: diabéticos, hipertensos, gestantes.
- Formar ou reestruturar os conselhos locais de saúde.
- Implantar ou implementar um sistema de referência e contra-referência.
- Incrementar intervenções intersetoriais.
- Padronizar rotinas de atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde da Família.
- Melhorar as coberturas em relação a atendimento com as gestantes, vacinação.



PSF EM FORTALEZA: ANÁLISE DE SITUAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO BAIRRO PRAIA DO FUTURO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

Autor principal: Sheila Maria Santiago Borges

Outros Autores: Fatima Veronica Teixeira de Lima

Instituição: Secretaria Municipal de Saude de Fortaleza

Município: Fortaleza

Estado: Ceará

JUSTIFICATIVA

No Brasil, a preocupação com a escassez de médicos com formação geral foi denunciada desde a década de quarenta, e enfocava muito bem a necessidade de médicos para interior. Indicava-se ainda naquela ocasião, a preocupação com um novo tipo de médico que não se voltasse somente para as questões técnicas de ciências médicas em permanente evolução, mas observasse também a estrutura econômica e social da comunidade (ABAT, 1985).

Na reforma sanitária brasileira, na década de 70, desencadeou-se a defesa a integridade da atenção à saúde e a articulação das ações de promoção e Prevenção da saúde, iniciando, assim, uma tentativa de atender as famílias no Brasil. Essa mudança do modelo de assistência à saúde é voltada para o estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito da cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida.

Uma das principais estratégias do Programa Saúde da Família é a sua capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, cultura e transporte, entre outros. Por ser um programa estruturaste, deve procurar uma transformação interna do sistema, com vistas à organização das ações e serviços de saúde pública e a atenção médica individual, bem como entre as práticas educativas e assistenciais.

O município de Fortaleza, está constituído por seis regionais, divididas administrativamente e delimitadas geograficamente para proporcionar as famílias da área de abrangência, melhores condições de atendimento nas áreas de saúde, educação, habitação, meio ambiente e infra-estrutura.

Com a perspectiva de avanço neste processo, o município de Fortaleza está reorganizando a atenção básica de saúde em efetivo funcionamento do programa saúde da família. As primeiras 32 (trinta e duas) equipes foram implantadas no município em fevereiro de 1998 e em 2001 o município conta com 107 (cento e sete) equipes distribuídas nas áreas de riscos das seis regionais.

OBJETIVO

Identificar, analisar e avaliar as informações de saúde das famílias da área de abrangência da Praia do Futuro atendida pelo Programa saúde da Família.

METODOLOGIA

Estudo foi realizado com as famílias atendida pela equipe do PSF da área de abrangência da Praia do Futuro na cidade de Fortaleza no estado do Ceará. Os dados foram levantados através da ficha do Sistema Informação de Atenção Básica, prontuários e questionários realizados com as famílias. Foram analisadas as situações: demográfica, sócio-econômica, educacional, ambiental e estado de saúde da população.

RESULTADOS

Dentre a população estudada 2271 eram homens e 2418 mulheres sendo 34,5% homens entre 20 e 39 anos e 36,3% mulheres na mesma faixa etária.; 60,2% tem renda familiar de 1 a 2 salários mínimos; 68,3% são alfabetizados. Em relação a situação ambiental, 89,9 mora em casa construída com tijolo 60% estão ligadas a rede pública de esgoto de água e apenas 21,2% ligada ao sistema de esgoto, 81% recebem coleta pública de lixo. Em relação aos principais agravos de saúde analisados foram os mais críticos: tabagismo, hipertensão, asma, alcoolismo, diabetes. Em relação a situação de Saúde: 85,4% das crianças menores de 02 anos estão com vacina em dia; 68% das crianças menores de 4 meses estão com aleitamento materno exclusivo; 87% das gestantes são acompanhadas no pré-natal e destas 53% iniciaram o pré-natal no 1 trimestre da gravidez; 59% das mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos fazem planejamento familiar; 18% das mulheres na faixa etária de 20 a 60 anos realizam Prevenção de câncer de colo uterino; ainda temos 16,5% das crianças na faixa etária de 0 a 2 anos desnutridas e a média de adolescente grávida é de 12,6%.



CONSIDERAÇÕES

- Incrementar ações intersetoriais;
- Implementar sistema de referência e contra-referência;
- Padronizar rotinas de atendimento das Unidades Básicas de Saúde;



PERCEPÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CAMPO DE ATUAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIAS DO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ/SC

Autor principal: Silvana Corrêa de Barros Lampert Sagave

Outros Autores: Jonilda Hugen Souza Vieira

Instituição: Secretaria de Saúde de Itajaí/SC

Município: Itajaí

Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO

Com o advento da NOB/96 e a NOAS 2001/2002, surgiu à necessidade de se reavaliar a atenção básica em nosso país. A Estratégia Saúde da Família tem função norteadora na reorganização do modelo assistencial do SUS. Para tanto, faz-se necessário repensar práticas, modelos de gerenciamento e a capacidade de coordenar os recursos disponíveis. A assistência deve ser universal, integral, equânime, contínua e resolutiva. Humanizar as práticas de saúde, buscar a satisfação do usuário, estreitar o relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimular o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e de qualidade de vida são importantes fundamentos do Programa Saúde da Família (PSF).

JUSTIFICATIVA

Ao longo do tempo sentimos a necessidade de refletirmos o desenvolvimento da prática profissional, a lógica organizacional, os fluxos e as necessidades do serviço. Uma das prioridades da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC foi implantar um modelo de atenção e gestão de serviços de saúde, capaz de promover e consolidar o processo de trabalho articulado e que causasse impacto na atenção primária e nos indicadores de saúde do município. Neste sentido, procuramos despertar nos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) e demais funcionários um censo crítico com relação à prática profissional de cada um. Iniciamos por aproveitar os momentos de reunião do PSF, que acontecem mensalmente nas dependências da Secretaria de Saúde, para que cada equipe pudesse estar apresentando para os demais colegas como funciona a dinâmica do atendimento em cada Unidade Básica de Saúde.

OBJETIVO

Propiciar a troca de experiências entre as equipes que possibilitasse aos profissionais uma reflexão do seu dia-a-dia de trabalho e socializar as diversas realidades e enfrentamentos vivenciados por cada ESF.

METODOLOGIA

Foi realizado um cronograma, onde ficou estabelecido que, em cada reunião do PSF, seriam apresentados três relatos de equipes. As datas ficaram pré-agendadas e as equipes foram sorteadas. Ao todo, foram seis reuniões com a apresentação das dezoito ESF. Foram trabalhadas as seguintes questões: acolhimento, agendamento, visitas domiciliares, áreas de risco, diagnóstico de saúde, perfil epidemiológico, grupos terapêuticos, Conselhos Locais de Saúde e intersetorialidade. As equipes utilizaram-se de mapas inteligentes, data-show, onde além de relatarem os indicadores básicos de saúde e dados estatísticos, também registraram com fotos as áreas de risco, as suas Unidades Básicas de Saúde, as visitas domiciliares, as atividades com grupos terapêuticos, passeios, entre outros. No relato das equipes, por vezes, ficou evidenciada a dificuldade de desenvolver atividades educativas junto à comunidade, pois as demandas organizadas e espontânea consomem muito tempo dos profissionais. Este tipo de situação tem sido motivo de grandes desgastes e desmotivação por parte das ESF. A maioria já está se mobilizando e articulando para a criação dos Conselhos Locais de Saúde, realizando reuniões mensais com os representantes da comunidade, estabelecendo parcerias, discutindo a realidade e as necessidades da comunidade, elencando prioridades, traçando estratégias, planos de intervenção e se mobilizando para lutar por melhorias para toda a comunidade. Observou-se o alto grau de envolvimento dos nossos profissionais na tentativa de solucionar os problemas, no entanto, a resolução dos mesmos necessita a intervenção de outros profissionais tais como: equipe de saúde bucal, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, fonoaudiólogo, assistente social entre outros. Participaram destas reuniões representantes dos diversos segmentos da Administração Municipal, cujo objetivo maior era divulgar o trabalho realizado pelo PSF em nosso município e conhecer os profissionais das outras Secretarias, de forma a estabelecer contatos e articular parcerias necessárias e importantes para o bom andamento dos trabalhos. A descentralização transfere o poder de decisão para os níveis periféricos da cidade, mas não garante com as políticas setoriais a resolução dos problemas sociais. A intersetorialidade constitui uma



possibilidade de encaminhar a resolução dos problemas da população, situada em determinado território, de maneira integrada. Por considerá-la uma ferramenta de trabalho indispensável para o atendimento das necessidades de serviço em nosso município, tomamos a iniciativa de convidar as demais Secretarias que prontamente enviaram seus representantes.

RESULTADO

O desenvolvimento dos trabalhos foi muito produtivo, pois nos possibilitou conhecer os outros serviços, suas realidades, suas conquistas e suas dificuldades. Ao final dos trabalhos podemos observar que a proposta foi pertinente e obteve um alto índice de aceitação e aproveitamento. Na maioria dos relatos pode-se observar o alto grau de “empoderamento” das equipes e da comunidade e o seu envolvimento na luta por melhorias das condições e da qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A troca de experiências entre as ESF foi riquíssima, possibilitando-nos uma profunda reflexão das nossas práticas, reforçando a necessidade de se trabalhar cada vez mais a intersetorialidade que deve ser vista como mecanismo de promoção da saúde, garantindo que as políticas intersetoriais articulem-se em projetos de interesse da saúde, ampliando a inclusão social, a participação popular e o tão esperado controle social. O debate acerca das experiências que se construíram em torno da vivência das ESF na interlocução com diferentes realidades contribuiu para melhorar o processo de trabalho. A complexidade das diferentes comunidades apontou com clareza as limitações das intervenções circunscritas à área da saúde, impondo a necessidade de articulação com outras instituições para a conquista de resultados. O conhecimento da realidade local não pode se restringir simplesmente ao atendimento ambulatorial, mas implica numa transformação maior de toda a sociedade em entender e desenvolver ações conjuntas.



INTEGRALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DA GESTÃO COLEGIADA

Autor principal: Silvani Botlender Severo

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde; Cidadania e Assistência Social - Coordenação Mun. da Política de Saúde Mental

Município: Viamão

Estado: Rio Grande do Sul

Esta escrita descreve a história vivenciada no processo de criação/gestão colegiada da Política de Saúde Mental no município de Viamão-RS, pelos seus trabalhadores em saúde, no período entre 1998 a 2005. Na saúde coletiva, Campos (1998) propõe um novo método denominado de Gestão Colegiada centrada em equipes de saúde, buscando integrar os objetivos primários das instituições de saúde — a própria produção de saúde — quanto os secundários, como assegurar a sobrevivência e realização profissional dos trabalhadores.

O município de Viamão pertencente à região metropolitana de Porto Alegre, tem uma área de 1.494,2 km², e uma população estimada em 2005 de 256.709 hab., com uma renda per capita de R\$ 253,87¹ (2000). A área urbana é de 192,3 km² e a área rural é de 1.301,9 km², sendo que cerca de 93% da população está em área urbana². No caso da saúde mental, anteriormente, a única possibilidade para os pacientes com transtornos graves era a internação em hospitais psiquiátricos na capital Porto Alegre. O histórico da saúde mental em nosso Estado - Rio Grande do Sul - RS, inclui o fato do protagonismo na promulgação da primeira Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica.

Assim, a história de Viamão, que desde o ano de 1997 passa a ter uma administração popular, tem sua inserção dentro de um contexto do movimento sanitarista brasileiro e da saúde mental coletiva, através de uma gestão da saúde colegiada e do modelo de "Cidadania em Defesa da Vida". A secretária da Saúde, neste momento, era Sandra Fagundes, militante da Reforma Psiquiátrica. Esta é uma história que envolve e desenvolve sujeitos-identidades, que conjuntamente constroem e são construídos/desconstruídos na sua prática pela desinstitucionalização da loucura.

Neste período (1998-2005) foi crucial a aproximação entre trabalhadores em saúde mental e gestores. Viamão instituiu desde 1998, um sistema de gestão colegiada na saúde (Campos, 1998). A coordenação do CAIS Mental sempre foi integrante do GRUDE (Grupo de Direção Estratégica) – reuniões semanais; do Colegiado Gestor e das Reuniões de Coordenadores de Serviços – reuniões mensais. Através destes espaços, constituiu-se a reflexão sobre a situação da saúde mental no município e da necessidade de uma nova reorganização e investimentos nesta

área de atenção. Muitas reflexões e explicações tornaram-se necessárias no intuito de que todos os atores compreendessem que a reorganização da rede em saúde mental não implicava em redução de atendimentos ou de sobrecarga aos trabalhadores da rede básica de saúde. A lógica sempre foi o foco no atendimento prioritário aos pacientes em sofrimento psíquico grave, e após o tratamento, o encaminhamento à rede e a inserção social do usuário em atividades comunitárias.

Temos como finalidade contribuir com alguns destaques para a compreensão do complexo processo de construção de uma política pública no município. O processo de municipalização exige que o município assuma gradativamente as demandas em saúde dos seus moradores e um dos principais problemas para a implantação dos serviços diz respeito à contratação de profissionais. O entrelaçamento entre as diretrizes e legislações, produções teóricas e as condições de sustentabilidade local para a implantação de serviços na área pública exige estratégias e vontade políticas/técnicas que promovam a coletividade com todos os atores sociais. Na saúde mental, mesmo após a implantação dos serviços ocorrem problemas como: diminuição do número de profissionais na equipe sem reposição; reprodução social da loucura, onde o serviço de saúde mental passa a ser entendido como único lugar de atenção e cuidado à saúde mental, tanto pelos trabalhadores da rede de saúde, como por toda a comunidade; repetição de modelos individualizantes e centrados na doença por parte de alguns profissionais, etc. Paralelamente a essas dificuldades os trabalhadores mantêm seu empenho no esforço de realizar suas atividades em direção a integralidade na atenção, tanto do ponto de vista assistencial quanto da promoção e prevenção da saúde. O desafio é instituir serviço qualificado e que, no entanto, representa, na sua gênese, toda a complexidade de uma rede de atenção à saúde mental que inclui outros dispositivos, preconizados pela Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica, e que devem ser conquistados ao longo do processo.

Foram oito anos de construção coletiva, sendo que em 1997 o município contava somente com um psiquiatra e um psicólogo, até o ano de 2005, onde o município passa a ter uma rede em saúde mental com três (03) CAPS II, onde dois (02)



regionalizados, para transtornos mentais e um CAPS II Álcool e Drogas (CAPS II – Centro; CAPS II Casa Azul e CAPS II AD – Nova Vida) e o Programa SAMECA, com previsão de tornar-se CAPS II infantil³, como também uma parceria com o Hospital de Caridade de Viamão para a constituição de três (03) leitos para dependência química e transtornos mentais na clínica geral.

Fatos significativos e construídos na coletividade (gestores, trabalhadores em saúde, usuários e sociedade civil) com o objetivo de expansão da rede de saúde mental foram: o concurso público em 1998 que possibilitou a implantação do primeiro CAIS Mental com atendimento a população adulta e infantil; em 1999 o desmembramento desse serviço em mais um programa denominado SAMECA, para o atendimento de crianças e adolescentes; nesse mesmo ano a criação da ACAMVI – Associação dos Usuários e Familiares do CAIS Mental; em 2001 a realização da I Conferência de Saúde Mental do município; em 2002, o credenciamento do CAPS II – Cais Mental pelo Ministério da Saúde; nesse mesmo ano a realização do Projeto Nosso Cais e do I Seminário de Saúde Mental e Dependência Química em Tempos de AIDS que gerou o Grupo de Discussão formado por trabalhadores governamentais, sociedade civil e de instituições de controle social para a viabilização do CAPS II AD, o qual o município estava habilitado por portaria a implantar; esse Grupo identificou através de seu processo e em reunião com os gestores, a necessidade de um convênio entre prefeitura e ACAMVI e em 20/11/2003 houve a aprovação de Projeto de Lei que permitiu repasse de verba através de um convênio de mútua cooperação, para realização do Projeto “Geração Saúde Mental”, oportunizando a ampliação da rede em saúde mental através da contratação de profissionais; e em 2004-2005 há o fortalecimento do modelo psicossocial através da consolidação do Colegiado da Saúde Mental com foco na integralidade da prática profissional, dos serviços e da política pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. (5.ed. ampl.) Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n.4, p.863-870. out./dez. 1998.

PREFEITURA Municipal de Viamão. Plano Municipal de Saúde (2006-2009). Secretaria Municipal de Saúde, Cidadania e Assistência Social.

¹ www.viamão.rs.gov.br

² Dados do Plano Municipal de Saúde (2006-2009).

³ Conforme Plano Municipal de Saúde 2006-2009.



SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE PSF DO MUNICÍPIO DE IRATI EM BUSCA ATIVA DE CASOS DE HANSENÍASE E AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES

Autor principal: Sílvia Bonilha Bagatelli

Outros Autores: Aleixo José da Rocha Guerreiro; Agostinho Vanderlei Basso

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Irati/PR

Município: Irati

Estado: Paraná

JUSTIFICATIVA

Devido as dificuldades dos profissionais em diagnosticar precocemente casos de Hanseníase, realizar busca ativa de casos e avaliação de incapacidades causadas por esta, o serviço de vigilância epidemiológica desenvolveu o referido projeto para capacitar todos os profissionais da saúde a fim de transformar essa realidade, justificando-se que os casos notificados chegavam ao serviço através da procura do próprio portador da doença, retardando o diagnóstico e o controle.

OBJETIVOS

O presente projeto tem como objetivo capacitar os profissionais do PSF para realização de busca ativa de pacientes com Hanseníase na área de abrangência das unidades de saúde, fortalecendo o serviço de vigilância epidemiológica da Hanseníase no município, diminuindo a circulação da doença a índices abaixo do preconizado pelo Ministério de Saúde, bem como avaliar e evitar incapacidades físicas nos pacientes.

METODOLOGIA

Realizada em duas etapas, sendo a primeira teórica (diagnóstico precoce, exame físico, tratamento e busca ativa de casos) e treinamento prático com avaliação dermatoneurológica, uso do estesiômetro e coleta de linfa, com carga horária de 8 horas.

Na segunda etapa realizou-se um dia de campo, na localidade de Itapará, distante 60 km da sede do município, local escolhido para início das atividades, devido a grande incidência de casos no passado. Na unidade de saúde desta localidade foi realizada uma palestra à população; após os profissionais realizaram avaliação dermatoneurológica, coleta de linfa em pacientes suspeitos da doença, e visitas domiciliares a famílias indicadas pelos ACS. Todos os casos suspeitos foram conduzidos até a Unidade de Saúde para consulta, avaliação, coleta de linfa e posterior início do tratamento. Foram distribuídos folders sobre a doença, bem como sanadas dúvidas sobre o assunto e eventuais questionamentos da comunidade.

Dando continuidade ao projeto, a equipe fez busca ativa na comunidade de Guamirim, capacitação dos funcionários da Santa Casa de Misericórdia, hospital este que recebe pacientes de 09 municípios.

RESULTADOS OBTIDOS

Dos 103 pacientes avaliados no município, foram coletadas 33 amostras para exames de linfa, obteve-se 7 diagnósticos positivos para Hanseníase, sendo: 05 casos Multibacilar e 02 casos Paucibacilar.

Após o treinamento, o atendimento integral do paciente com Hanseníase foi descentralizado para as unidades de saúde da família, antes realizado no serviço de vigilância epidemiológica. Foram entregues a cada equipe material para avaliação dermatoneurológica e para coleta de linfa.

VIVÊNCIAS

Sendo o município de Irati/PR, até então, considerado área sob controle da doença e apresentando nos últimos anos, índices preconizados pelo ministério da Saúde, chama-nos a atenção à realidade encontrada, pois em pouco tempo conseguimos diagnosticar o dobro de casos notificados no ano anterior. Comprovamos que através de profissionais capacitados conseguiremos alcançar a meta preconizada, eliminar a Hanseníase do município. Importante salientar que a maioria dos casos encontrados durante a realização do projeto é da forma infectante da doença (multibacilar) e em estágio avançado, pacientes estes que estiveram varias vezes nas unidades de saúde e não diagnosticados pelos profissionais, disseminando o bacilo a toda população por grande período de tempo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Basta vontade dos gestores em investir na capacitação dos profissionais, utilização correta dos incentivos do governo e mobilização das comunidades, para diagnosticar casos desta doença tão grave e incapacitante como a Hanseníase, mal que já deveria estar erradicado do nosso país.



A REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA PARA O CUIDADO COM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS NO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ – SP

Autor principal: Sílvia Moreira da Silva

Outros Autores: Ana Lúcia Spiassi; Decio de Castro Alves; Vilmar Ezequiel dos Santos

Instituição: Prefeitura Municipal de Santo André

Município: Santo André

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Através de levantamento feito no município de Santo André, constatou-se há um total de 325 moradores de rua. A faixa etária desta população varia de 30 a 49 anos (90% homens). A situação de extrema exclusão vivida pela população promove um aumento considerável em sua vulnerabilidade social, agravado pelo uso abusivo álcool e outras drogas, além da discriminação por raça, classe social, gênero, violência sexual e social. Quase 100% da população em situação de rua se encontram com sintomas de DST's e/ou Hepatites, além de apresentar características de Tuberculose, devido o alto nível de vulnerabilidade.

OBJETIVOS

• Geral

- . Vínculo com as unidades de saúde;
- . Promoção e prevenção as DST/Aids;
- . O projeto tem como foco principal à acessibilidade e vinculação da população em situação de rua ao Sistema Único de Saúde
 - Específicos:
- . Promover vinculação dessa população com as unidades de saúde próximas dos locais de abrigo, acolhimento e albergues.
- . Implantação do serviço de distribuição de preservativos
- . Estimular o pré-natal às gestantes e acompanhamento pediátrico
- . Oferecer informações sobre: Hepatites, DST's, Aids, Tuberculose.

METODOLOGIA

Cada tema foi apresentado aos usuários de forma diferente, para isso foram usadas dinâmicas de grupo, discussões/debates, apresentações de vídeo, apresentação de teatro, palestras, linguagens artísticas (oficina de pintura e grafite) e oficina de cultura popular (música, danças, etc.), vinculado sempre os temas sugeridos pelos usuários em encontros anteriores.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Obtivemos ótimos resultados (previstos e não previstos no projeto inicial): Encaminhamento, atendimento e acompanhamento médico da população acessada nas unidades próximas aos locais de abrigo, acolhimento e albergues; Distribuição de preservativos nos abrigos, casas de acolhimento e albergues; 100% das gestantes acessadas em acompanhamento de pré-natal; Ampliação dos conhecimentos dos adultos atendidos sobre: Hepatites, DST's, Aids, Tuberculose. Oficinas com grupos só de mulheres, resultando no interesse das participantes de encaminhamento às consultas com o G. O, com o acompanhamento da equipe do Programa DST/AIDS; Vacinação de Idosos; Mais de 50% dos participantes manifestaram desejo de conhecer seu status sorológico para HIV/Aids, DST's.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA FACILIDADES E DIFICULDADES

O projeto compreende a necessidade de participação dos usuários na construção do trabalho, assim como levantamento de suas expectativas. Tivemos alguns pontos mais deficientes e um deles foi à falta de parceria com a delegacia e assessoria da mulher, para poder acolher melhor as participantes sobre a questão da violência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhando de forma mais amena, porém não de maneira trivial, temáticas complexas como DST/AIDS, percebemos menor rejeição da população referida e maior assimilação das informações dadas.

Percebemos também, que o fortalecimento de parcerias não só facilitou o trabalho desenvolvido como também, qualificou-o, tanto para o projeto em si, quanto para as pessoas em situação de rua que tiveram participação efetiva neste trabalho.



CONSTRUÇÃO DE PARCERIA UNIVERSIDADE-SERVIÇO - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autor principal: Silvio Antonio Franceschini

E-mail: silvantfranc@yahoo.com.br

Outros Autores: Sílvia Matumoto; Trude Ribeiro da Costa Franceschini;

Cinira Magali Fortuna; Nélio Domingos

Instituição: Universidade de Ribeirão Preto e Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Município: Ribeirão Preto

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) ainda se encontra em construção, na consolidação de seus princípios e diretrizes. Um de seus desafios diz respeito à formação de trabalhadores da saúde tendo em vista a produção da atenção integral, com resolubilidade e qualidade. Diversas iniciativas dos Ministérios da Saúde e da Educação vêm sendo adotadas nessa direção: as leis de diretrizes curriculares, a criação dos Pólos de Educação Permanente, a residência multidisciplinar, o Pró-Saúde, entre outros. A acumulação histórica dessa construção aponta ainda para a necessidade de articulação dos diversos setores e atores interessados. Em 2003, o município de Ribeirão Preto desencadeou, a partir do Conselho Municipal de Saúde (CMS), ampla discussão sobre a relação Universidade-Serviço.

OBJETIVOS

O presente estudo tem por objetivo relatar a experiência coletiva da pactuação de um convênio entre uma das Universidades de Ribeirão Preto e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Pretende ainda refletir sobre as dificuldades e potências de

novas modalidades de ensino/aprendizagem e de modificação de cenários para a construção de práticas integrais em saúde que articulem a formação, a gestão, o controle social e os interesses dos trabalhadores de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência. Apresentaremos os movimentos que ocorreram na Universidade, na rede Municipal e CMS, considerando-os interdependentes e inter-relacionados. Movimento da universidade: Para atender as atuais diretrizes curriculares de formação de profissionais mais críticos e aptos para o trabalho no SUS, o curso de medicina da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) em 2003 implantou sua proposta curricular baseada em pedagogias ativas e inserção dos estudantes desde o primeiro semestre na rede de atenção básica de saúde. Neste momento, as aproximações envolveram apenas o gestor de saúde, sem a participação de usuários e de trabalhadores de saúde. Movimento na SMS: O gestor, inicialmente, olhava para as lacunas materiais e de recursos humanos da rede e vislumbrava a possibilidade de





conseguir minimizá-las, via parceria com a Universidade. Na atualidade, o processo mostra maior amplitude para formação e capacitação de profissionais para o trabalho no SUS. Movimento no CMS: Os representantes dos usuários e dos trabalhadores de saúde iniciaram a discussão sobre a insatisfação pela inserção de estudantes e professores da UNAERP em uma das unidades básica de saúde (UBS) do município, que se estendeu a outras UBS's de um dos distritos de saúde da cidade. Esse movimento foi decorrente do fato dessa Universidade ter iniciado as atividades do curso de medicina, sem uma explicitação sobre as funções e responsabilidades de cada uma das partes envolvidas. Entre as indagações, figurava a preocupação com a qualidade da atenção e a não discussão, na instância do CMS, da proposta de trabalho que envolvia Universidade e SMS. Havia, e ainda há, um receio de que as atividades docentes-discentes substituam a dos servidores, diminuindo o mercado de trabalho, com o tempo. Diante desses movimentos estabeleceu-se a necessidade de ampliação das discussões envolvendo o quadrilátero (atenção, gestão, controle social e formação) para a construção do convênio entre Universidade e Secretaria.

PRODUTOS DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO

A elaboração de Convênio entre a Universidade e a SMS, explicitando as responsabilidades das partes, foi um dos resultados importantes desse processo. Elaborado pela equipe técnica da SMS em conjunto com membros das Universidades e do CMS, tem sido, ainda motivo de intenso debate em outras instâncias, propiciando a aprendizagem da construção de projetos coletivos. São facilitadores deste processo a história do CMS, com uma participação ativa que se ampliou, com disponibilidade para se estabelecer uma rede de conversação. O fortalecimento do Pólo de Educação Permanente em Saúde permitiu que, através do Pólo Nordeste Paulista, a UNAERP se inserisse como executora dos cursos Especialização em Saúde da Família e de Atenção Básica, proporcionando a aproximação de docentes e servidores, o que tem colaborado para democratização das instituições envolvidas. As dificuldades se fazem presentes no corporativismo de algumas classes de trabalhadores. Os vereadores manifestam sua resistência, motivados por interesses partidários. A dificuldade de grande parte dos funcionários em trabalhar com estudantes tem implícito o receio de serem questionados nos seus saberes, bem como nas práticas de domínio conhecido. Estas, centradas na razão científica, estranham a proposta de formação construída desde a integração dos serviços de saúde e comunidade. A lógica capitalista atravessa o processo na ampliação do comprometimento com a produção do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos esse processo como inovador, pois implica em maior responsabilização e comprometimento com o SUS por todos os envolvidos na medida em que se solidifica. Desafia instituições formadoras, a gestão pública e servidores, bem como a população usuária para constituição de um novo trabalhador da saúde, com competência para auto-análise, auto-gestão além da incorporação e criação de outros saberes que tornem a produção em saúde mais resolutiva, norteadas pelos princípios do SUS. Gratifica, entretanto, aqueles que se dispõem ao desafio, pois favorece a Educação Permanente na sua proposta de aprendizagem significativa, constituindo atores sociais mais implicados com práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e atenção à saúde integral.



COMPREENDENDO OS SENTIMENTOS DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM DIANTE DO SER LOUCO

Autor principal: Sirlei Alves

Instituição: Hospital Psiquiátrico Charcot

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

A Saúde e a Doença Mental são conceitos abstratos referentes a valores humanos e portanto, conceitos sociais vinculados às crenças, avaliações e ações das pessoas determinando representações sociais.

Acreditamos que as pessoas constroem as representações e instituem o imaginário do mundo a sua volta, perpassando por experiências cotidianas e marcadas pela radicalidade de sua condição social.

Pressupomos que os acadêmicos de enfermagem devem estabelecer relações com os doentes mentais tendo por base estas representações.

OBJETIVO

Compreender os sentimentos dos estudantes de enfermagem quando o assistir envolve o ser louco.

METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida com estudantes de graduação em enfermagem em estágio da disciplina de Enf. Psiquiátrica em um Hospital Psiquiátrico de grande porte, que mantém as características manicomialis no município de São Paulo.

Os dados foram coletados através de representação em desenho.

Foi solicitado aos discentes que representassem graficamente e descrevessem o significado do desenho de seus sentimentos com relação ao doente mental.

TEMAS ENCONTRADOS

- SENTIMENTO DE TRISTEZA
- SENTIMENTO DE AUTO-PERCEPÇÃO
- SENTIMENTO DE INSEGURANÇA
- SENTIMENTO DE ESPERANÇA

ANÁLISE

Recebemos os dados representados por 40 alunos.

Estes discursos escritos foram a base para a análise que visou encontrar os temas contidos, ou seja qual o sentimento do estudante com relação ao doente mental.

A análise temática resultou em três temas:

SENTIMENTOS DE TRISTEZA

A tristeza revelada através do espaço ocupado pela loucura = o espaço manicomial.

SENTIMENTO DE AUTO-PERCEPÇÃO

A revelação de que a loucura não está apenas atrás dos muros dos manicômios, mas ocupa o mundo interno das pessoas.

SENTIMENTO DE INSEGURANÇA

Foi revelado como a dificuldade em cuidar e aceitar o diferente. Quanto mais iam conhecendo os pacientes, havia uma diminuição da insegurança

COMPREENDENDO OS SENTIMENTOS DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM QUANDO ASSISTEM AO SER LOUCO

ALVES, Sirlei

Introdução
A Saúde e a Doença Mental são conceitos abstratos referentes a valores humanos e portanto, conceitos sociais vinculados às crenças, avaliações e ações das pessoas determinando representações sociais. Acreditamos que as pessoas constroem o imaginário do mundo a sua volta, perpassando por experiências cotidianas e marcadas pela radicalidade de sua condição social. Pressupomos que os acadêmicos de enfermagem devem estabelecer relações com os doentes mentais tendo por base estas representações.

Objetivo
Compreender os sentimentos dos estudantes de enfermagem quando o assistir envolve o ser louco.

Metodologia
A pesquisa foi desenvolvida com estudantes de graduação em enfermagem em estágio da disciplina de Enf. Psiquiátrica em um Hospital Psiquiátrico de grande porte, que mantém as características manicomialis no município de São Paulo. Os dados foram coletados através de representação em desenho. Foi solicitado aos discentes que representassem graficamente e descrevessem o significado do desenho de seus sentimentos com relação ao doente mental.

Análise
Recebemos os dados representados por 40 alunos. Estes discursos escritos foram a base para a análise que visou encontrar os temas contidos, ou seja qual o sentimento do estudante com relação ao doente mental. A análise temática resultou em três temas:

TEMAS ENCONTRADOS
SENTIMENTO DE TRISTEZA
SENTIMENTO DE AUTO-PERCEPÇÃO
SENTIMENTO DE INSEGURANÇA
SENTIMENTO DE ESPERANÇA

Considerações Finais
A análise dos dados permite a leitura das representações que os discentes fizeram sobre a figura do paciente com doença mental, possibilitando a visualização das associações de ideias e conceitos de pensamento, permitindo que o conteúdo das respostas possa ser interpretado. Foi revelado como a dificuldade de aceitar o diferente. Quanto mais iam conhecendo os pacientes, havia uma diminuição da insegurança.

SENTIMENTOS DE TRISTEZA
A tristeza revelada através do espaço ocupado pela loucura = o espaço manicomial.

SENTIMENTO DE AUTO-PERCEPÇÃO
A revelação de que a loucura não está atrás dos muros dos manicômios, mas ocupa o mundo interno das pessoas.

SENTIMENTO DE INSEGURANÇA
Foi revelado como a dificuldade em cuidar e aceitar o diferente. Quanto mais iam conhecendo os pacientes, havia uma diminuição da insegurança.

SENTIMENTO DE ESPERANÇA
A esperança foi revelada especialmente acreditando-se que as propostas de reforma psiquiátrica possam contribuir para a mudança da realidade.

GDF - Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde de DF

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

www.saude.df.gov.br



SENTIMENTO DE ESPERANÇA

A esperança foi revelada especialmente acreditando-se que as propostas da reforma psiquiátrica poderão colaborar para a mudança da realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados permite a leitura das representações que os estudantes fazem sobre a figura do paciente com transtorno mental, possibilitando a visualização das associações de idéias e conexões de pensamento, permitindo que o conteúdo das respostas possa ser interpretado.

Sem dúvida estão diretamente relacionados as teorias do senso comum sobre a loucura e a pessoa com transtorno mental.

Faz-se necessário que o ensino da enfermagem psiquiátrica se dê no sentido de transformar este imaginário coletivo para que as relações com o doente mental sejam reformuladas.



A GESTÃO DA QUALIDADE E DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE PARA A MULHER E A CRIANÇA NO SUS-BH: A EXPERIÊNCIA DA COMISSÃO PERINATAL

Autor principal: Sônia Lansky

Outros Autores: Yula Franco Porto; Virgílio Queiróz; Marislaine Lumena de Mendonça

Instituição: Secretria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Município: Belo Horizonte

Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO

A redução da morte materna e infantil é um desafio para os serviços de saúde e a sociedade, uma vez que são mortes precoces, concentradas na população pobre e evitáveis pelo acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde.

OBJETIVOS

Promover a saúde e a qualidade de vida da mulher e da criança, garantindo o seu direito de assistência de saúde; reduzir a mortalidade materna, infantil e perinatal e as desigualdades em saúde.

METODOLOGIA

Em 1994 foi estruturada a Comissão Perinatal, fórum permanente deliberativo e gestor das políticas de assistência à gestante e ao RN, que planeja, avalia, monitora, divulga e executa a gestão das ações de saúde, envolvendo a rede integral de assistência (planejamento familiar, pré-natal de baixo e alto risco, apoio propedêutico e terapêutico e atenção hospitalar de baixo e alto risco) para adequação dos serviços à necessidade da população. Integram a Comissão setores estratégicos: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Epidemiologia, Auditoria, Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar, Supervisão Hospitalar, Vigilância Sanitária, maternidades do SUS-BH, Associação Mineira de Hospitais, Sociedades Mineiras de Pediatria e de Ginecologia e Obstetrícia, Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica, Conselho Regional de Medicina, Rede Feminista de Saúde, Pastoral da Criança, Coordenadoria Municipal de Direitos da Mulher, Conselho Municipal de Direitos da Criança e Conselho Municipal de Saúde. Está vinculada à Gerência de Regulação da Secretaria de Saúde e engloba os Comitês de Prevenção do Óbito Materno e Infantil e Fetal. É iniciativa pioneira no país, reunindo a gestão municipal, serviços públicos, setor privado e o controle social. Cerca de 26.000 gestantes e RN são diretamente beneficiados pelas ações do SUS-BH: mulheres e

famílias pobres e ainda pouco informadas sobre os seus direitos e responsabilidades dos serviços de saúde. Em 1994 foi organizada a assistência pré-natal e puerpério em todos os Centros de Saúde, com elaboração de protocolos, acolhimento da gestante, inserção da enfermagem na assistência e garantia da continuidade do pré-natal, exames, medicamentos, multimistura e trabalhos educativos. O planejamento familiar foi implantado em 1994, ação pioneira no país na ocasião. Em 1999 foi iniciada avaliação das maternidades e definição de critérios mínimos de qualidade e segurança. Das 16 maternidades apenas 11 demonstraram capacidade para atender a gestante e o RN e em maio de 2000 organizou-se o *fluxo de qualidade* na cidade: o Centro de Saúde é porta de entrada exclusiva para o pré-natal e a gestante é vinculada a uma das 11 maternidades de qualidade, que assumiram o compromisso ético de acolhimento imediato e responsabilidade sobre a gestante, evitando a sua peregrinação. Quando necessário, é feito o transporte responsável para outra maternidade identificada pela Central de Internação, que monitora os leitos e a atuação dos serviços. As maternidades foram equipadas e os profissionais treinados. Entre 1999 e 2001 houve redução progressiva do atendimento nas maternidades de baixa qualidade até o seu fechamento definitivo e foi corrigido o déficit de leitos para o RN de alto risco no SUS (aumento de 80%). As Centrais de Marcação de Consultas (1996) e de Internação (1997) ampliaram o acesso ao pré-natal de alto risco e aos leitos hospitalares. A atenção básica conta com 140 Unidades Básicas e 507 equipes de saúde da família, cobrindo 76% da população. Desde 1997 todos os óbitos maternos são investigados e desde 2002 os óbitos infantis e fetais, com identificação de possíveis falhas na assistência e medidas de prevenção. O Comitê Infantil e Fetal atua em parceria com a UFMG, contribuindo para a formação dos profissionais e é ação pioneira no país, utilizada como referência para a proposta nacional de 2004. Os grupos de obstetrícia e neonatologia e o Fórum com a Vigilância Sanitária definem as normas dos serviços e do Código Sanitário Municipal. O acompanhamento do RN de alto risco promove a sua qualidade de vida. A humanização do atendimento e a participação ativa da mulher e da família é incentivada em debates, visitas e seminários. Ações inovadoras, o *grupo de*



Controle Social capacita os conselheiros e ouvidores de saúde (500 pessoas) em direitos da mulher e da criança e a *Campanha da Doula Comunitária Municipal* promove humanização e responsabilidade social. No monitoramento das maternidades a Supervisão Hospitalar amplia a avaliação com *observação in loco da assistência*, além da análise de prontuários e contas, mais uma ação pioneira na área de gestão da qualidade hospitalar.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Entre 1999 e 2001 houve redução da morte materna de 66 para 47/ 100.000 e da mortalidade infantil de 18 para 14/ 1000, queda de 30% no componente neonatal precoce, anteriormente estável. Houve mudança da postura dos serviços em relação aos direitos da gestante e recém-nascido, além de avanços na humanização da assistência, como a implantação do acompanhante da mulher em todas as maternidades SUS-BH em 2006.

FACILIDADES/ DIFICULDADES

A continuidade do trabalho tem sido fundamental, com responsabilização dos gestores/diretores na garantia de assistência qualificada. A avaliação dos hospitais, incipiente no país (atuação limitada ao controle de faturas) e o apoio para fechamento de serviços de baixa qualidade foram determinantes. As principais dificuldades dizem respeito à mudança das práticas nos serviços de saúde (herança da cultura de discriminação da mulher pobre, que privilegia a conveniência institucional e dos profissionais, e a visão medicalizada do parto, com intervenções abusivas como as altas taxas de cesáreas) para a construção de uma nova relação de direitos e equidade. A regionalização é um desafio, com sobrecarga do atendimento em BH e pouco investimento dos municípios da região.

CONCLUSÃO

A experiência do SUS-BH avança na integralidade, e qualificação dos serviços hospitalares, além da assistência pré-natal, em ação coordenada de compromisso e solidariedade, fundamental para a redução da morte materna, infantil e perinatal. Este trabalho tem reconhecimento nacional (Ministério da Saúde, finalista do Prêmio Gestão Pública e Cidadania da FGV/Fundação Ford / BNDES em 2002, referência pela Fundação Abrinq em 2004; referência pelo Unicef em 2006) e até internacional (seleção pelo The Lancet como experiência internacional de redução da mortalidade infantil em 2005).



PROGRAMA DE PROTEÇÃO À GESTANTE NO ESTADO DE SERGIPE

Autor principal: Sonia Maria Souza

Outros Autores: Ademilde Machado Andrade; Leane de Carvalho Machado; Fernando Saab

Instituição: Secretaria de Estado da Saúde

Município: Aracaju

Estado: Sergipe

INTRODUÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE), definiu na Agenda e no Plano Estadual de Saúde (PES) como um dos seus compromissos, reduzir a mortalidade infantil e materna e que a Atenção Básica (AB) é o eixo organizativo do modelo de Atenção à Saúde. As ações de saúde desenvolvidas pela Atenção Básica estão centradas na estratégia de Saúde da Família, que se operacionalizam por meio do Saúde da Família (SF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que interagem e se complementam, considerando-o como de grande relevância para o fortalecimento dos sistemas municipais de saúde.

O objetivo é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional por uma organização que permita aos serviços de saúde ser mais equânimes, levando a saúde para mais perto das famílias, priorizando os grupos de risco e com isso, melhorando a qualidade de vida da população.

A gestão e a execução das ações e serviços da Atenção Básica são responsabilidades inerentes ao gestor municipal. Cabe a esfera Estadual as macro-funções de formulação da política, de planejamento, de co-financiamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual.

No ano de 2005, a SES/SE implantou o Programa de Proteção à Gestante, financiando 50% dos gastos nos municípios em gestão plena da atenção básica e 25% nos municípios em gestão plena do sistema municipal, com o objetivo de detectar e prevenir 11 tipos de doenças em gestantes e seus bebês, realizando 19 exames gratuitos na rede pública, através de tecnologia de ponta e de elevada praticidade, com um único exame a partir de gotas de sangue colhido da polpa digital da gestante em papel filtro, perfazendo um montante financeiro na ordem de R\$ 580.000,00 /mensal com a adesão de 100% dos municípios.

O laboratório credenciado utiliza o valor da tabela SUS com desconto de 40% para os exames realizados, no valor de R\$ 163,00 por gestante/mês.

JUSTIFICATIVA

Considerando o Compromisso I da Agenda e do Plano Estadual de Saúde em reduzir a morbi-mortalidade materna e infantil, o Programa de Proteção à Gestante vem contribuir para atingir as metas propostas, visto que propiciará à ampliação da oferta e do acesso as ações do pré-natal se propondo a realizar o programa em todos os municípios do estado, com cobertura de 100% das gestantes.

OBJETIVO

Reduzir os índices de morbi-mortalidade materno-infantil, diminuindo a incidência de doenças e seus agravos, prevenindo o nascimento de crianças portadoras de necessidades especiais, além de bloquear a transmissão vertical de doenças virais, inclusive HIV, melhorando a qualidade de vida do binômio mãe-criança.

METODOLOGIA

O Exame é realizado em toda mulher que tenha confirmado sua gestação, através da coleta de gotas de sangue, da polpa digital, colhido em papel filtro, através do método ELISA, a semelhança do teste do pezinho.

A solicitação do exame é feita pelo profissional de saúde que realizar a primeira consulta de pré-natal, visando cobertura de 100% das gestantes.

Realiza-se a triagem em massa, ou seja, de todas as gestantes. O material é enviado via correio com porte pago para o laboratório e todos os exames alterados são convocados para re-coleta. Quando há confirmação de resultado alterado, encaminha-se para tratamento e monitoramento da gestante e do bebê.

Os exames são realizados pelo laboratório da APAE, através de convenio celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE)/Secretaria Municipal de Saúde(SMS)/Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais(APAE).



RESULTADO

No Estado de Sergipe, dos 75 municípios existentes 97,3% aderiram ao Programa de Proteção à Gestante. Em 07 meses de implantação foram realizados 198.686 exames em 12.270 gestantes, atendidas nas unidades básicas de saúde, detectando várias patologias, sendo sífilis, clamídia e toxoplasmose as mais freqüentes. Também é interessante ressaltar 13 casos de HIV detectados, com tratamento da gestante visando à interrupção da transmissão vertical.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Proteção à Gestante permite uma adequação dos exames realizados, de acordo com o perfil epidemiológico dos municípios ou da região. Mostra ainda a possibilidade de cooperar financeiramente com os municípios, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), sem ferir a direção única em cada esfera de governo, realizando articulação entre a gestão estadual e municipal, ampliando a oferta e a qualidade dos serviços prestados a uma parcela significativa da população, melhorando a qualidade de vida.



DESAFIOS E OUSADIA DA IMPLANTAÇÃO DAS POLÍTICAS DO SUS NO PAÍS – INICIATIVAS DO TOCANTINS

Autor principal: Soraia Roges Jordy Sant Ana

Outros Autores: Luiza Regina Dias Noletto

Instituição: Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins

Município: Palmas

Estado: Tocantins

INTRODUÇÃO

Logo após a publicação da Portaria GM/MS N.º 399, de 22 de fevereiro de 2006, a Assessoria Geral de Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, iniciou um processo de divulgação e sensibilização para o entendimento e operacionalização da política de saúde advinda do Pacto pela Saúde 2006, sobretudo em nosso Estado, e ainda com o intuito de contribuir para regulamentação do Pacto de Gestão, posteriormente publicado nas Portarias GM/MS N.º 698 e 699/2006. Para tanto pensamos uma maneira de facilitar tal processo, que aqui será exposto.

OBJETIVOS

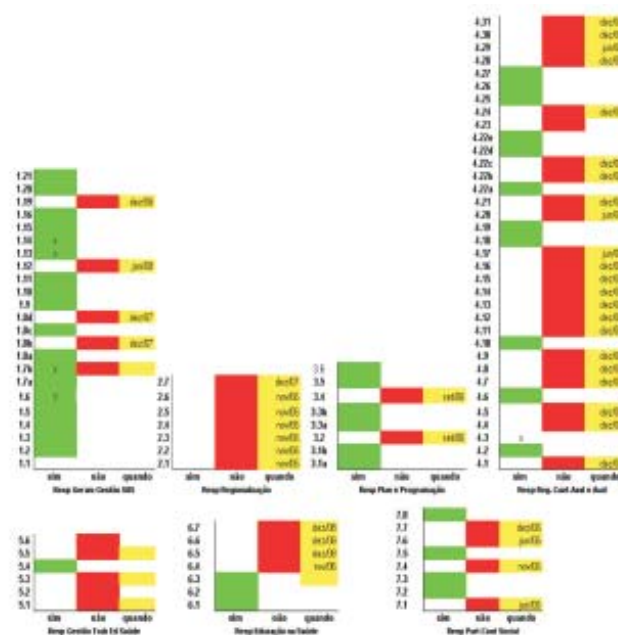
- Sensibilizar os técnicos da Gestão Estadual para a proposta do Pacto pela Saúde;
- Diagnosticar a situação do papel gestor do Estado frente aos compromissos sanitários advindos do Pacto de Gestão;
- Correlacionar os produtos hoje oferecidos pelas áreas técnicas da Secretaria com as diretrizes do Pacto de Gestão, possibilitando os ajustes necessários ao Plano Estadual de Saúde, com alteração do Quadro de Metas;
- Definir e estruturar regiões de saúde dentro do Estado;
- Fortalecer a participação do controle social, ao envolvê-lo neste processo

METODOLOGIA

Logo após a publicação do Pacto pela Saúde, foram realizadas reuniões. A primeira em 08 e 10 de março de 2006, onde se fizeram presentes 48 técnicos da Secretaria entre Diretores, Coordenadores e Gerentes Técnicos - com representação de todas as áreas. De início foi passado em DVD, dois filmes: Quem Mexeu no meu Queijo e Dancing, com o intuito de mostrar que devemos estar abertos às mudanças, não significando perda de poder ou espaços, e à compreensão da importância da linguagem única e harmônica do sistema, de tal maneira que o mesmo não sofra fragmentações ou falências no decorrer de sua construção.

Para a leitura do Pacto pela Saúde estabeleceu-se a divisão dos técnicos em três grupos, que ao final fizeram a apresentação expondo a compreensão do referido documento estratégico político, proporcionando a discussão geral.

De posse da minuta do Termo de Responsabilidade Sanitária (Anexo da Portaria de regulamentação do Pacto de Gestão), realizamos o diagnóstico da gestão frente as diretrizes do referido Pacto. Para tanto utilizamos a seguinte metodologia:



Em planilha de Excel digitamos os subitens dos Eixos do Termo de Responsabilidade Sanitária, estabelecendo cores para cada situação: ações que se realizam: verde; ações não realizadas: vermelho; prazos para realização da ação: amarelo. Observando que algumas ações já realizadas - verde sinalizado com "x", necessitam do instrumento de cooperação técnica entre as três esferas de governo, para aprofundamento/aperfeiçoamento da ação, objetivando sua qualificação técnica.

Na segunda reunião outros atores foram inseridos no processo, a saber o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), o Conselho Estadual de Saúde (CES) e o Departamento de Apoio a Descentralização da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (DAD/SE/MS).



PRODUTOS FACILIDADES E DIFICULDADES

A clareza do instrumento político que é o Pacto pela Saúde, principalmente no que se refere ao Termo de Responsabilidade Sanitária, sendo assimilado pelas áreas técnicas como a bússola que orientará o horizonte a ser seguido, ou seja, o elemento condutor da política de saúde em nosso Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constitui desafio este processo ousado da implantação das políticas do SUS no país, neste caso do Pacto Pela Saúde, que está em seu primeiro estágio, sendo a maior expectativa a construção de um planejamento estratégico sustentável que ofereça ao sistema produtos que atendam aos princípios da integralidade e regionalização do SUS, com fortalecimento da participação do controle social.



AÇÕES DE CONTROLE E ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Autor principal: Susan Carla Pereira Rodrigues

Outros Autores: Adréa Klautau de Amorim; Waldirene Arraes Campos

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Brasil Novo

Município: Brasil Novo

Estado: Pará

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Hanseníase é uma doença infecto – contagiosa, de fácil diagnóstico, fácil tratamento e tem cura. Trata-se de uma doença estigmatizante, de evolução lenta e que se manifesta principalmente com sinais dermatoneurológicos.

Causada pelo *Mycobacterium Leprae*, microorganismo de alta infectividade e baixa patogenicidade, tem no homem a fonte de infecção, transmitida diretamente de um indivíduo para outro através da eliminação do bacilo pelas vias respiratórias superiores. O bacilo apresenta longo período de incubação (2 a 7 anos) e o seu tratamento adequado evita, a evolução da doença e quebra a cadeia de transmissão, além de prevenir as incapacidades físicas por ela provocadas.

A Hanseníase ainda é vista pela sociedade como uma doença de exclusão social, marcada pelo estigma e preconceito, devido ao seu grande potencial para causar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades graves.

Com vista às dificuldades de acesso da população à saúde devido a concentração dos serviços com profissionais especializados nos grandes centros urbanos e nos estados mais desenvolvidos,

1. Dermatologista responsável pelo PNEH.
2. Enfermeira responsável pela Vigilância Epidemiológica e PNEH.
3. Secretária Municipal de Saúde.

fez-se necessário a ampliação dos Serviços de Atenção Básica no município de Brasil Novo, com o grande objetivo de resolver os entraves de saúde presentes no perfil epidemiológico deste município.

Embasada em diversos olhares, esta política foi reorganizada, tendo as Ações de Controle e Eliminação da Hanseníase destaque no oeste do Pará, sobretudo no município de Brasil Novo, onde foram implementadas ações levando em consideração as características regionais e a rede de saúde à qual submetemos à nossa política. Desta forma o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH) vem intensificando, desde janeiro de 2004, as ações de Vigilância Epidemiológica, assegurando que o coeficiente de detecção anual decline de maneira adequada e controlada para alcançarmos a eliminação

deste agravo enquanto problema de Saúde Pública. Vale a pena ressaltar que nos dois primeiros anos de trabalho a tendência é um aumento na detecção, devido a intensificação do trabalho de busca ativa na comunidade.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência da equipe Multidisciplinar da Secretaria Municipal de Saúde do Brasil Novo – PA que, através da articulação entre Gestão e Atenção, descentralizou o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase no município, aumentando a cobertura deste serviço, contribuindo para a reorganização de dados epidemiológicos locais, efetivando assim o caminho para a eliminação da Hanseníase em 2008.

METODOLOGIA

1. Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de Brasil Novo, oeste do Pará, situado na região cortada pela Rodovia Transamazônica – BR 230. Possui uma extensão territorial de 6.368 km² e uma população estimada pelo IBGE em 20.747 hab/km². Dista da capital do Estado cerca de 842 km, apresenta baixa densidade demográfica, contando com 5.259 habitantes na zona urbana e 15.488 na zona rural, residem em 2.869 km de estradas e vicinais, em difíceis condições de trajeto.

Desta forma, há uma certa dificuldade de acesso da população às agrovilas maiores, onde se localizam Unidades de Saúde, o que nos obriga a buscar alternativas que garantam o acesso da clientela ao SUS.

2. Recursos

Foram traçadas como metas: consecutivas capacitações semestrais de profissionais de nível superior, nível médio e agentes comunitários de saúde, caracterizando um processo de educação permanente. Outro fator que contribuiu para realização deste trabalho foi a ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a implantação de duas Equipes de Programa de Saúde da Família na zona rural.



DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

O PNEH foi reimplantado no município, articulando-o com outros setores da Secretaria Municipal de Saúde, tais como: Vigilância Epidemiológica, Coordenação Geral do PCS e PSF e Laboratório Central Municipal, além do engajamento de toda equipe de saúde responsável.

Quanto a Coorte de 2004: Casos Multibacilares – (01/01/03 à 31/12/03) - Cura: 0%; Óbito: 0%; Transferido para outro município: 0%; Transferidos para outro estado: 0%; em tratamento: 100%. Casos Paucibacilares – (01/01/04 à 31/12/04) - Cura: 50%; Óbito: 0%; Transferido para outro município: 0%; Transferidos para outro estado: 0%; Saída administrativa: 8.33%; em tratamento: 41,67%.

Analisando as duas Coortes MB e PB, observa-se um índice elevado de casos em tratamento, pelo fato de que muitos pacientes não são regulares ao mesmo no período preconizado.

Estes dados alteram o índice de cura no município e revelam que a descentralização do serviço se faz necessário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto acima, concluímos que foi e está sendo de grande relevância a experiência de aliar Gestão e Atenção Básica para efetivação do PNEH, além da descentralização das ações para todas as unidades de saúde, contribuindo assim para a eliminação da Hanseníase na atenção básica, o que, em um crescente esforço, nos levará a atingir a meta de erradicação em 2008.



CAMPANHA INTERNACIONAL INTEGRADA DO DIA MUNDIAL DA SAÚDE

Autor principal: Tania do Rocio Ferreira

Outros Autores: Odaiz Machado e Hector Marcelino Gonzalez

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Barracão PR

Município: Barracão

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Este município tem uma situação ímpar devido a tri-fronteira seca, onde os municípios de Barracão-PR, Dionísio Cerqueira-SC, e Bernardo de Irigoyen-Prov. de Misiones-Argentina, separam-se apenas por linhas divisórias imaginárias.

Neste contexto, definiu-se uma ação conjunta, integrando Brasil e Argentina através dos municípios de Barracão-PR e Bernardo de Irigoyen, em comemoração ao Dia Mundial da Saúde, 07 de abril, para atingir ao maior número de pessoas com as informações distribuídas na campanha educativa.

A cultura local ainda esbarra na falta de conscientização, no preconceito e falta de conhecimento em relação a várias doenças preveníveis, e aos meios de tratamento mais eficazes.

Informações relevantes sobre epidemias e a higienização adequada muitas vezes não surtem efeito quando realizadas nas unidades de saúde, mas chama mais atenção da população quando em campanhas em ambientes diferentes daqueles a que estão habituados a encontrar.

Salienta-se ainda como justificativa desta ação integrada, as vantagens em relação às campanhas isoladas de cada município, tais como o maior número de pessoas atendidas, a diminuição de gastos dos municípios em relação às campanhas isoladas, a informação mais rápida e eficiente à população, maior impacto social e repercussão das ações na medida em chama maior atenção a união dos municípios.

Em tempos de alerta sobre epidemias, especialmente a dengue, é de suma importância buscar meios de maior eficiência na divulgação da prevenção e formas de tratamento, que são vitais à população.

OBJETIVOS

O objetivo principal deste projeto é a conscientização sobre os meios de prevenção de diversas doenças, promovendo a saúde e qualidade de vida das populações e visando levar informações a um maior número de pessoas. Busca-se ainda comemorar o Dia Mundial da Saúde, levando às pessoas o conceito amplo de bem-

estar físico, psíquico e social, bem como; meios de conscientização de que a saúde refere-se também aos diversos segmentos sociais e não apenas às unidades de saúde. Outro objetivo é a integração entre os municípios fronteiriços.

METODOLOGIA

Foram realizadas atividades: verificação de pressão arterial; coleta de glicemia para detectar diabetes; informações sobre saúde da criança e multi mistura, juntamente com a pastoral da criança; informações sobre soro caseiro com distribuição de colher medida; informações sobre temas como dengue, doenças cardiovasculares, hanseníase, higiene, DST/AIDS, Planejamento Familiar, Orientação na saúde da mulher como câncer de mama/colo de útero, orientações sobre Câncer de próstata; Distribuição de material informativo em português e em espanhol sobre os temas citados e de preservativos masculinos. Realizou-se entrevista de divulgação nas emissoras de rádio locais, no Brasil e na Argentina.

Participaram da ação profissionais de saúde de Barracão, como enfermeiras, psicóloga, auxiliar de enfermagem e agentes comunitárias de saúde, juntamente com os profissionais de saúde de Bernardo de Irigoyen, com apoio e parceria do depto de Promoção Social de Barracão, Pastoral da Criança e Pastoral da Pessoa Idosa. As ações conjuntas de orientação à saúde tiveram como tema PREVENÇÃO É A SOLUÇÃO.

Colaboração do Banco Itaú que cedeu seu espaço físico para a realização, no Brasil, para este evento, e do Hospital do município argentino, onde se realizou a ação.

RESULTADOS DO PROJETO

Os principais resultados foram a repercussão e aceitação da população dos materiais e informações repassadas, o número de pessoas atendidas (aproximadamente 100 na Argentina e 150 no Brasil).

Os comentários sobre a ação demonstram também a aceitação quanto a divulgação das ações de saúde e as parcerias realizadas, já que várias pessoas comentaram sobre a importância



destas ações em locais fora das unidades de saúde, os quais procuram evitar quando não há necessidade, e que por isso muitas vezes acabam não obtendo as informações relevantes a sua saúde.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Percebeu-se a importância da união das equipes para que a ação seja eficiente. Os comentários posteriores dos usuários a respeito da campanha confirma a maior repercussão da mesma em relação às campanhas isoladas nos anos anteriores. A participação popular é maior em campanhas em outros locais que não as unidades de saúde especificamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se desta experiência que a integração dos dois municípios foi essencial para atingir os objetivos do projeto, levando as informações necessárias a uma parcela maior da população, porém é necessário dar continuidade às campanhas integradas para que sejam eficientes a médio e longo prazo também.



CLISAM - CLÍNICA INTEGRADA DE SAÚDE DA MULHER - UMA CONQUISTA NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Autor principal: Tazmânia Gomes de Medeiros Oliveira

Outros Autores: Walquyria Maria Pimentel Santos Lopes

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Picos-PI

Município: Picos

Estado: Piauí

As mulheres vêm conquistando nas últimas décadas direitos sociais. No entanto, ainda permanecem relações significativamente desiguais entre ambos os sexos. Essa situação dá origem a sérios problemas de saúde pública relacionados à Saúde da Mulher.

Para atender as necessidades desse segmento, a Secretaria Municipal de Saúde de Picos-PI implantou em 30 de junho de 2005 a CLISAM-Clinica Integrada de Saúde da Mulher, serviço de referência para os municípios da Macro no PDR-Plano Diretor de Regionalização.

Atendendo aos princípios do SUS a CLISAM se propõe:

- Garantir acesso a todas as mulheres que necessitam atenção no nível secundário com equipe multiprofissional e tecnologia adequada.
- Viabilizar o acesso imediato das gestantes com enfoque de risco com referência das Unidades Básicas de Saúde do Programa Saúde da Família-PSF.
- Atender a clientela portadora de DST, Hepatites Virais B e C e outros agravos.
- Garantir o tratamento de mulheres com atipias de significado indeterminados.
- Estabelecer rede de referência e contra-referência da mulher.
- Manter a continuidade e segmento das mulheres.

É composta de equipe multiprofissional: 03 médico-gineco-obstetra, 03 enfermeiros, 01 psicólogo, 01 assistente social, 01 nutricionista, 02 técnicos de enfermagem, 04 auxiliares de enfermagem em atendimento a consultórios, 02 recepcionistas, 01 administradora e 03 serviços gerais.

A CLISAM funciona das 07:00 às 19:00 horas, de segunda a sexta-feira, disponibilizando os serviços de Colposcopia, CAF (Cirurgia de Alta Frequência) e Biópsia, há algum tempo este serviço não estava disponível na rede do SUS, por um período foi disponibilizado pelo Estado e suspenso, ficando assim as mulheres que necessitavam de assistência a nível secundário como referência a capital Teresina-PI a 310 km, inviabilizando o acesso dado a distância do mesmo. Oferece também os serviços em planejamento familiar, atenção às mulheres vítimas de violência sexual, atenção psicológica, assistência nutricional e social, pré-natal de alto risco, DST's, exame Papanicolau referenciado da própria clínica, assistência ao climatério.

Durante o período de 6 meses – junho a dezembro de 2005 – foram atendidas 2.785 mulheres, realizadas 774

colposcopias, 23 biópsias, 15 CAF, 04 encaminhamentos de atenção terciária, 278 atendimentos psicológicos, 180 palestras educativas e 380 exames Papanicolau.

Mais do que o gesto, interessa como ele foi recebido. Mais do que a palavra, nos influencia como ela foi ouvida. Mais do que o fato, vale onde, como e quando ele nos tocou. (Lya Luft)

Neste verso reside o segredo de produzir saúde. Saúde é uma co-produção: se previne, se trata, se cura e se aprende a cuidar com o outro. Cuidar de si próprio, do próximo, da comunidade, da cidade. É com este intuito que a equipe multiprofissional deste serviço, por ter em suas mãos o trato com um grupo populacional, direcionado o sexo feminino com toda a sua sensibilidade peculiar, sente a facilidade de conduzir e construir a qualidade da relação entre as pessoas no processo de produção da saúde. Fios desse sonho de transformação foram lançados, com a iniciativa desta referência e que serviço público pode ser uma base organizativa e um projeto definido e pode oferecer à comunidade um espaço, um lugar de saúde em que a clientela sinta a continuidade da sua casa, sinta-se acolhida e participante deste projeto.

Dentre as dificuldades encontradas, vale destacar:

- Deficiência de referência para atendimento de urgências, emergências maternas e neonatais;
- Implantação no município de uma maternidade;
- Indisponibilidade de leitos UTI para gravidez de alto risco e neonatologia;
- Alta demanda do serviço com o risco de comprometer a qualidade de assistência;
- Planejamento familiar não conta com garantia permanente de todos os métodos, principalmente o DIU e diafragma.

O braço executivo das ações de Saúde no Brasil é formado pelos Estados e Municípios e, é a eles, que o Ministério da Saúde oferece subsídios para medidas que assegurem a estas mulheres a harmonia necessária para prosseguir com dignidade suas vidas.



LUDOTERAPIA EM SAÚDE

Autor principal: Tazmânia Gomes de Medeiros Oliveira

Outros Autores: Maria da Conceição Portela Leal/Maria da Glória Saunders Martins

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Picos-PI

Município: Picos

Estado: Piauí

Considerando a necessidade de fortalecer e interagir as ações em saúde desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Picos, foi criado no ano de 1997 o Teatro dos Agentes Comunitários de Saúde, denominado TACS, composto por 14 (quatorze) agentes comunitários de saúde, que utiliza a musicalidade, a dramatização e a arte como ferramenta de trabalho, atuando nas unidades escolares, praças públicas e instituições de saúde (postos de saúde, hospitais).

O Teatro dos Agentes Comunitários de Saúde tem como objetivo sensibilizar a população sobre as ações e serviços ofertados na rede municipal, ressaltando a garantia dos princípios primordiais do Sistema Único de Saúde (SUS).

O trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde, através do TACS, se dá de forma sistemática respeitando o cronograma de atividades propostas pela Secretaria Municipal de Saúde, SESAPI e Ministério da Saúde.

Desde a sua criação, o TACS vem desenvolvendo ações educativas e preventivas através da Ludoterapia, levando à população informações de modo descontraído e esclarecedor, estimulando assim a compreensão e a participação da comunidade, reprimindo, portanto, o preconceito e tabus da cultura local e influenciando satisfatoriamente o resultado dos indicadores. Isso pode ser percebido especialmente nos programas de controle da Tuberculose, Hanseníase, DST/AIDS, Imunização, Controle de Endemias, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Programa Saúde da Família (PSF), Saúde Bucal, Controle da Próstata, Hipertensão, Tabagismo, Sisvan, Bolsa Família, Vitamina A, Alcoolismo e Uso de Drogas, Gravidez na Adolescência, entre outros.

A repercussão do trabalho desenvolvido pelo TACS rompe fronteiras, sendo o mesmo convidado a realizar apresentações em vários municípios da macrorregião de Picos, como Francisco Santos, Dom Expedito Lopes, Bocaina, Vera Mendes, Itainópolis, Santana do Piauí, Santa Cruz do Piauí, São José do Piauí, Paquetá, Geminiano, Jaicós, Santo Antônio de Lisboa, levando assim alegria e educação em saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde de Picos, como incentivadora e mantenedora deste Projeto, apóia com transportes, instrumentos, figurinos e gratificações mensais aos membros do grupo, porém, encontra dificuldades com o transporte e

deslocamento para os membros do grupo quando convidados a realizar apresentações em outros municípios que fazem parte da macrorregião de Picos.



PROJETO RIBEIRO

Autor principal: Telma de Lourdes Pascutti
 Instituição: Prefeitura Municipal de Cerquilha
 Município: Cerquilha
 Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

No final de 2005, os agentes comunitários de saúde da equipe verde do PSF (programa de saúde da família) de Cerquilha valorizaram as reclamações de moradores sobre as más condições sanitárias do Loteamento Ribeiro, do Barreiro Rico, bairro rural do município. A equipe de Vigilância em Saúde visitou o local e constatou condições propícias ao desenvolvimento de doenças agudas e crônicas, tais como infestações parasitárias, infecções virais e bacterianas e outras doenças transmitidas por vetores e roedores decorrentes das precariedade do saneamento básico. A Unidade de Saúde local constatou a prevalência de quadros diarreicos recidivantes,

entre os moradores do loteamento. O loteamento é irregular. Os lotes de 1 000 m² para formação de chácaras foram subdivididos pelos compradores. Não há rede de abastecimento de água e esgoto, nem asfaltamento. A coleta de lixo é precária, ocorrendo uma vez por semana. Diante da situação, fez-se premente a implementação de um programa específico para melhoria e proteção à saúde dessa população, a partir das condições básicas de higiene física e ambiental.

OBJETIVO DO PROJETO

Promover a melhoria das condições de saneamento e implementar medidas de proteção à saúde da população local, otimizando os recursos públicos relacionados, tanto os financeiros como os recursos humanos, materiais e equipamentos.

DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES

O desenvolvimento do projeto abrange quatro fases:

I – Fase de diagnóstico:

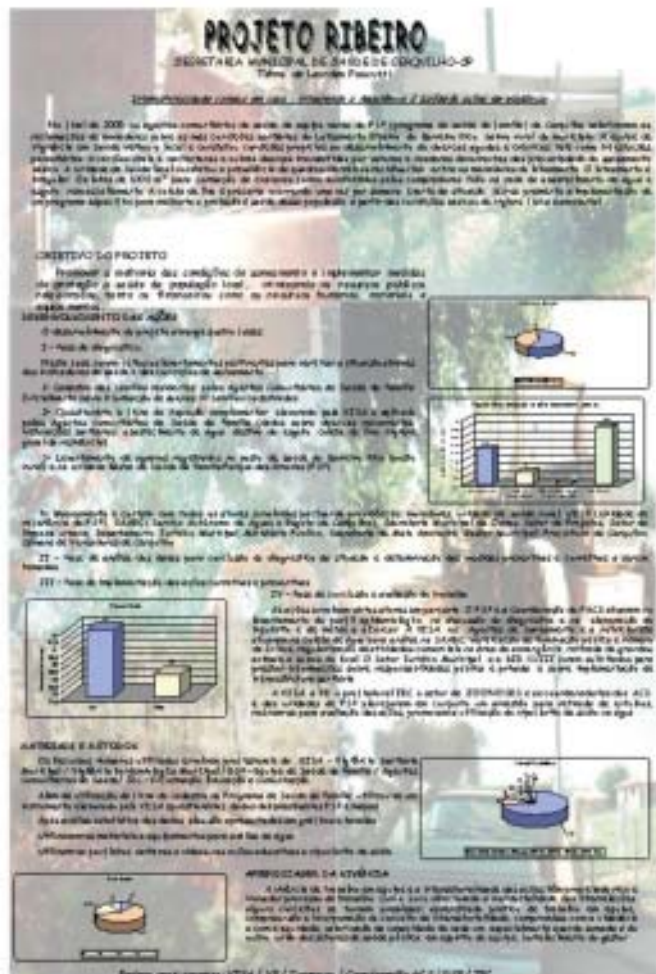
Nesta fase foram feitos os levantamentos pertinentes para verificar a situação através dos indicadores de saúde e das condições de saneamento.

1-Cadastro das famílias residentes, pelas Agentes Comunitárias de Saúde da Família. Inicialmente havia informação de apenas 30 famílias cadastradas.

2-Questionário e ficha de inspeção complementar, elaborado pela VISA e aplicado pelas Agentes comunitárias de Saúde da Família (dados sobre doenças recorrentes, instalações sanitárias, abastecimento de água, destino do esgoto, coleta do lixo, higiene geral da residência).

3-Levantamento de agravos registrados no posto de saúde do Barreiro Rico (posto rural) e na Unidade Básica de Saúde da Família Parque das Árvores (PSF).

4-Mapeamento e contato com todos os atores envolvidos pactuando providências: moradores; unidade de saúde rural; UBSF (Unidade de referência do PSF); SAAEC (Serviço Autônomo de Águas e Esgoto de Cerquilha); Secretaria Municipal de Obras: Setor de Projetos; Setor de limpeza urbana; Departamento Jurídico Municipal; Ministério Público; Secretaria de Meio Ambiente; Gestor Municipal: Prefeitura de Cerquilha; Câmara de Vereadores de Cerquilha.





II – Fase de análise dos dados para conclusão do diagnóstico da situação e determinação das medidas preventivas e corretivas a serem tomadas.

III – Fase de implementação das ações corretivas e preventivas.

IV – Fase de conclusão e avaliação do trabalho.

As ações envolvem vários atores em parceria. O PSF e a Coordenação do PACS atuaram no levantamento do perfil epidemiológico, na discussão do diagnóstico e na elaboração do inquérito e de metas a alcançar. A VISA, os Agentes de Saneamento e a nutricionista atuaram na coleta de água para análise na SAAEC; verificação de iluminação pública e número de ônibus; regularização de atividades comerciais na área de abrangência; retirada de grandes animais e suínos do local. O Setor Jurídico Municipal e a DIR XXIII foram solicitados para prestar informações sobre responsabilidades pública e privada, e sobre implementação de infraestrutura sanitária.

A VISA, a VE, o profissional IEC, o setor de ZOONOSES e as coordenadorias dos ACS e das unidades de PSF planejaram em conjunto um arrastão para retirada de entulhos; reúnem-se para avaliação das ações; promovem a utilização do hipoclorito de sódio na água.

MATERIAIS E MÉTODOS

Os Recursos Humanos utilizados envolvem profissionais da Vigilância Epidemiológica Municipal /VISA – Vigilância Sanitária Municipal/ESF – Equipe de Saúde da Família / Agentes Comunitários de Saúde/IEC – Informação, Educação e Comunicação.

Além da utilização da ficha de Cadastro do Programa de Saúde da Família, utilizou-se um instrumento elaborado pela VISA (questionário), dados dos prontuários PSF e mapas.

Após análise estatística dos dados, eles são apresentados em gráficos e tabelas.

Utilizaram-se materiais e equipamentos para análise de água.

Utilizam-se panfletos, cartazes e vídeos nas ações educativas e hipoclorito de sódio.

APRENDIZAGEM DA VIVÊNCIA

A vivência de trabalho em equipe e a intersetorialidade das ações têm propiciado rico e inovador processo de trabalho. Com o foco direcionado à horizontalidade das interrelações, alguns conceitos se tornam premissas: aprendizado prático de trabalho em equipe; compreensão e incorporação do conceito de intersetorialidade; compromisso com a cidadania e com a equidade; valorização da capacidade de cada um, especialmente quando somada à do outro; união dos setores de saúde pública, em espírito de equipe; fortalecimento do gestor.



SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE DAS FRONTEIRAS - SIS FRONTEIRAS

Autor principal: Vanessa Murta Rezende

Outros Autores: Paulo Biancardi Coury; Maria Helena Figueiredo da Cunha; Marisa Lucena Branco; José Henrique Merçon; Marília de Almeida Magalhães; Alessandra Santos Araújo

Instituição: Secretaria Executiva/Ministério da Saúde

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

A integração regional é uma prioridade do Governo Federal para promover uma inserção global equitativa e autônoma dos países da América Latina e depende do desenvolvimento da região, envolvendo vários setores, especialmente o da saúde. Compreender essa dimensão internacional dos serviços de saúde em municípios da fronteira implica o estabelecimento de uma nova lógica das relações entre os países, com modificações no campo social e cultural. Nesse setor, a limitada oferta de serviços, a falta de recursos humanos especializados, a insuficiência de equipamentos para realização de procedimentos de média e alta complexidade e a distância entre os municípios e os centros de referência são as principais justificativas apresentadas para a mobilidade de pacientes nas fronteiras. Dessa forma, o processo de integração de ações de saúde nas fronteiras, apesar de já ser realidade nos estados e municípios, precisa ser legitimado pelo governo e este é o objeto de ação do SIS FRONTEIRAS.

OBJETIVOS/PROPÓSITOS

O Projeto tem como principal objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira e contribuir para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços. É uma resposta política a uma demanda pactuada com gestores locais, bem como uma estratégia

para o processo de integração na área da saúde entre os países da América do Sul.

METODOLOGIA

O processo de integração das ações nas fronteiras foi planejado e será consolidado em momentos distintos, combinando ações de harmonização e transfronteirização. Para atender à região fronteiriça, o Projeto SIS FRONTEIRAS compreende 121 municípios e seu processo de implantação abrange duas etapas: A Etapa I contempla 69 municípios fronteiriços da Região Sul e Mato Grosso do Sul e a Etapa II contempla 52 municípios fronteiriços das Regiões Norte e Mato Grosso. As adesões ao Projeto se deram até abril de 2006. O incentivo financeiro específico para as ações de saúde na região foi calculado com base no Piso de Atenção Básica - PAB. O critério adotado para o repasse dos recursos está baseado na execução das Fases do projeto, que são três: Fase I – Realização de

Diagnóstico Local e Execução do Plano Operacional, contendo o programa físico-financeiro e o plano de qualificação da gestão. A Universidade Federal de cada estado estará capacitando e auxiliando o município a desenvolver as ações para a realização dessa fase; Fase II – Qualificação da gestão, serviços e ações e implementação da rede de saúde nos municípios fronteiriços; e Fase III – Implantação de serviços e ações nos municípios fronteiriços.





PRODUTOS

Espera-se que o SIS FRONTEIRAS seja uma ferramenta de gestão eficaz, promovendo a sustentabilidade da integração da oferta de serviços e da vigilância em saúde, racionalizando e otimizando os recursos humanos, físicos e materiais nos municípios de fronteira.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O Projeto SIS FRONTEIRAS se encontra na Fase I, nas duas Etapas. Houve adesão de 100% dos municípios, o que mostra o interesse e a necessidade de se ter um olhar diferenciado para a saúde na região fronteiriça. O canal de comunicação entre Governo Federal e municípios se deu através da Secretaria Estadual de Saúde, que respondeu prontamente e positivamente ao Projeto. Na Etapa II, por abranger uma região mais distante, o processo de Adesão foi mais lento, devido à dificuldade de comunicação com alguns municípios em estados como Roraima e Rondônia. Uma questão que tem sido bem positiva é a participação das universidades na execução do Projeto, pois a capacitação de profissionais nos municípios está sendo fundamental para o aprimoramento das capacidades locais e estímulo para execução de novos projetos na região fronteiriça.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto é estratégico para a Saúde, priorizando uma região que necessita de incentivos específicos com vistas a se alcançar os preceitos do SUS: integralidade, hierarquização, universalidade, equidade, descentralização, controle social e regionalização. A implantação do SIS FRONTEIRAS abre possibilidades para conhecer e organizar a integração no setor saúde, que envolve o Brasil e os diversos sistemas locais de saúde dos países limítrofes. Entretanto, é fundamental reconhecer que sua sustentabilidade necessitará de maior aporte financeiro no fortalecimento desta estratégia. Assim, a busca de estratégias multilaterais se faz presente num futuro próximo.



PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS ESCOLAS: IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE SAÚDE ESCOLAR

Autor principal: Vânia de Cássia de Araujo Dutra

Outros Autores: Rosalva Alves Araujo

Instituição: Coordenação de Area 3.3 - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

No biênio de 2004/2005 uma equipe da Ccoordenação de Área e Planejamento 3.III formulou uma política intersetorial e implantamos os Núcleos de Saúde Escolar. Com cerca de novecentos e cinquenta e um mil cento e noventa e oito habitantes justifica duas coordenadorias regionais de educação e a descentralização das ações dos núcleos de saúde escolar. A principal missão dos núcleos de saúde escolar é possibilitar a promoção da saúde tendo por cenário a escola com atividades que discutam o cotidiano escolar e escolham caminhos para a criação de um ambiente saudável criamos 7 núcleos de saúde escolar, incluso PSF/PACS.

OBJETIVOS

(1) Desenvolver atividades educativas que discutam temáticas inerentes ao cotidiano escolar em relação à temática da promoção da saúde em parceria e diálogo com a comunidade escolar (professores, pais e alunos) além da participação do Conselho Distrital de Saúde da AP 3.III visando o fortalecimento o Controle Social.(2) Criar rede de referência entre as escolas promotoras de saúde com as unidades de saúde a fim de garantir o acesso dos alunos da rede publica aos serviços de saúde.

METODOLOGIA

Cada núcleo tem uma equipe formada por profissionais de saúde e professores de cada escola e as principais estratégias de ação são : (1) Encontro mensal nos centros de estudos parciais nas escolas entre os profissionais de saúde e os professores para esclarecimentos e discussão de situações problemas tanto no plano individual como comunitário. (2) Estabelecer um fluxo de acolhimento dos alunos encaminhados das escolas para as unidades básicas de saúde (3) Desenvolver atividades educativas que contarão com a participação com uma equipe de profissionais das unidades de saúde.4) Acompanhamento das ações por uma planilha e relatórios de avaliações mensais enviados a CAP 3.III e discutidos em reuniões mensais.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Elaboração de protocolo de encaminhamento e estabelecimento de fluxo de atendimento aos alunos da rede municipal de educação da 6ª CRE, possibilitou a identificação das principais demandas da comunidade escolar. Organização e execução das planilhas de atividades educativas executadas, mensalmente, nas escolas ao debater com a comunidade escolar temas de promoção da saúde.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE PROCESSOS

Identificação das as principais demandas da Escola; Acesso dos alunos e o fortalecimento da comunidade escolar.

CONCLUSÕES

Este projeto visa o fortalecimento das políticas locorregionais de promoção da saúde através do monitoramento das práticas cotidianas de educação e saúde intersetoriais e diminuiu as ações sobrepostas em relação comunidade escolar na área.



GESTÃO EM REDE: ENFRENTAR A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Autor principal: Vera Lúcia Alves de Oliveira

Outros Autores: Maria Tereza Gonçalves

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Município: Curitiba

Estado: Paraná

A realidade da violência sofrida pela infância e adolescência impõe, ao poder público e à sociedade civil organizada, uma abordagem ampla e integrada para o seu enfrentamento.

A proposta da "Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência", implantada desde 2002 em Curitiba, foi concebida e estruturada com a participação direta dos vários setores envolvidos no atendimento deste grupo etário. Atualmente, entre as instituições integrantes da Rede destacamos as Secretarias Municipais da Saúde, da Educação, do Esporte e Lazer, da Defesa Social e do Abastecimento, a Fundação de Ação Social, a Fundação Cultural de Curitiba, a Secretaria de Estado da Educação, a 1ª Vara da Infância e da Juventude, a Promotoria da Infância e da Juventude e o Núcleo de Proteção à Criança e ao Adolescente Vítimas de Crime. Como entidades de apoio participam o Instituto Municipal de Administração Pública e o Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. Além disso, conta com o apoio da sociedade civil organizada como a Sociedade Paranaense de Pediatria e a ONG Centro de Combate à Violência Infantil.

A implantação da Rede de Proteção não implicou em grandes investimentos do setor público ou privado. Não é um novo serviço. É uma concepção de trabalho que dá ênfase à atuação integrada e intersetorial. Objetiva contribuir para a redução deste problema, em especial da violência intra-familiar, intervir precocemente nas situações geradoras de violência, interrompendo o processo de repetição e agravamento dos maus-tratos, oferecer o atendimento necessário às vítimas, suas famílias e agressores, bem como produzir informações e indicadores que permitam conhecer o problema e construir propostas e projetos voltados para a prevenção da violência na cidade de Curitiba. Dois aspectos merecem destaque: o primeiro é a importante integração entre os setores e profissionais que integram a Rede de Proteção nos três níveis administrativos – municipal, regional e local, compondo respectivamente a Coordenação Municipal da Rede, 9 Coordenações Regionais e 91 Redes Locais de Proteção. O segundo, e como consequência do primeiro aspecto abordado, é a capilaridade e a cobertura alcançada pela proposta. Cada Rede Local é composta por representantes dos vários serviços (escolas municipais e estaduais, creches, unidades de saúde e outros serviços) localizados na área de abrangência de uma Unidade de Saúde e se responsabiliza pela prevenção

da violência doméstica contra crianças e adolescentes nessa região. Além disso, promovem a atenção e o acompanhamento de todos os casos de maus-tratos de residentes na área, independente de onde o caso tenha sido diagnosticado e notificado. O trabalho integrado tem possibilitado a mobilização das diferentes equipes potencializando suas ações e a oferta de serviços para a população.

As Redes Locais encontram-se vinculadas a uma Coordenação Regional igualmente composta de forma intersetorial. Essas têm as funções de dar continuidade e unidade às Redes Locais; constituir-se em referência para as equipes locais em relação problemas, dificuldades, etc.; estabelecer a ligação entre as Redes Locais e a Coordenação Municipal; envolver a comunidade local como parceira; divulgar o trabalho da Rede e ampliar o espectro de instituições participantes. Todas as Coordenações Regionais vinculam-se à Coordenação Municipal composta por representantes de todas as instituições constituintes da Rede de Proteção. Compete à Coordenação Municipal viabilizar a articulação de todos os serviços/programas envolvidos; contribuir para a mudança de paradigma quanto à metodologia de trabalho, fortalecendo o princípio de rede e rompendo a tradição de ações isoladas e setorializadas; manter um sistema de capacitação permanente; estabelecer fluxo e sistemas de processamento das informações, mantendo um banco de dados com análises periódicas para a definição de prioridades; dar unidade às Redes Regionais; entre outros. Esta composição e organização tem possibilitado respeitar as diversidades regionais e locais e, ao mesmo tempo, manter um núcleo comum de ação e unidade conceitual.

O estabelecimento de um banco de dados integrado tem permitido o monitoramento dos maus-tratos em Curitiba e a proposição de novas ações/intervenções visando potencializar a proposta. Em 2003 foram realizadas 1 536 notificações e 22 19 em 2004.

A gestão em rede não é apenas a soma das ações de vários setores, mas dá lugar a uma nova e diferenciada construção conjunta onde a verticalização de cada setor é um fator que pode ser potencializado se houver abertura para a construção de um trabalho horizontal. O trabalho integrado requer o compromisso político das instituições envolvidas, o respeito às especificidades e a delimitação das atribuições de cada setor, bem como das atribuições comuns dos vários setores envolvidos.



As facilidades observadas no processo de construção do trabalho integrado certamente se derivaram do fato do tema em questão ser um tema complexo, comum a todos os setores envolvidos e de difícil intervenção por setores isolados. A cultura predominante do trabalho setorizado e a conseqüente dificuldade da prática de trabalho integrado; a grande mobilidade dos profissionais envolvidos na proposta e a reduzida integração com os Conselhos Tutelares são dificuldades sentidas. A ausência de integração das políticas federais voltadas para o problema, em especial da educação, saúde e desenvolvimento social, apesar de valorizarem a ação integrada, dificulta a formação de redes estaduais e municipais na medida em que não constroem estratégias nacionais integradas como, por exemplo, a unificação de instrumentos de notificação dos casos. Muito há que se caminhar para tornar este programa cada vez mais resolutivo. A maior integração com os Conselhos Tutelares, a construção de instrumentos e de indicadores de avaliação dos resultados alcançados pela Rede de Proteção, a aproximação com serviços de cunho legal/jurídico são novos desafios que se colocam, ao lado de outros como a manutenção de equipes sensibilizadas e capacitadas, a ampliação de parcerias, a ampliação para o setor privado de educação e saúde, entre outras tarefas.



IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

Autor principal: Vera Lúcia Batista Borges

Outros Autores: Paulo de Tarso Monteiro Abrahão; Nívia Martins Menezes; Regina Márcia Andrade de Miranda

Instituição: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Município: Salvador

Estado: Bahia

O crescimento da demanda de serviços de saúde e de atendimento para a população e as transformações sócio econômicas observadas nas últimas décadas, tem sensibilizado e contribuído para que nossos governantes adotem políticas sociais vislumbrando ações que visem à promoção e recuperação da saúde da nossa população. Neste cenário foi criado o Serviço de Transporte Inter-Hospitalar, instituído pela Portaria nº2048/GM de 05 de novembro de 2002 - Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

O Transporte Inter-Hospitalar possibilita melhor utilização do recurso necessário à recuperação do usuário, pois além de regular e organizar o fluxo dos pacientes, de acordo com suas reais necessidades no âmbito macro regional, proporciona a transferência dos mesmos entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves de caráter público ou privado, além de realizar transferências dos mesmos de unidades de saúde de menor complexidade para as de maior complexidade, para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, realização de exames e procedimentos, com o objetivo de concluir o tratamento. Esta transferência poderá ser para o município de residência ou não, sempre que a condição clínica do paciente e a estrutura da unidade de saúde assim o permitirem.

A operacionalização do Serviço de Transporte Inter-Hospitalar é baseado na indicação dos critérios de utilização, diagnóstico médico, condições clínicas associadas, avaliação hemodinâmica e condições de estabilização, avaliação criteriosa dos riscos, benefícios do transporte para o paciente, recursos do local de origem e do local de destino, tempo de transporte, distancia e condições do trajeto, possibilidades de complicações durante o transporte e condições de resolução, além de avaliação do estresse da equipe, paciente e familiares durante o trajeto e do prognóstico do mesmo.

Outro ponto importante são as grades de referencia loco regionais que devem ser previamente pactuadas para que os fluxos e mecanismos de transferência mediados por uma Central de Regulação garantam o encaminhamento dos casos.

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB iniciou em Fevereiro de 2003 as atividades da Central Estadual de Regulação, como uma das ações do Plano Piloto I: Sistema Estadual de Atenção às Urgências, com competências técnicas e gestoras instituídas conforme a Portaria nº2048, com a abrangência loco regional de acordo com os pactos de referencia e mecanismos estabelecidos pela NOAS/SUS-2002, com a missão de exercer a sua responsabilidade sanitária, inclusive diminuindo a sobrecarga nos hospitais de maior porte, apoiar em caráter complementar as unidades básicas de saúde e garantir a integralidade da assistência. Esta Central de Regulação dispunha de 330 (trezentos e trinta) leitos de diversas especialidades, inclusive de Unidade de Terapia Intensiva, Adulto, Pediátricos e Neonatal, descentralizados em 29 (vinte e nove) unidades de saúde. Para a operacionalização das transferências entre estas instituições de saúde, foi necessário a criação do referido Serviço que contou com uma frota de 14 (quatorze) ambulâncias de suporte básico, distribuídas nas unidades de saúde e 02 (duas) ambulâncias de suporte avançado de vida centralizadas no Hospital Geral do Estado, todas munidas de serviço de rádio comunicação, monitorado por rádio-operador na Central de Regulação. Foram contratados, além dos médicos reguladores, operadores de rádio, auxiliares de regulação e apoio administrativo, 02 (duas) equipes intervencionistas para tripular as unidades de suporte avançado.

Em outubro de 2004, iniciou-se a regulação de todos os leitos SUS, o que gerou a necessidade premente de ampliação do Serviço de Transporte Inter Hospitalar. Assim foram adquiridas mais 03 (três) ambulâncias de suporte avançado de vida e mais 07 (sete) de suporte básico com as respectivas equipes, equipamentos e materiais. O passo seguinte foi à centralização dos veículos, a constituição de equipe de profissionais de saúde e o aporte de recursos materiais na sede da Central Estadual de Regulação, o que demandou um processo de articulação, reorganização e desenvolvimento de novos processos de trabalho.

A contratação de pessoal capacitado e a adaptação do mesmo a um serviço de assistência e acompanhamento a pacientes no ambiente basicamente exclusivo de interior da ambulância, envolveram um processo de capacitação e educação permanente



baseados na Portaria nº2048/GM e complementação de conteúdos como controle de infecção, prevenção de riscos, direção defensiva para condutores e importância da humanização. A elaboração de protocolos operacionais para enfermagem, fluxogramas de funcionamento e adoção de normas técnicas permitiram a visualização da melhoria da cobertura de serviços de saúde da qualidade da assistência.

○ planejamento, previsão e provisão de materiais e equipamentos para utilização nas ambulâncias, além das providências para um programa e cronograma de manutenção preventiva e corretiva dos mesmos, foi de fundamental importância para que os riscos para paciente e equipe fossem reduzidos, bem como a otimização os recursos financeiros.

Os registros de transferências realizadas e a criação de um formulário específico passaram a representar documentos imprescindíveis para a documentação legal do prontuário do paciente e possibilitar a realização de estatísticas que passaram a fornecer dados indispensáveis à construção de indicadores que favorecerem a constante busca de melhores resultados.

○ Transporte Inter-Hospitalar representa um caminho interessante e proporcionou para o Estado uma experiência satisfatória, por permitir o reconhecimento contínuo do compromisso e vínculo de cada equipe com a população e propiciar a iniciativa de ampliação do mesmo para os espaços mais longínquos do nosso país garantindo assim uma assistência realmente integral, universal e equânime.



MANIFESTAÇÕES DA GENTE: O TEATRO CONSTRUINDO REDES DE ARTICULAÇÃO E SOCIALIZAÇÃO DO SABER EM SAÚDE

Autor principal: Vera Lúcia de Azevedo Dantas

Outros Autores: Maria Josevânia Dantas; João batista dos Santos Junior; João Soares dos Santos Filho; Francisco Márcio Firmiano da Silva

Instituição: Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde

Município: Fortaleza

Estado: Ceará

A ANEPS (Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde), nasce da interação de pessoas vindas dos movimentos populares, universidades e serviços de saúde, acreditando na possibilidade de, compartilhando saberes, pensar ações de transformação capazes de incluir no contexto dos serviços de saúde, práticas de cuidado e promoção à saúde, gestadas no seio dos movimentos populares. Tentando uma urdidura que parte da busca da memória das lutas populares, o percurso da ANEPS tenta a conexão entre cotidiano e história, ao vincular a experiência local sentida no singular dos grupos com a inserção na história, vivida no exercício político de uma rede de articulação nacional, que visa também uma intervenção junto às políticas públicas. Nesse contexto as linguagens da arte vêm se configurando como dimensões significativas dos processos formativos e comunicativos, tecendo uma caminhada que tem as cores e os desenhos dos movimentos que constituem a sua articulação no âmbito popular. Entre as linguagens da arte, as expressões cênicas traduzidas de forma mais genérica como expressões teatrais, mas que incluem, os folguedos populares com seus rituais, sua musicalidade, têm constituído um traço marcante no contexto das vivências populares articulando arte e saúde. Nesse sentido, os grupos Cervantes, ESCUTA, Semearte e Curumin Tapeba que representam grupos étnicos e/ou culturais de diferentes localidades do Ceará produziram o espetáculo "Manifestações da Gente" que vem se constituindo como estratégia de visibilização das práticas populares de saúde e articulação entre esses movimentos e práticas, as instituições formadoras e os serviços de saúde. A construção do espetáculo constituiu-se também como espaço de formação para os que dele participaram bem como a sua circulação pelos estados do Nordeste, as diversas cidades do interior do Ceará e as comunidades da periferia de Fortaleza. As vivências propiciadas pelo espetáculo, têm potencializado uma reflexão sobre a importância da cultura, da espiritualidade e da articulação entre diferentes saberes e atores na construção de práticas de saúde referenciadas pela ótica da humanização e da integralidade.



PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Autor principal: Vitória Carvalho Cardoso

Outros Autores: Daniela Maria Raulino da Silveira; Eliete da Cunha Araújo; Manoel do Carmo Pereira Soares.

Instituição: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Município: Belém

Estado: Pará

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A *Sífilis Congênita* é consequência da disseminação do *Treponema pallidum* pela corrente sangüínea, transmitido pela gestante para o seu bebê. A infecção pode ocorrer em qualquer fase da gravidez, e o risco é maior para as mulheres com sífilis primária ou secundária.

No Brasil, a incidência desta afecção entre recém-nascidos é alta. A sífilis primária costuma não ser percebida pelo paciente e, na fase latente, pode se prolongar por muitos anos. Por isso, para evitar a *Sífilis Congênita*, é importante que o teste seja solicitado para o diagnóstico da doença, durante o pré-natal.

Excetuando a AIDS, a sífilis é a mais grave das doenças sexualmente transmissíveis e pode ser transmitida pela gestante infectada para seu concepto, em qualquer fase da gravidez, podendo levar ao óbito ou a seqüelas irreversíveis.

OBJETIVOS / PROPÓSITOS

Identificar, tratar e estudar os casos notificados da doença em mulheres que deram a luz na Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de junho até dezembro de 2005, bem como criar condições que favorecessem a implementação de medidas visando a profilaxia da sífilis congênita.

Através da abordagem educativa às mães das crianças atendidas, pretendeu-se sensibilizar essa população, tendo como meta reduzir as taxas de prevalência desse agravo.

METODOLOGIA

- Abordagem educativa através de palestras às mães das crianças atendidas sobre a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis em geral e sífilis congênita em particular, com esclarecimentos pertinentes sobre a forma de transmissão das doenças e os agravos e seqüelas advindas ao concepto;
- Preenchimento de formulário contendo variáveis demográficas e epidemiológicas;

- Coleta de sangue das puérperas abrangidas no estudo, para realização de sorologia para sífilis;
- Tratamento do binômio mãe/recém-nascido nos casos de sífilis com penicilina.
- Local – Maternidade da Santa Casa de Misericórdia do Pará.
- Procedimentos: exames de VDRL, realizados no hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará.

RESULTADOS

Foram notificadas 173 pacientes com sífilis na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, diagnosticadas através do VDRL, no período de janeiro de 2004 a julho de 2005, tendo como achados: 63,6% dessas mulheres eram procedentes de Belém; 34,1% eram adolescentes; 84,3% realizaram pré-natal; o título de VDRL mais freqüente foi de 1:8 (25% das pacientes); há relato no prontuário que 55,5% delas foram tratadas e 12,1% dos parceiros também.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A abordagem educativa se afigura como ferramenta valiosa no processo de educação em saúde. Encontrou-se alguma dificuldade de comunicação, principalmente pela baixa escolaridade das pacientes e também pelo uso de termos regionais, nem sempre familiares para as pesquisadoras. Entretanto, a experiência da coordenadora do projeto, instruindo, fazendo, mostrando, possibilitou que o diálogo fluísse satisfatoriamente. A aquisição de material ilustrado para facilitar o entendimento, foi um fator que demandou um esforço maior, mas não intransponível. Utilizou-se nessa atividade, os recursos áudio-visuais (data show, retroprojetor, computador) do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Pará.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elevada prevalência de sífilis materna, possibilitando a infecção do concepto persiste como um problema de saúde pública.



Apesar do modo de transmissão ser bem definido, do agente etiológico ser conhecido e da existência de terapêutica barata e eficaz, ainda não se conseguiu o controle da doença. Este fato sinaliza para a necessidade de se investir em educação em saúde. Um expressivo número de gestantes procura a unidade de saúde pela primeira vez na vida unicamente por se preocuparem com a saúde do concepto. Por esse motivo, o pré-natal é um momento estratégico para se conseguir a adesão da paciente, não somente para viabilizar o tratamento, mas, principalmente, educando; para que ela, numa próxima gestação, não mais apresente a doença. Estratégias que focalizem essa determinante podem contribuir para a redução do número de casos de sífilis na gestante e conseqüentemente de sífilis congênita.



CTA INTEGRANDO PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA

Autor principal: Walquyria Maria Pimentel Santos Lopes

Outros Autores: Tazmânia Gomes de Medeiros Oliveira

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Picos-PI

Município: Picos

Estado: Piauí

Esse trabalho é parte de uma história em construção, mas podemos afirmar com segurança que tem mostrado a capacidade do município de Picos-PI em dar uma resposta face à epidemia de Aids. É o terceiro maior município do Estado; em Gestão Plena e sede de Macro no PDR-Plano Diretor de Regionalização; situa-se geograficamente no km Zero da Transamazônica, segundo maior entroncamento rodoviário do Nordeste.

Dentro do sistema de saúde local o CTA tem como objetivos:

- Expandir o acesso ao diagnóstico sorológico para HIV, Sífilis e Hepatites Virais B e C, com base gratuita e confidencial;
- Acolhimento, aconselhamento e educação em saúde como estratégia de prevenção;
- Encaminhar e referenciar tratamento aos usuários HIV positivos;
- Estimular adoção de práticas seguras e o diagnóstico das parcerias sexuais;

O CTA cumpre papel ímpar dentro do Sistema de Saúde: por um lado, assegurar direitos – o direito de conhecer a condição sorológica, em um marco pautado pela exigência do aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, e por outro lado, força a constituição da rede de referência de ambulatório e atenção básica para assistir aos que se descobriam portadores de HIV e outras DSTs.

A situação geográfica que assume dentro do Estado e no PDR – população de mais de 400.000 habitantes e referência para 60 municípios.

O CTA ao ter o aconselhamento como sua tarefa primordial, aborda permanente temas pessoais (como sexualidade) e coletivos (informações sobre DST/HIV/AIDS, preconceitos, tabus, direitos sociais etc.). Desta forma, pratica-se uma modalidade de assistência que dar voz, crédito e escuta ao sujeito-usuário nesse serviço. Esta é uma estratégia fundamental, uma vez que sem o engajamento e a participação ativa desse sujeito, poucas são as chances de ampliarmos os comportamentos e valores capazes de evitarem as DST e o HIV.

No quadro de colaboradores conta com equipe multiprofissional composta de médico-infectologista, enfermeira, psicólogo, assistente social, bioquímicos, equipe de apoio, téc. de laboratório, recepcionista, digitador, serviços gerais.

As diretrizes seguem pautadas por visões integrais do ser humano onde o biológico, o psicológico e o sócio-cultural, entrelaçam-se de forma absolutamente indissolúvel, necessitando contemplar um

tipo de atenção que valoriza a todos esses aspectos e ampliação de direitos.

No período de janeiro a dezembro de 2005 foram realizadas no Laboratório Municipal do CTA de Picos-PI:

O CTA participa com atividades extra-muros nas datas comemorativas e campanhas nacionais ampliando este serviço a vários municípios da macrorregião conforme solicitação.

Teste anti-HIV (Elisa)	7.365
Reação VDRL (Sífilis)	7.365
HBsAg	932
Anti-HBc	932
Anti-HCV	1.472
Total	18.066

Nº Gestantes realizaram testagem	2.181
Nº Testes HIV positivos no período	11
Nº Testes VDRL positivos	167
Nº Testes HBsAg positivos	04
Nº Testes Anti-HBc positivos	17
Nº Testes Anti-HCV positivos	04
Total	2.384

Ao longo da existência do CTA podemos apontar algumas facilidades (I) e dificuldades (II) respectivamente:

- Intersetorialidade e interdisciplinaridade com os demais serviços da Secretaria Municipal de Saúde e Programas da Atenção Básica
- Crédito nos profissionais da Instituição
- Liberdade de ação
- Relacionamento saudável entre colaboradores e usuários;
- Respeito à ética e cidadania.

II - Dificuldades:

- Centralização de tratamento anti-retrovirais na capital Teresina-PI;
- Preconceito e discriminação dos portadores pela sociedade;
- Resultados dos testes laboratoriais não informatizados no SI-CTA.

O processo de transformação do mundo em um lugar melhor e mais digno para se viver inicia-se a partir da mudança individual, particular, de cada membro da sociedade.

Não há alteração efetiva no modo de operação social sem o esforço e a coragem de se confrontar com a diversidade na busca de uma convivência saudável entre os diferentes.

Desta forma, viver com HIV/AIDS e mostrou ao CTA de Picos-PI que é um projeto viável, não obstante toda a dificuldade



apresentada, representa esse movimento em direção à modificação da sociedade em um lugar igualitário e respeitoso para a expressão plena da vida, onde há espaço para todos, sem distinção de nenhuma espécie, discriminação ou exclusão.



“LABORATÓRIO” DE GESTÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM ALAGOINHAS – BA: A CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES DE UM MODELO DE CO-GESTÃO COLETIVA

Autor principal: Washington Luiz Abreu de Jesus

Outros Autores: Marluce Maria Araújo Assis; Iraldes Andrade Juliano; Marisa Leal Correia Melo.

Instituição: Prefeitura Municipal de Alagoinhas

Município: Alagoinhas

Estado: Bahia

RESUMO

O presente trabalho tem como principal objetivo a redefinição das diretrizes do modelo de gestão da SMS de Alagoinhas-BA, tomando como base teórico-metodológica a co-gestão coletiva (Campos, 2000; 2003). Fundamenta-se nas discussões acerca dos princípios de problematização das práticas e de integração de saberes, vislumbrando a construção da cidadania e da democracia institucional. As atividades foram desenvolvidas por meio de discussão em grupos, oficinas e exposição dialogada. Contou com vários movimentos: 1º) discussão com trabalhadores e Conselho Municipal de Saúde (CMS) sobre o método de co-gestão coletiva; 2º) reuniões de discussão sobre os problemas e necessidades dos diferentes setores da SMS e o CMS; 3º) oficina de planejamento em saúde com os técnicos do nível central da SMS e CMS, para definir prioridades, estratégias de ação e metas; 4º) capacitação dos conselheiros, abordando temas tais como: políticas de saúde, cidadania, gestão participativa, planejamento, educação permanente, entre outros; 5º) reuniões com os setores da SMS para acompanhar as estratégias que foram definidas pelo grupo. A experiência aponta para a construção de um projeto coletivo articulado com a agenda da política de saúde local.

Palavras-chave: sistema de saúde; participação popular; organização e administração; métodos.

ABSTRACT

This article shows an experience in the reconstruction of the management model of the Alagoinhas-BA Municipal Health Bureau. Collective co-management was used as the theoretical-methodological basis (CAMPOS, 2000; 2003a). Discussions were based on the principles of practice problematic and on the integration of knowledge, perceiving the construction of citizenship and institutional democracy. The activities were developed through group discussion, workshops and explanatory dialogue. The project of interference was organized into different movements: 1) discussion with health workers and the Municipal Health Council about the method of collective co-

management. 2) meetings to talk about the problems and needs of the different sectors of the Municipal Health Bureau and the Municipal Health Council; 3) workshop for the planning in health care with the Municipal Health Bureau and Municipal Health Council central level technicians to define priorities, strategies of action and goals; 4) training of the counselors on topics such as: health policies, citizenship, co-management, planning, permanent education, among others; 5) meetings with the Municipal Health Bureau sectors so as to follow-up on the strategies that were defined by the group. The experience points to the construction of a collective project that fits into the agenda of the local health policy.

Key Words: health system, community participation, organization and management, methods.



ESTÁGIO SUPERVISIONADO MULTIPROFISSIONAL REGIONAL

Autor principal: Wilson Ayach

Outros Autores: Ana Maria Campos Marques; Sandra Christo dos Santos; Maurício Antônio Pompílio; Maria Angélica Maccheti Barbosa

Instituição: Universidade para o Desenvolvimento do Estado e Região do Pantanal

Município: Campo Grande

Estado: Mato Grosso do Sul

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A missão da Universidade Para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (UNIDERP) e dos Cursos de Medicina e Enfermagem impõem estabelecer estratégias que assegurem formação geral sólida, capaz de dotar este profissional de visão holística do ser humano, das conexões entre as esferas biopsicossocial, do processo de saúde e doença e dos seus determinantes.

A busca da integralidade na assistência à saúde impõe novas estratégias educacionais. Modelos pedagógicos em que o aluno é sujeito ativo do processo de ensino-aprendizagem, em que a vinculação aos Serviços Públicos de Saúde (SPS) e a inserção na comunidade ocorrem desde o início do curso são estratégias educacionais eficazes. O aluno se apropria da natureza e particularidades da coletividade a que serve e dos SPS e do trabalho em equipe multiprofissional. Neste contexto, a criação deste estágio supervisionado em cidades do interior do Estado de Mato Grosso do Sul (MS) pode-se constituir estratégia tanto para busca da integralidade da educação e do serviço como na promoção do desenvolvimento sustentável da região.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

- Promover educação integrada e multiprofissional nos diversos cursos da UNIDERP.
- Promover programas de intercâmbio nas áreas técnica, científica e cultural, para atender aos anseios da comunidade
- Contribuir para o desenvolvimento sustentável da região adotada.

SUJEITOS E MÉTODOS

Alunos regularmente matriculados nos Cursos de Medicina, Enfermagem e demais cursos da UNIDERP que se integrem ao Projeto.

ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO

O Estado de MS possui a segunda maior população indígena do Brasil (56 mil índios) e população rural em parte residente em

assentamentos e região do pantanal. A assistência à saúde destas populações é de responsabilidade das Equipes de Saúde da Família Indígena (PSFI)/FUNASA e Rural (PSFr) e dos hospitais regionais de baixa complexidade. A característica da população, Indígenas, Assentados e Pantaneiros foi o principal critério para seleção das cidades. A parceria foi concretizada por convênio expresso interinstitucional entre a UNIDERP, Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e os municípios de Aquidauana, Maracaju e Sidrolândia.

Característica do Estágio

Trata-se de estágio supervisionado caracterizado pelo treinamento em serviço. Os alunos dos Cursos envolvidos residem na cidade durante um período de tempo e inserem-se na sua rede de assistência à saúde, exercendo atividades nas equipes de saúde da família rural e indígena e em hospitais de baixa complexidade, onde atuam nos serviços de emergência, nas unidades de internação e no centro cirúrgico.

As necessidades gerenciais e de infra-estrutura, impuseram a implantação gradual. A princípio, apenas o Curso de Medicina seria envolvido, mas, logo no seu início, o Curso de Enfermagem tornou-se parceiro da idéia. Em duas das cidades, há parceria entre os dois cursos. O estágio foi implantado em 01 de fevereiro de 2005. Supervisão e Preceptoria – Há três tipos de supervisão das atividades:

- Preceptor de Serviço – Profissionais das equipes de saúde envolvidos no estágio
- Supervisão docente – Professores dos Cursos de Medicina e Enfermagem que visitam as equipes com periodicidade semanal
- Supervisão virtual – Espaço virtual utilizado para discussão, esclarecimento de dúvidas e outras dificuldades técnicas e operacionais

PRODUTOS E RESULTADOS ALCANÇADOS

- Atualização dos exames de prevenção do câncer de colo uterino e redução de co-morbidades relacionadas à obesidade e sedentarismo na população indígena de Aquidauana
- Fortalecimento do Programa de Saúde da Família rural de Sidrolândia
- Aumento da autonomia dos alunos
- Inserção do aluno na assistência de populações típicas de nosso estado, contribuindo para a interiorização dos profissionais de saúde



- Quatro alunos de cada curso foram contratados ao final de seus cursos de graduação
- Aprimoramento da prática do exercício profissional e da assistência à saúde nos diferentes cenários típicos do Estado de Mato Grosso do Sul.

APRENDIZADO COM A EXPERIÊNCIA FACILIDADES

- Aprimoramento da estratégia de supervisão à distância
- Interesse das Instituições envolvidas
- Envolvimento do corpo docente e dos Profissionais de Saúde das cidades participantes
- Carência de Profissionais de Saúde nas cidades do interior do Estado de MS

DIFICULDADES

- Resistência inicial do Corpo Discente
- Providenciar a infra-estrutura necessária para o alojamento dos alunos
- Problemas operacionais de transporte e troca de profissionais
- Dificuldades gerenciais ocorridas na FUNASA durante o primeiro ano de implantação
- Eleições municipais que coincidiram com a fase de negociação da parceria e implantação do estágio



ORGANIZAÇÃO DA REDE BÁSICA ATRAVÉS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE/RS

Autor principal: Zelionara Pereira Branco

Outros Autores: Suzi Mara Teixeira Bromberger; Romeu Selistre Sobrinho

Instituição: Prefeitura Municipal do Rio Grande - SMS

Município: Rio Grande

Estado: Rio Grande do Sul

O município do Rio Grande/RS iniciou o processo de implantação da estratégia Saúde da Família, em 1997, através da adesão à Política de Organização da Atenção Básica, na busca da reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, com atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas de saúde.

Este trabalho objetiva relatar a experiência de implantação e expansão do PSF em Rio Grande/RS. Após a adesão e identificação das necessidades, alguns desafios foram enfrentados como a seleção dos profissionais atuantes nas equipes, a forma de vínculo empregatício e a remuneração. Além da definição de áreas a serem contempladas pelo programa. Em 1998, iniciou-se o convênio de parceria entre a Universidade do Rio Grande e o Município com implantação da primeira equipe formada por profissionais de ambas instituições, porém esta equipe só teve suas atividades reconhecidas pelo MS, em 2001. Em 1999, adotou-se o critério de conversão de rede, utilizando-se de profissionais já vinculados ao quadro do município através de lei municipal que prevê a seleção e a remuneração de trabalhadores. A partir de março de 2001, o município teve sua primeira equipe reconhecida pelo MS, partindo então para a expansão de novas áreas. Em 2002, atingiu-se a cobertura de 6,4% da população; Em 2003, ocorre a aprovação do PROESF; mapeamento de novas áreas; cobertura de 15% da população. No ano de 2004, na execução do PROESF, ocorreu a implantação de novas áreas, com cobertura de 23% da população. Em 2005, realizou-se o mapeamento e territorialização de áreas rurais com a implantação de 06 ESF, atingindo-se 34% de cobertura populacional, meta de desempenho pactuada com o MS. A expansão apresenta algumas dificuldades como: aumento dos "fora de área"; dificuldades em garantir a referência e contra-referência; burocratização do sistema; sobrecarga de atividades do ACS e o enfoque na doença. Pode-se concluir que a Saúde da Família no município possibilitou o reconhecimento da realidade local, a integração com a comunidade, aceitação das atividades por parte da população, aumento do acesso aos serviços de saúde, humanização no atendimento, maior resolubilidade, enfoque na educação em saúde, no trabalho em equipe e na educação popular.

CRÉDITOS







CRÉDITOS

1ª EXPOGEST

MOSTRA NACIONAL DE VIVÊNCIAS INOVADORAS DE GESTÃO NO SUS

COORDENAÇÃO GERAL

André Luis Bonifácio de Carvalho
Lumena Almeida Castro Furtado
Ana Lúcia Pereira
Adriana Nunes de Oliveira

COORDENAÇÃO GERAL DA MOSTRA

Mariângela Aoki

ASCOM – ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Marylene Rocha de Souza

COMISSÃO COORDENADORA DA MOSTRA - PARCEIROS

SVS

Ivenise Leal Braga

SAS

Cristiano Mundins F. Martins
Moacir Araújo da Silva
Sonia Saldanha
Ubirajara Sampaio Mota

SGEP

Esdras Daniel
José Luis Riani Costa Maria Carmem Kell
Simione Silva

SCTIE

Alvimar Botega

SGTES

Henrique Antunes Vitalino
Mariângela de Almeida Mota

ANVISA

Kassandra de F. Rodrigues
Moyses Diskin

FUNASA

Irani Maria Silva Ferreira Marques

CNS

Eliane Cruz

CONASEMS

Afra Suassuna Fernandes

CONASS

Rita Cataneli

OPAS

Luciana Chagas
Rosa Silvestre
CGPE/GM
Adinan Trovo
Marylene Rocha Souza

COORDENAÇÃO INFRA-ESTRUTURA E LOGÍSTICA

Renata Barbosa Santos

COORDENAÇÃO DAS ATIVIDADES CULTURAIS

Raquel Turci Pedroso

WEBDESIGN

Ires Lane da Silva Alves

ORGANIZAÇÃO CAFÉ COM IDÉIAS / HOMENAGEM ELETÉRIO RODRIGUEZ NETO

Alexsandro Dias

ORGANIZAÇÃO EXPOSIÇÃO DOS PÔSTERES

Isabel Senra
Márcia de Oliveira Delgado
Mércia Gomes Oliveira de Carvalho
Rochelle Ferraz



ORGANIZAÇÃO EXPOSIÇÃO FOTOS E ARTES

Adriana Nunes de Oliveira
Juliana Diniz Barros

ORGANIZAÇÃO SISTEMA INFORMATIZADO

Laércio Ribeiro Gonçalves

ORGANIZAÇÃO VÍDEOS

Kristiane do Rego Pereira
Stefanie Kulpa

ORGANIZAÇÃO GRANDES CONVERSAS

Denise Maria Fonseca

ORGANIZAÇÃO VOTAÇÃO DE PÚBLICO

Ires Lane da Silva Alves
Fábio Assunção

ORGANIZAÇÃO RODAS DE CONVERSA

Débora Bertussi
Débora Benchimol Ferreira

FACILITADORES DAS RODAS DE CONVERSA

Adriana Nunes de Oliveira
Amarflis Maria Muscari
Ana Lúcia Camargo
Ana Maria Carvalho Shneider
Ana Maria Costa
Andreza Cardoso Fialho Santos
Beatriz Figueiredo
Dobashi Carlos Armando
Débora do Carmo
Elaine Maria Giannoti
Elizabeth Vieira Matheus da Silva
Elizabeth Maria Morijacinta de Fátima Senna
Janaína Bonifácio de Almeida
João Marcelo Barreto Silva
José Ivo dos Santos Pedrosa
José Luiz Riani Costa
Joselito Pedrosa
Maria Arindelita Neves de Arruda
Maria Auxiliadora da S. Benevides
Maria Cristina Buareto
Maria Cristina de Oliveira Marques
Maria da Conceição Magalhães
Maria do Carmo Gomes Kell
Maria Gorete Gonçalves Selau
Maria Luisa Campolina

Márcia Batista de Souza Muniz
Otaliba Libânio de Moraes Neto
Paula Losada Ravaneli
Raimunda Nina Carvalho Cordeiro
Samia Nadj Melo
Sandro Gerardi
Serafim Barbosa Santos Filho
Sheila Leite
Simione de Fátima César da Silva
Tereza de Jesus Martins

RELADORES DAS RODAS DE CONVERSA

Abigail Reis
Ana Cristina Carvalho Curvina
Ana Márcia de Oliveira Fonseca
Daniel Borini Zemuner
Danielle Soares Cavalcante
Débora do Carmo
Débora Homem de Mello Nogueira
Déo Costa Ramos
Elizabeth Maria Mori
Esdras Daniel dos Santos Pereira
Flávia Regina de Moraes
Gabriela Jacarandá Alves
Gessyanne Vale Paulino
Iandara de Moura Silva
Isabel dos Reis Silva Oliveira
Karla de Araújo Ferreira
Maria Auxiliadora de S. Benevides
Maria Batista de Medeiros
Maria Edimilza da Silva
Mary Anne Fontenele Martins
Moacir Araújo da Silva
Osvaldo Peralta Bonetty
Sandro Gerardi
Serafim Barbosa Santos Filho
Simone Barcelos dos Santos
Simone Lacerda Pedersoli
Sheila Frez
Soraya Teixeira
Tatiana Lionço
Teresa de Jesus Martins
Zênite da Graça Bogéa de Freitas

COORDENAÇÃO DA CNSP – COMISSÃO NACIONAL DE SELEÇÃO E PREMIAÇÃO

Alexandre Nemes Filho

**COMISSÃO NACIONAL DE SELEÇÃO E PREMIAÇÃO**

Afra Suassuna Fernandes - CONASEMS
Alcides S. Miranda - UFC
Alexandre Nemes Filho - FMUSP
Alice de Carvalho Telles - UFPB
Aquilas Mendes - ABRES
Carmem Teixeira - UFBA
Cipriano Maia - UFRN
Dario Frederico Pasche - UNIJUÍ
Inessa França Malaguth - MS
Liane Beatriz Righi - UNIJUÍ
Lindemberg Medeiros de Araújo - UFPB
Luciana Chagas - OPAS
Márcia Lotufo - UFMT
Marco Akermanm - FMABC
Maria Cecília Galletti - UNISO
Maria de Fátima Souza - UNB
Maria do Carmo Gomes Kell - MS
Maria José Evangelista - CONASS
Odete de Godoy Pinheiro – PUC-SP
Paulo de Tarso - UFPA
Pubenza L. Castellanos - MS
Regina Auxiliadora de Amorim Marques - UMESP
Rubens Kon - FMUSP
Sarah Escorel - FIOCRUZ

Kátia Ern
Layana Leles Lima
Leonardo Pimentel
Letícia de Oliveira Fraga
Lívio Oliveira Adelino de Lima
Lúcia Vânia Cardoso de Oliveira
Luciana Botelho de Souza
Lucivan Corrêa Bernado
Manoel Ramos Macedo
Márcia Brandão Gonçalves
Nádia Maria Machado Nascimento
Rita Cataneli
Rozana Suleide
Rozuila Maura Cunha S. Oliveira
Sérgio Ricardo Schierholt

**AGRADECIMENTOS A TODOS QUE TORNARAM
POSSÍVEL A REALIZAÇÃO DA 1ª EXPOGEST, EM
ESPECIAL DESTACAMOS**

Abadia Francisca Araújo Silva
Adriana de Medeiros Cavalcanti
Adriana Martins Pereira
Altiva Cristina da Silva
Ana Maria Oliveira
Auriman Cavalcante
Celícia Guerra Queiroz
Cristiane Vasconcelos Cruz
Dora Tomé
Eisenhower Bonfim Pereira
Eliane Cunha
Fernando de Souza
Geane Rodrigues Costa Ribeiro
Henrique Froes
Jane Carneiro Rola
João Batista Geovanini da Silva
José Joel S. Lima
Júlio César Cordeiro de Oliveira
Juracema Gomes de Medeiros Rodrigues

