

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 2: Gestão do Cuidado 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 Menezes
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 2: gestão do cuidado em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

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

ISBN 85-334-1294-0

1. Assistência 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 2006/1281

Títulos para indexação:

Em inglês: 1.ª Expogest: National Exhibition of Innovative Management Experiences in the SUS: Eleutério Rodriguez Neto

Prize: Axis 2: Management Health Care

Em espanhol: 1.ª Expogest: Muestra Nacional de Vivencias Innovadoras de Gestión en el SUS: Premio Eleutério Rodriguez

Neto: Eje 2: Gestión del Cuidado en Salud



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 a 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 yellow color against a darker yellow background. The tree is positioned on the left side of the page, with its trunk extending towards the bottom and its branches spreading out towards the top.

SUMÁRIO





SUMÁRIO

Ordem alfabética por autor

25 :: Introdução

31 :: Grande Conversa

47 :: Resumos

- 47 :: Ada Farias Oliveira Lima - *Educação em saúde nas escolas*
- 49 :: Adelaide Konzen - *Saúde em casa: programa de assistência domiciliar/componente pós-hospitalar (GHC)*
- 51 :: Adelar Antonio Pereira do Nascimento - *Resgatando cidadania*
- 53 :: Adelma Tatiely M. Silva - *Cineminha em cartaz: saúde da criança*
- 54 :: Ademilde Machado Andrade - *Capacitando para salvar o futuro*
- 56 :: Ademilde Machado Andrade - *Capacitando com integração*
- 58 :: Aderli Goes Tavares - *Cinemed: o estudo da ética em saúde através da linguagem cinematográfica*
- 60 :: Adriana Aparecida Batista - *Políticas de saúde pública: avaliando o processo de implementação do Conselho municipal de saúde de Ponte Nova*
- 62 :: Adriana Ferraz da Silva - *Saúde mental: do manicômio à atenção primária*
- 64 :: Adriana Gonsalves Urquiza de Sá - *A saúde que faz a diferença: uma experiência da cidade de João Pessoa (PB)*
- 66 :: Alessandra da Silva Santos – *Projeto AdoleSer*
- 67 :: Alessivânia Márcia Assunção Mota - *Uma proposta de coordenação de um programa de saúde mental com ênfase na equipe técnica: o cuidado ao cuidador*
- 69 :: Alexandra Marçal - *Atividade física no programa saúde da família: uma estratégia de promoção de saúde*
- 71 :: Alexandre da Silva Bispo - *Quebrando preconceitos: relatos sobre a parceria entre agentes comunitários de saúde - equipe de saúde mental e comunidade (Betim - MG)*
- 73 :: Alexandre Ferraciú Pagotto - *Inserção da odontologia no processo de acolhimento na unidade de saúde da família do Jardim Camanducaia (Amparo - SP)*
- 74 :: Alex-Sand Mendes Correia de Araújo – *Programa de Educação de Idosos de Juazeiro (PROEDI)*
- 76 :: Alice Yuriko Shinohara Hassano - *Atenção ao desenvolvimento neuropsicomotor da criança e reabilitação no município do Rio de Janeiro: contribuição da UFRJ num programa de parcerias interinstitucionais*
- 78 :: Aline Leal Silva - *Coleta humanizada do exame do pezinho*
- 80 :: Almir José Dias Valverde - *Acolhimento com classificação de risco*
- 82 :: Amália Gonçalves Arruda - *Terapias comunitárias: um relato de experiência em Beberibe (CE)*
- 84 :: Amarilys Zaldúa Triana – *Técnicas e técnicos de enfermagem, profissionais articuladores nas equipes de Saúde da Família: potencializando o núcleo de atuação de um profissional ainda não descoberto*



- 86 :: Amarilys Zaldúa Triana – *O acolhimento e a equipe: uma experiência de construção da idéia/ atitude de acolher de uma equipe do PSF de Amparo (SP)*
- 87 :: Ana Aparecida Sanches Bersusa - *Sistematizar a assistência de enfermagem: um caminho para a gestão do cuidado no SUS*
- 89 :: Ana Carla Macêdo do Nascimento - *Apoio institucional: a chave da humanização*
- 90 :: Ana Clara Lopes Costa - *Construindo a integralidade do cuidado no trabalho*
- 92 :: Ana Cláudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky - *Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde*
- 94 :: Ana Claudia Viel Mastrandrea - *Ações de humanização implantadas na enfermaria de clínica médica e MI*
- 96 :: Ana Cristina Silva Farias Franqueira - *A seção de educação permanente no contexto da secretaria municipal de saúde de Feira de Santana (BA): evidenciando pessoas*
- 98 :: Ana Cristina Vidal Allegretti – *Programa Viva Bebê: Odontologia no PSF*
- 100 :: Ana Lúcia Bueno da Silva - *Mutirões: estratégia para qualificar a saúde da mulher*
- 101 :: Ana Lúcia Bueno da Silva - *Estimulando os profissionais de base-educação continuada para ACS*
- 102 :: Ana Lucia Martins de Azevedo - *Gerência de território: um novo olhar para o cuidado em saúde*
- 104 :: Ana Lúcia Ribeiro Salomon Zaban - *SUS-DF garante nutrição enteral domiciliar*
- 106 :: Ana Luzia Batista de Góis – *Fisioterapia domiciliar: uma assistência prevalentemente geriátrica*
- 108 :: Ana Márcia de Oliveira Fonseca - *Seminário de comunicação, educação e mobilização em vigilância sanitária: uma estratégia de participação e mobilização social*
- 110 :: Ana Maria Campos Marques - *Ambulatório de tratamento do tabagista: integração ensino e serviço*
- 112 :: Ana Mattos Brito de Almeida Andrade - *Projeto educação com saúde: de mãos dadas ampliando ações para uma infância mais saudável*
- 114 :: Ana Rita Castro Tajano - *Rede de valorização e cuidado junto com os trabalhadores da saúde*
- 116 :: Ana Rita Vieira de Novaes - *Apresentação do centro de referência em homeopatia*
- 118 :: Ana Rosa Oliveira Poletto Palácios – *Primeiros resultados do Programa Maringá Saudável – Espaço Saúde: a intersetorialidade em busca da qualidade de vida, controle social e qualidade de vida*
- 119 :: Ana Vitória Savelli Cardoso – *Projeto ABC: adolescente buscando conhecimento*
- 120 :: Analice de Lima Palombini - *Programa de acompanhamento terapêutico na rede pública (UFRGS): a clínica como formação no contexto da reforma psiquiátrica*
- 122 :: André Canesso Pierrô - *Ações de humanização na unidade de enfermaria geral e especialidades cirúrgicas*
- 124 :: André Pinho da Rosa - *Cinesioterapia laboral: uma conduta preventiva dos distúrbios da coluna vertebral em funcionários de uma unidade hospitalar*
- 126 :: Andrea Oliveira Gomes da Silva - *Programa saúde na escola: a informação como base para a conscientização*
- 127 :: Ângela Maria Guimarães Gomes - *Instituição asilar: gestão criativa; idoso respeitado!*
- 129 :: Angélica Baptista Silva - *Inclusão digital das secretarias e conselhos municipais de saúde do estado do Rio de Janeiro*
- 131 :: Annacy Amorim Santos - *Terapia integrativa conectar*
- 133 :: Antônio Marcos Vivan - *Programa de educação de idosos na área de saúde e a universidade aberta da melhor idade da Faculdade São Francisco de Juazeiro*
- 135 :: Aparecida Linhares Pimenta - *Democratização da discussão do plano municipal de saúde para 2005 a 2008: oficinas com trabalhadores da saúde*
- 136 :: Aparecida Linhares Pimenta - *Avaliação da atenção básica no município de Amparo (SP)*
- 137 :: Araci Marta Curvelo Matos Martins - *Percepção sobre o papel do conselheiro municipal de saúde de Itapeverica da Serra*
- 139 :: Arilson da Silva Cardoso - *Conselhos locais de saúde: a implantação da gestão participativa no município de São Lourenço do Sul*



- 141 :: Áurea de Andrade Vasconcelos - *A formação do agente comunitário de saúde em Pernambuco como estratégia de reorganização e fortalecimento das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças na atenção básica*
- 143 :: Beatriz Elizete Mendes Vieira - *Vista domiciliar com equipe multiprofissional*
- 145 :: Bernadete Aparecida Tavares Cunha - *Módulo de saúde bucal no curso técnico de ACS de Diadema*
- 147 :: Bernadete Nardo Teodoro - *Rede escola: fortalecimento da construção da integralidade no município de João Pessoa*
- 148 :: Camila da Silva Borges Lacerda - *Oficinas: uma maneira de educar em saúde. A importância do trabalho integrado entre profissional de saúde e professores*
- 149 :: Camila dos Santos Ribeiro Leal – *O Programa Família Saudável e a Equipe Básica Multiprofissional: uma proposta de capacitação dos agentes comunitários de saúde*
- 151 :: Carla Gianna Luppi - *Mulheres em situação de exclusão social: é possível o cuidado à saúde na atenção primária com qualidade?*
- 154 :: Carla Gonçalves Gambá - *Costurando a saúde*
- 156 :: Carla Maria Bruço Silveira - *CIAMA: semeando*
- 158 :: Carlos dos Santos Silva - *Escola promotora de saúde e o sistema único de saúde: contribuições da ação intersetorial na produção da saúde*
- 160 :: Carlos Henrique Lima e Silva - *Programa dinheiro direto no hospital (PDDH): uma nova concepção de gestão democrática e participativa no SUS*
- 162 :: Carlos Silvan - *Curso de formação de lideranças populares de saúde no SUS*
- 163 :: Carmelita Luíza dos Santos - *Projeto reabilitação em ortopedia de pacientes crônicos*
- 164 :: Carmem Lúcia Cruz Ravagnani - *Educação em saúde: trabalhando com gestantes*
- 166 :: Carolina Soares das Neves - *Integralização da assistência a pacientes em oxigenoterapia domiciliar e criação de uma equipe multiprofissional de atendimento*
- 168 :: Catherine Dossis Perillo - *A profissionalização da gestão no SUS na secretaria estadual de saúde de Goiás*
- 169 :: Cátia Campos Fonseca - *Capacitação de ACS para captação de demanda para a EBM*
- 171 :: Catiane Gonçalves dos Santos - *O brincar no ambiente hospitalar*
- 173 :: Celene Maria Prado Maia - *Programa saúde itinerante: uma estratégia de ampliação das ações de saúde nos municípios do estado do Acre*
- 175 :: Celina Maria da Trindade - *Qualidade no atendimento ao cliente em serviços de saúde*
- 177 :: Christine Ferretti - *Buscando a integralidade das ações de saúde na atenção básica*
- 179 :: Cinira Magali Fortuna – *Gestão do cuidado a familiares e pessoas com fissuras lábio-palatal: a experiência de Ribeirão Preto*
- 181 :: Cinthia Regina Molina - *Ambiente saudável e saúde da família*
- 182 :: Cintia Efigênia Pereira - *Construindo parceria e estreitando laços: a experiência de integração das ESM e ESF do Centro de Saúde São Paulo -*
- 184 :: Claci Fatima Weirich - *A formação do enfermeiro para gestão em saúde a partir de uma experiência de integração ensino e serviços de saúde*
- 186 :: Cláudia de Negreiros Magnus - *O teatro como transformador das relações: proposta de gestão na saúde*
- 188 :: Claudia Mara Pedrosa - *Tecendo a cidadania*
- 190 :: Claudia Marcela Fazenda - *Ouidoria: serviço de atendimento ao usuário (S.A.U.)*
- 192 :: Cláudia Márcia Lima da Costa - *A visão do outro lado*
- 194 :: Cláudia Santos Turco – *Coalizão Antituberculose: uma experiência de parceria e cooperação desenvolvida na região metropolitana de Recife*
- 196 :: Conceição Aparecida Cagnin Antunes - *Terapia comunitária no assentamento Monte Alegre VI no município de Araraquara*



- 198 :: Conrado Norberto Weber Junior - *Percepção de servidores sobre a satisfação de suas necessidades motivacionais no hospital municipal Salgado Filho (Rio de Janeiro - RJ)*
- 200 :: Cristiane da Silva Bezerra - *Planejamento das ações para promoção de saúde infantil desenvolvidas no PSF*
- 202 :: Cristiane Maria Schneider Wiederkehr - *Novas vivências em saúde mental*
- 204 :: Cristiane Ramos Santos - *Caps I - oficina de saúde Ibimirim - sertão de Pernambuco produzindo saúde mental: relato de experiência*
- 206 :: Cristina Ortiz - *Núcleo interno de regulação (NIR): gestão de leitos como estratégia para organização dos recursos dos hospitais e integração com a rede de saúde*
- 208 :: Daniel Rogério Petreça – *Viva bem com a coluna que você tem*
- 209 :: Daniel Rogério Petreça – *Hidroginástica e Hiperdia: uma parceria em benefício da terceira idade*
- 210 :: Daniel Rogério Petreça – *Programa de Promoção à Saúde*
- 211 :: Daniella de Souza Barbosa - *Projeto de extensão fisioterapia no bairro: desafios e conquistas*
- 213 :: Dario Francisco Olivet Salles - *A eficácia do sistema de defesa dos direitos do cidadão e o seu controle social frente a taxonomia das distorções no SUS em Santa Catarina*
- 216 :: David Claret Bueno - *Direcionalidade: proposta em promoção em saúde para melhora da qualidade de atendimento da população*
- 218 :: David Claret Bueno - *Direcionalidade risco cardio-vascular: proposta para melhoramento da qualidade de atendimento das unidades de saúde do PSF-Paraná*
- 220 :: Dayse Gomes Sousa de Oliveira - *Estudo epidemiológico dos casos de urgências e emergências admitidos no serviço de pediatria do Hospital de Referência do estado da Paraíba*
- 222 :: Débora Homem de Mello Nogueira - *Bem-estar do trabalhador na gestão participativa*
- 224 :: Débora Homem de Mello Nogueira - *Qualidade de vida e gestão participativa*
- 226 :: Deise Rosa Ortiz - *Capacitação em saúde mental para trabalhadores do PSF*
- 228 :: Denise Santos da Silva - *Grupo de automassagem*
- 229 :: Denise Sayuri Maruo Meira - *Centro de referência em desenvolvimento infantil (Fênix)*
- 231 :: Denise Soares Bastos – *Sanatório Cidadão*
- 233 :: Denize Bouttelet Munari – *Os desafios do aprendizado de tecnologias leves na gestão: experiência da Faculdade de Enfermagem da universidade federal de Goiás no processo de formação de enfermeiros*
- 235 :: Diana Mieke Kamei – *Avanços alcançados pela equipe de saúde após a implantação da humanização/acolhimento no PSF de Agro Cafeeira*
- 237 :: Diléa Zanotto Manfio - *Em busca da cidadania*
- 238 :: Dinaci Vieira Marques Ranzi - *Programa de humanização e acolhimento do hospital universitário de Dourados (MS): “aqui você será bem cuidado”*
- 240 :: Dinilton Pereira da Costa - *Terapia da beleza*
- 242 :: Divaneide Ferreira de Souza - *Humanizando as ações de assistência ao usuário da Casa de Saúde Milton Marinho*
- 244 :: Dorian Rojas - *A clínica do fazer: a possível convivência com a loucura*
- 245 :: Dulce Maria Matos de Souza - *ACSS alquimistas*
- 246 :: Dulcemere da Silva Diniz - *Humanização na assistência hospitalar sob a ótica do fisioterapeuta*
- 248 :: Edinei João Garcia - *Metodologia de ação em rede (Metarede)*
- 250 :: Edleusa Gomes Ferreira Cupertino - *Construção coletiva do plano de ações da secretaria de saúde do município da Serra a partir do ano de 2004*
- 252 :: Edson Aguilar Perez - *Semana do homem: relato de uma experiência em uma unidade de saúde da família (Rural) no município de São Bernardo do Campo (SP)*
- 253 :: Edson Jose Biondi - *Programa de visita íntima*
- 255 :: Edson Jose Biondi - *Projeto monitores de saúde*



- 257 :: Eduardo Galvão Barban - *O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto*
- 259 :: Eduardo Rodrigues da Rocha - *Plano de comunicação com jovens e adolescentes do adolescento Paulo Freire*
- 260 :: Eduardo Ruszczuk - *O emprego de uma cadeira para demonstrar como é feito o tratamento interativo da hipertensão arterial sistêmica*
- 262 :: Eduardo Sergio Marques Lazzaro - *Acolhimento ao cliente com suspeita de dengue e agilização do atendimento em unidade de saúde de São José do Rio Preto*
- 264 :: Eliana Pereira Chumilhas - *Grupo de hipertensos e diabéticos do município de Santa Albertina*
- 266 :: Eliane Luz Rosa Cogo - *Elaboração de protocolo de agentes comunitários de saúde pela secretaria municipal de saúde de Caxias de Sul*
- 267 :: Eliane Rodrigues de Andrade Ferreira - *Deixando marcas*
- 268 :: Eline Neves Cruz - *Grupos de apoio a familiares de portadores de demência*
- 269 :: Elinia da Silva Mateus - *Intersetorialidade no tratamento de crianças notificadas em desnutrição grave no município de Itajaí (SC)*
- 271 :: Elisangela Lucia de Matos - *Acamados*
- 272 :: Elisangela Martins da Silva - *Lazer e sexualidade no envelhecer humano*
- 274 :: Elizabeth Corrêa de Souza - *Bom de boca*
- 275 :: Elizabeth Esperidião - *A formação do enfermeiro: contribuições do referencial ético-humanista para a gestão no SUS*
- 277 :: Ellen Tahan - *Uma experiência em promoção de saúde no programa saúde da família: grupo descontração e saúde*
- 279 :: Emília Estivalet Broide - *Saúde participativa: implantação de uma política de participação popular qualificada no SUS na cidade de Guarulhos*
- 281 :: Enoque de Souza Barros Junior - *Grupo de adolescentes*
- 282 :: Erineia Maria de Moraes Lobo - *Projeto caminhada*
- 283 :: Eugenio Luiz Lazarotto - *I Semana internacional de cultura*
- 285 :: Eunice Ramos Ventura - *A mudança de perfil dos hipertensos da equipe do PFS Veredas II de Brazlândia*
- 286 :: Ewerton Fonseca E Mendes - *Educação e promoção de saúde como estratégia para o controle da hipertensão arterial no posto de saúde rural número 01 de Planaltina*
- 287 :: Fabiana de Albuquerque Camarão - *Educação permanente em saúde como estratégia de gestão de vigilância da qualidade da água para consumo humano na cidade do Recife*
- 289 :: Fabiana Felix Ribeiro - *A atuação do assistente social no trabalho de aconselhamento em HIV/Aids desenvolvido na maternidade do HEP II*
- 290 :: Fabiana Giriboni Rodrigues De Nadai - *Avaliação do perfil dos pacientes portadores de diabetes acompanhados no programa de assistência ao diabético*
- 292 :: Fábíola Herbst Rodrigues - *Acupuntura auxiliando no tratamento da lombalgia aguda*
- 293 :: Fátima Livorato - *Análise das atividades de saúde realizadas nas USF de Amparo (SP)*
- 294 :: Fátima Teresinha dos Santos - *Geografia sanitária urbana e rural: a saúde a partir do referencial geográfico social, cultural e informacional*
- 296 :: Fausto Rodrigues Oliveira - *Programa de qualidade de vida: recursos humanos em saúde*
- 299 :: Fernanda Castelo Branco - *Dia a dia com diabetes*
- 301 :: Fernanda de Souza - *Diabetes Mellitus*
- 302 :: Fernanda Dotto - *Todo dia é dia D de combate à dengue*
- 304 :: Fernando Henrique Vital - *Projeto médico no local de trabalho*
- 305 :: Flavia de Oliveira Gontijo Assis - *Acompanhamento dos usuários crônicos de antidepressivos e ansiolíticos pela equipe Veredas II do programa família saudável de Brazlândia (DF)*
- 306 :: Flávia Iora Stock - *Formação de grupo específico (gestante) dentro da estratégia do PSF*



- 308 :: Flávio Ricardo Liberali Magajewski - *Portal do controle social em saúde de Santa Catarina*
- 310 :: Francisca Izabel da Silva Buenor - *Mulher negra: informação e acesso ao serviço*
- 312 :: Francisca M^a Alves Cunha - *Momento da mulher*
- 314 :: Francisco das Chagas de Lima Matos - *Conselhos populares de saúde (Cops)*
- 316 :: Francisco Edinaldo Lira de Carvalho - *A aplicação das metodologias ABC e XYZ na gestão logística de sistemas de saúde*
- 321 :: Gabriel de Arruda Barbosa Lima - *Legitimação do saber popular em saúde através da gestão participativa do projeto de cultivo comunitário de plantas medicinais e alimentares junto ao PSF*
- 323 :: Galeno Taumaturgo Lopes - *Cash (Centro de atendimento à saúde do homem)*
- 325 :: Gil Moreira Neto - *Homeopatia em unidade básica de saúde: um espaço possível*
- 326 :: Gilberto Abrantes Formiga - *Programa saúde na feira - uma ação inovadora no SUS de Pernambuco*
- 328 :: Gildene Araujo de Chagas Jaguar - *Iniciativa promotora de práticas alimentares saudáveis no estado de Sergipe*
- 329 :: Gilson Pereira de Araújo - *Educação e saúde: a busca pela transformação social*
- 332 :: Gislene Moreira Alves - *Pausa saudável*
- 334 :: Gladys Amelia Vélez Benito - *Contribuições da pesquisa na efetividade da educação permanente em saúde*
- 336 :: Gláucia Maria Escobosa Parron de Souza - *Atuação humanizada do enfermeiro na unidade materno infantil*
- 338 :: Graziela Carvalho Piva - *Projeto Camor: cuidando de Araguaína com amor*
- 339 :: Guilherme Böck - *O mapeamento como ferramenta fundamental no planejamento de estratégias dentro da gestão do Programa de Saúde da Família*
- 340 :: Guiomar Maria da Silva - *Grupoterapia para familiares: estratégia de reabilitação*
- 341 :: Gustavo José Cauás de Queiroz Gatis - *Possibilidades da educação popular na atenção básica no município de Paudalho (PE)*
- 342 :: Hedi Marinho de Melo Guedes de Oliveira - *Avaliação da satisfação da clientela: ferramenta de gestão em um hospital de referência para tuberculose no Rio de Janeiro, Brasil*
- 343 :: Hedilene Elizário Marques - *O poder da música: manhã cultural com almoço musical*
- 345 :: Hélber Luis Lopes da Silva - *Higiene pessoal*
- 346 :: Helder Fonseca Mendes - *Educação e promoção de saúde como estratégia para a reabilitação de pacientes com seqüela de AVE - estudo de caso*
- 347 :: Heliana Mara Souza Fonseca - *Desenvolvimento da educação permanente em saúde como estratégia da gestão em saúde*
- 349 :: Héliida Carolina de Freitas Badan - *Acolhimento aos usuários em uma UBS do município de Matelândia (PR)*
- 351 :: Humberto Rodrigues Tavares - *Abordagem da equipe do PFS Veredas II de Brazlândia frente ao alto índice de gestações não planejadas*
- 352 :: Iramar Santana dos Santos - *Ações de educação em saúde: uma proposta inovadora na estratégia de saúde da família do município de Duque de Caxias*
- 354 :: Iride Cristofoli Caberlon - *Construindo a participação cidadã do idoso: garantindo direitos, conquistando qualidade de vida (Fóruns 2005)*
- 356 :: Isabel Cristina Lopes - *Projeto cidadãos cantantes*
- 358 :: Ivie Fraga Coelho e Coelho - *Em busca de uma identidade*
- 359 :: Jacqueline do Carmo Reis - *Serviço de Reabilitação Neuropediátrica*
- 361 :: Jane Akemi Nonaka Aravéchia - *Cárie zero no programa família saudável Veredas I*
- 363 :: Jane Mary Rosa Azevedo - *O serviço de triagem/acolhimento num hospital de ensino*
- PREMIADO** 365 :: Jaqueline Guimarães de Carvalho - *Programa fitoterápico farmácia viva*
- 366 :: Jeciane Fernandes Gomes de Barros - *Unidade móvel médico-odontológica do município de Macaíba*



- 370 :: Joao Batista Silva - *Programa de desospitalização: uma experiência exitosa no Ceará*
- 372 :: Joás Araújo Teixeira – *Programa Ortocajazeiras: equipe multidisciplinar para a prevenção e tratamento de oclusopatias*
- 374 :: Joás Araújo Teixeira - *Por que integrar-se ao SUS? O perfil do servidor público do PSF em Macaíba (RN)*
- 376 :: Joceléia Aparecida Magni - *Estratégia de articulação de rede para a construção da educação em saúde: experiência de catadores da ASMAR e Acadêmicos do FIMESS*
- 379 :: Joeber Bernardo Soares de Souza – *Implantação do Projeto Unidade de Dor Torácica como forma de solucionar a desestruturação no atendimento ao paciente com dor torácica no Hospital Universitário Antônio Pedro*
- 381 :: Joedna Souza de Medeiros - *Saúde mental: uma construção coletiva na comunidade indígena potiguara na cidade de Baía da Traição (PB)*
- 383 :: Jorge Azevedo de Castro - *Avaliação do desempenho do Ambiente no Hospital Universitário Antônio Pedro*
- 384 :: José Antônio P. Fernandes - *Programa de internação domiciliar (Pid): um instrumento de gestão inovador no auxílio da otimização dos recursos em saúde pública*
- 386 :: José Carlos Silva - *Educação popular, institucionalização e participação popular no SUS*
- 388 :: José Carlos Silva - *Promoção à saúde dos homens na perspectiva de educação popular em saúde*
- 389 :: José Sival Clemente da Silva - *Projeto ouvidoria da saúde*
- 391 :: Josiane de Jesus Martins - *Educação em saúde para familiares cuidadores de idosos a nível domiciliar*
- 393 :: Josiane de Jesus Martins - *Assistência humanizada ao idoso no pós-operatório de cirurgia cardíaca através da utilização de tecnologias leves de cuidado*
- 395 :: Josiane Moreira da Costa - *Experiência em implantação do serviço de atenção farmacêutica em uma unidade básica de saúde*
- 397 :: Juliana Magalhães – *Perfil dos cuidadores de pessoas restritas a leito e/ou com limitações funcionais da regional de saúde de Samambaia (DF)*
- 398 :: Juliana Borges Pires - *Câmaras setoriais: tentativa de promoção da participação social na saúde pública*
- 399 :: Julio Cesar Marchi - *A intersectorialidade e multiprofissionalismo na abordagem do tabagismo: a experiência do SUS de Itajaí (SC)*
- 400 :: Junia Célia de Medeiros - *Atenção farmacêutica: uma estratégia para melhoria da qualidade do atendimento*
- 402 :: Junia Guimarães Mourão Cioffi - *Curso de formação de gestores: proposta da Fundação Hemominas para formação de sua liderança*
- 404 :: Juracema Gomes de Medeiros Rodrigues - *Saúde mental em Campina Grande (PB): o início de novos tempos*
- 406 :: Juracy Batista de Souza Filho - *Programa de formação continuada para profissionais de saúde*
- 408 :: Kátia Maria de Almeida Correia - *Projeto “nossas crianças: janelas de oportunidades”: tecnologia para intervenção na área da promoção da saúde*
- 409 :: Kátia Regina Marques - *Oficina “a arte de cozinhar com saúde”*
- 411 :: Kelly Pereira da Cunha - *Garcia saudável*
- 413 :: Leandra Andréa de Souza - *Vivência de estudantes de enfermagem em ações educativas para grupos vulneráveis: interação entre serviços de saúde e universidade*
- 415 :: Leisenir de Oliveira - *Questões relevantes na construção do SUS que buscamos: análise de uma experiência*
- 417 :: Leonardo Rodrigues Neres - *Uma nova visão da saúde no sistema prisional*
- 418 :: Leticia Maria Tosto Cuoco Muniz - *Projeto de oficina de lavagem de carros*



- 419 :: Liana Holanda Leite - *Intervenções para aumentar a adesão à terapêutica medicamentosa em dependentes químicos*
- 421 :: Lidia de Oliveira Lira - *Apoio institucional aos distritos sanitários de saúde*
- 423 :: Lidiany Vasconcelos Leitão - *A ótica do usuário sobre a qualidade de serviço de saúde bucal em uma equipe do psf*
- 424 :: Liliam Riccio Genovezzi - *Programa equilíbrio e harmonia*
- 425 :: Lílian Machado de Sá - *Construção do plano diretor do hospital de clínicas da Universidade Federal de Uberlândia através da pesquisa-ação e do planejamento estratégico situacional*
- 427 :: Lílian Machado de Sá - *Núcleo de estudos, pesquisas e ações interdisciplinares na administração em saúde (Nepais)*
- 429 :: Lindinalva Dantas dos Santos - *1ª Semana municipal de incentivo e valorização ao aleitamento materno*
- 430 :: Lisiana Santos de Albuquerque - *Gestação feliz e saudável para toda a população do município de Macaíba (RN)*
- 431 :: Lucélia Reis Oliveria Trindade - *A saúde dá um show nas passarelas de Djalma Dutra*
- 432 :: Lucélia Miguel Porfírio - *O impacto da alimentação na hipertensão arterial*
- 433 :: Luciana Dufrayer Lopes Paes – *Programa de saúde e cidadania Dentescola no PAM Dr. Manuel Guilherme da Silveira Filho: relato de uma vivência*
- 435 :: Luciana Goulart Mannrich - *Curso de gestão para gerentes dos equipamentos de saúde*
- 437 :: Luciana Pinheiro Correa - *A promoção e prevenção da saúde bucal: um salto na qualidade de vida do sistema prisional*
- 438 :: Luciane Maria Pilotto - *Saúde bucal e a integralidade: experiências desenvolvidas no PSF de São Valentim do Sul*
- 440 :: Luciene Deluca Ferreira Ferraz – *Exodontias com analgesia por eletroacupuntura*
- 442 :: Luiz Antônio de Oliveira Perssiguini - *Facilitando o trabalho do PFS Rural*
- 443 :: Luiz Odorico Monteiro de Andrade - *Operação Fortaleza Bela na saúde: uma estratégia de organização da atenção básica para gestão do cuidado em saúde*
- 445 :: Luiz Odorico Monteiro de Andrade - *A construção da política de humanização na rede municipal de saúde de Fortaleza*
- 447 :: Maicon Cristiano da Cunha - *A desprecarização do trabalho do agente comunitário de saúde: o caso de Charqueadas*
- 449 :: Mara Cristiane Pereira - *Teatro e saúde: uma nova ferramenta de educação da diretoria de saúde de São Caetano do Sul*
- 450 :: Mara Regina Anunciação – *Repensando o trabalhador de saúde em épocas de HIV/Aids*
- 451 :: Marcia Cristina Amaral Neiva - *Promovendo o artesanato e a saúde através da exploração das potencialidades na área rural*
- PREMIADO** 452 :: Márcia Helena Nerva Blumm - *Programa multiplicação de conhecimentos sobre o SUS (MultiplicaSUS)*
- 455 :: Márcia Neves Ferreira de Souza - *Grupo de automassagem: promovendo o autoconhecimento e a qualidade de vida da população do Itapoã*
- 456 :: Marcia Regina Issa Salomão Libânio - *Organização de sistema público de captação de córneas para transplante: relato de experiência bem sucedida*
- 458 :: Márcio Antônio Pinto da Silva - *Dinamizando o Centro de Estudos Dr. Fiorello Raymundo: compartilhando uma vivência*
- 460 :: Márcio Mota Teixeira - *Projeto do faturamento SUS via internet (Fatsusnet)*
- PREMIADO** 462 :: Marco Antonio Pires de Oliveira - *O trabalho da equipe itinerante nos processos de inclusão social de portadores de sofrimento psíquico*
- 464 :: Marcos Antônio Garcia Vieira - *Circuito universitários na paz: atitude com responsabilidade social*



- 465 :: Marcos Maximiliano Boscatto – *Percepção do atendimento fisioterapêutico no Programa Saúde da Família do município de Concórdia (SC)*
- 467 :: Maria Alice Correia Pedotti - *Conselho municipal de saúde: maturidade e participação*
- 469 :: Maria Alves Barbosa - *Recursos não convencionais no cuidado em saúde: experiências que contribuem para a relação profissionais de saúde e usuários do serviço público de saúde em Goiânia*
- 471 :: Maria Angélica Chiarinelli Nucci Pereira - *Gratificante experiência de educação permanente na enfermaria de pediatria*
- 473 :: Maria Aparecida Batistel Damaia - *Recepção avançada*
- 475 :: Maria Aparecida R.C. Cavarsan - *Fundação para estudo e tratamento das deformidades crânio-faciais: atendimento de qualidade ao usuário do SUS*
- 477 :: Maria Bernadete Pinho de Freitas - *Reabilitação neurológica adulto*
- 478 :: Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins - *Pesquisa sobre iniciativas de humanização nos serviços: subsídios aos gestores da Secretaria de Estado da Saúde (SP)*
- 480 :: Maria Claudia Souza Matias - *Implantação da política nacional de humanização da atenção e gestão no município de Blumenau*
- 482 :: Maria Cristina S. R. Amaral – *Saúde mental na estratégia Saúde da Família: um relato de experiência*
- 483 :: Maria da Conceição Martins Bezerra - *Comunidades quilombolas: território de resistência e um desafio para a equidade no SUS*
- 484 :: Maria das Graças Patrício Gonzales – *A importância das relações interpessoais no processo de acolhimento na Unidade de Saúde da Família do Jardim Camanducaia (Amparo-SP)*
- 486 :: Maria de Fátima Dias de Sousa - *Cuidar de quem cuida: um olhar biopsicossocial voltado ao trabalhador da SES/PE*
- 488 :: Maria de Fátima Medeiros de Cerqueira - *Conhecendo o corpo da mulher por dentro: peça comunicativa para estimular a mulher a fazer o exame preventivo de câncer de colo de útero sem medo*
- 490 :: Maria de Fátima Metelaro - *1ª Feira de saúde de Dourados: “tudo de bom pra viver bem”*
- 492 :: Maria de Fátima Sampaio da Cunha - *Curso de terapia intensiva para auxiliares e técnicos de enfermagem em controle de infecção hospitalar e qualificação na assistência de enfermagem prestada*
- 494 :: Maria de Fátima Teixeira Marques - *Práticas e avanços na humanização do hospital Dr. José Pedro Bezerra*
- 496 :: Maria de Jesus Rodrigues Santos - *Ambulatorio do pé diabético do Centro de Saúde II*
- 497 :: Maria de Lourdes de O. Cajueiro - *Promoção da saúde no pré-natal: processos educativos nas salas de espera das unidades básicas de saúde contra o uso de drogas como prevenção das anomalias congênitas*
- 498 :: Maria do Horto Loureiro Salbego - *Ciclo regional de saúde mental coletiva*
- 500 :: Maria do Horto Loureiro Salbego - *Educação solidária: a comunidade escolar e a doação de sangue*
- 502 :: Maria de Socorro Paiva Garrido - *Auto-estima X dependência química*
- 504 :: Maria do Socorro Trindade Moraes - *Acolhimento como estratégia de humanização no cuidar de enfermagem no PSF: discurso de enfermeiras*
- 506 :: Maria Elaine Esmério - *Revisão e avaliação do trabalho dirigido às escolas: atuação da vigilância em saúde ambiental (2005)*
- 508 :: Maria Elvira Oliveira de Jesus - *Projeto teatral saúde nas escolas*
- 510 :: Maria Geice de Lima Cordeiro - *Cuidando do cuidador*
- 513 :: Maria Helena Soares Souza Marques Dias - *O familiar no projeto terapêutico da UTI Adulto: uma visão sócio-histórica relacional dialógica*
- 515 :: Maria Inês Gândara Graciano - *Os programas do serviço social na equipe de reabilitação do hospital de reabilitação de anomalias craniofaciais da Universidade de São Paulo - Bauru (HRAC/USP) – 2006*



- 517 :: Maria Inês Gândara Graciano - *A prática do serviço social em unidades de internação de hospitais da Universidade de São Paulo: enfoque ao projeto ético-político*
- 518 :: Maria Irene Bachega - *Requalificar a Região do Entorno do HRAC/USP*
- 519 :: Maria José Bistafa Pereira - *Buscando construir a educação permanente*
- 520 :: Maria Judete Loureiro Ferrari - *Oficinas de saúde mental coletiva*
- 522 :: Maria Judete Loureiro Ferrari - *Rodas do saber*
- 524 :: Maria Lucia Viana da Silva - *Fitoterapia em unidade básica da SNS/RJ: o "saber popular" validado cientificamente*
- 525 :: Maria Madalena Brasileiro Ramalho Yoshimoto - *Importância da relação cultura e saúde*
- 526 :: Maria Madalena de Almeida Dantas - *Valorizarte: a saúde por uma arte cidadã*
- 528 :: Maria Mércia Banja Nóbrega - *O acompanhante durante a assistência ambulatorial/hospitalar: experiência do Cisam-PE*
- 529 :: Maria Terezinha Zeferino - *O uso de anfetaminas "rebites" como fator de risco para o envolvimento de caminhoneiros em acidentes de trânsito*
- 531 :: Mariamália Newton Andrade - *Atenção básica: desenvolvendo novas linhas de condutas nas práticas de saúde*
- 533 :: Mariamalia Newton Andrade - *A descentralização das ações em nível municipal e sua interferência no controle da hanseníase em Sergipe*
- 536 :: Marilia Pereira Dias - *Compromisso com o objetivo do milênio: reduzir a mortalidade infantil no município de Macaíba*
- 538 :: Marina Aparecida de Araújo - *Intervenções artísticas nas áreas de internação*
- 540 :: Mário Célio Pereira dos Santos - *Depressão em idosos: fato comum?*
- 542 :: Mariza Motta Meirelles - *Programa bebê saudável*
- 544 :: Marlei da Rosa - *Desafio da educação permanente na gestão da 9ª Regional de saúde de Foz do Iguaçu (PR) de 2003 a 2006*
- 546 :: Martha Helena Oliveira Noal - *Associação de familiares, amigos e bipolares*
- 548 :: Mauricio Antonio Pompilio - *Construção do SUS: a experiência do CMU*
- 550 :: Michelli Karina Fonseca Elias Coutinho - *Projeto saúde e educação de mãos dadas realizado no município de Macaíba (RN)*
- 552 :: Mirella Giongo - *Universalizando e integrando a atenção em saúde bucal*
- 554 :: Mirella Giongo - *Programa saúde e cidadania Dentescola*
- 556 :: Monica Augusta Mombelli - *Programa saúde da família e hipertensão: relato de uma experiência grupal sob o olhar da psicoterapia comportamental*
- 558 :: Monica Gomes - *A relevância da política de educação permanente na Cib da 9ª regional de saúde*
- 560 :: Mônica Loureiro Müller Pessoa Costa - *A sistematização na assistência ao hiperdia*
- 561 :: Mônica Vieira Leão - *Viva Saúde: Terceira idade*
- 563 :: Mônica Villela Pereira - *Cuidando de quem cuida: a saúde dos trabalhadores do Grupo Hospitalar Conceição*
- 565 :: Nancy Chagas - *Implementação da educação permanente em saúde como estratégia para o controle da tuberculose em uma área programática do município do Rio de Janeiro, Brasil*
- 567 :: Nara Helena Lopes Pereira da Silva - *Saúde da família em construção: grupo como espaço para transformações*
- 569 :: Nely Aparecida Guernelli Nucci - *Cuidando do corpo e da alma*
- 571 :: Nereide Lucia Martinelli - *Análise da experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Novo do Parecis em 2004 e 2005 no processo de gestão do conhecimento*
- 573 :: Neuza de Fátima Pavanin da Silva - *Renascer: relato do grupo de alongamento e relaxamento*
- 574 :: Ney Francisco Pinto Costa - *Cooperação e gestão de programas de saúde reprodutiva: uma iniciativa entre a BEMFAM e municípios brasileiros*



- 576 :: Niedja Rodrigues de Siqueira - *Experiência do consórcio intermunicipal de saúde do Cariri Ocidental paraibano (Cisno)*
- 578 :: Nilcéia Aparecida Mota Marques - *Projeto infância saudável*
- 580 :: Nilcema Figueiredo – *Rede de Atenção Estomatológica para o Controle do Câncer de Boca (Recife-PE)*
- 582 :: Nilse Terezinha Brandalise Romel - *Invertendo o modelo de assistência à saúde no município de Tibagi (PR)*
- 584 :: Nina Rosa D´Avila Paixão - *Grupos de enfermagem no hospital geral*
- 586 :: Nina Rosa D´Avila Paixão - *O trabalho multiprofissional em saúde na sala de espera da unidade básica de saúde*
- 588 :: Nina Rosa D´Avila Paixão - *Psicologia hospitalar: proposta de um modelo de assistência*
- 590 :: Odaiz Cilene de Andrade Machado - *Curso integrado de educação permanente em saúde*
- 592 :: Odaiz Cilene de Andrade Machado – *Grupo de Saúde Mental*
- 594 :: Odaiz Cilene de Andrade Machado - *Fórum internacional de saúde mental*
- 596 :: Olga Maria do Nascimento - *Grupo de Parkinson: um olhar cidadão!*
- 597 :: Oswaldo Gomes Correa Negrão - *Fortalecimento das ações de promoção em saúde bucal através de três estratégias complementares: planejamento das ações, criação de modelo bucal gigante feito a partir de material reciclado e capacitação dos agentes comunitários de saúde no PSF Chão de Estrelas da cidade do Recife (PE)*
- 599 :: Palmira Guimarães - *Assistência à saúde na penitenciária feminina do Distrito Federal*
- 601 :: Patrícia Dias Braz Rodrigues - *O uso do fluxograma descritor como apoio ao planejamento estratégico de uma unidade de saúde da família*
- 603 :: Patrícia Benevides Soares Citó – *A terapia ocupacional no atendimento oncológico do paciente do SUS: um elo entre a humanização e a inovação – Vivência no Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO)*
- 605 :: Paula Regina Rodrigues Machado - *Curso de sensibilização na atenção básica da rede do SUS*
- 607 :: Paulo Cesar Cerdeira Campos - *Peregrinação pelo SUS no estado do Rio de Janeiro: experiência da sala de acolhimento na porta de entrada do Hospital da Lagoa*
- 609 :: Paulo Cesar Estait Garcia - *Hospital Sanatório Partenon: uma história de todos nós*
- 611 :: Paulo Roberto Reis Seady - *Saúde bucal e a relação com a alegria*
- 613 :: Paulo Sergio Amado dos Santos - *Participação social dos portadores de transtorno mental no município de Lauro de Freitas*
- 614 :: Perceval Nunes de Carvalho Filho - *Cidadania FM: prevenção da Aids através do rádio*
- 615 :: Quitéria Maria de Oliveira – *Projeto A Cor do Sorriso*
- 616 :: Rachelina I. P. Gonçalves - *Enfermeiras de relacionamento: um novo modelo de gestão em saúde nas unidades básicas de saúde de São Caetano do Sul*
- 617 :: Radjalma Cabral de Lima - *Plantas medicinais em módulos de saúde da família /SUS*
- 619 :: Rafael dos Santos - *Projeto acolhida no HGB versus Projeto de reabilitação da rede básica de saúde em Malange/Angola – relatos de vivência comparados: diferentes contextos, mesmos problemas*
- 621 :: Ranalfo Gladistone de Freitas Maia - *Avaliação do estado nutricional dos idosos de uma área do PSF*
- 622 :: Raquel Guimarães de Aguiar Greco – *Circuito da Saúde Bucal*
- 623 :: Raquel Guimarães de Aguiar Greco – *Equipe de Saúde Bucal: conciliando ações preventivas e curativas*
- 624 :: Regiane Rezende – *Desenvolvimento da autonomia: suporte para escolas promotoras de saúde*
- 626 :: Raquel Lourdes Rizzo - *Rádio saúde*
- 628 :: Regiane Rezende - *Fortalecimento da atenção básica como suporte para a efetivação de políticas públicas e do pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão (Tocantins - 2006)*
- 630 :: Renata Cristina de Souza Ramos - *Articulação e potencialização de equipe multiprofissional*



PREMIADO

- 632 :: Renilza Silveira Amorim Souza - *Comitês comunitários Vitória da vida*
- 634 :: Rita Goreti Amaral - *Otimização do método da coleta do exame citopatológico no rastreamento do câncer cervical*
- 636 :: Rita Maria Camargo - *Comprovando a integralidade no atendimento SUS*
- 637 :: Riudete Martins de Sousa - *Bandeira, sem eira nem beira - alta assistida: o cordel no processo de humanização do hospital Dr. João Machado (RN)*
- 638 :: Roberto dos Reis Ferreira Côrtes – *Obesidade na comunidade do Cariru: Programa Família Saudável (Paranoá-DF)*
- 639 :: Roberto Mardem Soares Farias - *Da gestão de medicamentos à gestão do cuidado*
- 641 :: Roberto Passos Nogueira - *Curso de especialização em políticas de recursos humanos para a gestão do SUS*
- 642 :: Roberto Silva - *O serviço de acolhimento como instrumento de organização de fluxo dentro das unidades básicas de saúde*
- 644 :: Rodriane de Oliveira Souza - *Roda de educação permanente em saúde da área programática 2.2 da cidade do Rio de Janeiro: preocupações acerca da porta de entrada das unidades de saúde*
- 646 :: Rodrigo Comnisky - *A relação SUS-universidade-comunidade*
- 648 :: Rodrigo Montemezzo - *O que mudou com a inserção da saúde bucal nas equipes de saúde da família no município de Matelândia*
- 649 :: Rosa Camila Gomes Paiva - *Humanização do atendimento ao paciente crítico na UTI: a visão dos profissionais de saúde*
- 650 :: Rosa Maria Aragão Freire - *Xô stress*
- 652 :: Rosa Maria Gama Moretti - *Projeto Ita sabor*
- 654 :: Rosa Maria Vianna Lopes – *Acupuntura na Odontologia*
- 655 :: Rosana Aparecida Garcia - *Integração entre universidade e serviço de saúde: ganhos na qualificação da assistência e atenção em saúde*
- 657 :: Rosana Magalhães Gaeta - *Gestão da saúde na diversidade dos povos “somos hermanos”*
- 658 :: Rosana Maria Ferreira de Moura Lima - *(Vi)viendo, resistindo e criando: a experiência de uma unidade mista de saúde – Natal (RN)*
- 660 :: Rosane Guimarães Bachilli - *Agentes comunitários de saúde: mediadores sociais democratizando o conhecimento*
- 662 :: Rosângela Magalhães Nunes - *CCZ Araguaína (TO) em ação: educação em saúde em debate*
- 664 :: Roselita Sebold – *Educação permanente em saúde: uma estratégia para a efetivação de escolas promotoras de saúde*
- 666 :: Rubens Amaral - *Programa escolas promotoras de saúde: uma estratégia de gestão em saúde do município de São Caetano do Sul*
- 668 :: Ruth Helena Gutierrez Aben-Athar - *Interação domiciliar na Secretaria de Saúde do Distrito Federal*
- 670 :: Saara Jane Santos Batista Lustosa - *Diagnóstico e tratamento de osteoporose no município de Francisco Santos (PI)*
- 672 :: Salete Riboldi – *Espaço de Habitar: do hospital psiquiátrico às residências terapêuticas*
- 673 :: Sandra Duarte Nobre Mauch - *Controle da dengue em Santa Maria (DF)*
- 676 :: Sara Cristina Lima Ferreira - *Monitoramento dos óbitos infantis e nascimentos integrando Siab, Sim e Sinasc: um relato de experiência*
- 677 :: Scheilla Maria Franco Costa - *O trabalho com grupo no PSF: a percepção dos pacientes participantes*
- 678 :: Sergio Carlos Eduardo Pinto Machado - *Unidade básica de saúde do Hospital de clínicas de Porto Alegre: sucesso pela integração do ensino com a assistência*
- 680 :: Sheila Maria Santiago Borges – *Projeto Institucionalização e Sustentabilidade em DST*



- 681 :: Shirley Amélia Pires Teixeira - *Humanização na Secretaria municipal de saúde*
- 683 :: Silvânia Maria Barbosa Barsanou – *Hipertensos caminhando para o equilíbrio através da automassagem*
- 684 :: Sílvia Benvenuti de Oliveira – *Projeto Interdisciplinar de Abordagem Grupal NA*
- 686 :: Sílvia Cristina da Silva Pedroso - *Determinação da contagem de células somáticas e da composição química do leite das pequenas propriedades do município de Tailândia (PA)*
- 688 :: Sílvia Maria Batista Nunes Rodrigues - *Projeto cuidar de quem cuida: suporte a uma equipe multiprofissional*
- 690 :: Sílvia Maria de Campos Sirera – *Programa Municipal de Assistência ao paciente estomizado*
- 691 :: Simone Aparecida Ramalho - *Saúde mental, carnaval e alegria: serviços de saúde como agenciadores de vida*
- 693 :: Solange Esteves Nogueira de Oliveira - *Grupo de orientações a acompanhantes de pacientes do Inca-HCII*
- 694 :: Sonia Maria Souza- *Desprecarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde no estado de Sergipe*
- 695 :: Stella Maris Gomes de Amorim - *Acolhimento: uma forma de organização de trabalho da equipe saúde da família*
- 696 :: Stella Maris Malpici Luna - *Perfil dos Gestores municipais de saúde do Mato Grosso*
- 697 :: Stella-Maris Gomes de Amorim - *Oficina de artesanato: uma experiência em prol da melhoria da qualidade de vida da comunidade*
- 698 :: Stênio Dias Pinto Rodrigues - *A Ceppir-GHC e a promoção da inclusão*
- 699 :: Stênio Dias Pinto Rodrigues - *A política de avaliação de desenvolvimento do Grupo Hospitalar Conceição: uma estratégia de valorização do trabalho no SUS*
- 700 :: Stênio Dias Pinto Rodrigues - *A Ceppam-GHC: uma estratégia de promoção da equidade e integralidade no SUS*
- 701 :: Stênio Dias Pinto Rodrigues - *A política de gestão de pessoas do Grupo Hospitalar Conceição: uma estratégia de valorização do trabalho no SUS*
- 702 :: Sueli Ilkiu - *Educação continuada para farmacêuticos e trabalhadores dos serviços de farmácia das unidades de saúde da Secretaria municipal da saúde de São Paulo*
- 704 :: Suzana Ester Nascimento Ogava - *Implantação do programa de fitoterapia “verde vida” na Secretaria de saúde de Maringá*
- 705 :: Suzana Maria Campos de Abreu - *Experiência com grupos de puérperas em amamentação e estabelecimento do vínculo mãe-bebê na saúde pública*
- 707 :: Suzete Marchetto Claus - *Formação médica e educação permanente em saúde: experiência de parceria entre sistema municipal de saúde e universidade*
- 708 :: Suzete Marchetto Claus - *Humanização como estratégia de educação permanente em saúde para qualificação da gestão do SUS*
- 710 :: Suzi Mara Teixeira Bromberger - *Atenção, gestão, formação e controle social: práticas inovadoras de educação permanente em saúde no município do Rio Grande (RS)*
- 711 :: Tânia do Rocio Ferreira - *Fórum internacional da pessoa idosa*
- 713 :: Tânia do Rocio Ferreira - *Projeto bombeirinho na escola*
- 715 :: Tatiana Cassia Santos Silva - *Educação popular em saúde enquanto estratégia de modelo de gestão da atenção à saúde e da educação em saúde no âmbito do SUS e do Suas*
- 717 :: Tatiana Cassia Santos Silva - *Políticas públicas de saúde: uma reconstrução do modelo de gestão, do trabalho, da atenção à saúde e da educação em saúde no âmbito do SUS*
- 719 :: Tereza Adriana Miranda de Almeida - *Processo de implantação do programa de humanização na maternidade Brites de Albuquerque*
- 721 :: Tereza Cristina das Mercês - *Reciclagem de embalagens plástica atrelada a geração de renda e responsabilização social*



- 722 :: Tereza Cristina das Mercês - *Educação em saúde para adolescentes: uma parceria com o projeto segundo tempo*
- 723 :: Theonas de Oliveira Filho - *Grupo de atendimento à mulher*
- 724 :: Tony da Silva Ferreira - *Estruturação de conselho gestor na estratégia de saúde da família no município de Duque de Caxias*
- 726 :: Valéria Batista Martins - *Projeto vidativa*
- 728 :: Valquiria Coelho Pina Paulino - *Educação permanente no programa de saúde da família: experiência de ser facilitador em um município da macro região de Goiânia (GO)*
- 730 :: Vânia Elizabeth Castro - *A educação preventiva e saúde integral nas escolas regulares e escolas especiais (Apaes) pertencentes à Secretaria de estado do desenvolvimento regional de Rio do Sul (SDR); através da gerência de educação, ciência e tecnologia (GEECT): ações, propostas e parcerias*
- 733 :: Vanilda Elizabeth Sousa Ribeiro - *Humanização no atendimento do programa saúde da família – USF novo encontro: estimulando o exercício da cidadania*
- 735 :: Vera Lúcia Aparecida Vicente Reche - *Trabalhando com famílias*
- 737 :: Vera Lúcia de Azevedo Dantas - *Arte e participação popular: cirandas da vida na Fortaleza Bela: o inédito viável*
- 738 :: Vera Lucia Kodjaoglanian - *Inovando a formação de psicólogos*
- 740 :: Viviane Milan Pupin - *Promoção de saúde: conquistando novos espaços no PSF*
- 742 :: Walcymar Leonel Estrela - *Serviço de homeopatia de Juiz de Fora: uma experiência de construção coletiva*
- 744 :: Walquiria Terezinha Rodrigues Veloso - *Parto humanizado: um novo caminho para o PFS Morro da Cruz*
- 746 :: Wanilsa Motta de Oliveira - *Avaliação da gestão participativa: o valor do conviver e do fazer acontecer no Centro municipal de saúde Marcolino Candau*
- 748 :: Washington Luiz Abreu de Jesus - *Núcleo de educação permanente em saúde de Alagoinhas (BA): uma proposta de construção de sujeitos e coletivos para a gestão do cuidado*
- 750 :: Zaira Mansur Novaes - *Reeducação alimentar: um relato de experiência*
- 751 :: Zelia Domitília de Andrade - *Projeto de assistência em saúde educacional*

- 755 :: Créditos





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 1ª 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 1ª 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 ideia 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 adoecer 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 1ª 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.

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.

¹ Memórias, Memorial - Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro/RJ - nº 28 - p. 100-104, julho 2003.



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

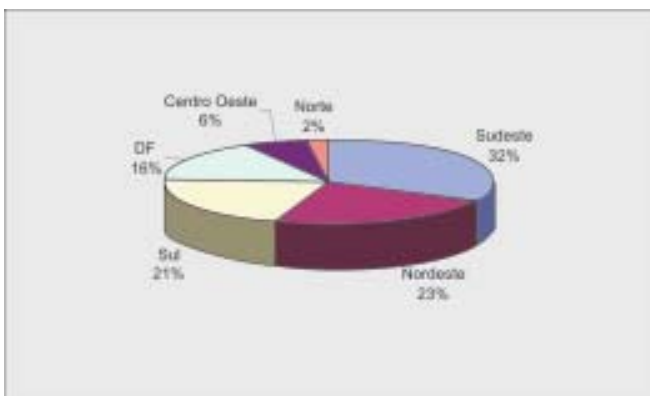
Trabalhos por Eixo

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.







GRANDE CONVERSA

FALA INICIAL DO COORDENADOR DE MESA

Dr. Horácio Toro Ocampo - Representante da Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil



Este espaço para falar de um tema tão importante como a saúde nos permite um reencontro. E, para lembrar a todos, ressalto que o conceito de saúde é muito amplo, e que surge lá pelos anos de 1948, quando um brasileiro, um chinês e um alemão têm a responsabilidade de definir saúde. Na época já se falava da saúde como um direito, mas aí vem a pergunta: o que entendemos por saúde?

A OMS definiu a saúde como o completo bem-estar físico, mental e emocional, e não só a ausência de doenças. Nesse contexto é que todos nós, no espaço em que trabalhamos em saúde, em qualquer que seja a organização ou instituição, interagimos assim com todos os fatores que, de certa maneira, influenciam na saúde.

Esses momentos, olhando rapidamente para as experiências/vivências, são de grande importância, e considero que temos aqui um material muito rico. Cada um traz sua experiência de vida em saúde, que aqui estão sendo enriquecidas com o diálogo. Temos agora a oportunidade de contar nesta mesa com a participação de pessoas que têm uma vasta vivência de trabalho e que já foram dirigentes, planejadores, gestores do planejamento municipal, estadual e nacional. O mais importante é que cada um vem com uma carga tão grande de conhecimento e com desejo de dialogar que é preciso aproveitar este momento.

A saúde é um tema intersetorial que extrapola o próprio setor. Quando queremos desenvolver nossos povos, quando queremos trabalhar aspectos que vão ajudar a população a sair da pobreza, é necessário trabalhar com o panorama intersetorial de um país, muitas vezes continental, regional, ou às vezes intercontinental.

Nesse contexto, a saúde no Brasil tem constituído um diálogo permanente entre os municípios e os serviços. Para dialogar conosco, vou convidar inicialmente minha amiga Célia Regina Pierantoni, desejando fundamentalmente que com sua participação possamos reconhecer o grande valor que tem o recurso humano para o desenvolvimento da saúde. Tenho o prazer de passar a palavra para Célia Regina, para que ela converse conosco sobre como ela vê a saúde do Brasil, a saúde do dia-a-dia, e especialmente a oportunidade que tem de dialogar conosco hoje.

FALAS INICIAIS DOS FACILITADORES

Dra. Célia Regina Pierantoni – Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde; pesquisadora do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Quero inicialmente dizer do grande prazer que foi e que está sendo participar deste evento, e mais ainda, de ler tantos trabalhos e circular entre eles.

É claro que não consegui ler todos, pois são mais de quatrocentos trabalhos escritos e apresentados neste eixo temático. Mas ao olhar os trabalhos, foi interessante, porque fui tentando ver o que está por trás, o que as vivências mostram, o que elas representam em relação às demandas dos usuários. Quer dizer, quem era o grande demandante daquele tipo de vivência, inovação, mudança da gestão do serviço e daquele tipo de abordagem? E é interessante verificar a diversidade desses quatrocentos trabalhos. O que eu quero dizer é o seguinte: não é que não encontremos similaridade de atuação, intervenções, vivências e capacitações, são inúmeras as abordagens dos diversos trabalhos. Elas podem estar atuando pontualmente para dar conta de demandas específicas de um determinado usuário, ou de um grupo de usuários, ou, mais ainda, de um determinado grupo de profissionais atuando numa dada comunidade. O campo pode ser uma unidade hospitalar, um setor altamente especializado de uma unidade hospitalar como a área de cirurgia cardíaca, mas pode também estar relacionada com a atuação de agentes comunitários de saúde.



Abordagens na área da emergência, na sala de espera, no acompanhamento ao usuário do sistema.

Essa múltipla abordagem que o sistema de saúde nos apresenta, ou nos demanda, no campo da formação profissional incorre em uma outra pergunta: que tipo, ou que profissionais, ou que atores estão envolvidos ou podem dar conta desta, digamos, gama de demandas do sistema de saúde?

Hoje, sem dúvida alguma esta questão fica muito clara, quando observamos as diferentes abordagens, os diferentes trabalhos. É a grande questão que se coloca para os sistemas de saúde no Brasil e no mundo. O que se pergunta hoje, à luz dos profissionais que nós temos, da interdisciplinaridade já reconhecida, da necessidade de se trabalhar em equipe é: que equipe é essa? Que profissional é esse? Como vamos fazer para que essa excelência técnica que demanda um sistema de qualidade esteja acoplada à relevância social desse sistema? Como vamos atuar de maneira integrada, formando, qualificando, ou incorporando profissionais ao sistema de saúde que dêem conta dessa diversidade? E essa diversidade está presente quando observamos que o usuário não lê bulas, nem as regras de um hospital universitário, ou um hospital superespecializado. Essa demanda pode estar explicitada no seu próprio imaginário, ou no próprio sentimento do que seja a doença, ou da sua necessidade de saúde. Então, a primeira pergunta com a qual eu fiquei intrigada, e um pouco do que acho que temos de refletir é: que medidas nós podemos aplicar ante as nossas experiências que incorporem, qualifiquem ou modifiquem a atuação dos profissionais do setor saúde? Essas medidas envolvem tanto o campo da formação como o campo do trabalho em saúde. Hoje já é claro que não se dissocia mais trabalho e formação. Acredito que já não é necessário nenhuma definição mais formal.

Mas é claro que este trabalho em saúde, à medida que se modifica, requer um novo tipo de profissional, um novo perfil profissional. E aí nos perguntamos: como nós, com a nossa experiência, com a nossa vivência, poderemos incorporar ou modificar os campos de trabalho, os perfis profissionais, de forma que qualifiquem a atenção à saúde? Essa pergunta é muito difícil, isso porque nós temos um acúmulo acentuado no campo do nosso conhecimento, é mais fácil trabalharmos com os modelos conhecidos do que com as inovações. A outra coisa que é mais difícil é porque temos acúmulos de heterogeneidades importantes, como exemplo, no campo da própria distribuição de profissionais de saúde. Então o que me adianta saber que uma equipe tem de ser formada com um profissional A, B, C ou D se eu não tenho disponibilidade nem para formar na minha área, nem de profissionais formados trabalhando na minha área? Com isso introduzo uma reflexão sobre como é que ampliamos nossos patamares junto às instituições gestoras de saúde, junto às instituições de ensino, junto às corporações profissionais e junto à sociedade, isso no sentido de qualificar o cuidado à saúde,

incorporando novos campos e inovações no processo de trabalho em saúde. Entendendo que essa incorporação é extremamente difícil, isso porque vamos lidar com corporações de profissionais. O processo de trabalho em saúde envolve uma quantidade grande de profissões e de profissionais, que inclui desde aqueles com a completa ausência de qualificação até professores doutores pós-graduados.

Quer dizer, nessa heterogeneidade de formação como é que você incorpora esse novo profissional, ou incorpora esse conhecimento novo ao conhecimento dos campos profissionais que já estão dados? Essa é uma atividade, é uma especificidade que cabe aos gestores, municipais, estaduais, ou ao gestor de uma unidade de serviço de uma célula individualizada de um serviço de saúde refletir. A outra questão importante é: como podemos modificar as nossas relações institucionais, e as em que esse profissional atua, para que passemos a atuar em equipe e possamos dar conta da demanda dos usuários? Como é que vamos institucionalizar essas mudanças? E aí eu acho que precisamos estabelecer e procurar as parcerias necessárias nos sistemas formais que existem em nosso país.

Por exemplo, como é que eu articulo em nível local a necessidade de uma mudança ou de uma qualificação tendo instituições de ensino ou instituições formadoras como parceiros? E o mais interessante, e que também me espantou nos trabalhos apresentados, foi a quantidade de parcerias, de instituições de ensino com o serviço de saúde, estabelecendo novos patamares de vivências. Com as induções, às vezes foram ações extremamente pontuais, porém possíveis de serem permeáveis ao sistema de saúde.

Então a segunda questão que eu acredito sobre a qual temos de refletir é como vamos incorporar os processos de qualificação, especialmente no nível local, ao sistema formal de educação. E como podemos fazer parcerias regionais e estaduais para que essas possibilidades sejam ampliadas. Eu não acredito que individualmente consigamos fazer grandes mudanças se não estabelecermos parcerias e trabalho em rede. Hoje, a perspectiva de trabalharmos em rede está explicitada neste evento. Quer dizer, aqui estamos estabelecendo uma grande rede de trabalho e de discussão sobre um eixo, que é o eixo da gestão do cuidado.

Inicialmente, queria fazer essas considerações, lembrando também que existe um ator não imaginado, que não necessariamente é o gestor do sistema de saúde, que está muito presente nos trabalhos aqui apresentados: é o coordenador. Eu acho que essa função de coordenação, seja no nível do serviço ou em qualquer outro nível, é igual àquela pedra que jogamos na água e vai fazendo ondas concêntricas.

Como é que essa função de coordenação se amplia, permitindo que o usuário do sistema de saúde transite por esse sistema de maneira mais articulada? Ou seja, como é que a gente transforma ações isoladas em ações mais coordenadas? O que eu estou querendo dizer é o seguinte: não é cobrar do diretor do hospital



e nem do diretor da unidade. É fazer essas ondas de coordenação dentro do próprio sistema de saúde, seja na célula de uma unidade de saúde, ou mesmo em uma secretaria municipal, em uma secretaria de estado, em uma função de governo em nível federal.

Eu queria fazer essas observações iniciais. Eu havia preparado uma fala conforme manda o figurino, toda esquematizada. Aí desarrumei tudo, no sentido de trazer a vocês muito do que os trabalhos me mostraram e um pouco daquilo que a gente incorpora da própria vivência, não só no Ministério da Saúde, mas também na nossa vivência como pesquisadora do campo.

Dr. Horácio Toro Ocampo

Creio que a fala da Regina nos dá muitos elementos para interagir. Acho que é importante reconhecer que temos uma oferta de serviços e temos uma demanda das comunidades, das pessoas, com as quais temos de começar a dialogar. Como vamos fazer isso com os recursos que temos? Quais são esses recursos, e qual deve ser a orientação deles?

Vamos continuar e passar a palavra desta vez a Adalberto Barreto. Gostaria que a experiência que ele tem de trabalho para o bem-estar das comunidades possa ser também refletida hoje com todos estes trabalhos que nós vimos e com as vivências que vocês trouxeram hoje.

Dr. Adalberto Barreto – Professor de graduação e pós-graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.



Inicialmente, gostaria de parabenizar os expositores de pôsteres pela riqueza dos trabalhos, que traduz toda a riqueza da multicultural brasileira, e convidar quem ainda não os visitou a visitá-los.

Olhando esses pôsteres, iniciamos uma viagem na realidade brasileira, pelos diversos esforços que são feitos de forma silenciosa. Uma árvore que cai faz mais barulho que toda a floresta crescendo. Há uma beleza de expressão que traduz todo o esforço criativo de cada

um que tenta resgatar o afeto como sendo muito importante na atenção à saúde. Durante muito tempo, em nome da eficiência, da eficácia, excluímos o afetivo, como se para ser efetivo não pudéssemos ser afetivos. Hoje precisamos resgatá-lo, porque somos seres humanos tratando de seres humanos.

Vemos o esforço de incluir a família e a comunidade, quantas pessoas estão tentando falar disso! Da importância da inclusão, de ver o homem em uma rede de interações e não ver no ser humano um problema meramente biológico. Vemos outros tentando valorizar

a cultura por meio do humor, da arte. Tantas formas de promover a vida, tantas formas de fazer, de resgatar essa dimensão do humano que sofre. Outros querendo acabar com o preconceito. O preconceito que impede a gente, quem tem preconceito nunca chega a um conceito. Às vezes nos posicionamos com relação a outras formas do agir e do cuidar como se houvesse um modelo único. Acho que essa é uma reflexão que podemos fazer. Nós somos o país da pluralidade de raças, de culturas, de etnias, de percepções, de condutas. Então, quanto mais tiver, melhor será. A multiplicidade faz a nossa riqueza, e vendo aquela diversidade tudo é possível. Não tem uma verdade, não tem um modelo único: há várias leituras possíveis.

Vemos também trabalhos que tentam resgatar a dimensão do humano. É uma tendência natural da gente – queremos ser eficientes demais e terminamos deixando de ser afetivos. Esta é a doença mais cara. Agora, me chamou ainda a atenção que o “cuidar”, pelos pôsteres que vi, ainda está muito voltado para o hospitalar, para o tratamento da doença, da patologia – o foco ainda é a patologia, a doença. Se a gente olhar, pelo menos de dez anos para trás... no passado demos o melhor, agora olhamos e quanta coisa já foi feita! Mas como nós estamos aqui para refletir e olhar um pouco para a frente, eu fiquei inquieto com isso. Quer dizer, para que o nosso “cuidar” se amplie, precisamos ampliar nossos conceitos. Para promover a vida, para não deixar que a doença chegue. Esse é um aspecto importante, sem negligenciar todo o esforço que já foi feito: promover a vida, ampliar os vínculos. Como o professor lembrava, saúde não é só a ausência de doença, tem a ver com o que comemos, com o nosso trabalho, com a ecologia, com a política, com tanta coisa...

É na promoção da vida e na prevenção das doenças que lá no Ceará o Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, em parceria com a Prefeitura e a Secretaria de Saúde, tem tentado desenvolver um trabalho de promoção de redes de apoio solidário para trabalhar o sofrimento. Porque quando a patologia está presente, muitas vezes esquecemos que ela traz consigo sofrimento. E para esse sofrimento não tem remédio, não tem química: tem abraço, tem sorriso, tem apoio, tem mãos dadas, tem correntes entre as pessoas que se apóiam. Outro programa que temos lá na Universidade é o “Cuidando dos cuidadores”. Um grande sofrimento que temos visto em favelas do Brasil é a miséria interiorizada, são as pessoas não acreditarem mais em si. Muitas vezes nesses esforços que a gente vê aqui e acolá tem sempre alguém que diz: “Não adianta! Se correr o bicho pega, se ficar o bicho come!”. Mas existe uma terceira via, podemos enxergá-la quando olhamos os pôsteres desta mostra: ela mostra que se a gente se juntar o bicho é quem corre, a gente pega e mata o bicho. É a união dos saberes, das competências, das nossas profissões que viabiliza isso.

Outra coisa que me chamou a atenção foi um pôster do pessoal de Campinas que lembra que humanizar é promover benefícios mútuos. Falamos em humanizar, mas como é que



podemos humanizar a nossa ação sem humanizarmos a nossa formação? Então a humanização tem mão dupla – cuidando do outro eu cuido de mim. Eu queria parabenizar o esforço das universidades federais brasileiras que estão investindo em um novo currículo que propõe uma formação que visa ao desenvolvimento da pessoa. Porque um “cuidador” não pode ser apenas um “tarefeiro” que faz coisas seguindo o manualzinho que lhe deram; aí não tem criatividade, não tem espírito. Para me beneficiar do que faço, o que faço tem de se inscrever na minha história de vida (sempre digo que a primeira escola é a família). Se hoje eu tenho sensibilidade à dor é porque conheço a dor: eu só reconheço o que conheço. E um bom “cuidador” geralmente tem uma história de dor passada, observada, testemunhada, ou na sua família, ou na sua comunidade ou no seu contexto. É esse cuidador que cria, e fiquei muito feliz de vê-lo aqui, quanta criatividade! Curando o outro eu cuido de mim mesmo. Senão sou um “tarefeiro”, entrando como “o salvador da pátria”: vocês têm problemas e eu trago a solução.

Se nós temos problemas, temos também soluções. No Nordeste tem um ditado que diz: “Quando a boca cala, os órgãos falam, e quando a boca fala, os órgãos saram”. Promover mais diálogo não é falar para o povo, explicar para eles como é o meu modelo, não é disso que estou falando. Estou falando da criação de espaços nos quais o sofrimento possa ser falado, nos quais as pessoas possam falar da sua dor, sem ser necessariamente medicalizado. Esse é o esforço que temos feito lá no Ceará para fazer da Terapia Comunitária esse espaço da palavra, da partilha de saberes, da busca por soluções conjuntas, para que os problemas – que são também do social – possam ter respostas e soluções socializadas.

Nesse cuidar, vamos ampliar o foco para a comunidade, para as pessoas que ainda não estão doentes, criando dinâmicas para ver se essas pessoas, ao falar, possam ter seu sofrimento silenciado, e que assim possamos não precisar de uma medicina tão cara e muitas vezes difícil. Muito obrigado, é o que eu tinha a dizer diante do que ouvi de vocês.

Dr. Horácio Toro Ocampo

De um jeito muito simples ele (dr. Adalberto) nos lembra da diversidade das situações que temos, onde o SUS, que é um sistema único, tem de se adequar às diferentes realidades. E Adalberto nos lembra também que a definição da saúde começa em promover a vida, o bem-estar, e controlar as doenças – isto é saúde. Agora vou passar a palavra à minha grande amiga Maria Luiza Jaeger, com quem tive a satisfação de poder trabalhar diretamente no desenvolvimento dos recursos humanos no sul do Brasil e também na América inteira.

Dra. Maria Luiza Jaeger – Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde de 2003 a 2005



Acho que a primeira coisa que eu tenho de dizer é que esse encontro lava a alma. Quero saudar a ousadia de todos os servidores, colaboradores do DAD, do Ministério da Saúde e da Opas pela realização desta mostra. Acho que ela inova a forma de sentarmos para discutir saúde. Eu estava fazendo as contas aqui: durante seis horas de cada um dos dias, o principal protagonista deste encontro é cada um de seus participantes. Mesmo esta mesa tem trinta minutos para falar, no restante do tempo os protagonistas são as pessoas que estão participando desta grande conversa. Isso é fundamental, quer dizer, parar de ter alguém que fala e diz o que se deveria fazer e começar a dar espaço para a fala do conjunto dos construtores do Sistema Único de Saúde em cada lugar deste país.

Quero também saudar o Ministro da Saúde, o Agenor, que garantiu a realização desta exposição, pois sempre é muito difícil na hora da inovação se garantir que as coisas aconteçam. E principalmente saudar a cada um de vocês que mostraram um pouquinho do seu trabalho, da sua construção, da sua ação, da sua produção de conhecimento, que sabemos ser muito mais rica do que pode ser mostrado naquele pôster que lá está exposto.

Aqui se mostra o orgulho de cada um que está construindo o SUS, se mostra a emoção, o afeto de cada um envolvido nessa construção. E aqui temos quase novecentas experiências, quase novecentos pôsteres. Mas há muito mais, pois há muitos lugares em que estão fazendo algo muito parecido e que não estão aqui. É esta construção do Sistema Único de Saúde, que é absolutamente rica, absolutamente diversa em todo o país, que essa exposição demonstra. É muito ruim que a mídia deste país não percorra um setor desta Mostra para ver que o Sistema Único de Saúde não é só fila, não é só falta de atenção, não é só falta de cuidado.

A outra questão que esta Mostra fortalece é o quanto a gente precisa falar, mas também ouvir, conversar e entender o outro. Várias e várias experiências demonstram isso, e são essas experiências que estão na verdade construindo esse sistema.

Também gostaria de dizer que ousamos muito no SUS, mas ainda temos muitos problemas. A política de democratização do poder, de uma gestão compartilhada, co-responsável entre os três entes federados, que não são hierárquicos na Constituição e não podem ser hierárquicos na vida do dia-a-dia, tem sido uma construção absolutamente difícil no Sistema Único de Saúde. Mas temos ousado e forçado para que isso aconteça. E ousamos ainda mais: ousamos propor na implantação desse sistema a participação, e isso aparece em vários trabalhos do conjunto de atores e autores envolvidos na questão da saúde: os trabalhadores de saúde, os prestadores, a população. Mas também há resistência: vemos que os estudantes da área de saúde estão



brigando por um espaço de participação no SUS e observamos que a população, os movimentos sociais e mesmo os conselhos de saúde têm resistência a essa participação. Então é um processo sempre de luta, ousadia e resistência, de vários atores e de vários setores.

Os trabalhos expostos mostram que a questão do cuidado é acalanto, é ninhar. Ontem um menino lá de Sobral solicitou que eu fizesse uma leitura do seu trabalho, e neste ele usa um conceito que diz que cuidado significa "reservar pessoa e tempo à outra pessoa". Acho que grande parte dos trabalhos aqui apresentados é isso, não é? E essa é uma das questões mais importantes da proposta desse sistema.

Esse conjunto de trabalhos nos mostra que o SUS já faz parte da vida da população brasileira. Ele tem a ver com música, ele tem a ver com teatro, ele tem a ver com alegria, ele tem a ver com o cotidiano da vida de qualquer pessoa. O SUS, no país real do Ariano Suassuna, mostra que já há muita coisa feita, e como disse há pouco o Adalberto, aqui vemos a diversidade, a riqueza e o quanto está mudando a vida da população brasileira.

Outra questão para alguém que está há 35 anos na área de saúde: o prêmio desta exposição se chama Eleutério Rodrigues Neto. Acho que ele gostaria muito de estar aqui com a gente. E vou falar de algumas outras pessoas que gostariam muito de estar aqui. Uma pessoa que muito pouca gente conhece, só os de cabelo branco como eu, é a Hortência Holanda, que foi muito importante na construção da educação em saúde no país. Acho que ela gostaria muito de ver uma série de trabalhos expostos aqui. Lembro-me do Raimundo Bezerra, um cearense que foi absolutamente importante para a criação do texto nacional, para conseguirmos garantir na Constituição a questão do SUS. Lembro-me do Sérgio Arouca – que também nomeia um prêmio do Ministério – David Capistrano e tantas e tantas outras pessoas que, em um processo de conversa, de participação e de briga, conseguiram colocar na Constituição, na Lei Orgânica, conseguiram discutir na Comissão Nacional da Reforma Sanitária essa proposta. E aqui eu, como alguém que participou desse processo, posso ver que o que a gente fez está correto.

O que construímos está mostrando uma vida que é possível. Lá no meu estado, na cidade de Porto Alegre, ocorreu o Fórum Social Mundial, que tem como lema que um outro mundo é possível. E o conjunto destes trabalhos demonstra isso, que outro mundo é possível. Que outra forma de pensar saúde, ou sistema de saúde, é possível. Demonstram a possibilidade e a necessidade de criar novas profissões. Por exemplo, tem trabalhos falando em terapeuta comunitário, tem trabalhos falando em cuidadores. Mostram a necessidade que se tem, com a ampliação da atenção no país, de novas profissões, de novas pessoas nesse sistema, novos trabalhadores desse sistema, e também que se precisa discutir como é que se faz isso e quem são esses trabalhadores.

Há uma discussão em alguns setores de que nós precisamos fazer "a reforma da reforma", a reforma da reforma sanitária. O conjunto desses trabalhos demonstra que não precisamos fazer isso, mas sim ter compromisso, na prática do dia-a-dia, com os princípios e as diretrizes do sistema, entendendo que este país é um país continental, é um país diferente, climática, econômica, social e culturalmente. E por isso, o Rubem disse ontem, o Adalberto disse hoje, e eu quero repetir: não tem modelo nesse sistema! O que tem de valer do Oiapoque ao Chuí são os princípios e as diretrizes desse sistema. Temos de respeitar a criatividade, a riqueza deste país.

Nem todo mundo estava aqui no primeiro dia, quando o Suassuna contou a história do doido, de por que ele gostava de doidos. Nessa história, Ariano nos contou que seu pai, que era governador da Paraíba, inaugurou um hospital público psiquiátrico dentro da teoria do Juliano Moreira de que as pessoas precisavam trabalhar para se reintegrar à sociedade, e era uma obra de construção civil. Daí o pai dele viu uma das pessoas vindo com um carrinho virado ao contrário, e perguntou: mas por que é que o carrinho está virado ao contrário? Ao que ela respondeu: se virar direito vão botar pedra no carrinho e eu não quero carregar pedra! (risos) Ele (Ariano Suassuna) colocou muito que o doido consegue sair do ver para enxergar, e muitas vezes desafiar. Então eu acho que eu queria desafiar algumas discussões aqui...

Acredito que muitas vezes estamos falando de inovação mas estamos fazendo o mesmo do mesmo. Por exemplo, reformulamos o curso, mas não mudamos nem a forma, nem o conteúdo.

Outra questão é que temos de ter clareza do significado de determinadas palavras, pois muitas delas significam – e isso o Adalberto também falou várias vezes na sua conversa – práticas autoritárias e desrespeitosas de um sujeito que dá ordens ao se relacionar com um outro sujeito como objeto que obedece, ou que segue livrinho pela frente. Então (não é nada contigo, Célia), mas eu acho que, de uma vez por todas, temos de parar de chamar e tratar os trabalhadores que fazem o SUS de "recursos humanos" (palmas). Esse encontro mostra que saúde é feita por gente, que quer e deve ser sujeito do processo de construção desse sistema. Não mais um recurso, como alguém já disse na primeira Grande Conversa, tem de ser mais: o trabalhador tem de ser protagonista, tem de ser autor e ator desse sistema, tem de ser ativo e crítico no que faz e na implantação do SUS. Os melhores trabalhos que estão aí são os que mostram isso, onde isso acontece. Ainda sobre o uso das palavras: nós temos de entender que no dia-a-dia da saúde os habitantes do Brasil não querem ser pacientes, não querem ser diabéticos, não querem ser hipertensos, não querem ser uma hérnia, um número de prontuário ou um leito. Eles querem, como diz o Luiz Gonzaga Jr., ser cidadãos. Como Secretária de Saúde de Estado eu levei, depois de trinta anos na saúde, um puxão de orelha da mãe de uma criança que tinha



diabetes que disse assim: “Eu não quero que meu filho seja paciente, de jeito nenhum! Ele é impaciente, ele quer comer bala, ele tem vontade”. É isso que eu quero que vocês discutam: temos de pensar um pouco sobre o jeito como usamos as palavras. É uma questão até de respeitar e aprender com as práticas populares.

Uma última coisa, que a Célia já falou e eu queria reforçar: todos nós militantes da saúde temos de lutar pela mudança da formação dos trabalhadores de saúde de todas as profissões, no ensino técnico, no ensino fundamental, na graduação. Vários trabalhos fazem isso, falam disso. Senão não vamos conseguir fazer com que tudo isso que está acontecendo, em cada um dos lugares em que vocês (autores dos trabalhos) estão, aconteça no país como um todo.

Finalmente, eu queria dizer que acho que o Suassuna está certo em relação ao doido, e que temos de ser um pouco doidos para não só ver, mas enxergar como o SUS está se construindo nesse país.

Dr. Horácio Toro Ocampo

A conversa de Maria Luiza nos permite falar da importância de ir identificando a necessidade de novos perfis de recursos humanos, especialmente no mundo moderno globalizado. O SUS não é um modelo, o SUS são vários modelos, modelos que têm de ser adequados a cada realidade deste país. Bem, com esse marco que os convidados da mesa nos deram, vamos continuar esta conversa sobre saúde. Ofereço então a palavra àqueles atores importantes, que são todos vocês

CONSIDERAÇÕES DOS PARTICIPANTES

Participante 1 – RS

Sou de Porto Alegre e apresento o trabalho da equipe itinerante nos processos de reabilitação e reinclusão psicossocial de portadores de sofrimento psíquico aqui na Expogest.

Minha pergunta refere-se a uma experiência que eu vivia seguidamente há alguns anos quando acompanhava um cidadão, na prática do AT, do acompanhamento itinerante, do acompanhamento terapêutico, junto com outros colegas da rede. Na fila do atendimento, junto com os cidadãos que aguardavam conosco e os colegas do guichê, era comum o médico do consultório perguntar: é seu parente? E então nós mostrávamos o crachá e dizíamos: “Não, eu estou trabalhando, isso é parte do trabalho do SUS, isso é parte do nosso trabalho, colega”.

E esse cidadão que acompanhávamos, em geral, era alguém que estava morando na rua, desorganizado por uma razão ou por outra, e tanto as pessoas da cultura como as do povo remetiam esse tipo de atenção, de carinho, de “cafune” como se diz lá, do cuidado, a essa relação familiar. E eu pensava: mas será que isso está reduzido ao núcleo familiar? Será que isso não tem espaço, com tanto

conhecimento que produzimos? Então, se era uma pessoa velha, ou era o avô, ou era o pai, ou um tio perdido e tal. Se era jovem, era um sobrinho desgarrado, alguém adotivo ou coisa assim.

A minha pergunta é nesse sentido, novas profissões como acompanhamento terapêutico, acompanhante terapêutico, as mais diversas formas de nomear essas atividades de solidariedade e de inclusão do outro no seu próprio universo, no seu próprio horizonte simbólico e comunicativo. Eles fazem isso muito bem, os nossos pacientes que lutaram pela reforma lá, desde 1990, e que estão vivos até hoje, que estão nas residências terapêuticas ou conseguiram voltar para a família, aprenderam o nosso horizonte lingüístico, fizeram a fusão, como diz o Habermas, e aprenderam a se comunicar, fundiram as suas linguagens com a nossa.

Por que é tão difícil para nós, quando estudantes, quando formados, fazer a fusão da linguagem e dialogar no mesmo nível e responder perguntas deste gênero: é seu parente, o que você está fazendo?

Participante 2 – RS

Sou enfermeira da Secretaria de Saúde de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul. Sou facilitadora de educação permanente em saúde, e dois dos trabalhos que estou aqui representando do município são decorrentes desse trabalho de facilitadora. Percorrendo todos os pôsteres, pude ver que em vários deles apareceu isso, e conversando com muitas pessoas constatei que tem muitos facilitadores aqui.

Então, a pergunta é para Célia: como está sendo pensada a continuidade do trabalho, como o meu no caso, que acabei de terminar um módulo? Porque ele trouxe um passo muito importante para o SUS, pela experiência que eu tenho vivido lá, a minha humilde experiência no município e na nossa região.

Participante 3 – CE

Sou enfermeira, trabalho na Secretaria de Saúde de Beberibe, na Coordenação da Atenção Básica, e particularmente estou muito feliz pelo evento, que realmente vem mostrando muitas coisas novas, inovadoras em relação ao SUS, e particularmente mais feliz ainda com a presença do dr. Adalberto Barreto aqui. Até porque o trabalho que nós fazemos lá na Secretaria de Saúde de Beberibe é sobre a importância das terapias comunitárias no nosso município.

O que eu tenho sentido em relação às terapias lá, que representam o nosso trabalho, é que ultimamente a comunidade tem cuidado de nós, profissionais de saúde. Não somos nós que estamos cuidando da comunidade, a comunidade tem cuidado de nós, inclusive o nosso trabalho apresentado aqui na Expogest é sobre como as terapias comunitárias, por meio da experiência dos outros e principalmente de pessoas muito simples, têm transformado a vida de nós profissionais como terapeutas. Porque temos terapeutas, temos médicos, temos enfermeiros, temos donas de casa, temos



agentes de saúde, temos auxiliares de enfermagem sendo terapeutas comunitários, e todos nós estamos numa roda, participando da terapia, nós somos cuidados e aprendemos muito com eles.

Há uma melhora da auto-estima, do relacionamento com o outro, e isso tem sido algo muito marcante no nosso trabalho. Nós estamos adquirindo isso com a comunicação, a parceria e a aproximação da comunidade. Então eu gostaria de agradecer e parabenizar às terapias comunitárias por estarem sendo, no nosso município, uma experiência muito exitosa e inovadora.

Participante 4 – ES

Sou enfermeira e faço parte do Conselho Regional de Enfermagem do Espírito Santo. Eu me senti incluída porque, dentro do nosso Coren, no Espírito Santo, nós temos um projeto chamado Coren em Ação – Capacitação, Excelência e Eficácia no Atendimento. Nele nós trabalhamos para capacitar os profissionais de enfermagem nos seus três níveis, e como eu ouvi nesta mesa, fazer o SUS não tem um modelo, não tem a forma, então nós indiretamente estamos capacitando nossos profissionais de enfermagem, que vão dar um atendimento de qualidade à população.

Além disso, temos incluído no Coren em Ação um projeto social em que não há inscrições, e sim arrecadação de alimentos, que são passados para as instituições carentes desses municípios, com os próprios profissionais indicando para onde serão doados, qual a instituição que vai receber. Nós no Espírito Santo temos 78 municípios, sendo trinta já agregados a este projeto, e nós estamos expandindo o projeto para o interior. Então, fazer SUS tem várias formas, e eu me sinto incluída nesse contexto.

Participante 5 – RS

Trabalho no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e porque estamos falando de gestão do cuidado, falando de ousadia, eu queria reforçar um ponto que fiquei muito feliz de ouvir. O SUS não tem modelo próprio, mas ele tem muito claramente princípios e diretrizes, e nós estamos cansados de falar isso, de que o SUS, na verdade, somos todos nós, nós fazemos o SUS. Isto é, como eu estava ouvindo os palestrantes comentarem, me surgiu a idéia de que os trabalhos que estão sendo feitos muitas vezes estão sendo feitos à revelia dos próprios gestores. Eu acho que isso é bom, não que eu esteja defendendo uma desobediência civil, mas no sentido de reafirmarmos a importância desses princípios e diretrizes.

Em Porto Alegre aconteceu agora uma mudança de administração, e na primeira reunião de gerência que eu participei disseram: “Olha, o acolhimento acabou”. Nós vimos que com alguns gestores é muito difícil fazer uma interrupção. No final das contas o que aconteceu foi que nitidamente o gestor estava desqualificado, mas nós, comunidade, vinculada ao Hospital de Clínicas e à Secretaria Municipal de Saúde, mantemos e aprofundamos a questão do

acolhimento. Hoje espero que volte a ser modelo para toda a rede: o SUS somos todos nós.

Participante 6 – RS

Sou pediatra, trabalho na Secretaria de Estado do Rio Grande do Sul com a redução do óbito no estado. Eu pensei ter vindo para cá pelo Eixo I, pelo tema da organização da rede e atenção básica –, que é o maior foco do nosso estado, que conseguiu reduzir a mortalidade infantil qualificando pré-natal, regionalizando serviços, expandindo PSF, enferm.

Discutindo a análise de óbito em 54 municípios nossos prioritários de redução, que têm 75% dos óbitos do estado, constatamos que grande parte desses óbitos acontece pela falta do recurso humano, entre outras, que devia estar ali na hora. Então, pela fala da Célia, pensei o seguinte: nós temos uma grande quantidade de partos no nosso estado que é feita por parteiras, ninguém fala nisso, uma grande quantidade de partos que é feita por enfermeiras e também ninguém fala nisso, eu sou médica. Uma grande quantidade de pessoas médicas, com pouca capacidade para fazer esse tipo de atendimento e, no entanto, os hospitais continuam recebendo os partos pelo SUS assinados por médicos.

Eu fico pensando se o Ministério não tem de fazer uma ação para colocar as coisas no devido lugar. Porque enquanto eu, gestora, vou até o município e o hospital me diz que sim, os médicos é que fazem o atendimento, eu não consigo intervir nessa situação. Que intervenção o Ministério está fazendo nesse tipo de profissão que está inserida no sistema e não é reconhecida?

Participante – 7

Depois de ouvir todos que compõem a mesa, dentro dessa visão de uma mudança no cuidar, me ocorreu um dilema. Essa mudança para o modelo do cuidar, vendo mais o doente e menos a doença, vai de encontro àquilo que o gestor maior cobra de nós, cuidadores. O produto que se cobra hoje são números, e essa maneira de cuidar, com certeza, não vai gerar muito número, vai gerar mais emoções, mais sorrisos, mais “ais”, se for o caso. E eu pergunto como essa mesa vê, analisa essa situação dentro deste contexto atual em que vivemos? Como fazer o pacto do SUS com o cuidador, não só nós cuidadores da ponta, mas de um gestor municipal, um gestor estadual?

Participante 8 – SC

Sou professora do mestrado profissionalizante de Saúde da Unipai, Itajaí, Santa Catarina. Nós sabemos que existe uma política ligada à formação, para a qual o Ministério da Saúde, junto com o Ministério da Educação, determinou as novas diretrizes do profissional para a saúde. Baseada nisso, eu gostaria de saber que política está sendo direcionada até o interesse dos próprios municípios em



potencializar esse recurso que são as universidades, não só públicas como privadas, para fortalecer essa mudança nesse profissional? Existe algum tipo de política direcionada para isso, uma vez que nós temos escolas qualificadas nessa área e que poderiam consolidar essa política?

Participante 9 – PR

Sou gestor do município paranaense de Barracão, sou médico veterinário. A minha pergunta é mais especificamente para o coordenador da mesa. Nós incentivamos nossa equipe a fazer projetos, justamente também para a participação da Organização Pan-Americana da Saúde e tivemos 12 trabalhos classificados.

Como moramos nessa fronteira, nós queremos saber da Organização Pan Americana da Saúde qual é a possibilidade de ela participar mais efetivamente conosco. O SIS Fronteira está sendo implantado, mas muitas dúvidas existem, e nós queremos saber por que do lado da Argentina existem estruturas, mas muitas vezes o usuário da Argentina vem buscar no Brasil? E nós temos de contabilizar esse ser humano que também precisa de atendimento.

Participante 10 – RJ

Sou médica pediatra da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e apenas queria fazer uma colocação a respeito das crianças portadoras de necessidades especiais. Há hoje a detecção precoce de alterações do desenvolvimento e intervenções para que haja pelo menos a minimização de seqüelas, porque os grandes avanços tecnológicos têm salvado vidas de crianças que antes não sobreviviam, incluindo aí um grande número de prematuros extremos – são salvas as vidas de bebês que nascem com peso de 500 gramas. É apenas para chamar a atenção de que essa parcela de crianças portadoras de necessidades especiais, infelizmente, na saúde, ainda é uma população em que a atenção deixa a desejar.

Participante – II MG

Sou médica homeopata no SUS de Juiz de Fora, Minas Gerais. Na realidade, eu tenho duas perguntas, num tom mais provocativo, para ver a posição de vocês. A primeira é com relação à questão do princípio da integralidade como um grande desafio que hoje o SUS tem e o vínculo como grande instrumento dessa integralidade: como induzir a criação desse vínculo se não há vinculação do profissional ao sistema ou à comunidade, seja por meio da precarização do trabalho, ou mesmo pela alta rotatividade dos profissionais fixados ao trabalho formalmente?

A segunda questão é com relação à formação desse profissional. A formação dos profissionais está muito ligada à dimensão biológica do adoecer, e nós temos visto que os documentos da Organização Mundial da Saúde apontam ser a grande maioria das queixas de origem emocional, grande mal-estar difuso, enfim, de fundo não biológico. Então, qual é a estratégia pensada pelos senhores

para suprir essa necessidade na formação profissional dos trabalhadores da saúde?

Participante 12 – RS

Queria saudar a mesa, os participantes, e em especial à Maria Luiza, por nos trazer essa discussão da cooperação hoje na questão dos entes federados. Eu vejo que é um nó, e esta Mostra já está trabalhando no sentido de ir desatando esse nó – é igual à Maria Luiza que, quando secretária, conseguiu trabalhar a questão da municipalização solidária. Isso é algo que nós conseguimos ir construindo com os municípios, para que os compromissos existam além das gestões, mas para com a sociedade.

Mas eu queria falar da questão do peso das palavras, que foi trabalhada na mesa e me parece algo definidor de fronteiras e limites para as práticas velhas e as práticas novas, da ação, do modelo antigo para um modelo novo, dos sujeitos reais para os sujeitos oficiais. E pensar a questão da cooperação, do atravessamento da implicação com a realidade do nosso fazer, do nosso usuário, me faz pensar que é a grande virada dessa transformação.

Temos de dar um salto de qualidade com relação à discussão do conceito de saúde, a história do bem-estar. Nós sabemos que há saúde sem bem-estar, sabemos que a dor também produz cidadania, mudança no sistema de saúde. Eu faço essa afirmação porque nós dos Caps da saúde mental temos produzido isso para a sociedade. O sofrimento psíquico é “cidadanizador”, é transformador de realidades. Gostaria que a mesa pudesse trabalhar um pouco a questão do conceito de saúde com essa lógica da gestão compartilhada, da gestão democrática, do fazer o usuário, a saúde, algo de cidadania para o nosso povo.

Participante 13 – SP

Sou enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e trabalho na Coordenação de Recursos Humanos. Gostaria de comentar a respeito da formação dos facilitadores, mas tenho observado que vem sendo qualificada a prática das pessoas que já trabalhavam na área da educação em saúde e de uma forma bastante interessante.

A gente tem contado na formação dos agentes comunitários, das diversas regiões do estado, com coordenadores pedagógicos dos centros formadores e com diversos facilitadores de educação permanente. Isso dá uma qualidade bastante interessante na formação técnica de nível médio.

O segundo comentário é a respeito da fala da colega. Nós estamos trabalhando junto com os enfermeiros uma discussão de qualidade de enfermagem para a área do hospital, e o desafio que nós temos nos colocado como membros de uma comissão central, representando – entre aspas – recursos humanos, é a superação da fragmentação do trabalho de enfermagem, da discussão do trabalho



partilhado. Então, em alguns documentos que temos produzido temos dito que a enfermagem é uma equipe multiprofissional, mas não multidisciplinar, e que, assim, temos de trabalhar na perspectiva da superação e da fragmentação para o entendimento do trabalho partilhado dentro da equipe de enfermagem.

Dentro desse projeto temos discutido também que o cuidado dentário, hospitalar e ambulatorial não se faz por uma equipe só, ele se faz na interface de diversas equipes, introduzindo assim a discussão da interdisciplinaridade. A questão da mortalidade infantil precoce, da mortalidade materna, não é uma questão do momento do parto, é uma questão do momento do pré-natal, e o pré-natal também é um trabalho partilhado.

Quando a Célia colocou a questão de novas ocupações, novas profissões, o desafio é olharmos para a realidade como ela é de fato e qualificar o trabalho partilhado. A minha experiência como enfermeira obstétrica é a de fazer a desobediência civil, como dizia o meu colega, e de ensinar as minhas auxiliares de enfermagem e atendentes a fazer ausculta de feto, palpação, porque no momento em que não estamos ali ao lado – era uma unidade de gestação de risco – há a possibilidade de um óbito fetal ou óbito materno.

O trabalho é partilhado e é interdisciplinar, e nós devemos buscar esse desafio de qualificar quem partilha o trabalho conosco. Pareceu-me que você ia caminhando numa direção interessante, sobre o financiamento ou o pagamento das ações realizadas dessa forma, então você não concluiu a sua pergunta, mas eu vou concluir. Como é que o Ministério está pensando em remunerar município/estado com essa nova forma de produção de saúde? Quer dizer, o parto ainda vai ser pago, assinado pelo médico sendo feito pela enfermeira, pela parteira? E o financiamento da área mental? O modelo de financiamento vai continuar o mesmo nessa discussão de novos modelos de processos de trabalho?

Como podemos negociar com o Ministério da Saúde a produção dos trabalhadores, não dos recursos humanos, mas dessas pessoas que estão se envolvendo na qualificação do trabalho em saúde, da assistência em saúde?

Participante 14 – São Paulo

Sou da Secretaria de Saúde de Amparo. Por que numa mesa em que deveríamos discutir a gestão do cuidado só estamos falando de educação permanente e de gestão do trabalho? Será que estamos tão institucionalizados que o fato de a Maria Luiza e a Célia estarem na mesa nos faz só falar e perguntar sobre educação permanente e gestão do trabalho?

Evidentemente que a gestão do cuidado depende de trabalhador cuidando das pessoas e depende de gestores organizando a rede de cuidado, mas a discussão é do cuidado, não é de educação permanente nem de gestão do trabalho, não é de facilitador – essa é a primeira reflexão que eu gostaria de propor.

A segunda reflexão é a seguinte: hoje nós temos milhares de municípios, milhares de gestores e milhares de trabalhadores produzindo o cuidado e produzindo a gestão do cuidado. Mal ou bem, estamos tendo de aprender na prática a fazer esse cuidado de uma forma mais interdisciplinar, de uma forma mais horizontal, mais humanizada. E estamos também produzindo o “saber fazer” no dia-a-dia, mas que não tem sido sistematizado, e isso impede que ele se transforme em conhecimento novo.

Isso tem de ser uma preocupação nossa como gestores do SUS. Esta Mostra é um começo, que revela o quanto queremos mostrar do que estamos fazendo em termos de produção do cuidado, em termos de gestão do cuidado. A minha proposta para a mesa é debatermos: como fazemos para, como SUS, como movimento sanitário, dar voz a esses milhões de trabalhadores do SUS que estão nos municípios e esses milhares de gestores que estão produzindo coisas novas, mas que o nosso sistema de informação só faz com que mostremos números.

Participante 15 – RS

Sou da Secretaria de Saúde do município de São Lourenço do Sul. Nós dialogamos aqui com a questão do cuidado, do afeto, da necessidade de termos os nossos cuidadores de saúde, da substituição do termo recursos humanos pela questão dos nossos cuidadores de saúde, de como que nós vamos nos portar e como trazer todas essas experiências inovadoras para o sistema de saúde.

Um professor meu da faculdade, Kurt Kloetzel, dizia o seguinte: nós temos o costume de falar para nós mesmos e de ficarmos muito contentes pois estamos todos concordando. Mas como é que nós conseguimos esses cuidadores? Porque nós todos aqui estamos entre pares e entre pessoas que trouxeram experiências inovadoras de gestão, de cuidado em saúde, e nós temos também a nossa prática lá no serviço. Mas lá no município eu tenho dificuldade de conseguir esses cuidadores, com toda essa vontade de estar trabalhando junto, de construir o sistema, de fazer um projeto inovador, um projeto novo.

Uma participante colocou por que nós estamos discutindo sobre formação, mas também tem isso. Porque os cuidadores de que necessitamos hoje não têm formação para trabalhar conosco como formadores. Eles têm uma formação para trabalhar na lógica do modelo anterior, e aí eu faço outra emenda na questão do modelo e do não-modelo, porque eu já trabalhei com a Maria Luiza e essa nossa conversa é antiga. Quer dizer, se há um modelo anterior, o não-modelo já é um modelo.

Hoje lá em São Lourenço do Sul nós estamos criando os Conselhos Locais de Saúde, com os trabalhadores de saúde que nós temos, com os usuários, envolvendo as pessoas na tomada de decisão do processo de saúde, do processo de trabalho, na revisão do processo de trabalho, nas necessidades da população em cada uma



das unidades básicas de saúde. Isso nos tem trazido um certo conforto, porque aquelas pessoas que antes eram apáticas, que não faziam questão de participar, inclusive em uma reunião com a nossa coordenação alguns disseram quando perguntado: “Queremos que além de atender a gente decida o que tem de fazer”.

Nós temos de ter esses fóruns de recuperação de gestão que estamos tentando criar, porque só com as pessoas decidindo é que elas se sentirão donas do modelo, donas daquilo que estão fazendo e vão defender. Mas, efetivamente, nós não temos hoje tantas pessoas assim com essa disposição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DOS FACILITADORES

Dr. Adalberto Barreto

Eu me graduei, fiz mestrado em Fortaleza e fui para a Europa onde fiz o meu doutorado em psiquiatria e antropologia. Seis anos depois eu voltei e dois fatos me humanizaram muito, me ajudaram, foram “puxões de orelha”. Minha mãe se aproximou e disse: “Meu filho, eu tive um sonho com você, tem um lado bom e um lado ruim. O lado bom é que você vinha falar, vinha gente do mundo inteiro lhe ouvir, e eu fiquei bem na frente, mas o lado triste é que você não me reconhecia”. Será que eu sou capaz de reconhecer os meus, ou será que o estudo me distanciou?

Uma semana depois eu estava no meu consultório, no Centro de Estudo da Família, já estávamos fechando o consultório quando chegou um carro, um táxi, que veio de uma favela: “O senhor é o dr. Adalberto? Eu estou com uma filha que tem um espírito que baixou nela e eu levei para o hospital e os médicos querem dar remédio e botar no meio dos doidos. Ela não está doida, ela tem um espírito! Disseram-me que o senhor entende”. Eu disse que estava bem, e pedi para ela descer do carro. Ela não quis descer e o pai disse: “Está vendo doutor, o espírito já percebeu que aqui é uma casa de força, porque se ele sair do carro ele não volta para casa”. Estávamos fechando o consultório, eu e mais dois colegas, outro professor da faculdade e um francês que estava conosco, e essa moça possuída sai do carro, mas visivelmente num surto psicótico, e o irmão segurando-a. De repente, o irmão entrou em transe, mudou sua voz, ficou com os olhos vermelhos: “Meu nome é Fernando da Gata, eu vim lhe buscar!” E eu disse, ele também tem isto?, e o pai respondeu: “Lá em casa está uma doídice, doutor! Lá onde eu moro, o banheiro é fora, todo dia de madrugada quando eu vou nele eu já levo uma peixeira, que eu não sei o que é que eu vou encontrar.” Certa vez quando o pai abriu a porta da cozinha, esse que agora virou Fernando da Gata estava em cima de um tamborete com uma corda amarrada no pescoço, no momento em que ele ia pular, o pai estava com a faca na mão e cortou, senão ele teria morrido.

Como psiquiatra eu percebi que poderia haver algo de incestuoso naquela relação, e depois soubemos que na realidade quando o irmão “não era ele” e a irmã “não era ela” eles mantinham relações sexuais, e quando voltavam à normalidade vinha a culpabilidade – ela com um surto psicótico e ele querendo se matar.

Mas não foi isso que me chamou a atenção. Então quando o pai foi buscar esse outro espírito que estava possuindo a filha e ele não quis ir, ele soltou a filha e ela caiu no chão. Nós, recém-chegados da Europa, olhávamos um para o outro, nos lembrando das teorias: “Nunca delire com o delirante”, ele está delirando... “Meu nome é Fernando da Gata, quem são vocês?”. O europeu, muito mais racional, disse: “Eu não conheço nenhum Fernando da Gata, conheço José, se José quer falar comigo, eu falo com José”. E o filho respondeu: “Mas eu não sou José! Você é José! Você é José!”. Logo virou aquela briga, e eu pensei que aquela alma penada estava querendo um contato conosco, mas não conseguia. E eu então rompi, sob a crítica do olhar dos outros, e disse: diga, Fernando!, “Quem é o senhor?” – eu sou dr. Adalberto – “Você é meu amigo?”, – sou – “Pois me dê a mão!”. Eu dei a mão, apertei: “Eu queria lhe fazer um pedido” – diga Fernando – “Eu queria que você curasse a minha menina!” – não disse minha irmã. Eu respondi, vou curar a sua menina e vou curar você, “Eu sou um espírito, não preciso de cura!”, desculpe, Fernando, eu vou curar só ela (a nossa mania de curar, eu já estava achando que tinha um doente ali).

Depois de muita conversa, ele se apresentou, mostrou a ficha de crimes que havia cometido, e depois – Fernando, já é quase meia-noite, está bom, devemos ir embora porque estamos cansados. “Não, vamos já!”. E depois, de repente, o Fernando foi embora, e a reflexão que me ficou foi: aonde é que eu estou que um pobre coitado de uma favela tem de usar da violência, da possessão, para chegar lá onde nós estamos? Tinha algo que me distanciava da minha prática, do meu povo, das minhas origens. E essa outra parte, que às vezes nós psicanalistas gostamos muito, eu nem fui me interessar mais pelo resto da história, embora tenha feito o tratamento, mas a reflexão que me ficou foi exatamente essa: se ele tivesse me procurado pelas vias legais, eu teria dito – já encerrou hoje, o senhor marca outra consulta.

Foi preciso ele passar pela violência da possessão para me atingir, o que significa que estamos em um mundo tão distante deste povo que quando um ousa descer, “Que foi que houve, você é um de nós? É da família, é tio dele?”. Não é. Então fica essa reflexão, que eu vou fazer um trabalho, embora eu esteja na academia, numa universidade, eu sempre digo aos meus colegas, eu estou aqui, mas o meu compromisso não é com vocês, é com a comunidade. É lá que eu estou, é lá que eu vou investir a minha competência, a minha inteligência, para chegar lá. Esses dois fatos foram fortes, esse rapaz, o Fernando da Gata, e o sonho da minha mãe – “você não me reconhecia”.



Essa questão lançada é muito freqüente quando nos humanizamos, quando descemos de onde estamos tem algo que acontece que faz a humanização acontecer.



Dra. Célia Regina Pierantoni

Gostaria de comentar em primeiro lugar sobre a questão dos novos perfis profissionais e das novas profissões. Hoje nós temos uma realidade na qual o trabalho das mulheres proporcionou mudanças na configuração da nossa sociedade. Quem cuidava dos velhos, ou levava as pessoas ao médico, ou ficava com as crianças eram as mulheres. Hoje elas trabalham. Você tem hoje uma mudança da sociedade que vai demandar novos tipos de atividade – há pessoas que já estão na “melhor idade” que agora vão para uma universidade, ou seja, estão exercendo outro tipo de atividade que não seja só ir para o caixa do banco, pagar a conta da família inteira, para pegar a fila de menor tamanho.

Se isso vai virar profissão, o que vai ser eu não sei. Nós aqui no Brasil temos de começar a pensar em algumas coisas, e eu não quero comprar briga nem com a enfermagem nem com a odontologia, por exemplo. Hoje, no sistema de saúde europeu, as parteiras são profissionais de saúde incluídas no grupo de assistência de referência, elas têm uma função definida. Estou dizendo isso para refletirmos. Da mesma forma, eu, por dever de ofício, fui banca de uma tese de doutorado de uma cirurgiã-dentista em que ela estudou a questão do prático no Brasil. Para quem não sabe o que é prático, é um dentista numa cidade onde não tem serviço odontológico, que geralmente era um ofício, ou seja, era uma profissão que o pai passava para o filho. Claro que isso está acabando, e claro que há uma forte regulação do setor da área odontológica em relação a isso.

Eu não estou defendendo que não tenha dentista, que tenha prático, que não tenha enfermeira, que tenha parteira. Nós temos de repensar e trabalhar junto com as corporações profissionais alguns modelos, e nem todo tipo de atividade necessariamente se transformará ou numa ocupação ou numa profissão.

Outro ponto em relação aos facilitadores – está sendo montado o Encontro Nacional de Facilitadores. Do ponto de vista específico, o conjunto dos facilitadores vai ter a oportunidade de se encontrar e trocar suas experiências. Do ponto de vista da atuação dos facilitadores, há um campo extremamente interessante que, se desenvolvido em nível local, será um potencial para a ação e para a melhoria da qualidade do sistema de saúde, para um trabalho com a questão do planejamento, do monitoramento, do acompanhamento, da avaliação dos programas de educação permanente.

Bom, no restante, eu só queria lembrar que temos uma mania de afirmar que aprendemos com o paciente, porém sem nenhuma referência. A primeira pesquisa que eu fiz foi quando entrei para a faculdade de medicina – um trabalho de microbiologia. A matéria microbiologia tinha o professor mais reprovador da faculdade, e porque nós tínhamos de ficar no laboratório apesar de não gostarmos, resolvemos fazer um trabalho com o pessoal da medicina social lá da Uerj.

A medicina social da época da Uerj estava em reestruturação e funcionava num local sujo, e nós resolvemos fazer uma investigação da contaminação das xícaras de café na comunidade de Vila Isabel. Bom, terminamos a pesquisa, mas o professor disse que a pesquisa estava boa, mas que nós não havíamos feito laboratório, e realmente não fizemos, porque nós colhíamos e entregávamos para alguém fazer a análise. Tivemos então de fazer outra pesquisa, que nós resolvemos realizar na Favela do Borel – que não era violenta como é agora, a realidade era bem outra. Era uma investigação sobre exame de fezes, ou seja, distribuímos umas latinhas para a comunidade colher.

Era o nosso primeiro ano médico, colheríamos o material e levaríamos para o laboratório para fazer todos os procedimentos e contentar o professor: já era um trabalho de recuperação. Fizemos isso na véspera do Natal, na véspera do fim de ano, subíamos o morro e, naquela época – um calor no Rio de Janeiro – havia muita solidariedade das pessoas, nós entrávamos nas casas, fazíamos uma amostragem e entrávamos de dez em dez casas. A solidariedade das pessoas com o nosso trabalho deu um índice de retorno das latinhas de 92%, e eles não sabiam bem nem quem éramos. Houve todo um trabalho, eles sabiam que nós não éramos médicos, que éramos estudantes, mas a solidariedade das pessoas, sabendo que o exame ia retornar – esse era um compromisso que havíamos assumido com a Associação de Moradores.

Essa separação entre o usuário, a comunidade e o profissional de saúde nós construímos ao longo do tempo, há a violência que nos distancia, por exemplo, mas seguramente nessa compreensão do trabalhar com o cidadão, trabalhar com as pessoas, não existe essa diferença. Há mesmo uma delimitação, até às vezes social, como o caso da violência que delimita, pois hoje, seguramente, nenhum pai, de nenhum aluno de faculdade de medicina vai deixar que esse trabalho seja feito na Favela do Borel. Nem os pais e nem os traficantes, é óbvio. O que eu queria falar nesse momento é sobre essas mudanças.

Dra. Maria Luiza Jaeger

Primeiro, uma das coisas que vemos nesse conjunto de pôsteres é quanto o povo, os cuidadores em saúde mental nos ensinam sobre o cuidado. Quanto os sujeitos, o cidadão usuário desse sistema nos ensinam, como dito, o cuidado com os cuidadores.



Quem anda pelos espaços da Expogest percebe que este encontro juntou as experiências de todas as áreas sobre saúde da mulher, saúde bucal, hospital. Não é um encontro específico sobre a saúde da família, a atenção básica, ou não é um encontro do que hoje está acontecendo na rede hospitalar do país, mas sim é a riqueza do que está acontecendo no sistema.

É neste ponto que eu lembro também da importância do facilitador, tanto quanto dos facilitadores da educação permanente – alguém que ajude na discussão, que ajude a conversa a acontecer, que ajude as pessoas a se manifestarem, é importante. Esse encontro demonstra isso, e o trabalho realizado pelo Ministério da Saúde junto com a Fundação Oswaldo Cruz demonstra isso.

Além disso, gostaria de sugerir a todos vocês que mandem para o DAD, além da apresentação em papel já enviada, os pôsteres, pois eles são muito mais ricos do que isso. Com o arquivo dos pôsteres, o Ministério poderá publicá-los. Ele é extremamente importante para as pessoas pensarem sobre sua realidade. Sugiro a todos vocês que ousem ir além, ousem escrever mais sobre isso.

Dr. Adalberto Barreto

Hoje nós estamos falando muito sobre humanização, sobre o cuidado humanizado, mas existem implicações que mereceriam um dia só para refletir sobre isso. Tratar a doença é algo lucrativo, quantitativamente é mais lucrativo, cuidar do doente é uma perda de tempo. É isso que ocorre geralmente.

Eu gostaria de ilustrar com uma história. Havia dois índios tomando banho num rio quando viram duas crianças se afogando, aí cada um salvou uma, aí apareceram quatro, cada um salvou duas. Aí apareceram oito, e foi, quanto mais eles tiravam, mais aparecia, e lá pelas tantas um disse: fica salvando as que tu pode que eu vou ver quem está botando esses meninos dentro d'água! É claro que para aquele que estava salvando as crianças afogadas o colega não foi solidário, ele foi perder tempo. É essencial salvar os que estão pulando, mas é essencial também saber quem está jogando esses meninos dentro d'água.

É chegado o momento talvez de repensarmos, de encontrarmos modelos qualitativos que possam avaliar e dizer que é legal, que é bom. Nós dizemos que é bom porque está animado, mas quantitativamente como é que medimos essa felicidade ou esse resultado? Talvez a longo prazo, quantitativamente, uma pessoa que é atendida, muito bem atendida, possivelmente se ela tiver de voltar, voltará um ano depois. Se ela for mal atendida ela vai voltar uma dez vezes para ver se consegue de grão em grão encher o papo do atendimento.

Então fica a proposta que em um outro momento se discuta para criarmos instrumentos desses: quando fazemos uma sessão de terapia comunitária que tem cem pessoas, conta o quê? Se paga o quê? Nada! Tem muita gente? Não, não tem, só tem grupo! Que nós

repensássemos isso, eu acho que você tem razão de lembrar que não basta decidirmos amarrar o chocalho no rabo do gato, basta saber quem vai botar e como é que nós vamos fazer isso.

Dra. Maria Luiza Jaeger

Muitas pessoas falaram sobre a questão do cuidado, e a história no país do pagamento por produção levou muito a que isso fosse absolutamente negligenciado. Várias ações que o Ministério tem feito junto, sempre em decisão coletiva – Conass, Conasem e Conselho Nacional de Saúde –, são fundamentais para essa mudança. Ações como a totalização dos hospitais universitários, o repensar a proposta para os pequenos hospitais, o pacto de gestão.

Concordo que precisamos cada vez mais – e é isso que está fazendo esta Mostra – divulgar o que está acontecendo e como está acontecendo em relação a cuidado. E isso o encontro mostra o quanto está sendo feito, desde uma unidade, desde uma UTI, como é o caso de Uberlândia, até a Unidade de Atenção à Saúde da Família em algum lugar. Uma das responsabilidades do Ministério da Saúde é possibilitar formas de divulgar e trocar experiências.

Ao mesmo tempo, como o participante colocou, tem determinadas coisas que no momento em que os trabalhadores e a população se aliam para manter, independentemente de mudança do gestor, não voltam para trás. E isso nós vemos acontecer em vários lugares, e teremos de conseguir com que isso aconteça sempre, esse é um dos grandes desafios que temos.

O Davi Capristano propôs a valorização do entendimento para o conjunto de trabalhadores de saúde – e não só o médico – inseridos nesse cuidado, nesse espaço. Mas existe – e o Ministério sabe muito bem disso – uma imensa resistência da categoria médica em relação a isso, e esse é um embate o tempo inteiro, um embate que o Ministério tem discutido, nesse momento, com a política da saúde da mulher, etc. e tal. Agora não tem de pagar o “fulaninho”, ou o “beltraninho” ou o “cicraninho”; temos de considerar que há um conjunto de pessoas que são importantes, e não podemos dizer que enfermeira obstétrica ou que parteira não faz parto neste país. E está aí o grupo da Neps que tem o Movimento das Parteiras, e que é fundamental, quando vamos para a Amazônia Legal: quem é que faz parto?

O reconhecimento das ações que acontecem no país, esta é uma das nossas dificuldades. A questão das fronteiras, esta é uma discussão que o participante comentou, o modo como iremos trabalhar tem de ser construído coletivamente com os países da América Latina; e principalmente para o Brasil, que tem uma imensa fronteira. E a Opas tem trabalhado sempre com o Ministério, com as secretarias estaduais, com as secretarias municipais em relação a isso.

Em relação à questão da participante de Juiz de Fora, eu penso que sempre é uma briga por mais espaço e por resistência. Por exemplo, nós levamos o tempo que levamos para provar no



Conselho Nacional de Saúde que a homeopatia, a acupuntura e outras práticas fazem e devem fazer parte do SUS. Isso foi agora, há um mês que conseguimos aprovar isso. É preciso terminar com a precarização do trabalho em saúde no Brasil, do contrário não conseguiremos produzir cuidado. Com a rotatividade, por exemplo, que se tem na saúde da família é absolutamente impossível garantir o que dizemos que a saúde da família pode fazer.

Eu acho que pela primeira vez um governo federal assume isso como uma questão dele – e isso tem de ser cobrado em relação aos próximos programas de governo –, o problema de o SUS enfrentar, e enfrentar para ontem, a questão da precarização, do plano de carreira e de uma vez por todas transformar a formação dos trabalhadores de saúde, em todos os níveis.

Em vários trabalhos da Mostra aparece a questão da equipe multidisciplinar, desse trabalho partilhado, de um conjunto de profissionais das mais diversas origens, ou na mesma categoria profissional, seja na área de saúde bucal ou de enfermagem fazendo esse trabalho partilhado. A experiência que tivemos com o Versus lá no Rio Grande do Sul e depois nacionalmente, isso tem de começar lá na escola, isso tem de começar lá na formação. Nós temos de fazer com que cada vez mais a formação também tenha espaços de compartilhamento, espaços de trabalho em conjunto.

Toda a proposta dos Pólos de Educação Permanente – com todos os problemas que eles tiveram! Porque tudo que é novo não funciona muito bem no início do SUS, e depois acaba funcionando. Quem acompanhou a história e se lembra como eram os Conselhos Municipais de Saúde e o que são hoje sabe o quanto brigamos para que as coisas mudem. É fundamental, de uma vez por todas, fazer os atores da educação e da saúde sentarem, conversarem e construir em junto a partir da realidade prática do dia-a-dia, da vida, do trabalho em cada lugar.

Dra. Célia Regina Pierantoni

Quanto à questão da profissionalização, podemos dar o exemplo da própria área da saúde e de como se construíram alguns campos de conhecimento a partir da profissão médica e de outras profissões. Quando trabalhamos nessa área de política pública, temos de ter claro que há um processo histórico e de legitimação social. Ou seja, por que é que determinadas ações vingam e outras não vingam? Porque ela tem de ter a legitimação social. A necessidade desses novos profissionais vai fazer com que tenhamos de repensar modelos de financiamento que já estão sendo repensados.

Toda essa questão da reestruturação do pacto de gestão, dos outros pactos que estão em curso, tudo isso passa por uma certa reflexão sobre esse modelo de financiamento por unidade de serviço, seguramente ele não atende ao próprio sistema. Em uma política pública temos de tomar cuidado com rótulos. Eu sempre detestei rótulos e siglas, eu sou péssima para siglas. Então, como já

explicitado aqui, às vezes pensamos que estamos inovando, mas estamos repetindo as mesmas coisas com um nome novo.

O que é importante, no que o SUS dá e nos mostra, é que não exista quem inventou o quê, quem criou o quê, quem chegou antes; o que temos são processos de aprendizado no campo do cuidado à saúde, que vão reconfigurando o trabalho, o processo de trabalho, e incorporando outros atores que antes não eram pensados. A experiência do SUS é essa, ela é muito rica, e quanto à preocupação de não estarmos falando do “cuidado”, pois eu estou feliz da vida que esta reunião esteja trabalhando com os trabalhadores que fazem o “cuidado”. Porque hoje, pela primeira vez, se vê um movimento, não só aqui no Brasil, mas no mundo, com o trabalhador de saúde na centralidade da discussão da política pública de saúde.

Ele nunca esteve na centralidade como está hoje; o que quer dizer que hoje se reconhece que se deve considerar essas questões do trabalho ou do trabalhador, que se chame como quiser, não importa! Em qualquer processo de pesquisa, a área de recursos humanos está necessariamente incluída. Eu não chamo a área de recursos humanos de recursos humanos...., mas precisamos reconhecer que temos de usar o nome, e outros mais que pode ser que mudem adiante. Então é importantíssimo termos essa discussão aqui, agregando, inclusive, novas maneiras de pensar e de trabalhar.

O SUS não tem fórmula, mesmo porque quem acabou com as parteiras não foram os médicos, foram as enfermeiras que acabaram com as parteiras, mas, enfim, eu não quero entrar nessa polêmica, nem com enfermeira nem com médico, o importante é criarmos alguns pontos de reflexão.

Há uma pergunta específica sobre investimentos na questão da formação. Nós temos tido um empenho especial nessa articulação com o MEC — Ministério da Educação — em relação ao desenvolvimento de atividades, e não houve interrupção de nenhuma delas: as atividades do Versus, do Fórum de Instituições de Ensino para a área de graduação, as atividades da formação dos Ativadores de Mudança, o Pró-Saúde, a formação de redes de especialização, a expansão da residência em saúde da família e da residência multiprofissional. Ou seja, nós temos articulado intensivamente uma série de ações que estavam já em andamento e outras novas.

Levemos em conta o seguinte: existem apenas dois países do mundo que têm o sistema de saúde junto com o sistema educacional, um eu me lembro que é Cuba, o outro eu não me lembro. Então no mundo inteiro nós temos o sistema educacional separado do sistema de saúde. Nós temos grande chance de mudança, quem estava em 85, 84, 83 não poderia imaginar que hoje nós teríamos esse sistema de saúde, essa possibilidade de estar discutindo esse SUS, com essa capacidade de discussão e de inovação.

Nós temos de acreditar na capacidade de mudança, entendendo que o sistema educacional tem questões específicas, ele



é difícil, mas não podemos deixar de dar o reconhecimento social para as capacitações.

Um participante comentou sobre a questão do recebimento, que hoje inclusive está regulamentado por lei, essa discussão de instrutor, preceptor de serviço, isso é muito antigo e parece-me que uma coisa não vai excluir a outra. Hoje já existe uma legislação para isso, teremos de normalizar como capacitação, como formação, e o nível local terá de se articular conosco. Como é que trabalhamos isso? Não adianta tentar executar uma enormidade de projetos, com uma enormidade de instrutores, tudo virar capacitação sem que isso tenha um acompanhamento e uma avaliação.

No mais, eu queria agradecer muito, em meu nome e em nome da Secretaria, a possibilidade de estar aqui convivendo com vocês, e especialmente de freqüentar essas vivências e essas experiências tão ricas do nosso sistema de saúde. Obrigada!

Dr. Horácio Toro Ocampo

Eu vou responder ao colega simplesmente indicando que a Opas acompanha as iniciativas, as prioridades e as políticas marcadas pelo próprio Ministério da Saúde. No momento, estamos acompanhando tudo sobre o desenvolvimento do Sistema Integrado de Fronteiras, e como a Opas acredita que esse é um direito dos Sistemas de Serviço da Fronteira, nós achamos que essa é uma estratégia em um mundo globalizado para prevenir e controlar as doenças que podem vir dos outros lados, e por último nós achamos que esse é um direito das pessoas que convivem na faixa de fronteira. Nesse sentido, a Opas não toma decisões sobre qual projeto é aprovado, nós acompanhamos as decisões do próprio Ministério, mas temos umas experiências muito boas com a Secretaria de Atenção à Saúde e com as Secretarias Municipais no longo trecho das fronteiras.

O SUS é um modelo que eu vi nascer, nos anos 85/86. Quando eu era assessor da Opas em Saúde Materno-Infantil, participei das primeiras discussões técnicas dos sanitaristas do país, e depois de 12 anos quando volto ao país fico admirado com os grandes avanços do SUS. Creio que somos atores importantíssimos, e temos a capacidade de poder seguir e continuar desenvolvendo algo que, na minha maneira de ver, é único na região das Américas. E especialmente creio que, recorrendo às orientações do Adalberto, temos de humanizar nossa atenção, temos de participar mais com as comunidades, adequando-nos às realidades, às especificidades, e especialmente à diversidade deste grande país.

Agradeço a presença de todos, quero parabenizar a todos e a cada um de vocês, não pela presença aqui hoje à noite, mas sim pelo trabalho que vocês fazem dia-a-dia, lá onde lhes toca serem os atores principais do SUS. Antes de concluir, vou dar um minuto à Maria Luiza, para que apresente um *slide*. Muito obrigado pela presença.

Dra. Maria Luiza Jaeger

Eu peço que coloquem um *slide*, porque essa música ficou na minha cabeça desde que eu “botei o pé” aqui no início do encontro, porque eu acho que é um pouco o que é a Mostra, é uma música do Gonzaguinha chamada “É”. Não, eu não consegui a música, eu só tenho a letra, gente! Eu tentei!

Todos cantando juntos: É! A gente quer valer o nosso amor, a gente quer valer nosso suor. A gente quer valer o nosso humor. A gente quer do bom e do melhor. A gente quer carinho e atenção. A gente quer calor no coração. A gente quer suar mas de prazer. A gente quer é ter muita saúde. A gente quer viver a liberdade. A gente quer viver felicidade. É! A gente não tem cara de panaca! A gente não tem jeito de babaca!

A gente não está com a bunda exposta na janela pra passar a mão nela! É! A gente quer viver pleno direito. A gente quer viver todo respeito.

A gente quer viver uma nação. A gente quer é ser um cidadão. É...





EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS ESCOLAS

Autor Principal: Ada Farias Oliveira Lima

Outros Autores: Elenice Pereira de Souza; Raimundo Nonato; Apolo Paulo da Silva;

Maria Clara da Silveira

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde vem sendo modificado aos poucos para atender aos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. Atualmente o Ministério da Saúde utiliza a Atenção Básica como importante estratégia nas ações em saúde. O modelo curativista vem perdendo força, pois se percebeu que seu efeito é imediatista dificultando a permanência do estado saudável do paciente e gerando gastos muito maiores para o governo do que investir na promoção a saúde e na prevenção de diversas doenças.

A Política Nacional de Atenção Básica caracteriza este nível de atendimento “por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. (MS, 2006)

Um dos instrumentos de grande valia nesse processo aqui no Distrito Federal (DF) é o Programa Família Saudável (PFS) “que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil”. (MS, 2006)

Nossa equipe funciona junto ao Centro de Saúde nº 01 de Brazlândia, sendo caracterizada como Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS. Compõe-se por uma enfermeira e 9 agentes comunitários de saúde (ACS) e iniciou suas atividades final do mês de janeiro deste ano.

Com base nos princípios do SUS, a integralidade da assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. (MS, 2004)

Dessa forma, atuar no PFS junto à comunidade, aliando-se as instituições, entidades, associações do local, grupos religiosos, é essencial para uma assistência integral e dinâmica.

Acreditamos na importância de trabalhar saúde com os escolares, pois estão abertos ao aprendizado e apresentam pouca resistência em absorver o novo. Possuem grande compreensão do que lhes é transmitido e facilmente se tornam multiplicadores do conhecimento.

Trabalhar saúde nas escolas promove a formação de hábitos saudáveis de vida, à adoção de comportamentos de baixo risco à saúde e, pretende contribuir para formação de espírito crítico, desenvolvimento da capacidade criativa e para a assimilação dos valores e técnicas fundamentais da cultura a que pertence o educando. (MS, 2004)

Socialmente, os objetivos da educação em saúde podem ser sumarizados em: desenvolvimento do senso de responsabilidade social; instrumentalização do educando para que participe conscientemente das transformações e do progresso social; formação política para o pleno exercício da cidadania; formação para as parcerias e solidariedade e integração social. (MS, 2004)

Essas características tornam esse grupo extremamente acessível e de sumo valor para a realização de atividades de educação em saúde.

OBJETIVO

Realizar atividades de Educação em Saúde nas escolas do Setor Norte de Brazlândia.

METODOLOGIA

A metodologia participativa é a de escolha do PACS, pois proporciona participação ativa das crianças permitindo maior facilidade no aprendizado organizando na mente o que lhes está sendo ensinado, dando abertura para colocações e esclarecimento de dúvidas.

Teatros, fantoches, palestras com figuras e oficinas são meios esclarecedores e que conseguem promover a participação das crianças.

A interação entre o coordenador da atividade e os escolares precisa ser efetiva, de preferência de uma forma divertida e descontraída, sem coibir os participantes.

A temática é estabelecida conforme solicitação da escola, escolha da equipe em vista das necessidades apresentadas pela população ou temas das campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Saúde.



RESULTADOS

Nossa aproximação com os escolares foi muito positiva. A direção nos acolheu e apoiou fornecendo todos os meios necessários para realizarmos um bom trabalho.

O primeiro contato com os alunos de uma escola foi apresentação de teatro de fantoches para alunos de 1ª a 4ª série em que os personagens eram os ACS, a comunidade e a enfermeira do PACS abordando a Dengue e a Tuberculose, esta última em virtude da semana de campanha.

Durante e após o teatro houve a participação verbal das crianças, inclusive com intuito de avaliar o aprendizado delas. Posteriormente muitos vieram nos abraçar e comunicar que tinham gostado da apresentação. A diretora na semana seguinte, comentou que os alunos discutiam sobre os temas abordados entre eles e com os professores, em sala de aula.

Em uma segunda escola por ser de 5ª a 8ª série realizamos mini-palestras em sala distribuindo panfletos e abrindo espaço para perguntas sobre Tuberculose.

Na semana seguinte o PACS convidou a equipe de teatro da Dengue da Vigilância Epidemiológica do DF fazer uma parceria e realizar apresentação no turno da manhã para os alunos de 1ª a 4ª série. A equipe da dengue levou amostras das fases de desenvolvimento do mosquito *Aedes aegyptis* para demonstrar e explicar como ocorre a sua evolução e reprodução, houve teatro e músicas. A forma descontraída e o contato dos alunos com a prática proporcionaram um aprendizado em saúde eficiente, efetivo e dinâmico.



“SAÚDE EM CASA”: PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR/ COMPONENTE PÓS-HOSPITALAR (GHC)

Autor Principal: Adelaide Konzen

Outros Autores: Kich; M.; Rathke; C.; Ramos; A.; Piccinini; G.; Moraes; E.; Rosa; J.; Fontes; E.; Gorninski; I.

Instituição: Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) - Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

Considerando a transição demográfica (envelhecimento da população) pelo qual o Brasil vem passando de forma acelerada, juntamente com a mudança do perfil epidemiológico das doenças (de infecto-contagiosas para crônico-degenerativas), urge repensarmos o Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de construirmos alternativas viáveis na produção e implementação de cuidado em saúde pós-hospitalar, considerado como um período de adaptações e fragilidades para pessoas e famílias. É necessário também articular a prestação de assistência entre hospitais, postos de Saúde, comunidades, etc., com foco na integralidade e continuidade do cuidado, atendendo as demandas e necessidades da maioria da população. Diante desta realidade, implementamos o “SAÚDE EM CASA”, conhecido no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) também como Programa de Assistência Domiciliar (PAD), que atende pessoas internadas nos quatro hospitais do Grupo, residentes na área de atuação do Programa, com quadro clínico estabilizado, diagnóstico e tratamento definidos, desde que este tratamento possa ser implementado em casa.

Outras características do Programa são:

-Deve ter consentimento assinado pela pessoa ou responsável;

-O tempo de permanência no Programa é determinado pela complexidade do cuidado, evolução e vinculação com serviços de saúde da comunidade onde reside o usuário, de tal forma que tais serviços possam dar suporte por tempo indeterminado à pessoa/família/cuidadora;

-Cada caso é discutido/“passado” à equipe do Posto de Saúde daquela comunidade, permitindo troca de conhecimento, saberes e realidades.

OBJETIVOS GERAIS

- Discutir, implementar e construir alternativas de assistência, compondo as linhas de cuidado e redes de assistência;

- Capacitar famílias/cuidadoras, permitindo a troca de informações, conhecimentos e saberes entre profissionais de saúde dos diversos níveis de atenção e população;

- Articular suporte para implementação do cuidado na comunidade, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida e saúde dos usuários do SUS.

Assim como também, iniciar movimento de “desospitalização”, otimizando o uso dos leitos, diminuindo as reinternações, reduzindo o tempo de permanência e o risco de infecções hospitalares.

METODOLOGIA

Análise quanti/qualitativa do Programa se dá através das avaliações realizadas nas unidades de internação, nas visitas domiciliares, nos registros em prontuários hospitalares e domiciliares, em atas, fotos, depoimentos de profissionais de saúde e usuários do Sistema.

Esta proposta foi apresentada e discutida com os profissionais das unidades de internação hospitalar e nos 39 Postos de Saúde que compõem área de atuação (zona norte e adjacências da cidade de Porto Alegre, com uma população aproximada de 370 mil habitantes, de classe média e baixa, moradoras de áreas de risco e zonas de tráfico).

RESULTADOS E APRENDIZADOS

O “Saúde em Casa” tem sido bem aceito pela população em geral, que carece de informação sobre sua situação de saúde, de forma clara, simples e compreensível, aderindo ao tratamento e capacitando-se para os cuidados de saúde consigo e com o(s) outro(s), adquirindo independência para produção de cuidado de acordo com a sua realidade, com acompanhamento e orientação da equipe do PAD.

A implementação e a qualidade do cuidado no domicílio em sua maioria não dependem somente do nível sócio econômico da família/cuidadora, o que o determina são as relações de afeto estabelecidas historicamente pela pessoa que adoeceu.



Observa-se que as maiores resistências decorrem de idéias pré-concebidas das equipes de saúde a nível hospitalar, que têm dificuldade em reconhecer outras possibilidades de cuidado fora do ambiente hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão está sempre em pauta, dentro e fora dos hospitais no sentido de produzir não somente um “jeito” diferente de atender as pessoas, mas também de refletir a necessidade de mudança na cultura da prestação de assistência em saúde e produção de cuidado, que atenda as necessidades da população, preenchendo uma “lacuna” entre assistência hospitalar e a domiciliar e formando vínculo com a Rede Básica.



RESGATANDO A CIDADANIA

Autor Principal: Adelar Antonio Pereira do Nascimento

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde e Meio Ambiente

Município: Cachoeira do Sul

Estado: Rio Grande do Sul

A cada dia, convivemos e apreciamos o aumento de casos de AIDS em nosso município e região, conduzindo-nos a uma análise mais profunda sobre a forma e qualidade de vida de assistência/programas de saúde que estão a dispor da população em geral, e, em particular, dos usuários de drogas injetáveis e sua rede de interação social.

E em 1995, o percentual de casos de AIDS ligado ao uso de drogas injetáveis era de 9,1% no país e no ano de 2001, passou a ser de 33%, perfazendo um aumento de 23,9% na relação AIDS X Drogas injetáveis.

Apõe a análise e reflexão deste contexto, o município de Cachoeira do Sul, através da equipe do Ambulatório de DST/AIDS, implantou o projeto de redução de danos para minimizar as consequências adversas do uso de drogas injetáveis, diminuindo a disseminação da AIDS, hepatite e agentes de alta infectiosidade.

Pois, através de ações e estratégias educativas, legais e promocionais de saúde, dirigidas aos usuários de drogas injetáveis, que o programa de redução de danos se estrutura e se qualifica, modificando paradigmas já existentes.

O objetivo primeiro é buscar a diminuição dos casos de HIV/AIDS, bem como outros danos, associados ao uso de drogas injetáveis, através de ações e estratégias de redução de danos.

Especificamente, buscar promover ações que sensibilizem a comunidade em geral e também assegurar ações de sustentabilidade e continuidade do projeto de redução de danos,, junto as entidades e órgãos interessados e vinculados com a saúde pública.

O projeto de redução de danos foi justificado, vislumbrando os seguintes itens para sua implantação:

-Garantir a toda a população o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, sem preconceitos e privilégios de qualquer natureza.

-Assistência à saúde deve ser igualitária, com ações e serviços de vida de determinados indivíduos e grupos da população.

RESUMO

O ACS da travessa Virgílio Jaime Zinn, anteriormente intitulado "Beco dos Trilhos" e os Redutores de Danos criaram alternativas junto à comunidade que visasse a busca da prevenção

ao uso e abuso de drogas. A equipe programou e organizou a 1ª tarde da Criança no Beco dos Trilhos. Atividade foi desenvolvida no dia 10 de junho de 2003, às 14:00hs no Salão comunitário Sagrado Coração de Jesus.

O objetivo geral desta atividade foi criar espaço na comunidade, onde se pudesse trabalhar com os moradores ao abuso das drogas e em consequência a redução de danos em todos os sentidos com as crianças e suas mães.

A primeira atividade realizada foi assistir ao filme chamado "vida de Inseto", que narra sobre as alternativas e buscas realizadas pelos insetos, para enfrentar as adversidades e os domínios de insetos maiores e mais poderosos.

A segunda atividade, foi apresentada o jogo de acapoeira para as crianças sendo mostrado que o esporte, assim como outras atividades sadias, ajudam as pessoas a se distanciarem das drogas.

PALAVRAS CHAVES: Resgate; Criança; Vida.

DESCRIÇÃO DA PRIMEIRA ATIVIDADE REALIZADA

A equipe do projeto de redução de danos programou e organizou a "1ª Tarde da Criança no Beco dos Trilhos". A atividade foi desenvolvida no dia 10 de junho de 2003, às 14:00s no Salão Comunitário Sagrado Coração de Jesus.

Inicialmente foram arrecadados brindes e gêneros alimentícios (pipocas, refrigerantes, chocolate, salgadinhos, bolachas) na comunidade, sendo todos de doações espontâneas, os nomes dos doadores foram colocados em um livro de registro para fins de comprovação.

O objetivo geral desta atividade foi organizar um espaço que visasse a busca da prevenção ao uso e abuso de drogas. Além disso, apresentaram o projeto os redutores e o trabalho realizado no bairro para as crianças e suas mães, como forma de divulgação do nosso trabalho..

Outro ponto a ser mencionado, diz respeito aos objetivos específicos das atividades realizadas, tendo como norteador e foco principal: a criança.

Visamos mostrar para crianças que, existem alternativas além das drogas como também, buscamos conhecer e mapear o



universo da criança ao conviver com a droga, para que assim pudéssemos conhecer a realidade do local e a mesma a suportar e enfrentar tal convívio.

Foi assistido ao filme "Vida de Inseto", em seguida foi realizado um espaço de conversação sobre o mesmo, como também a confecção de desenhos envolvendo o tema em questão.

Após foi feito o sorteio dos brindes entre os participantes e distribuição do lanche.

- Diminuição da contaminação da ordem de um terço na incidência da HIV/AIDS; entre os usuários de drogas injetáveis que participam do programa de redução de danos, pois o que não aderem tem um risco maior acrescido de 7^a8 vezes, tendo maior chance de contrair o vírus do HIV;

- Fazer com que os usuários de drogas injetáveis usufruem os benefícios oferecidos pelo programa, uma vez que dificilmente os mesmos compareçam aos serviços básicos e/ou sanitários;

- Mapear e registrar os casos de HIV/AIDS referente ao uso e compartilhamento de drogas injetáveis.

DESCRIÇÃO DA SEGUNDA ATIVIDADE

No dia 30 de junho de 2003, foi apresentado a Capoeira para as crianças do Beco dos Trilhos.

Tendo em vista que esta comunidade encontra-se com risco acrescido em HIV/AIDS, requerer pela equipe trabalhos que vislumbrem uma prevenção maior efetiva principalmente no que tange aos trabalhos de redução de danos.

Com a apresentação, houve um grande interesse e foi criado em agosto de 2003 um grupo de alunos.

Os treinos são realizados todas às sextas-feiras, no Salão Comunitário, tendo como professor voluntário Carlinhos (já falecido) e supervisão do redutor de danos Gilmar.

Em novembro de 2003 foram confeccionados uniformes para o grupo, com os quais foi possível a realização da apresentação da comunidade para a cidade no dia 1º de dezembro, Dia Mundial de Combate a AIDS, na praça principal da cidade, bem, como em alguns outros pontos, dentre estes algumas escolas.

Atualmente o grupo de capoeira vem realizando seus treinamentos e contando como apoio da equipe do projeto redução de danos.



CINEMINHA EM CARTAZ: SAÚDE DA CRIANÇA

Autor Principal: Adelma Tatiely M. Silve

Outros Autores: Janira F. Gomes; Denise R. de Moura; Tatiana B. Fonseca; Eva

Eunice da Cruz; Abadia C. Rocha; Francisca Santos

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, “Saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência da doença, “Saúde é um direito fundamental do homem e a promoção da saúde é essencial para o desenvolvimento sócio-econômico e contribui para melhorar a qualidade de vida e para alcançar a paz mundial.

A Equipe 396 do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do Recanto das Emas, Brasília-DF na suas atribuições diárias de promoção da saúde elaborou este projeto para ser implementado junto à comunidade, especificamente mães, pais e responsáveis, podendo, também, fazer parte e palestras em escolas. O Recanto das Emas possui aproximadamente 118.000 habitantes. A área de atuação do PACS está inserida na abrangência do Centro de Saúde 01 desta Regional e atende a uma população de 30.000 pessoas. A população cadastrada da equipe é de 8421 habitantes sendo 1645 crianças de zero a 12 anos.

OBJETIVOS

Pretende-se com este projeto melhorar as condições de saúde das crianças, diminuir as doenças prevalentes na infância e diminuir o número de atendimentos e internações hospitalares.

METODOLOGIA

O projeto está sendo apresentado através de um cineminha confeccionado artesanalmente com caixas de papelão, isopor, tintas guache, papel ofício contendo informações e desenhos sobre o cartão de vacinas, aleitamento materno, cartão da criança e doenças mais prevalentes na infância. O cineminha têm sido apresentado nas reuniões de CD (crescimento e desenvolvimento), nas microáreas de abrangência e também nas escolas.

CONCLUSÃO

Após três meses de trabalho percebe-se um grande interesse das mães, pais e responsáveis na adesão do grupo de CD.

Ainda encontra-se resistência dos responsáveis na aplicação do que é aprendido. O trabalho de promoção da saúde é muito eficaz, porém com resultados a longo prazo, com isso insistimos para que um dia colhamos frutos destas sementinhas plantadas hoje.

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

CINEMINHA EM CARTAZ: SAÚDE DA CRIANÇA

SILVA, Adelma Tatiely

Introdução

Segundo Organização Mundial de Saúde, “Saúde é um estado completo de bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”. Saúde é um direito fundamental do homem e a promoção da saúde é essencial para o desenvolvimento econômico e social e contribui para melhorar a qualidade de vida e para alcançar a paz mundial. Saúde da criança é um campo de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças na infância.

A equipe 396 do Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Recanto das Emas - DF na suas atribuições diárias de promoção da saúde elaborou este projeto para ser implementado junto à comunidade, especificamente mães, pais e responsáveis, podendo, também, fazer parte de palestras em escolas. O Recanto das Emas é uma das cidades satélites de Brasília, possui aproximadamente 118.000 habitantes. A área de atuação do PACS está inserida na abrangência do Centro de Saúde 01 do Recanto das Emas que atende uma população de aproximadamente 30.000 habitantes. A população cadastrada pela equipe 396 é de 8.421 habitantes sendo 1.645 crianças de zero a 12 anos.

Objetivo

- Melhorar as condições de saúde das crianças;
- Diminuir as doenças prevalentes na infância;
- Diminuir o número de atendimentos e internações hospitalares.

Metodologia

O projeto está sendo implementado através de um cineminha confeccionado artesanalmente com caixa de papelão, isopor, tinta guache, papel ofício contendo informações e desenhos sobre vacinas, aleitamento materno, alimentação da criança, cartão da criança e doenças mais prevalentes na infância.

O cineminha está sendo apresentado nas reuniões de grupo de CD (Crescimento e Desenvolvimento) nas microáreas de abrangência e também em escolas. Após cada apresentação há um tempo para questionamentos e esclarecimentos de dúvidas.

Conclusão

Após três meses de trabalho com este projeto percebe-se um grande interesse das mães, pais e responsáveis na adesão e participação ao grupo de CD, mas ainda encontramos resistência dos responsáveis na aplicação do que é aprendido com o cineminha. O Trabalho de Promoção da Saúde é muito eficaz, porém com resultados a longo prazo, com isso insistimos para que um dia colhamos frutos destas sementinhas plantadas hoje.

A Equipe do PACS 396 pretende seguir as dúvidas da comunidade de uma forma fácil de entendimento como o cineminha.



CAPACITANDO PARA SALVAR O FUTURO

Autor Principal: Ademilde Machado Andrade

Outros Autores: Maria Conceição de F. Rollemberg; Josevanda Franco; Liane Rocha Machado

Instituição: Secretaria de Estado da Saúde

Município: Aracajú

Estado: Sergipe

INTRODUÇÃO

Na última década, a violência infantil tem ocupado um espaço importante na mídia e na vida das pessoas. Segundo a Organização Mundial de Saúde, tem se tornado um problema de saúde pública, constituindo-se hoje a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir dos 5 anos de idade.

É um fenômeno complexo, resultado de uma combinação de fatores individuais, familiares e sociais que são encontrados em todos os grupos socioeconômicos, culturais, raciais e religiosos da sociedade, na maioria dos países do mundo.

A incidência da violência infantil tem sido maior em grupos socioeconômicos mais baixos devido, em parte, ao estresse crônico urbano e a problemas de socialização. O abuso da criança e adolescente está dentro de um contexto social que exige soluções rápidas e imediatas dos profissionais que estão comprometidos com a causa.

Criado no Brasil em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente através do seu artigo 13º *“determina a obrigatoriedade da notificação ao conselho tutelar, de todos os casos suspeitos de maus tratos contra criança/adolescente, independente das demais providencias legais cabíveis”*.

JUSTIFICATIVA

No Estado de Sergipe, preocupado com essa situação, o Núcleo de Apoio à Infância e a Adolescência do Ministério Público de Sergipe (N.A.I. A), através da Promotoria de Justiça, lançou o Projeto SALVE – Sistema de Aviso Legal por Violência, Maus Tratos ou Exploração contra Crianças e Adolescentes, a ser implantada em toda rede pública e particular de Saúde, Educação e Ação Social do Estado.

Esse projeto permite estabelecer processo de comunicação para os casos de violência, maus tratos ou exploração contra crianças ou adolescentes, bem como procedimento de monitoramento contínuo, tanto para apuração de responsabilidades quanto possibilitar a proteção das vítimas.

Diante do exposto, a SES foi convidada a trabalhar em parceria com o Ministério Público na implantação do referido projeto nos Hospitais da Rede Pública e nas Unidades de Saúde da Família dos Municípios, professores, profissionais da ação social, Conselho

Tutelar e Conselho de Direitos, realizando capacitação e sensibilizando os profissionais para o enfrentamento da violência e a importância de notificação dos referidos casos ao Conselho Tutelar, que comunicará ao Ministério Público, através de ficha própria.

OBJETIVOS

GERAL

- Implantar ficha de notificação de aviso de suspeita de atos de violência física ou sexual, maus-tratos ou negligência praticado contra crianças e adolescentes, nos Hospitais Públicos e nas Unidades de Saúde da Família nos Municípios do Estado, através de capacitação.

ESPECÍFICOS

- Capacitar profissionais para informar, através da ficha de notificação, suspeita de atos de violência física ou sexual, maus-tratos ou negligência praticado contra crianças e adolescentes, em Hospitais Públicos e particulares e Unidades de Saúde da Família.

-Sensibilizar os profissionais para um olhar cuidadoso a criança e adolescente acerca dos sinais e sintomas de violência e maus-tratos.

- Reduzir o número de causas de violência e maus-tratos em criança e adolescentes.

-Monitorar os casos de violência e maus-tratos, visando a apuração de responsabilidades para possibilitar a proteção das vítimas.

METODOLOGIA

A capacitação iniciou com a direção e os profissionais de Saúde do Hospital Governador João Alves Filho no município de Aracaju. Foi ministrada por dois profissionais com experiência em enfrentamento nos casos de violência e maus-tratos contra a criança e o adolescente, com carga horária de 4 horas.

Posteriormente foi realizada com os Secretários Municipais de Saúde, Promotor de Justiça, Conselho Tutelar, Conselho de Direitos, Profissionais das Equipes de Saúde da Família, Professores e Diretores de Escola dos municípios de Nossa Senhora do Socorro, Cristinápolis e Tomar do Geru, visto que o projeto já estava implantado nas comarcas dos referidos municípios. Nos



demais, a capacitação ocorrerá concomitante a implantação do projeto pelo Ministério Público.

CONCLUSÃO

Esse projeto mostra a possibilidade de realizar ações intersetoriais, fortalecendo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalidade, integralidade e equidade, visto que há somação de esforços da justiça, saúde, educação e ação social, construindo uma parceria capaz de desenvolver ação a grupos mais fragilizados e que necessitam de maior atenção e cuidado.



CAPACITANDO COM INTEGRAÇÃO

Autor Principal: Ademilde Machado Andrade

Outros Autores: Gildenae Araujo C. Jaquar; Liane Rocha Machado; Leane de Carvalho Machado

Instituição: Secretaria de Estado da Saúde

Município: Aracajú

Estado: Sergipe

INTRODUÇÃO

Na última década, a violência infantil tem ocupado um espaço importante na mídia e na vida das pessoas, pois tem se tornado um problema de saúde pública, segundo a Organização Mundial de Saúde, constituindo-se hoje a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir dos 5 anos de idade.

É um fenômeno complexo, resultado de uma combinação de fatores individuais, familiares e sociais que são encontrados em todos os grupos socioeconômicos, culturais, raciais e religiosos da sociedade, na maioria dos países do mundo.

A incidência da violência infantil tem sido maior em grupos socioeconômicos mais baixos devido, em parte, ao estresse crônico urbano e a problemas de socialização. Criado no Brasil em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente através do seu artigo 13º *“determina a obrigatoriedade da notificação ao conselho tutelar, de todos os casos suspeitos de maus tratos contra criança/adolescente, independente das demais providências legais cabíveis”*.

O abuso da criança e adolescente está dentro de um contexto social que exige soluções rápidas e imediatas dos profissionais que estão comprometidos com a causa.

JUSTIFICATIVA

No Estado de Sergipe, preocupado com essa situação, o Núcleo de Apoio à Infância e a Adolescência do Ministério Público de Sergipe (N.A.I. A), através da Promotoria de Justiça, lançou o Projeto SALVE – Sistema de Aviso Legal por Violência, Maus Tratos ou Exploração contra Crianças e Adolescentes, a ser implantada em toda rede pública e particular de Saúde, Educação e Ação Social do Estado.

Esse projeto permite estabelecer processo de comunicação para os casos de violência, maus tratos ou exploração contra crianças ou adolescentes, bem como procedimento de monitoramento contínuo, tanto para apuração de responsabilidades quanto possibilitar a proteção das vítimas.

Diante do exposto, a SES foi convidada a trabalhar em parceria com o Ministério Público na implantação do referido projeto

nos Hospitais da Rede Pública e nas Unidades de Saúde da Família dos Municípios, professores e profissionais da ação social, realizando capacitação e sensibilização dos profissionais para o enfrentamento a violência e a importância de notificação dos referidos casos ao Ministério Público, através de ficha própria.

OBJETIVOS

GERAL

- Implantar notificação de aviso de suspeita de atos de violência física ou sexual, maus-tratos ou negligência praticado contra crianças e adolescentes, nos Hospitais Públicos e nas Unidades de Saúde da Família nos Municípios do Estado, através de capacitação.

ESPECÍFICOS

- Capacitar profissionais para informar através da ficha de notificação nos Hospitais Públicos e particulares, Unidades de Saúde da Família, profissionais da educação e ação social, suspeita de atos de violência física ou sexual, maus-tratos ou negligência praticado contra crianças e adolescentes.

-Sensibilizar os profissionais para um olhar cuidadoso a criança e adolescente acerca dos sinais e sintomas de violência e maus-tratos.

- Reduzir o número de causas de violência e maus-tratos em criança e adolescentes.

-Monitorar os casos de violência e maus-tratos, visando a apuração de responsabilidades para possibilitar a proteção das vítimas.

METODOLOGIA

Inicialmente a capacitação foi realizada com a direção e o corpo técnico do Hospital público. Posteriormente com Secretários Municipais de Saúde, Promotor de Justiça e Conselho Tutelar, profissionais da Educação e da Ação Social dos municípios onde o Projeto será implantado.

A capacitação envolverá os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), dos hospitais (onde existir no município),



professores e profissionais da ação social, realizada no próprio município com duração de 4 horas.

A capacitação iniciou no Hospital Governador João Alves Filho, nos municípios de Cristinópolis, Tomar do Geru e Nossa Senhora do Socorro em virtude do projeto já está implantado nessas comarcas. Nos demais municípios a capacitação ocorrerá concomitante a implantação do projeto pelo Ministério Público.

A capacitação é ministrada por dois profissionais com experiência em enfrentamento nos casos de violência e maus-tratos contra a criança e o adolescente.

CONCLUSÃO

Esse projeto mostra a possibilidade de realizar ações intersetoriais, fortalecendo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalidade, integralidade e equidade, visto que há somação de esforços da justiça, saúde, educação e ação social, construindo uma parceria capaz de desenvolver ação a grupos mais fragilizados e que necessitam de maior atenção e cuidado.



CINEMED: O ESTUDO DA ÉTICA EM SAÚDE ATRAVÉS DA LINGUAGEM CINEMATOGRAFICA

Autor principal: Aderli Goes Tavares

Outros Autores: Luis Alberto Rodrigues de Moraes e Annie Caroline Arraes Vieira

Instituição: Hospital Universitário João de Barros Barreto

Município: Belém

Estado: Pará

INTRODUÇÃO

A relação ensino-assistência como eixo de aprendizagem e a formação profissional humanística, definem, entre outros, as possibilidades de intensificação da relação docentes, discentes, técnicos e usuários que atuam em Instituições de Saúde.

Estimular a reflexão sobre valores elementares ao reconhecimento e aceitação do ser humano pode contribuir para modificar modos de pensar e agir cristalizados na relação de cuidado com o outro. Uma ética complexa, no sentido de Morin (2005) lhe atribui, "meta-ponto de vista que reflita sobre os fundamentos e princípios da moral", ultrapassa uma moral individualista e egocêntrica e nessa medida indica a necessidade de uma vida cidadã, uma "vida boa e justa para todos" (princípio da ética Socrática) que hoje nós precisamos reativar. O espaço de construção da vida cidadã ocorre nas práticas cotidianas individuais e coletivas. Segundo Maturana (2001) "Os outros só se tornam visíveis pra nós quando nós os aceitamos como legítimos em nossas relações, e só quando os aceitamos, nos dispomos a cuidar bem deles". A ética contribuirá substancialmente para formação humanizada a medida em que conferir visibilidade e legitimidade ao outro humano aos cuidados dos profissionais, neste caso os profissionais da área de saúde.

O Projeto CINEMED surgiu em 2002 no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), como um desafio de estimular e aplicar de forma dinâmica a disciplina "Ética em Saúde", uma exigência do Programa de Residência Médica do Hospital. O Projeto caracteriza-se como uma proposta multicentro por envolver diversas unidades acadêmicas da Universidade Federal do Pará (UFPA) e interinstitucional por estabelecer parcerias com instituições externas, como por exemplo, com o Conselho Regional de Medicina -CRM/PA.

JUSTIFICATIVA

A ausência, no currículo atual do curso de Medicina, da disciplina Ética e a conseqüente lacuna na formação dos profissionais da área; A exigência da formação de profissionais

para atuarem orientados pelos princípios do SUS, com destaque ao princípio da visão integral de ser humano, que inclui aspectos sociais/direitos sociais e humanísticos; e a perspectiva de formação voltada para a cidadania social, orientados pela ética complexa (Morin:2005) são elementos que fundamentam a elaboração e execução de um projeto que discute ética em saúde no espaço hospitalar.

OBJETIVOS

O objetivo geral do projeto é o de contribuir para a formação dos profissionais da área da saúde sobre ética em saúde. Os objetivos específicos são: 1) Possibilitar a discussão sobre cidadania, com destaque aos direitos humanos; 2) Subsidiar os profissionais em formação para a prática em saúde a partir da visão humanizada; e 3) Estimular a reflexão contínua sobre ética em saúde.

METODOLOGIA

A relação entre aprendizagem e emoção é um ingrediente que desafia possibilitando, através de histórias de vida interpretadas estabelecer uma catarse, segundo Aristóteles (in Blasco:2005), "as histórias de vida, (...) não é função da arte "contadora de histórias" ou narrativas o simples divertir ou passatempo; mas sim provocar sentimentos -alegria, entusiasmo, aprovação, rechaço, condenação- que configuram o "coração das gentes". As emoções são facilitadoras de diálogo e de significação para o aprendizado centrado no educando. A relação ensino-apredizagem através de filmes é uma metodologia utilizada que aborda "a função do cinema como um recurso de educação em atitudes humanas, e tudo o que cada atitude encerra: valores, virtudes, limitações, formas, enfim, o espectro amplíssimo dos modos de ser humano"(Blasco;2005:124).

A linguagem cinematográfica que une emoção através de histórias de vida e os fundamentos da ética, discutidos por profissionais e usuários com seus diversos saberes, são os ingredientes adotados pelo projeto CINEMED.



RESULTADOS

Nos quatro anos de realização do Projeto foram apresentadas 44 sessões. Nos anos de 2004 e 2005 participaram como debatedores 55 profissionais das diversas áreas do conhecimento (docentes, técnicos administrativos e convidados de ONG's). Foram atingidos 1648 participantes que envolveram discentes da graduação e da pós-graduação, profissionais e usuários.

Na avaliação realizada em 2005, através de questionários aplicados aos participantes, o resultado revelou que 87,5% dos participantes afirmaram que o CINEMED contribuiu para a formação profissional. Quanto à aplicação dos ensinamentos do CINEMED nas relações com a equipe multiprofissional, 36,3% responderam ser aplicado; outros 27,2% responderam ser aplicado na relação com os usuários. Ao serem perguntados sobre a contribuição do CINEMED para as atitudes humanizadas 62,5% responderam que as análises contribuíram em parte e 25% responderam que a que contribuiu muito e 12,5% responderam não contribuir.

O projeto obteve resultados no que se refere à produção de trabalhos acadêmicos como publicação de 04 (quatro) resumos. O destaque foi à apresentação no I Congresso Brasileiro dos Hospitais Universitários, obtendo a premiação de segundo melhor trabalho. O projeto prestou assessoria para implantação de proposta em um hospital do município de Barcarena – PA. O Projeto CINEMED serviu de experiência bem sucedida para replicação de tecnologia.

BIBLIOGRAFIA CITADA

MORIN, Edgar. O método 6: ética. Porto Alegre. Sulina.2005.

BLASCO, Pablo G; GALLIAN, Dante; RONCOLETTA, Adriana & MORETO, Graziela. Cinema para o estudante de medicina > um recurso afetivo/efetivo na educação humanística. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v.29, n 2, maio/agosto 2005.

MATURANA, Humberto. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte; Ed. UFMG, 2001.



POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA: AVALIANDO O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTE NOVA - M.G.

Autor Principal: Adriana Aparecida Batista

Outros Autores: José Norberto Muniz; José Ambrósio Ferreira Neto; Rosângela

Minardi mitre Cotta

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Ponte Nova

Município: Ponte Nova

Estado: Minas Gerais

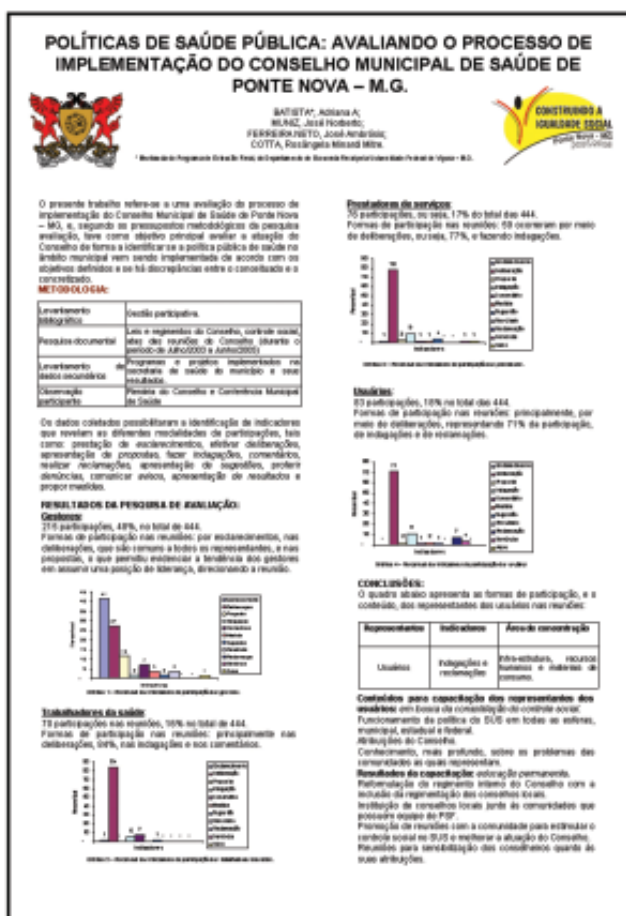
RESUMO

O presente trabalho é parte da dissertação para obtenção do título de mestrado intitulada: "Políticas de Saúde Pública: Avaliando o Processo de Implementação do Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - M.G.", junto ao Programa de Extensão Rural, do Departamento de Economia Rural pela Universidade Federal de Viçosa - M.G., o qual tem como objetivo principal avaliar a atuação do Conselho para identificar se a política está sendo implementada dentro dos pressupostos definidos e se há discrepâncias entre o conceituado e o concretizado.

A proposta de inovação desta pesquisa está vinculada à gestão e refere-se à avaliação do processo de implementação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da capacitação de conselheiros para o controle social na formação de agentes sociais para o SUS. Para esse propósito, a experiência inovadora revela-se no fato de que as bases dessa capacitação encontram-se nos resultados da pesquisa de avaliação. Deste modo, a pesquisa de avaliação do processo de implementação da política, através de seus resultados, aponta os conteúdos que devem ser desenvolvidos na capacitação. Para isso, foram identificados indicadores que, por meio da análise dos dados

coletados nas atas das reuniões do Conselho, demonstraram revelar as diferentes modalidades de participação dos representantes no Conselho Municipal de Saúde (CMS). Entre os indicadores selecionados destaca-se: prestação de esclarecimentos, efetivar deliberações, apresentação de propostas, fazer indagações, comentários, realizar reclamações, apresentação de sugestões, proferir denúncias, comunicar avisos, apresentação de resultados e propor medidas. Os esclarecimentos foram definidos como as explicações aos questionamentos de reuniões anteriores, como esclarecimentos às indagações e dúvidas que surgem durante as reuniões e como esclarecimentos pertinentes à pauta da reunião do mês, prestados pelo secretário de saúde. As deliberações foram definidas, primeiro, como deliberações obrigatórias, aquelas que não podem deixar de ocorrer (como aprovação de ata e prestação de contas); e, em segundo, como aprovação de credenciamentos, cadastramentos, convênios, programas e projetos e demais atribuições do Conselho. As propostas, basicamente, expressam ações que possam amenizar ou solucionar os problemas que dificultam o acesso dos usuários aos serviços do SUS.

Essas são apresentadas, na maioria das vezes, pelo gestor, que é o presidente do Conselho, e se caracterizam como componentes dos projetos implantados no município. As reclamações, na sua





totalidade, são levadas ao Conselho pelos representantes dos usuários e se configuram como resultado das deficiências nos processos de implementação das ações no município. As *indagações* é outro indicador que se expressa por meio de perguntas direcionadas ao presidente do Conselho, o gestor, e se concentram na área da infra-estrutura, do gerenciamento do Fundo Municipal de Saúde, dos recursos humanos, da assistência, de material de consumo e de questões que explicitam os interesses de cada categoria representada no Conselho. Os *comentários*, na maioria das vezes, manifestados pelo presidente do Conselho, incluem assuntos diversos pertencentes ou não à pauta da reunião. Esses comentários revelam a forma de participação do presidente do Conselho e evidenciam o andamento da reunião expressando preocupações sobre quem esteve presente ou ausente na plenária, a participação de conselheiros em eventos, a contratação de pessoal, etc. Os *avisos* são apresentados pelos representantes da gestão e dos prestadores de serviços, e constituem-se de informações sobre datas de campanhas, sobre plantões dos hospitais e outros. As *medidas*, apresentadas, na maioria das vezes, pelos representantes de governo, constituem-se de adequações que, apesar de não serem estruturadas, são consideradas como modos de corrigir as dificuldades na implementação das ações. As *sugestões*, que são levadas ao Conselho, principalmente, pelo secretário de saúde, constituem-se na captação de recursos através de projetos considerados pertinentes a política de descentralização das ações, envolvendo as áreas da assistência, da infra-estrutura, do planejamento e gerenciamento. A exposição de *resultados* é feita pelo gestor, e se constitui por dados sobre as propostas elaboradas nas conferências realizadas (incluindo campanhas, projetos, distribuição de medicamentos, relatórios de gestão, etc.) As *denúncias*, que são proferidas, na maioria das vezes, pelos representantes dos usuários, constituem-se das irregularidades no atendimento prestado pelos serviços contratados e pelos vários setores da secretaria de saúde.

As fontes de dados utilizadas neste estudo foram as atas das reuniões do Conselho, durante o período de Julho/2003 à Junho/2005, que corresponde a um mandato, o mais recentemente concluído.

A partir da análise da participação dos conselheiros identificou-se conteúdos para a capacitação permanente, sobre o SUS, pautados nas dificuldades para cumprir a função a eles determinada, pois a falta ou ausência de informações sobre o SUS pode se constituir em obstáculos à implementação dessas instâncias.

Os principais resultados obtidos que representam esforços de mudança, inovação e transformação na gestão, contribuindo para a consolidação do SUS no município de Ponte Nova, a partir do desenvolvimento da pesquisa de avaliação do processo de implementação do Conselho foram: a) reformulação do regimento

interno do CMS com a inclusão da regimentação dos conselhos locais; b) instituição de conselhos locais nas comunidades que possuem equipe do Programa de Saúde da Família (PSF); c) promoção de reuniões com nas diversas localidades do município com o objetivo de estimular o controle social no SUS; d) reuniões para sensibilização dos conselheiros municipais e locais de saúde quanto às suas atribuições e ao conceito de controle social; e) melhorar a organização do Conselho em termos de frequência dos membros às reuniões (passaram a cobrar mais). Considerando-se que as dificuldades para o desenvolvimento da pesquisa foram inúmeras, pode-se perceber que as carências de informações, tanto por parte dos usuários como dos trabalhadores da saúde e até mesmo de alguns gestores, superaram as dificuldades e fazem valer os esforços na busca da construção do SUS.

SAÚDE MENTAL - DO MANICÔMIO À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Autor Principal: Adriana Ferraz da Silva

Outros Autores: Jaudete da Silva Frontino Denadai

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Anchieta

Município: Anchieta

Estado: Espírito Santo

O presente trabalho pretende apresentar o Programa de Saúde Mental do Município de Anchieta/ES, que constitui uma experiência de vivência desafiando valores manicomialistas com a opção de não excluir, fundamentando a luta política e prática clínica, na construção da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico e na promoção à saúde mental.

O Município de Anchieta está localizado no litoral sul do ES, a uma distância de 79 Km de Vitória a Capital do Estado. A população total do município é estimada em 22.000 habitantes, sendo que mais da metade da população vive na área urbana. A economia está baseada na agricultura, pecuária, pesca, comércio, turismo e indústria, com destaque para a pelotização de minério de ferro.

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I /Anchieta, iniciou suas atividades em 2003 e desde a sua implantação tem como diretriz desenvolver um trabalho conjunto com o Programa Saúde da Família, a partir do fluxo de referência e contra-referência, não considerando a lógica do encaminhamento, mas sim, a perspectiva da responsabilidade e coresponsabilidade dos trabalhadores da rede de saúde.

O projeto visa o acompanhamento de pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, portadoras de sofrimento mental, psicoses e neuroses; que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. São desenvolvidas atividades de oficinas terapêuticas, atendimento em grupo, atendimento individual, atendimento às famílias, à comunidade e visitas domiciliares.

A necessidade de se desenvolver um trabalho eficaz a nível de Saúde Mental no município de Anchieta, dá-se mediante a presença de um número relevante de casos notificados de sofrimento mental. A população de Anchieta até o presente momento está estimada em 22.000 habitantes, sendo que 14% da população realiza tratamento com Psiquiatras, Psicólogos ou usa medicamentos controlados; envolvendo ainda pessoas que em algum momento já passaram pelo recurso da internação. Os dados foram coletados pelas 9 (nove)

Equipes do Programa Saúde da Família, que possui 100% de cobertura da população, através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), elaborados e analisados em 2003.

Até 2003, quando ocorreu a implantação do Programa de Atenção Psicossocial, as internações psiquiátricas em Hospitais Especializados eram práticas abusivas e até desnecessárias, considerando que o perfil da clientela era por uso prejudicial de álcool e outras drogas, quadros neurológicos e pessoas portadoras de transtorno mental, que poderiam permanecer na comunidade e em suas respectivas famílias. Os resultados obtidos em 2005 demonstraram que houve uma redução em 95% das internações e incorporação de 100% dos profissionais de Saúde nas ações de Saúde Mental.

O objetivo das ações desenvolvidas, aponta para a

substituição do modelo de atenção a essas pessoas portadoras de sofrimento mental, num enfoque ampliado, que vai além da doença, sintomas e assistência, tendo alcançado profissionais, usuários e também a sociedade. Uma das primeiras ações foi ocupar os espaços





possíveis no sistema de saúde e nas demais áreas da administração municipal, estreitando parcerias com o Hospital Geral (Filantrópico) da cidade, Ministério Público e estabelecendo alianças com outros segmentos organizados da sociedade. A capacitação permanente dos 52 (cinquenta e dois) ACS, das 09 (nove) Equipes do PSF do Município, foi o passo seguinte, objetivando estabelecer um contato inicial e a constituição de um vínculo, além de ser uma oportunidade de sensibilizar e abordar vários aspectos da saúde mental nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Ao longo da realização deste trabalho, identificamos a necessidade de sistematizar e potencializar as visitas, discussão de casos e planejar intervenções com toda a Equipe do PSF e em suas respectivas áreas de atuação. Atualmente esses encontros acontecem também no CAPS, estando envolvidos na monitoração deste processo uma psicóloga, um psiquiatra, duas assistentes sociais, duas enfermeiras e uma terapeuta ocupacional.

É com base nessa lógica, que o Programa de Atenção Psicossocial vêm colhendo seus frutos: sensibilização das equipes do PSF – ampliação da rede de comunicação entre a equipe do CAPS e equipe do PSF; a superação de mais de 95% da internação psiquiátrica imediata diante da crise; envolvimento dos agentes comunitários de saúde no tratamento das pessoas portadoras de sofrimento mental acompanhadas no CAPS; intervenção das equipes do PSF em casos que geralmente são demandas da saúde mental; construção de um instrumento de protocolo da saúde mental; motivação dos profissionais do PSF e da comunidade em realizar grupos de discussão sobre vários temas ligados à saúde. Em 2005 realizou-se a semana da Luta Antimanicomial, com o envolvimento das equipes do PSF, da comunidade, e principalmente de usuários do Centro de Atenção Psicossocial, além da participação em Festas Folclóricas, Feiras, Oficinas, Conferências e sediar o III Encontro Estadual dos Centros de Atenção Psicossocial, resultando em momentos de reflexão da prática.

Quanto às dificuldades, destacamos: a rotatividade de profissionais das equipes de PSF; resistência de alguns profissionais à inserção da saúde mental na sua rotina de trabalho; equipe de saúde mental, antes de 2005, insuficiente para atender às demandas das atividades com o PSF. Identificamos como facilidades: o envolvimento responsável das equipes do PSF, Pronto Atendimento e Hospital Geral, não encaminhamento à internação hospitalar especializada imediatamente diante da crise; a acessibilidade geográfica e política do usuário a todos os serviços de saúde; apoio da Secretaria Municipal de Saúde e da Coordenação do Programa de Saúde da Família e demais áreas da Administração Municipal.

O desafio está só começando: redimensionar um modelo de atenção à saúde consoante com as novas concepções de saúde mental defendidas pelo SUS e o Movimento da Reforma Psiquiátrica, requer constante movimento de reflexão e reorganização de rumos.

A Secretaria de Saúde está ousando desenvolver outros Projetos: o dos Leitos em Hospital Geral, e a implantação de Residência Terapêutica em processo de organização.



A SAÚDE QUE FAZ A DIFERENÇA: UMA EXPERIÊNCIA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB

Autor Principal: Adriana Gonsalves Urquiza de Sá

Outros Autores: Tereza Maria Santos Ribeiro; Thelma Maria Santos do Nascimento;

Maria Inalda Barbosa de Lima; Cynthia Maclane Linhares de Oliveira

Instituição: Maternidade Cândida Vargas

Município: João Pessoa

Estado: Paraíba

A Prefeitura de João Pessoa, através da Secretaria Municipal de Saúde, vem colocando em movimento uma série de iniciativas desenvolvidas que revelam uma opção bio-político-educativa: organizar as ações voltadas para a saúde tendo como pressuposto a ética do cuidado.

Considera-se que o hospital é uma instituição de atendimento a saúde voltada àqueles que necessitam de assistência no processo diagnóstico terapêutico. É um espaço onde as pessoas se sentem fragilizadas e vulneráveis e sendo assim necessitam de tempo para se adaptarem ao processo de hospitalização. Uma das ações empreendidas é o Método Mãe Canguru, um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce, entre a mãe e o recém-nascido (a) de baixo peso. A idéia norteadora é colocar em prática o entendimento de que o hospital é um espaço de afirmação da cura e não um depósito de doenças. Transformar o hospital num ambiente agradável principalmente para as mães que se encontram na condição de acompanhantes do filho prematuro é um dos desafios do setor de psicologia da Maternidade Cândida Vargas que desenvolve, dentre outras atividades, oficinas terapêuticas.

As oficinas terapêuticas são compreendidas como uma necessidade social, cuja finalidade, entre outras é promover um relaxamento compensador do estresse do e do desgaste físico e mental. É um programa de capacitação (cursos de bijuterias, embalagens, pinturas, bordados, crochê, bonecos, culinária de doces e salgados, entre outras atividades) para as mães, enquanto as mesmas permanecem com seus filhos na maternidade.

Este trabalho tem permitido as mães superar a sensação de ociosidade, reestabelecendo o equilíbrio emocional tão fundamental no processo de amamentação. Aos poucos, tem-se tomado a consciência de que para cuidar do outro, é fundamental cuidar de si. Além disso, a ação ultrapassa a "ocupação" e sim enfatiza a importância de "um fazer" que proporcione a sua colaboração no complemento do seu orçamento familiar tão necessário para estas mães carentes.

SOBRE OS OBJETIVOS DA PROPOSTA

Na perspectiva da humanização o nosso propósito é garantir outros espaços e atividades que favoreçam a permanência da mãe na enfermaria mãe canguru, contribuindo para uma melhor ambientação, evitando a ociosidade, decorrente do tempo indeterminado de internação. As oficinas terapêuticas têm como objetivo principal aprendizado de técnicas simples para trabalhos manuais, entretenimento das mães para diminuir momentos ociosos e através de palestras, filmes e outras atividades educativas. São fornecidas também orientações sobre cuidados básicos de higiene, sobre técnicas para o banho do bebê prematuro e para administração de medicamentos básicos.

CAMINHOS VIVIDOS PARA DESENVOLVER AÇÕES VOLTADAS PARA O CUIDADO DE SI

O percurso metodológico se deu através de ações integradas e multidisciplinares dos profissionais de saúde executamos atividades que buscam o alcance dos objetivos. A realização das atividades se dá inicialmente pela organização de um cronograma específico com horários pré-determinados pela equipe de saúde, considerando o tempo de internamento e as condições físicas do recém nascido.

As atividades são realizadas em uma sala destinada para este fim, próxima a enfermaria do Método Canguru, para que não haja nenhum comprometimento em caso de urgência médica do recém nascido. São atividades que visam estabelecer com a paciente uma relação de confiança e segurança, objetivando a sua socialização. Dentre estas atividades destacamos: grupo de escuta terapêutica; dinâmicas de grupo; trabalhos manuais, cursos de artesanato; reciclagem; espaço beleza: manicure e pedicure; palestras informativas; exposição de arte; exposição de filmes educativos, dentre outras.



CONSIDERAÇÕES FINAIS: SOBRE OS RESULTADOS ALCANÇADOS E NOVOS DESAFIOS

A visibilidade dos resultados tem emergido em dois níveis distintos, mas intrinsecamente relacionados: o impacto social e os desdobramentos pessoais. No que se refere ao impacto social, tem-se registrado que a divulgação dos trabalhos realizados, tanto na mídia local quanto internamente, tem trazido benefícios significativos. O acompanhamento dos meios de divulgação mais amplos possibilita construir uma imagem positiva do trabalho, interferindo no próprio comportamento das pessoas que utilizam os serviços da Maternidade. Por outro lado, a coesão da equipe e os resultados alcançados transformam-se em força social no interior da própria maternidade, onde os profissionais, diretamente envolvidos no processo ou não, acolhem essencialmente as ações propostas. No que se refere aos desdobramentos pessoais, destacamos inicialmente a dimensão do cuidado vivenciada pelo próprio profissional da saúde no seu trabalho: torna-se cada vez mais evidente que, para cuidar do outro, é preciso cuidar de si. É essa compreensão, que também tem se transformado em prática, tem mudado o comportamento dos próprios profissionais. Por outro lado, deve-se destacar os depoimentos das mães que, ao perceberem a dimensão dos benefícios que as oficinas terapêuticas no hospital, enfatizam a importância do seu bem-estar para cuidar do outro, do lazer na busca da recuperação, da necessidade de cultivar pensamentos positivos diante de um processo de cura. O desafio, neste momento, é o de desenvolver a experiência em outros espaços da rede municipal, ampliando seu raio. Acreditamos que é possível. O hospital, como espaço de cura e não depósito de doenças já é uma realidade na cidade de João Pessoa.

PROJETO ADOLESER

Autor Principal: Alessandra da Silva Santos

Outros Autores: Ewerton Fonseca e Mendes; Joivanilda Basílio Araújo; Camila de S. Borges Lacerda; Helber Luiz Lopes da Silva; Jean Carlos Souza da Silva; Joabe Silva Rodrigues; e Agnaldo Cabedo Ribeiro

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

Durante as visitas domiciliares do Programa Família Saudável os Agentes Comunitários do Posto de Saúde Rural Nº. 01 de Planaltina (PSR Taquara) perceberam um grande demanda por parte dos crianças e adolescentes de informações a respeito de drogas ilícitas e lícitas, sexo, gravidez na adolescência e métodos contraceptivos.

Diante deste quadro foi criado o projeto AdoleSer, realizado com 20 adolescentes entre 12 e 17 anos estudantes no Centro Educacional Taquara com o objetivo de orientar os adolescentes e crianças a respeito de temas sugeridos por eles.

Houve inscrição prévia com número limitado de vagas e era condição para a inscrição estar matriculado no Centro Educacional Taquara.

Foram realizadas 7 reuniões com periodicidade quinzenal, abordando os seguintes temas, de acordo com sugestão dos adolescentes no primeiro encontro:

- 1 – Apresentação do projeto, sugestão de temas e características da adolescência
- 2 – Sexo na adolescência
- 3 – Métodos contraceptivos e gravidez precoce
- 4 – DSTs e AIDS
- 5 – Sexos, drogas e homossexualismo
- 6 – Drogas Ilícitas
- 7 – Avaliação do projeto e confraternização

Foram utilizadas várias metodologias tais como música, teatro, vídeos, palestras, dinâmicas e leituras dinamizadas e essas dinâmicas promoveram uma maior interação da equipe com os adolescentes.

Foram realizadas parceria com a EMATER-DF, com Centro Educacional Taquara e com o UniCEUB.

O Projeto AdoleSer foi de grande importância tanto para os adolescentes quanto para a equipe de saúde. Observamos a necessidade de ampliação e continuação do projeto para abordar um maior número de adolescentes.





UMA PROPOSTA DE COORDENAÇÃO DE UM PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL COM ÊNFASE NA EQUIPE TÉCNICA: O CUIDADO AO CUIDADOR

Autor Principal: Alessivânia Márcia Assunção Mota

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Amargosa - Bahia CAPS I Jorge Salles

Município: Salvador

Estado: Bahia

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A escolha do tema proposto advém de uma experiência de coordenação desenvolvida no Programa de Saúde Mental (PSM) durante o ano de 2005, cuja ênfase dos trabalhos esteve direcionada a equipe técnica do programa.

O PSM aqui descrito refere-se ao ambulatório de Saúde Mental e ao Caps I – Centro de Atenção Psicossocial Jorge Salles, localizado no município de Amargosa-Bahia, composto por uma equipe multiprofissional de 25 técnicos, atendendo aproximadamente 800 usuários/mês.

Ao assumir a coordenação, foi observado um clima organizacional comprometido, com vínculos fragilizados, interação fragmentada, dificuldade de comunicação, adoecimento físico e emocional, com conseqüente comprometimento dos objetivos do programa.

Considerando a subjetividade dos aspectos que envolvem o trabalho em saúde mental, os quais permeiam também os técnicos do programa (condições psicossociais, econômicas, culturais, biológicas etc) e afetam significativamente a sua saúde mental (estresse, doenças psicossomáticas, banalização, cristalização dos papéis, dentre outros), ficou evidenciado a necessidade da coordenação direcionar um olhar para esses cuidadores. Para tanto, foi desenvolvida uma proposta de coordenação operativa com ênfase na equipe do Programa, utilizando como ferramenta de intervenção teórico-metodológica o método de grupo operativo, desenvolvido pelo Psicólogo Social Enrique Pichon Rivière.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

Desenvolver uma coordenação com ênfase na equipe técnica, utilizando como ferramenta de intervenção a técnica desenvolvida pelo Psicólogo Social Enrique Pichón Rivière, denominada grupo operativo, contribuindo assim para o cuidado ao cuidador de usuários com transtorno mental.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

A metodologia utilizada para a proposta de uma coordenação operativa foi o Grupo Operativo, criado por Enrique Pichon Rivière. Trata-se de um método de intervenção no grupo, cujas reflexões estavam direcionadas ao cumprimento dos objetivos propostos pelo programa (tarefa), ao tempo em que remete os seus membros a uma reflexão e análise do seu pensar, sentir e fazer, considerando suas necessidades e objetivos na relação sujeito-grupo.

Para tanto foram realizadas reuniões com periodicidade quinzenal, aproximadamente duas horas de duração, visando





rediscutir o processo de trabalho da equipe, as relações interpessoais, discussão de caso dos usuários ou qualquer outro assunto emergente do cotidiano, trabalhando as dificuldades pessoais apresentadas pela equipe para realização destas tarefas.

PRODUTOS: O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Inicialmente foi feito um diagnóstico de realidade, utilizando as técnicas de observação participante, analisando o processo de trabalho e organização dos serviços, além de entrevistas não estruturadas entre os membros da equipe, ficando evidenciado: problemas de relacionamento entre os mesmos, falta de clareza quanto aos objetivos do programa, grande número de atestados por doenças psicossomáticas, além da existência de fatores concretos de natureza sócio-econômica e cultural que influenciavam significativamente as relações interpessoais e contribuíam para um ambiente desfavorável de cuidados em saúde mental.

Após realização das reuniões com base no método de GO foi possível trabalhar alguns aspectos que obstaculizavam a realização dos objetivos programas, além de propiciar ao grupo desenvolverem de um olhar sobre si mesmo, suas responsabilidades e potencialidades sobre o processo de realização da tarefa, contribuindo assim para construção de um novo cenário para a execução das atividades de saúde mental, cuidando do cuidador de pacientes com transtorno mental.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Conduzir o grupo à operatividade numa concepção ideológica, democrática, co-pensora e valorativa do protagonismo dos sujeitos envolvidos do processo, exige uma paciência, tolerância ao momento do outro, aceitar as discordâncias, entendendo que trata-se de um processo de aprendizagem lenta e gradativa.

Porém ao entendermos esse processo numa perspectiva dialética, pode-se contribuir com o grupo para superação de posturas defensivas e obstaculizadoras da tarefa ao tempo em que poderá ser possível permitir ao grupo apreender novos aspectos da realidade que sirva de suporte e compreensão emocional para o trabalho com saúde mental e com sua própria saúde emocional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ficou evidenciado durante a execução desse trabalho a necessidade em cuidar do cuidador de usuários portadores de transtorno mental no âmbito institucional, pois o cenário onde acontece esse trabalho, apresenta particularidades que permeiam

diretamente a saúde mental dos cuidadores. O estresse cotidiano, situações conflituosas e transferenciais, as exigências emocionais, afetam significativamente a saúde mental desse trabalhador e interferem no ambiente de trabalho. Então, criar condições para que a equipe possa conhecer-se minimamente, reconhecer os erros e limitações no processo de intervenção dos usuários, educação permanente e revisão constante das práticas desenvolvidas, podem favorecer a construção de um ambiente saudável e com menores riscos de adoecimento da equipe. Afinal é preciso cuidar dos cuidadores.



ATIVIDADE FÍSICA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA UMA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE.

Autor Principal: Alexandra Marçal

Outros Autores: Mara Cristiane Pereira; Rubens Amaral;

Regina Maura Zetone Grespan

Instituição: Diretoria de Saúde de São Caetano do Sul

Município: São Caetano do Sul

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Promoção da saúde deve ter uma visão integral do ser humano, promovendo a inclusão da comunidade na gestão saúde, trazendo assim uma qualidade de vida muito maior e desenvolver condições para que os indivíduos possam desenvolver o Máximo de suas potencialidades, vivendo, sentindo ou amando, trabalhando, produzindo bens ou serviços, fazendo ciência ou arte, vivendo. Pode-se observar isto na crescente população aumento da carga das doenças cardiovasculares acarretando a morbidade e mortalidade.

OBJETIVO

Este programa teve como objetivo verificar o impacto de um programa de atividade física estruturado do programa saúde da família do município de São Caetano do Sul na qualidade de vida, pressão arterial e mobilidade articular.

METODOLOGIA

A amostra do trabalho foi dividido em dois grupos. 1 grupo foi composto por 21 participantes de ambos os gêneros, sendo 9(42,8%) homens com idade de $62,5 \pm 8,1$ anos e 12 (57,2%) mulheres com idade de $61,0 \pm 6,0$ anos. Neste grupo foi utilizado o questionário de Qualidade de Vida elaborado pela organização mundial de saúde (WHOQOL – Bref, 2000) para verificar a qualidade de vida que é dividido em 4 domínios: físico (máximo de 35 pontos), psicológico (máximo 30 pontos), relações sociais (máxima 15 pontos) e meio ambiente (Máximo de 40 pontos) e aferição da pressão arterial sistólica e diastólica mmHg. 2 grupo foi composto por 26 mulheres com idade de $67,1 \pm 6,3$ anos e com peso corporal médio de $64,8 \pm 9,4$ kg, para estimar os níveis de flexibilidades foi utilizado o teste sentar e alcançar seguindo a padronização descrita por Wells e Dillon (1952) e a aferição da pressão arterial sistólica e diastólica mmHg. Cada grupo fez aulas semanais de atividade física acompanhada e orientada por um

Educador Físico e com o auxílio de um Enfermeiro e agentes de saúde. A Aula era composta de 10 minutos de alongamento, 15 minutos caminhada 20 de exercícios resistidos e 10 minutos de volta a calma. Todos os testes e aferição da pressão arterial foram realizados antes do início do programa e após 20 semanas de atividades. Este grupo era formado de idosos e hipertensos que nunca tiveram oportunidade de fazer atividade física regular.

RESULTADOS

Whoqol	Homens					Mulheres				
	Pré		Pós		Δ%	Pré		Pós		Δ%
Pressão arterial	X	S	X	S	Δ%	X	S	X	S	Δ%
Físico	27,2	3,4	28,3	2,4	4,0	23	4,0	25,1	4,3	25,1*
Psicológico	21,8	1,9	24,7	2,1	13,3*	21,9	4,0	23,2	2,9	5,9
Relação Social	12,1	2,6	12,2	1,6	0,8	11,6	2,4	12,0	2,5	3,4
Meio Ambiente	28,8	2,3	29,6	3,4	2,7	25,1	3,9	29,6	3,1	17,9*
PA Sistólica	137,1	16,4	130,0	12,2	-5,2*	126,5	13,0	122,0	5,5	-3,5*
PA Diastólica	81,1	6,0	81,1	6,0	0	78,5	9,4	76,4	11,0	-2,6*

Após a análise dos dados, pode-se concluir após 20 semanas de atividade física estruturada do Programa Saúde da Família que: a) para o gênero masculino houve melhora significativa na percepção da qualidade de vida no domínio psicológico e diminuição significativa nos valores de pressão sistólica; e b) para o gênero feminino, houve melhora significativa na qualidade de vida no domínio físico e redução nos valores de pressão arterial sistólica e diastólica. Portanto, o impacto de um programa de atividade física estruturada do Programa Saúde da Família é mais evidente no gênero feminino, principalmente para a redução nos valores de pressão arterial.

	Pré		Pós		Δ%
	X	S	X	S	
Pressão Arterial Sistólica mmHg	136,8	20,1	128,9	12,7	-5,8*
Pressão Arterial Diastólica mmHg	81,3	9,5	78,8	7,9	-3,2*
Flexibilidade (cm)	19,4	8,6	22,5	7,1	15,9*

* p<0,05

Após a análise dos dados, pode-se concluir após 20 semanas de atividade física estruturada do Programa Saúde da Família que houve diferença estatística significativa para os valores de pressão arterial sistólica e diastólica proporcionando diminuição de 5,8% e 3,2% nos valores de pressão arterial. Para flexibilidade, houve aumento significativo de 15,9% demonstrando que a atividade física praticada



no Programa Saúde da Família causa impacto positivo nos níveis de pressão arterial e flexibilidade.

APRENDIZAGEM COM A VIVÊNCIA FACILIDADES E DIFICULDADES

Este trabalho se mostrou muito receptivo principalmente pela inclusão de idosos no Programa Saúde da Família em um grupo multidisciplinar com ênfase na atividade física. A vivência trouxe além do aprendizado uma forma muito mais abrangente de trabalhar com esses idosos hipertensos fornecendo a elas alternativas para a prática de atividade física. As facilidades foram a contratação de um Educador Físico pela diretoria de saúde que trouxe a parte organizacional para o programa e assim ajudou na manutenção destes grupos. As dificuldades forma no principio a adesão e os lugares apropriados para a prática de atividade física.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de promoção a saúde se mostrou eficiente para o programa saúde da família, fazendo um trabalho de inclusão e participação muito mais efetiva da comunidade com a equipe de saúde.

Atividade Física no Programa Saúde da Família, uma Estratégia de Promoção de Saúde.

Autora: Alexandra Marçal
Co-autores: Mara Cristiane Pereira, Rubens Amaral, Regina Maura Zetone Grespan.

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família tem como objetivo de ser uma estratégia inovadora de organização do sistema de saúde, buscando promover o acesso de alta qualidade, especialmente para os grupos de maior vulnerabilidade social, por meio de equipes multiprofissionais atuando em territórios definidos, promovendo ações de promoção, prevenção, assistência e educação em saúde.

OBJETIVOS

Elaborar uma estratégia de intervenção de atividade física para idosos hipertensos em um grupo multidisciplinar, promovendo a inclusão de idosos no Programa de Saúde da Família, em um território definido, promovendo ações de promoção, prevenção, assistência e educação em saúde.

AMOSTRA

PPF - Centro de Atenção Básica

AMOSTRA

PPF - Centro de Atenção Básica

METODOLOGIA

Questionário de Qualidade de Vida

AMOSTRA

PPF - Centro de Atenção Básica

METODOLOGIA

VARIÁVEL NEUROMOTORAS

FLEXIBILIDADE

Teste sentar e alcançar

Padronização descrita por Wells e Dillon (1952)

MATERIAL E MÉTODO

VARIÁVEL METABÓLICA

Pressão Arterial (result)

PRESSÃO ARTERIAL

Pressão Arterial (result)

QUALIDADE DE VIDA

PRÉ - PÓS

QUALIDADE DE VIDA E PRESSÃO ARTERIAL

PRESSÃO ARTERIAL E FLEXIBILIDADE

	PRÉ		PÓS	
	ME	DE	ME	DE
Pressão Arterial (result)	136,0	130,0	128,0	121,0
Pressão Diastólica (result)	81,0	75,0	78,0	71,0
Flexibilidade (result)	14,0	8,0	22,0	21,0

CONCLUSÃO

O trabalho de intervenção de atividade física para idosos hipertensos em um grupo multidisciplinar, promovendo a inclusão de idosos no Programa de Saúde da Família, em um território definido, promovendo ações de promoção, prevenção, assistência e educação em saúde.

DS DIRETORIA DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO CAETANO DO SUL

SÃO CAETANO DO SUL
GOVERNO QUE PLANEJA, GOVERNO QUE REZ



QUEBRANDO PRECONCEITOS: RELATOS SOBRE A PARCERIA ENTRE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE; EQUIPE DE SAÚDE MENTAL E COMUNIDADE – BETIM – M.G.

Autor Principal: Alexandre da Silva Bispo

Outros Autores: Analice Lacerda de Souza; Dulcinéia Nunes Costa Nacif; Marianna Ragazzi Azevedo e 16 Agentes Comunitários de Saúde

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Betim - Unidade Básica de Saúde

Geraldina Augusta Braga

Município: Betim

Estado: Minas Gerais

A partir da proposta preliminar do Plano de Inclusão de Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, temos como ponto de apoio fundamental a criação do programa de agentes comunitários de saúde (PACS) e o programa de saúde da família (PSF).

Estrategicamente não sendo um serviço de urgência, mas interagindo com o mesmo no que concerne aos cuidados específicos com a clientela e tendo, nesse sentido, o interesse na circulação social da mesma, caberia a Unidade Básica de Saúde (UBS) Geraldina Augusta Braga orientar sua ação a partir de uma dupla exigência: Atender uma clientela que porta algum sofrimento psíquico mais grave (passíveis de atendimento psiquiátrico, psicoterapêutico e social) e interagir com o modelo de assistência PACS.

Tratava-se, portanto, de construir uma referência em saúde mental em regime aberto entendendo a acolhida dos agentes comunitários de saúde (ACS) como condição para tratamento possível. Isto implicava em conceber o serviço mantendo em vista tal possibilidade, instituindo em seu modo de funcionamento estratégias e garantias que apontassem para este fim.

Inicialmente averiguávamos que o serviço aceitava encaminhamentos de conselhos tutelares, CERSAM, hospitais psiquiátricos e escolas.

Cumprir notar, no sentido de reavaliar a demanda de atendimento a nós dirigida, com agendas para marcação de consultas em pelo menos três meses à frente, que teríamos de priorizar nossa clientela e traçar estratégias para o atendimento. Nosso primeiro objetivo foi iniciarmos reuniões semanais da equipe de saúde mental e equipe de ACS para definirmos o trabalho e a população a ser atendida.

A clientela alvo da unidade básica de saúde passou a ser composta por psicóticos e neuróticos graves. Em sua função, o atendimento pressupôs uma “equipe multidisciplinar”, com formação em saúde mental e perfil para trabalhar em comunidade.

A permanência dos usuários no serviço passou a ser definida a partir de discussões com a equipe de ACS, com a equipe

de saúde mental, com os serviços substitutivos, a partir de uma avaliação clínica e social.

A unidade básica de saúde passa a não se definir como único espaço de tratamento de usuários. Além de ser atendido pela equipe de saúde mental, o cliente poderá frequentar oficinas e participar das atividades promovidas pela equipe de ACS, pois o perfil específico dos agentes e profissionais desses programas (PACS e PSF), envolvidos com o bem-estar das comunidades, é o da construção de compromisso, disponibilidade, intimidade e de relações de confiança com as mesmas. A inserção desejada, embora nem sempre possível, apontava para a participação ativa do usuário em seu processo de restabelecimento.

Entre os desafios da reestruturação da assistência psiquiátrica no país, a reorganização da rede ambulatorial se coloca como ponto fundamental. Os ambulatorios que desenvolvem ações de saúde mental encontram-se, na sua maioria, isolados com pouca mobilidade de articulação tanto em relação aos PACS, quanto aos serviços de maior complexidade como o CERSAM, NAPS, CAPS, hospitais gerais e especializados. Habitualmente funcionam basicamente na manutenção de prescrição medicamentosa e quase sempre acumulando uma grande demanda reprimida com uma programação de egresso com longo período de espera. É importante que os gestores locais compreendam a necessidade de ampliação da cobertura de serviços extra hospitalares, contudo é necessário consolidar um modelo de atenção baseado na integralidade e territorialização das ações com serviços diversificados, articulados dentro da rede geral de saúde e voltado para a atenção integral.

Com a perspectiva de qualificar a retaguarda especializada, consideramos estratégica a criação de uma equipe de saúde mental que se vinculasse diretamente como suporte técnico especializado para Atenção Básica...Os profissionais que integrarão a equipe de Saúde Mental assumirão o acompanhamento dos ACS sendo uma referência para auxiliar no diagnóstico e planejamento das ações, como também a capacitação, treinamento e avaliação dos resultados com supervisão técnica continuada. Tal justificativa aponta, por um



lado para o “resgate da cidadania” do doente mental e por outro lado para a eficácia ao nível da intervenção do profissional de saúde sobre a doença mental.

Quanto à reorganização da rede ambulatorial, mesmo considerando sua recente implantação em alguns municípios, pode-se dizer que o serviço alcançou um sensível avanço no que diz respeito aos recursos e a qualidade do atendimento. A longa tradição crítica em torno da estrutura de exclusão representada pelo modelo assistencial predominante, caracterizado por ser hospitalo-cêntrico, médico-cêntrico e deter uma visão biologista do processo saúde-doença, no campo da saúde mental, apesar de algumas repetições e dificuldades permitia que se caminhasse no sentido de se fazer este “resgate da cidadania” e promover a inserção social mesmo no caso de usuários que já contavam com longa história de internações.

Estes relatos, pretendem contribuir para elucidação do novo papel do profissional de saúde diante da necessidade inequívoca de se qualificar as relações entre os que prestam cuidados e os que buscam alívio para o sofrimento, pois, este fato vem colocando a necessidade de se ampliar o foco para o qual se destinará cuidados, rompendo com o clássico modelo voltado para o indivíduo doente e iniciando novo olhar dirigido aos grupos humanos, ou seja: indivíduos, famílias e redes sociais.



INSERÇÃO DA ODONTOLOGIA NO PROCESSO DE ACOLHIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO JARDIM CAMANDUCAIA, AMPARO, SP

Autor Principal: Alexandre Ferraciú Pagotto

Outros Autores: Amarilys Zaldúa Triana e Maria de Fátima Medeiros de Cerqueira

Instituição: USF Jd Camanducaia Prefeitura Municipal de Amparo- SP

Município: Amparo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O núcleo da Odontologia sempre funcionou excluído do trabalho das equipes de saúde da família. Historicamente isto se deve a o fato de ter sido inserido nas USF de Amparo, após cinco anos de funcionamento do PSF. A coordenação das equipes de odontologia era feita no nível central, fato que contribuía para essa exclusão. Normalmente o trabalho deste núcleo se centra na avaliação da saúde oral, não levando em consideração outros olhares tão comuns a áreas como enfermagem ou medicina, com uma abordagem individual e não coletiva. Este artigo tenta revelar o percurso de um núcleo de odontologia que ao aderir à estratégia de acolhimento e o trabalho de decisão grupal das ações com as ferramentas metodológicas da roda e planejamento estratégico, encontra o caminho de ampliação do seu olhar, trabalho trans-disciplinar, ações de educação em saúde, com impacto na melhoria das relações inter-pessoais e conseqüentemente com uma melhor resolutividade das demandas da população.

OBJETIVOS

Este trabalho tem por objetivo mostrar a importância da inserção do núcleo de odontologia na equipe de saúde da família e mostrar como a estratégia de acolhimento foi fundamental para a transformação dos fluxos de atendimento e formas de trabalho desta equipe, gerando uma alta resolutividade e grande complexidade de ações.

METODOLOGIA

Reuniões semanais com todos os membros da equipe, com o subsídio metodológico do planejamento por problemas-Planejamento estratégico, metodologia da roda, levantamento dos incômodos no cotidiano de trabalho, foi promovido à inserção gradual e sistemática do núcleo de odontologia na USF. Foram discutidas as rotinas e estratégias de atendimento na área de saúde bucal, fazendo com que os profissionais desse núcleo desenvolvessem suas potencialidades como interlocutores e participes dinâmicos dentro do acolhimento.

PRODUTOS

Construção de um fluxo claro e pactuado em equipe do atendimento diário da odontologia que incluem: avaliação das urgências e determinação dos riscos pelo índice CPOD (cariados perdidos e obturados). Atendimento de agendados com dia e horário marcados vindos das triagens mensais de 40 famílias, algumas encaminhadas pelas agentes comunitárias ou captadas nas escolas, ou pelos outros profissionais da equipe, segundo avaliação de risco social, avaliação e seguimento de pacientes dos programas de hipertensão e diabetes, gestantes e crianças desde odonto-bebê, até cinco anos de idade.

Educação em saúde: grupo de gestantes, odonto-bebê e trabalho com as professoras e pais das crianças que freqüentam a rede básica de ensino, participando nos grupos de escolas da nossa área de cobertura.

Trabalho trans-disciplinar, nas consultas e atividades conjuntas com médicos e enfermeiras e com a psicóloga no seguimento de usuários com baixa auto-estima, problemas estéticos, revelando uma possível depressão.

Em trabalho conjunto com a equipe de enfermagem se construiu o fluxo de avaliação direcionada a possíveis riscos inerentes aos procedimentos de odontologia, sendo que cada paciente que for atendido antes terá uma verificação de seus signos vitais e avaliação clínica global, para evitar agravamento de riscos e não aderência dos pacientes no seguimento dos programas da unidade.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer e valorizar o trabalho do outro, perceber mudanças positivas na atuação profissional em equipe; valorizar a importância da construção de fluxos pactuados com a equipe de acordo com as necessidades sentidas dos usuários.

Ampliar o olhar sobre o próprio núcleo e sobre si mesmo no cotidiano e dentro das reuniões de equipe. Poder questionar e contribuir no repensar as ações no cuidado ao usuário pelo restante dos núcleos de atuação da equipe e ser finalmente participe e sujeito formulador de estratégias de atenção da equipe como um todo.



PROGRAMA DE EDUCAÇÃO DE IDOSOS NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO - PROEDI

Autor Principal: Alex-Sand Mendes Correia de Araújo
 Outros Autores: Andrea Oliveira Gomes da Silva
 Instituição: Prefeitura Municipal de Juazeiro
 Município: Juazeiro
 Estado: Bahia

INTRODUÇÃO

O ano de 2006 é o ano de Atenção à Saúde do Idoso e dessa forma diversas ações estão sendo desenvolvidas no país inteiro no intuito de chamar a atenção a um grupo que possui um histórico de exclusão e preconceito. É notório que nos últimos anos o comportamento daqueles que são classificados como pessoas da “melhor idade” foi modificado, havendo uma maior participação social, econômica e cultural. Sendo assim, as políticas públicas também sofreram modificações buscando atender de uma melhor forma esses cidadãos.

Visualizando essa situação, a Gerência de Assistência Saúde, vinculada à Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Juazeiro desenvolveu o Programa de Educação de Idosos – PROEDI que tem por base focalizar suas ações na orientação de idosos, através de palestras de esclarecimento em três eixos básicos: nutrição, saúde física e mental e sexualidade.

A escolha dos eixos se deu pela observação do alto grau de desinformação existente sobre o assunto, podendo decorrer da própria condição sócio-econômica e principalmente da falta de esclarecimento público relacionado à melhoria dessas condições.

Os programas desenvolvidos pela Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Juazeiro foram:

PROENI - Programa de Educação Nutricional de Idosos

PROEFI – Programa de Educação Física de Idosos

PROESI – Programa de Educação Sexual de Idosos

A base de todos os programas é orientar os grupos da melhor idade no sentido de esclarecer e garantir formação de multiplicadores que possam colaborar na conscientização sobre a importância dos cuidados com os aspectos nutricionais, da saúde física e mental e da sexualidade no decorrer da vida.

OBJETIVO

Desenvolver ações educacionais relacionadas ao esclarecimento e garantia de formação de multiplicadores

sobre os aspectos os aspectos nutricionais, da saúde física e mental e da sexualidade a população com mais de 60 anos de idade.

METODOLOGIA

Para a implementação do PROENI (40h/a) as atividades desenvolvidas através de palestras ministradas aos grupos de idosos focalizam os seguintes assuntos:

ÁREA	TEMA	ESPECIALISTA
Nutrição	Fisiologia da Nutrição	Nutricionista
	Alimentação e Nutrição na 3ª Idade	Nutricionista
	Vigilância Sanitária Alimentar e Ambiental	Nutricionista
Saúde Bucal	Anatomia da Face e Boca e Fisiologia	Cirurgião-Dentista
	Promoção da Saúde Bucal e Medidas de Prevenção de doenças	Cirurgião-Dentista
	Patologia Bucal	Cirurgião-Dentista
	Reabilitação Oral	Cirurgião-Dentista
Fonoaudiologia	Disfagia	Fonoaudióloga
	A Fonoaudiologia no tratamento auxiliar de Alzheimer e Parkinson	Fonoaudióloga
Gastroenterologia	Gastrite	Médica/Enfermeiro
Endocrinologia	Diabetes/ Pô-Diabético	Médica/Enfermeiro

Para a implementação do PROEFI (20h/a) as atividades desenvolvidas através de palestras ministradas aos grupos de idosos focalizam os seguintes assuntos:

DISCIPLINAS DO MÓDULO: SAÚDE E NUTRIÇÃO (20 h/a)		
ÁREA	TEMA	ESPECIALISTA
Cardiologia	Vascularização	Médico/Enfermeiro
	Circulação	Médico/Enfermeiro
	Hipertensão Arterial	Médico/Enfermeiro
Endocrinologia	Diabetes/ Pô-Diabético	Médico/Enfermeiro
Ortopedia	Osteoporose / Fragilidade Óssea	Médico/Enfermeiro
Fisioterapia	Reabilitação Física	Fisioterapeuta
Terapia Ocupacional	Atividades da Vida Diária	Terapeuta Ocupacional

Para a implementação do PROESI (20h/a) as atividades desenvolvidas através de palestras ministradas aos grupos de idosos focalizam os seguintes assuntos:



DISCIPLINAS DO MÓDULO DE EDUCAÇÃO SEXUAL (20h/aula)		
ÁREA	TEMA	ESPECIALIDADE
SEXUALIDADE	A SEXUALIDADE NA 3ª IDADE	ASSIST. SOCIAL
PSICOLOGIA	AUTO ESTIMA	PSICÓLOGO
DOENÇAS DO APARELHO SEXUAL	DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	MÉDICO/ENFERMEIRO
DOENÇAS DO APARELHO SEXUAL	HIV/AIDS	MÉDICO/ENFERMEIRO

RESULTADOS OBTIDOS ATÉ O MOMENTO

Atualmente o programa sendo implementado como piloto ao grupo de alunos da Universidade Aberta da Melhor Idade - UAMI, vinculado à Faculdade São Francisco de Juazeiro – FASJ. O grupo é composto por 40 alunos matriculados que cursam o segundo semestre de atividades.

Através de parceria com esse órgão de ensino, o PROEDI foi inserido na estrutura curricular do projeto através de módulos que integram o 2º e 3º semestres de atividades, contemplando uma carga horária de 20 ou 40 horas/aula, conforme o programa, e tem como base a continuidade das ações de repasse de informações, considerando que a cada ano uma nova turma passa a fazer parte da UAMI.

Além dos assuntos abordados nos módulos do 2º e 3º semestres, serão desenvolvidas no 4º semestre palestras diversas com foco no repasse de informações sobre Políticas Públicas de Saúde, Plano Municipal de Saúde, PACS, PSF, Programa de Atenção Básica, Programa Brasil Sorridente, PROAMI, Sistemas de informação em Saúde, totalizando 40h/a.

Vale afirmar que atualmente as aulas da UAMI cursam o 2º semestre de aulas, estando em implementação o módulo PROENI. As atividades da UAMI tem como público-alvo pessoas interessadas, a partir de 50 anos de idade, já alfabetizadas e que se julguem aptas ao acompanhamento de aulas, procedentes dos diversos segmentos sociais.

Inicialmente as ações do PROED estão direcionadas apenas à UAMI, mas a partir do projeto piloto, as mesmas serão direcionadas aos grupos de idosos dos bairros, através do Programa Saúde da Família, o qual será uma grande estratégia para que a informação seja para os idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que esse tipo de ação, apesar de estar em teste-piloto, envolvendo um grupo composto por 40 idosos, tende a tomar proporções bem maiores a partir das formação de multiplicadores, sendo imprescindível o desenvolvimento das atividades vinculadas aos programas em outros espaços, especialmente nos grupos de idosos de bairros, associação de aposentados e outras organizações que contemplem o público visado.



ATENÇÃO AO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR DA CRIANÇA E REABILITAÇÃO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. CONTRIBUIÇÃO DA UFRJ NUM PROGRAMA DE PARCERIAS INTERINSTITUCIONAIS.

Autor Principal: Alice Yuriko Shinohara Hassano

Outros Autores: Lívia Rangel Lopes Borgneth e Lillian Barça

Instituição: Universidade Federal do Rio de Janeiro

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

JUSTIFICATIVA

O avanço tecnológico tem salvo crianças que antes não sobreviviam. No entanto, essas crianças com doenças genéticas ou que sofreram agravos perinatais em relação ao seu desenvolvimento neuropsicomotor apresentam maior risco de se tornarem portadoras de desvios e de deficiências (motora, visual, auditiva, linguagem, e/ou psico-cognitiva).

Não basta garantir a sobrevivência das crianças. Para a busca de uma melhor qualidade de vida e garantia de inserção social, é preciso que se faça a detecção precoce de alterações e intervenções em tempo hábil, para a prevenção ou minimização de seqüelas. Para tanto, é ainda muito precário o número de pediatras e de outros profissionais de saúde suficientemente capacitados e de equipes de reabilitação, com adequação técnica, para atender essa demanda crescente.

OBJETIVO

Apresentar uma experiência de estabelecimento de parcerias interinstitucionais (UFRJ, Secretaria Municipal de Saúde (SMS), ONG (Rotary International) e sociedade científica (Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro – SOPERJ), para o atendimento de crianças com risco e/ou portadoras de deficiências, sob visão global, no município do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

Coube a cada uma das partes o desempenho do seu papel:

I. UFRJ: treinamento e capacitação dos profissionais de saúde da SMS (pediatras, médicos fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e psicólogos) para o atendimento das crianças e suas famílias, sob visão integral através de trabalho interdisciplinar e uso de método neuroevolutivo para avaliação e intervenções terapêuticas.

2. SMS: implantação de Núcleos de Atenção Interdisciplinar aos Recém-nascidos de Risco (NAIRRs) nas maternidades e Núcleos de Atenção Interdisciplinar ao Desenvolvimento Infantil (NAIDIs) na rede ambulatorial, compostos de equipes multiprofissionais (pediatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo) com metodologia interdisciplinar na atuação.

3. Rotary Clubs: fornecimento de recursos materiais (materiais e equipamentos para uso em Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia e Pediatria, além de mobiliário, refrigeração do ambiente e reforma das salas de atendimento, de reunião de equipe e de recepção).

4. SOPERJ: participação em fóruns e jornadas juntamente com as três instituições acima para divulgar o trabalho interdisciplinar em detecção precoce de desvios do desenvolvimento infantil e reabilitação e pleitear aumento de recursos humanos nos serviços públicos de saúde.

RESULTADOS

Houve a implantação de NAIRRs em 5 maternidades municipais e 5 NAIDIs, visando-se os princípios norteadores do SUS.

No Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Desenvolvimento Infantil (NAIDI) do Posto de Saúde Madre Teresa de Calcutá, apresentado no vídeo, as crianças e suas famílias são atendidas pela equipe multiprofissional, sob visão integral, com boa qualidade técnica e em ambiente de conforto (possibilitado pelas doações do Rotary International).

CONCLUSÃO

Esta experiência demonstrou que é possível a replicação, na rede básica de saúde, do modelo interdisciplinar de trabalho, da UFRJ, em atenção ao desenvolvimento infantil e reabilitação

A integração de ações como estas permitindo muito mais do que uma mera "soma" do trabalho de diferentes instituições,



governamentais ou não, é a solução para que um número cada vez maior de crianças especiais possam ter as suas necessidades atendidas, de forma integral, em núcleos mais próximos de sua moradia. Este fato concorre para a sua assiduidade, diminuição do estresse familiar, ampliação do rendimento terapêutico e conseqüente facilitação da sua inserção social e redução de custo para o Estado.

As parcerias interinstitucionais como esta permitem colocar mais facilmente em prática a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde, bem como a Política Nacional de Extensão Universitária do Ministério da Educação e de Inclusão Social do Ministério da Assistência e Promoção Social do atual governo.



COLETA HUMANIZADA DO EXAME DO PÉZINHO

Autor Principal: Aline Leal Silva
 Instituição: Hospital Santa Lucinda
 Município: Sorocaba
 Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O teste do pezinho é um exame laboratorial realizado em amostras de sangue coletadas nas crianças a partir de 48 horas de vida com o objetivo de detectar precocemente erros inatos do metabolismo. Esse exame é obrigatório e gratuito, estando disponível em toda rede pública.

No Hospital Santa Lucinda o exame do pezinho é considerado uma prioridade, recebendo portanto um encaminhamento especial, com a conscientização da equipe, das mães e seus familiares.

Antes do nascimento as gestantes são convidadas a participar de encontros de orientação sobre o parto, os cuidados com o Rn, o que inclui esclarecimentos sobre a importância do exame, quando e como é realizado.

Após o parto, a puérpera recebe orientações sobre todos os cuidados consigo e com o bebê, é agendado o exame do pezinho no horário em que o cartório estará presente para efetuar o registro. Há também a possibilidade de coletas em outros horários e dias não comerciais, visando facilitar a sua locomoção.

Após o parto no Hospital Santa Lucinda, a mãe recebe o agendamento do exame do pezinho, o registro do Rn ou a possibilidade de busca-lo no dia do exame, o agendamento das consultas para ela e para o Rn nos primeiros 15 dias pós alta através do projeto Bebê Saudável, a carteira de vacina com a primeira dose de hepatite e a BCG, o cartão do RN com a sua primeira foto e todas as orientações necessárias sobre os cuidados com ambos.

No retorno para realização do exame é feita uma triagem para identificar as dificuldades apresentadas no período pós alta como, amamentação, cuidados com o coto umbilical, troca de fralda, fissuras ou ingurgitamento mamário, buscando sanar as dúvidas e dar apoio à mãe e à família.

A coleta é realizada com auxílios de técnicas que inibem ou eliminam a dor do procedimento, utilizando um aparelho com lancetas descartáveis e finas, com regulagem de profundidade. No momento do exame o bebê deve estar mamando na mãe, pois a sucção e o leite auxiliam liberando endorfinas que tranquilizam o Rn.

Nos casos de mães faltosas no primeiro exame ou recoleta devido alterações no resultado, a convocação é realizada obedecendo a seguinte seqüência:

- Convocação por telefone;
- Convocação por carta;
- Rastreamento junto a UBS para alerta de convocação, e
- Visita domiciliar no endereço fornecido por um funcionário treinado para realizar a coleta domiciliar.

Todo esse processo é devidamente registrado e realizado pela escrituraria e enfermeira da Unidade Neonatal que fazem todo rastreamento, convocações, anotações em

livro de registro e arquivado no prontuário.

Os resultados finais de exames alterados são informados ao pediatra responsável pelo Rn no período de internação, ao pediatra que acompanha o bebê pós e à UBS através de carta entregue à mãe juntamente com o resultado solicitando acompanhamento no programa de Rn de risco.

HOSPITAL SANTA LUCINDA • PUC SOROCABA
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM • UNIDADE NEONATAL

COLETA HUMANIZADA DO EXAME DO PÉZINHO
 *Aline Leal Silva, **Carla F. M. D. Loureiro
 * Coordenadora da Unidade Clínica Adulto pediátrica e Neonatal - Atoria
 ** EnL. Supervisora de Enfermagem - Co-ordenadora

INTRODUÇÃO

O teste do pezinho é um exame laboratorial realizado em amostras de sangue coletadas nas crianças a partir de 48 horas de vida com o objetivo de detectar precocemente erros inatos do metabolismo. Esse exame é obrigatório e gratuito, estando disponível em toda rede pública.

No Hospital Santa Lucinda o teste do pezinho é considerado uma prioridade, recebendo portanto um encaminhamento especial, com a conscientização da equipe, das mães e seus familiares.

O teste do pezinho é realizado em gestantes durante a participação de encontros de orientação sobre o parto, os cuidados com o Rn, o que inclui esclarecimentos sobre a importância do exame, quando e como é realizado.

Após o parto, a puérpera recebe orientações sobre todos os cuidados consigo e com o bebê, é agendado o exame do pezinho no horário em que o cartório estará presente para efetuar o registro. Há também a possibilidade de coletas em outros horários e dias não comerciais, visando facilitar a sua locomoção.

Após o parto no Hospital Santa Lucinda, a mãe recebe o agendamento do exame do pezinho, o registro do Rn ou a possibilidade de busca-lo no dia do exame, o agendamento das consultas para ela e para o Rn nos primeiros 15 dias pós alta através do projeto Bebê Saudável, a carteira de vacina com a primeira dose de hepatite e a BCG, o cartão do RN com a sua primeira foto e todas as orientações necessárias sobre os cuidados com ambos.

No momento do exame o bebê deve estar mamando na mãe, pois a sucção e o leite auxiliam liberando endorfinas que tranquilizam o Rn.

Nos casos de mães faltosas no primeiro exame ou recoleta devido alterações no resultado, a convocação é realizada obedecendo a seguinte seqüência:

- Convocação por telefone;
- Convocação por carta;
- Rastreamento junto a UBS para alerta de convocação, e
- Visita domiciliar no endereço fornecido por um funcionário treinado para realizar a coleta domiciliar.

Todo esse processo é devidamente registrado e realizado pela escrituraria e enfermeira da Unidade Neonatal que fazem todo rastreamento, convocações, anotações em livro de registro e arquivado no prontuário.

Os resultados finais de exames alterados são informados ao pediatra responsável pelo Rn no período de internação, ao pediatra que acompanha o bebê pós e à UBS através de carta entregue à mãe juntamente com o resultado solicitando acompanhamento no programa de Rn de risco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- * Realizar o rastreamento, coleta, triagem, registro, encaminhamento.
- * Realizar o rastreamento, coleta, triagem, registro, encaminhamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- * Realizar o rastreamento, coleta, triagem, registro, encaminhamento.
- * Realizar o rastreamento, coleta, triagem, registro, encaminhamento.



OBJETIVOS

- Esclarecer curiosidades, medos, inseguranças, preocupações.
- Fornecer uma cobertura ampla com o mínimo absenteísmo na realização do exame.
- Auxiliar aquelas famílias que apresentem dificuldade de comparecer ao exame.
- Integrar o Hospital Santa Lucinda à comunidade através de ações educativas e interativas no pré natal e no pós alta.
- Realizar os procedimentos de maneira humanizada minimizando a dor, a ansiedade e ainda estimular e motivar precocemente o aleitamento materno e conseqüentemente fornecer ao binômio as grandes vantagens deste.
- Fortalecer os laços afetivos entre o binômio e também da família.

METODOLOGIA

Este trabalho é desenvolvido no Hospital Santa Lucinda – PUC – Sorocaba, na unidade materno-infantil localizada no 2º andar leste. Participam todas as gestante que dão a luz nesta instituição.

PRODUTOS E RESULTADOS

Conseguimos atingir uma alta margem de comparecimento e de coletas realizadas.

APRENDIZADO FACILIDADES E DIFICULDADES

As facilidades: familiarização com o local e a equipe; colaboração durante o procedimento; menor absenteísmo; melhor assimilação das orientações.

As dificuldades: adesão durante as orientações no pré-natal;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A coleta em domicílio nos casos dos faltosos cuja localização ou convocação não foi possível por outro meio, diminuiu o número de exames não colhidos, além de agilizar a coleta daqueles exames que normalmente ocorreriam fora do prazo por falta de possibilidade de locomoção ou de orientação das famílias, desta maneira os riscos ao Rn são minimizados e aumentam as chances de tratamentos precoces para os casos de exames alterados.



ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Autor Principal: Almir José Dias Valverde

Outros Autores: Cassia A.A. Dolent; Reginaldo Alcântara; Rosa Zamvetor; Roberto Mendes

Instituição: Hospital Municipal Dr. Mário Gatti

Município: Campinas

Estado: São Paulo

O Acolhimento é um modo de operar processo de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e orientar de forma mais eficaz o usuário. Implica prestar um atendimento com resolutividade, ao paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência.

Não é um espaço físico, mas uma postura ética que se constrói em meio a imperativos de necessidade, direito e solidariedade humana. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica: uma reorganização do serviço de saúde no processo de trabalho; mudanças estruturais na forma de gestão

da unidade ampliando os espaços de discussão e processo de escuta, trocas e decisões coletivas; construir propostas com a equipe local e para fora com a rede de serviços e gerências centrais e distritais.

O Acolhimento como dispositivo tecno-assistencial é disparador de reflexões e mudanças nos modos de operar a assistência, pois interroga as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acessibilidade; mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada; abordagem integral; o aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas por cada categoria aumentando a responsabilização dos profissionais de saúde, facilitando assim operacionalização de uma clínica ampliada.

Este grupo teve início em 31/03/2001 com a colaboração de profissionais reabilitadas que dispunham de perfil para este novo serviço.

A Classificação de Risco é um processo de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco. E dispõe dos seguintes objetivos:

- Avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto Socorro.
- Redução do tempo para o atendimento médico.
- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo.
- Informar os tempos de espera e retornar informações a familiares

PRÉ-REQUISITOS NECESSÁRIOS A IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- Estabelecer fluxos, protocolos, triagem administrativa e classificação.
- Qualificar as Equipes.
- Sistematizar informações e encaminhamentos específicos.
- Quantificar os atendimentos diários e perfil da clientela.
- Adequar a estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento:

EMERGÊNCIA: A área de Emergência, deve ser pensada por nível de complexidade, otimizando recursos tecnológicos e

Hospital Municipal Dr. Mário Gatti

Acolhimento e Classificação de Risco

A idéia de humanizar o atendimento aos pacientes do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti e seus familiares é antiga. Mas o trabalho de humanização começou, efetivamente, no dia 31 de março de 2001.

Depois de cinco anos, mais de 150 mil pessoas já foram atendidas pelo programa que é fundamentado no respeito a saúde física e mental das pessoas que diariamente precisam dos serviços prestados pelo hospital.

A viabilização do projeto foi possível devido à implantação de algumas diretrizes pelo grupo que realiza o trabalho:

- Estabelecimento de fluxos, protocolos, triagem administrativa e classificação de risco
- Qualificação das equipes
- Sistematização de informações e encaminhamentos específicos
- Quantificação dos atendimentos diários e o perfil dos usuários
- Adequação da estrutura física e logística das áreas de atendimento como a Emergência e o Pronto Atendimento



força de trabalho das equipes, atendendo ao usuário segundo sua necessidade específica.

Área Vermelha –destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas.

Área Amarela - destinada a assistência de pacientes semi-críticos.

Área Verde- destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.

PRONTO ATENDIMENTO: Área Azul – área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade, que dispõe: Acolhimento; Consultório de enfermagem, consulta médica e especialidade, Classificação de Risco; Serviço Social; Sala de medicamentos, soroterapia e inaloterapia, sala de coleta exames para detecção de Tuberculose Pulmonar com sistema de exaustão, sala de ECG;

PROCESSO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O usuário ao procurar o Pronto Atendimento deverá direcionar-se a Central de Acolhimento que terá como objetivos: Direcionar e organizar o fluxo através da identificação das diversas demandas do usuário; acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera, realizar a Triagem Administrativa baseada no protocolo de situação queixa encaminhando os casos que necessitam para a classificação de risco pelo enfermeiro.

A classificação de risco ocorre de acordo com protocolo já existente:

Vermelho: prioridade 0 - emergência, de atendimento imediato.

Amarelo: prioridade 1 - urgência, atendimento em no máximo 15 min.

Verde: prioridade 2 - prioridade não urgente, atendimento em até 30 min.

Azul: prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada – tempo de espera pode variar até 3 horas.



TERAPIAS COMUNITÁRIAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM BEBERIBE-CE

Autor Principal: Amália Gonçalves Arruda

Outros Autores: Cristiane Gomes Moreira; Manoel Dias da Fonsêca Neto

Instituição: Secretaria Municipal de Beberibe

Município: Beberibe

Estado: Ceará

INTRODUÇÃO

“Então vem, entra na roda com a gente também, você é muito importante, vem...”

A terapia comunitária é um espaço de partilha onde cada indivíduo aprende/ensina a partir de suas experiências. Permite que as pessoas expressem seus sentimentos e descubram, dentro de si e do outro, o potencial transformador existente em cada um.

A experiência da Terapia Comunitária iniciou-se na década de 80, na favela do Pirambu, Fortaleza-CE. Tem como principal formulador o Dr. Adalberto Barreto, psiquiatra e antropólogo. Os objetivos da T.C. são, dentre outros: possibilitar ao indivíduo reconhecer em si o potencial para a superação de dificuldades; fortalecer a auto-estima; valorizar o papel da família e da cultura; possibilitar uma comunicação eficaz entre o saber popular e o científico.

Beberibe, cidade situada no litoral leste do Ceará, reconheceu na T.C. uma forma de melhorar a qualidade de vida de seus municípios. Estabeleceu uma parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC), o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária e a Secretaria Nacional Antidrogas para formação de sessenta (60) terapeutas comunitários.

O terapeuta comunitário é um facilitador para um grupo de pessoas na busca do alívio de suas ansiedades e angústias, favorecendo a partilha de experiências durante a TC. Não precisa ser acadêmico, mas sim solidário, ético e envolvido com a comunidade.

OBJETIVOS

Avaliar o impacto da TC no terapeuta comunitário em formação.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, tipo relato de experiência, realizada com cinco terapeutas comunitários em formação. Foram realizadas entrevistas com o objetivo de analisar o impacto da TC na vida dessas pessoas, com pergunta norteadora: “Que alterações

ocorreram na sua vida após as terapias comunitárias?” As entrevistas foram analisadas e deram origem a unidades de registro.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Constatamos uma percepção positiva dos terapeutas em relação a si mesmo e na relação com os outros. Essa realidade pôde ser expressa através dos seguintes depoimentos:

AUTO-ESTIMA

“Senti transformações pessoais internas quanto à auto-estima. Sinto-me mais capaz”.(T1)

“A terapia também me fez ver os valores que eu tinha e não conhecia”.(T2)

“Percebi que tenho qualidades e virtudes que possibilitam ajudar o outro”. (T5)

A auto-estima é uma ferramenta fundamental na busca da felicidade. Barreto (2005) refere que a auto-estima possibilita que a pessoa perceba a chave do sucesso ou do fracasso está dentro de si mesmo, superando o sentimento de impotência diante das adversidades. Este sentimento surge devido à não compreensão do que está acontecendo. A terapia auxilia em clarear o que aflige o indivíduo.

Branden, apud Barreto (2005), coloca que o que dá sustentabilidade à auto-estima é: *viver conscientemente*, refletir sobre o que realmente está acontecendo conosco; *auto-aceitação*, aceitar como somos, reconhecendo virtudes e limitações; *auto-responsabilidade*, somos responsáveis por nossos atos e suas conseqüências; *auto-afirmação*, somos únicos e não estamos nesse mundo para suprir as expectativas dos outros; *intencionalidade*, perceber a hora do sim e do não, o queremos de nossa vida; *integridade pessoal*, não exigir do outro aquilo que nós mesmos não somos, respeitar e manter-se fiéis aos valores.

A melhora da auto-estima é um ganho valioso para o terapeuta, pois o possibilita viver melhor, gerando conseqüências positivas para si e para os que o rodeia.



RELACIONAMENTO COM O OUTRO

“Sou capaz de aceitar melhor o outro, pois reconheço nas suas falhas, as minhas”.(T5)

“Melhorei o relacionamento com as pessoas difíceis, pois só reconheço aquilo que conheço”.(T1)

“Passei a compreender melhor as outras pessoas, a sentir seus sofrimentos”.(T4)

A frase chave da terapia comunitária, para a compreensão das dificuldades de relacionamento, é: “só reconheço aquilo que conheço”. Se alguém nos incomoda com suas atitudes, nos afastamos. Descobrimos, nas vivências da T.C., que a fuga diante de nossas imperfeições geram esse comportamento. Somos nós mesmos que nos reconhecemos no outro e isso é difícil admitir. Quando admitimos, o relacionamento melhora.

CAPACIDADE DE SER FELIZ

“percebi que a felicidade não está nas coisas, nem nas pessoas, mas em nós mesmos”.(T5)

“Sinto-me com potencial grande para ser feliz”.(T1)

Todos temos um sonho de felicidade. Para uns, não passa de utopia. Para outros, está na família, nos amigos ou nos bens materiais. Com a T.C. a felicidade pode ser algo simples: a capacidade de olhar além das dificuldades. A resiliência é fundamental para o terapeuta buscar a felicidade e a compreendemos como a capacidade de adaptação consciente no enfrentamento das adversidades. Está dentro de nós a capacidade de alcançarmos maior bem-estar e equilíbrio, mesmo que novas situações possam nos desestabilizar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Terapia Comunitária (T.C.) é um meio eficaz que pode auxiliar os profissionais de saúde a lidarem melhor com o sofrimento do outro e de si próprios. Cada vez mais se vê a necessidade de cuidar do profissional, que lida com a dor do outro.

Através desse relato percebemos a T.C. como um instrumento de cuidado para o terapeuta. No Programa de Saúde da Família a T.C. comporia uma rede de acolhimento a pessoas com queixas difusas e um espaço para o profissional de saúde aprender a cuidar de si.

Aumento da auto-estima, melhora no relacionamento interpessoal e confiança em poder ser feliz foram os destaques desse relato. Consideramos esses aspectos importantes para a melhora na qualidade de vida dos indivíduos. A T.C. pode ser uma estratégia política em saúde, como um instrumento de apoio social e um espaço de partilha e cuidado para todos aqueles que lidam com as suas e as dores de outros.



TÉCNICAS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM; PROFISSIONAIS ARTICULADORES NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: POTENCIALIZANDO O NÚCLEO DE ATUAÇÃO DE UM PROFISSIONAL AINDA NÃO DESCOBERTO.

Autor Principal: Amarilys Zaldúa Triana

Outros Autores: Isabel Cristina dos Santos Lima

Instituição: USF Jd Camanducaia

Município: Campinas

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O trabalho do núcleo de técnicos de enfermagem em geral se caracteriza por ações rotineiras, nas quais existe pouco espaço para estes profissionais se colocarem como sujeitos questionadores do processo de trabalho e criadores de novas formas de entender e realizar sua prática. Este núcleo de atuação, em um campo de trabalho como é a estratégia de saúde da família, configura-se como um campo privilegiado de interlocução e integração com outros núcleos: recepção, agentes comunitários, médicos, enfermeiras, psicólogos, e também com a comunidade. Além disso, deve-se ressaltar a importância relevante nos processos de educação permanente, tão vitais para os programas e ações em saúde dentro da estratégia de saúde da família. Este artigo tenta elucidar o percurso que uma equipe de técnicas de enfermagem teve em conjunto ao todo da equipe para redefinir sua participação dentro do trabalho como articuladoras dos processos de cuidado e peça fundamental para o êxito do acolhimento como ferramenta de gestão e construção de fluxos.

OBJETIVOS

Este trabalho tem por objetivo descrever um processo de potencialização do núcleo de atuação profissional do técnico de enfermagem no contexto da estratégia de saúde da família ocorrido na Unidade de Saúde da Família do Jardim Camanducaia, município de Amparo, S.P, no sentido de incrementar os recursos e instrumentos de suas valises para a atuação no seu dia a dia.

METODOLOGIA

Com base na metodologia da roda, no Planejamento estratégico situacional, e na teoria dos ruídos, vêm sendo realizadas, semanalmente, durante o período de duas horas, reuniões de equipe, que tentam trabalhar as propostas coletivas de resolução dos problemas levantados por cada um dos membros da equipe no dia a dia de trabalho. Neste processo de gestão coletiva, e a

pedido das técnicas de enfermagem tem sido reestruturado o campo de atuação destes profissionais, dentro da unidade de saúde. Foram discutidas as rotinas e distribuições dos trabalhos das técnicas, suas potencialidades como interlocutoras e a participação dinâmica dentro do acolhimento.

PRODUTOS

Acolhimento: hoje, elas direcionam todo o fluxo da demanda espontânea, baseadas em protocolos construídos coletivamente junto aos médicos e enfermeiras da unidade, o que tem sido fundamental para o adequado acolhimento das necessidades dos pacientes, já que são elas que definem a “rota” do usuário dentro da unidade. Seja para direcioná-lo para o atendimento médico, ou para o de enfermagem, assim como para reagendar ou dar a instrução necessária para que ele, usuário, possa cuidar de sua queixa, caso não se faça necessária uma consulta, segundo a determinação de risco da queixa.

Educação em saúde: cabem as técnicas as orientações sobre prevenção câncer de útero, vacinação, uso adequado dos medicamentos nos programas de hipertensão, diabetes, dietas previamente estabelecidas, orientações a gestantes e trabalho grupal com as mesmas, planejamento familiar, orientações sobre prevenção do câncer de mama, etc. Outro papel fundamental em educação em saúde é o trabalho permanente com a comunidade sobre o uso adequado do centro de saúde. Também são fundamentais no seguimento proposto aos pacientes dos programas, porque as técnicas de enfermagem participam ativamente no processo de compreensão do paciente com sua queixa, e no esclarecimento das dificuldades que eles possam ter com relação à medicação e dietas. Estas estratégias incluem também os projetos terapêuticos com os pacientes domiciliados, trabalhando também com os cuidadores domiciliares, sobre suas dificuldades e dúvidas.

Por terem um papel privilegiado tanto na entrada como na saída do usuário da unidade, são elas que ajudam a rever o seguimento do paciente, assim como programar os retornos e,



ainda, checar se houve medicações e orientações, que por acaso o médico ou enfermeira tenham deixado passar.

Produção de rotinas e fluxos: a partir de uma construção grupal dentro da equipe incluindo todos os profissionais, as técnicas de enfermagem puderam repensar suas práticas e com iniciativa própria, construir protocolos de acolhimento, fluxo interno e revisão avaliativa do processo de cada tipo de atendimento.

Interlocução com outros núcleos: pelo espaço privilegiado que ocupam na unidade, têm permanente diálogo com a recepção, no levantamento de dificuldades de fluxo, que possam acontecer no dia a dia, assim como também no trabalho das agentes comunitárias de saúde, pois o trabalho destas tem interface com o das técnicas através das ações de vigilância à saúde e de programas específicos, tais como a vacinação e a busca ativa de usuários faltosos.

APRENDIZADO

O maior aprendizado de todo este processo tem sido a constituição de um grupo sujeito de seu processo de trabalho e de reflexão sobre ele, permanentemente, questionador, ativo e gerador de mobilizações nos outros núcleos de atenção que constituem o todo do processo de trabalho desta Unidade de Saúde da Família do Jardim Camanducaia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental repensar a promoção permanente de estratégias de convivência que promovam a co-gestão, a participação de todos profissionais nas decisões e na reflexão-ação cotidiana do processo de trabalho. Assim como oferecer constantemente os instrumentos de gestão participativa, que desencadeiam os movimentos de constituição de grupos sujeitos do interior do todo da equipe, como este movimento do núcleo das técnicas de enfermagem, que provoquem transformações cotidianas neste processo de trabalho, que nada mais é do que cuidar criativamente de nossos usuários.



O ACOLHIMENTO E A EQUIPE: UMA EXPERIÊNCIA DE CONSTRUÇÃO DA IDÉIA/ATITUDE DE ACOLHER DE UMA EQUIPE DO PSF DE AMPARO- SP.

Autor Principal: Amariyls Zaldúa Triana

Outros Autores: Andréia Aparecida Pinheiro

Instituição: USF Jd Camanducaia

Município: Amparo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Uma das principais dificuldades para a implantação e implementação do acolhimento como ferramenta de organização do processo de trabalho é a não inclusão da equipe na construção coletiva da idéia/atitude do que seja acolher. Para isto, faz-se necessário que a equipe vivencie intensamente o acolher nas relações de trabalho, ou seja, entre os diferentes profissionais, entre os diferentes saberes, enfim, entre os diferentes sujeitos.

OBJETIVO

Relatar a experiência de construção coletiva da idéia/atitude de acolher de uma equipe que se dispôs a se conhecer como grupo, a partir de suas histórias e de seu refletir sobre as relações afetivas e de comunicação no cotidiano de trabalho.

MÉTODO

Descrever as estratégias de comunicação e de promoção de fluxos de afeto no interior da equipe, que foram significativos para gerar acolhimento entre as pessoas nas relações de trabalho e facilitar a construção da idéia de acolher o outro, como ferramenta fundamental em ESF.

PRODUTOS

Relato de três reuniões de equipe significativas para o processo de constituição grupal e de construção coletiva da idéia/atitude de acolher. Foram, assim designadas:

1. A importância do uso da palavra no cotidiano, refletindo sobre o "síndrome Gabriela": em que "eu nasci assim, eu cresci assim, eu serei assim", que impossibilitava o trabalho em equipe, alterando as relações interpessoais, e desvalorizando o uso da palavra nestas relações, sendo assim contribuiu para compreensão dos "ruídos, e melhorou o fluxo do trabalho interno.

2. Colcha de retalhos: relatada no pôster titulado: "a

importância das relações interpessoais e a construção das histórias de vida de uma equipe de saúde da família-relato de experiência"

3. A árvore da resiliência grupal da equipe: entendendo por resiliência o conjunto de forças emocionais mentais e físicas, desenvolvidas ou herdadas, que auxiliam uma pessoa ou um grupo de pessoas a superar adversidades, percalços e situações de risco da vida com relativo sucesso, construímos em reunião de equipe a nossa árvore de resiliência grupal, a partir das emoções que cada membro da equipe oferece para a construção desta resiliência e como cada um de nós constrói a partir dos nossos incômodos e vulnerabilidades emoções que propiciam a solução grupal aos problemas colocados no cotidiano do serviço de uma unidade de saúde da família.

APRENDIZADO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. É fundamental para o desenvolvimento do acolhimento como atitude cotidiana e ferramenta organizacional, dedicar tempo de trabalho para promover reflexão, a partir das vivências concretas dos sujeitos como pessoas tão significativas, tais quais os usuários atendidos por elas; 2. A promoção dos sujeitos trabalhadores responsáveis, criativos e autônomos engendra equipe-sujeito, que deixa a posição de grupo sujeitado, tornando-se responsável pelo seu próprio fortalecimento e pela a incorporação de ferramentas significativas de planejamento estratégico no trabalho cotidiano, tais como: a teoria dos ruídos, metodologia da roda, o levantamento de problemas e a programação coletiva das ações.



SISTEMATIZAR A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UM CAMINHO PARA A GESTÃO DO CUIDADO NO SUS

Autor Principal: Ana Aparecida Sanches Bersusa

Outros Autores: Cecília Maria Castex Aly; Maria Silvéria Rocha; Carolina Rosa de Barros Feitosa; Cristina R. A. Alonso; Eloísa Manzato dos Santos Cicereli; Denise Aparecida M. de Souza Natal; Silvia Regina Tamae; Marlene Lopes Cedran; Selma Passos

Instituição: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Município: São Paulo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O projeto Tecendo a Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) iniciou em 2003, concebido em parceria pelo Instituto de Saúde (IS), a Coordenação dos Serviços de Saúde (CSS) e a Coordenação de Recursos Humanos (CRH) da Secretaria de Estado da Saúde (SES) de São Paulo. O termo “Tecendo” caracteriza adequadamente a construção desse projeto: coletivo e subsidiado pela própria rede de serviços de saúde, tanto no apoio científico-metodológico quanto na provisão de recursos necessários à sua implantação.

A SAE é o instrumento científico-metodológico do cuidar em Enfermagem, baseado na solução de problemas e na busca de integralidade das intervenções profissionais nos problemas de saúde e nos processos vitais de indivíduos, família e comunidade. É atividade privativa do Enfermeiro prevista na Lei 7498 de 25 de Junho de 1986 que, entretanto gera ações de cuidado multiprofissional – para a própria equipe de enfermagem bem como intersetorial.

O projeto é resultado de duas demandas: a primeira, o anseio dos diretores de enfermagem/enfermeiros responsáveis técnicos, que ao refletirem sobre o gerenciamento da assistência que executavam, perceberam a necessidade de aprimorá-la; a segunda, dos apontamentos do Conselho Regional de Enfermagem SP, em suas visitas de supervisão, a CSS e a CRH, de problemas relacionados a assistência de enfermagem.

OBJETIVO

Implantar/implementar a SAE em todos os hospitais e ambulatoriais vinculados a CSS, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada os usuários do SUS/SP

METODOLOGIA

O projeto foi dividido em várias etapas, algumas seqüenciais, outras concomitantes: 1. diagnóstico da SAE nas

instituições; 2. análise dos resultados do diagnóstico da SAE com especialistas da área; 3. planejamento da implantação/implementação, com: 3.1 sensibilização dos diretores institucionais e diretores de enfermagem, 3.2 criação de rede de interlocutores locais, 3.3 capacitação das equipes com déficit em SAE; 4. definição de indicadores para monitoramento do processo com: 4.1 implantação do monitoramento e 4.2 supervisão local; e, 5. acreditação .

PRODUTOS E APRENDIZADO

Do Diagnóstico da SAE, participaram todas as unidades hospitalares e ambulatoriais próprios do Estado na Região Metropolitana da Grande São Paulo. Investigou-se o perfil institucional por unidades ou setores; etapas da SAE executadas, papel dos enfermeiros na instituição, capacitações realizadas, dificuldades na implantação. A análise apontou que a maioria das instituições realiza alguma etapa da SAE., que o papel desempenhado pelo enfermeiro é o burocrático com maior frequência, e que 59% dos enfermeiros já haviam recebido treinamento em SAE.

A *discussão com os especialistas* em SAE (da universidade e da própria rede), buscou aprofundar a análise do diagnóstico, resultando num documento norteador para o planejamento da implantação/implementação da SAE em todas as unidades participantes do projeto

O planejamento consistiu em: a) *sensibilização dos diretores* das instituições, através de uma cartilha explicando detalhadamente as etapas do processo - como implantar, as vantagens e as dificuldades que poderiam encontrar- e de um CD com referencial teórico de apoio; b) *criação de uma comissão local* em cada instituição, com regimento próprio, responsável por escrever e desenvolver o projeto de implantação local, com um representante-interlocutor para contato constante com a comissão central; c) *capacitação* dos profissionais com déficit. em SAE.

Foram descritos 16 indicadores relativos a assistência de enfermagem, ao gerenciamento de pessoas e gestão da implantação do processo, que estão sendo validados e incorporados ao



monitoramento do projeto. Para acompanhamento do desenvolvimento do trabalho das comissões locais está sendo desenvolvido um plano de visitas às instituições.

A acreditação da enfermagem das unidades de saúde participantes deste projeto será encaminhado conforme a obtenção de resultados consistentes de qualidade na assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que o cuidado desde a atenção básica até a alta complexidade, está intimamente ligado à assistência de enfermagem, trabalho desenvolvido por uma equipe de profissionais de diferentes níveis de escolaridade e de responsabilidade legal. Reordenar o processo de trabalho desta equipe, superando a fragmentação das ações, através da implantando /implementando a SAE, certamente conduzirá ao cuidado integral com maior qualidade ao cliente/paciente do SUS/SP.



APOIO INSTITUCIONAL A CHAVE DA HUMANIZAÇÃO

Autor Principal: Ana Carla Macêdo do Nascimento

Outros Autores: Glenda Márcio Gondim Costa Freitas e Mariza Sandra de Souza Araújo

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Natal - RN

Município: Natal

Estado: Rio Grande do Norte

Um dos grandes desafios institucionais do SUS é romper com modelos assistenciais curativos e partir para práticas humanizadas promovendo verdadeiramente à promoção a saúde da população e dos cuidadores. Com vistas a contribuir na mudança desse cenário a Secretaria Municipal de Saúde do Natal adotou o projeto de supervisão e apoio institucional. Este projeto foi gestado em consonância com a missão institucional tendo como eixo a humanização da atenção à saúde. Surgiu a partir da necessidade de integrar os diferentes níveis da rede de cuidados progressivos da Secretaria, numa perspectiva inter e multi profissional. O trabalho de apoio tem como objetivo focalizar o monitoramento e acompanhamento das ações desenvolvidas nas Unidades de saúde da Estratégia de Saúde da Família, com a criação de mecanismos de escuta institucional, e acolhimento do sofrimento do profissional no exercício de sua função. Este relato visa discorrer acerca da experiência do trabalho de apoio institucional na Unidade de Saúde da Família da Guarita. A unidade é composta de duas equipes de PSF totalizando 20 profissionais. Localizada no bairro do Alecrim, no Distrito Sanitário Leste, município de Natal. A população assistida é 5.494 pessoas e 1491 famílias. A metodologia do trabalho de apoio foi inspirada no método da Roda (Campos, 2000), que tem como perspectiva a democratização e participação de todos na definição de prioridades e no modo de fazer as coisas. Segundo o autor este espaço coletivo é um conceito organizacional montado para estimular a produção/construção de sujeitos e coletivos e de Colegiados organizados. Espaços concretos de comunicação (circulação de desejos), de elaboração e de tomada de decisão. Na Guarita, essa escuta se efetivou através da intervenção de uma dupla de apoiadores na construção de reuniões periódicas utilizando-se da roda de conversa, como espaço de fala no qual os profissionais podiam se implicar encontrando coletivamente soluções para os problemas vivenciados no seu dia a dia, mudando as relações da equipe. A relação entre os apoiadores e a equipe foi mediada desde o início por um contrato de co-gestão e de co-responsabilidade onde se estabeleceram expectativas, objetivos e regras a serem construídas e respeitadas pelo grupo. No começo a oferta institucional era olhada com desconfiança como se ali estivesse apenas em jogo um déjà vu em que as demandas seriam ouvidas e não acolhidas. Percorreu-se um caminho neste período, de altos e baixos, de conquistas realizadas a cada encontro e de divisão de responsabilidades, ou seja, a instituição

teria tarefas a cumprir e a equipe por sua vez também teria. Os problemas apresentados pela equipe centravam-se na queixa pelas faltas institucionais e no entendimento de que as soluções encontravam-se externas ao grupo. No processo de análise, tais problemas foram sendo desvelados e o grupo passou a entender a necessidade de implicação e de soluções coletivas. Tal experiência possibilitou a reorganização do processo de trabalho, onde se romperam as barreiras, os muros, através do fortalecimento da equipe refletindo-se no trabalho com a comunidade, através da formação dos grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes. Como não dispunham de espaço físico para o encontro dos grupos estabeleceu-se uma parceria com o agrupamento da Base Naval de Natal, onde este ofertou um espaço para caminhadas e em contrapartida a equipe passou a participar da rotina de discussões da base naval no tocante a questões da hipertensão, diabetes, planejamento familiar e o programa das doenças sexualmente transmissíveis aos fuzileiros navais. Com o fortalecimento das equipes foi possível ainda, em conjunto com a comunidade, construir um galpão para reuniões dentro da Unidade de saúde. A comunidade se envolveu e a Unidade pode se sentir reconhecida por realizar um trabalho sério e comprometido com a saúde de sua população. As equipes conseguiram ofertar ao grupo de gestantes, oficina de artesanato com a confecção de lembrancinhas de biscoito para o nascimento dos futuros bebês, Houve um maior envolvimento dos agentes comunitários nas práticas inovadoras de saúde, com a formação do grupo de teatro focalizando sempre o acolhimento humanizado. De acordo com a equipe, tais iniciativas, contribuíram na mudança dos indicadores de hipertensão e diabetes. Conseguiu-se a partir desse trabalho, uma nova organização da agenda com diminuição da procura de consultas pela população. O trabalho de apoio vem possibilitando a reflexão da instituição de como transformar as angústias e faltas em processos de construção de sujeitos implicados e desejosos num novo fazer em saúde, sabendo que a falta é constitutiva e não paralisante dos sujeitos.



CONSTRUINDO A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO TRABALHO

Autor Principal: Ana Clara Lopes Costa

Outro Autores: Andreлина Aparecida Lima Pacagnella; Maria Aparecida Alves Ferreira;

Renata Lúcia Gigante; Renato Azarias Cabral; Luzia Sandra de Paula Romano

Instituição: Hospital Municipal Dr. Mário Gatti

Município: Campinas

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O Hospital Mário Gatti foi Inaugurado em 14 de julho de 1974 e é hoje o principal acesso para urgências e emergências do sistema Regional de Saúde em Campinas. É considerado referência hospitalar e retaguarda de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico para a Região Metropolitana de Campinas.

Disponibiliza dois prontos-socorros (adulto e infantil), unidades de terapia intensiva (adulto e pediátrica), unidades de internação em neurologia, ortopedia, cirurgia geral e especializada em clínica médica e pediatria, Centro de Oncologia (radioterapia e quimioterapia), Ambulatório de Especialidades (clínica médica, pediatria, cirurgia geral, urologia, plástica, cabeça, pescoço, torácica, ortopedia e oncologia), além de outros serviços de saúde.

Com 230 leitos (sendo 200 operacionais e 30 de retaguarda) e 1.680 funcionários, o HMMG atendeu no ano de 2005 cerca de 74.900 consultas no Pronto Socorro Infantil, 171.035 consultas no Pronto Socorro Adulto, 90.668 consultas Ambulatórias e 10.170 Internações. O hospital é uma autarquia pública municipal mantida com recursos do SUS e da Prefeitura Municipal de Campinas. Sua gestão é colegiada, composta por diretores, coordenadores e trabalhadores. Foi um dos primeiros do país a ter um Conselho local tripartite, que incluiu a participação dos usuários na tomada de decisões.

A importância do hospital para a população de Campinas marcou, nestes últimos 31 anos, a história da cidade. Neste período, o HMMG ampliou sua capacidade de atendimento, de realizar cirurgias complexas, contratou novos servidores, modernizou suas instalações, aumentou o número de exames de especialidades, dobrou o número de leitos na UTI e instituiu a Ouvidoria, garantindo assim o espaço de expressão do usuário.

Recentemente foi reconhecido como hospital de ensino e pesquisa pelos Ministérios da Saúde e Ministério de Educação.

JUSTIFICATIVA

Dentro deste contexto e considerando: A especificidade de trabalho em saúde, onde o cuidado se dá na relação profissional

usuário; o contato constante dos profissionais com os processos de adoecimento; a ampliação do número e de categorias profissionais que atendem ao paciente e familiares; a introdução de um novo modelo de gestão e atenção que inclui a dimensão subjetiva da relação profissional/paciente/familiar; que o sofrimento emocional/psíquico é a primeira causa de afastamento dos servidores no hospital; a crescente solicitação de intermediação de conflitos relacionais; a Coordenadoria de Apoio a Gestão com Pessoas se propôs a construir estratégias de enfrentamento, neste cenário deveras complexo, que contemplasse a discussão da integralidade do cuidado na saúde do trabalhador do SUS.

OBJETIVO

Apoiar as unidades nas questões relativas ao processo de trabalho, atuando como facilitador nas relações, nas situações funcionais, de saúde e na implementação dos modelos assistencial e de gestão.

METODOLOGIA

Utilizando o modelo assistencial preconizado na rede básica do município de Campinas e no Hospital Mário Gatti, onde a integralidade do cuidado, com acolhimento, vínculo e responsabilização são as principais diretrizes, a Unidade de Saúde do Trabalhador se organizou por equipe de referência, para atendimento às unidades de produção do hospital, objetivando a vigilância no ambiente do trabalho através do diagnóstico, eliminação/controle dos riscos e agravos à saúde no ambiente do trabalho. O apoio à saúde passou a ser prestado por equipe multidisciplinar, que além da atenção às patologias mais frequentes presta matriciamento para as equipes de referência e para os profissionais que atuam na concessão de benefícios (perícia para afastamento por problemas de saúde). Nesta forma de organização da atenção, o trabalhador é visto na sua integralidade no ambiente de trabalho e têm construído de acordo com as suas necessidades o projeto terapêutico. A unidade, através das avaliações dos riscos ambientais, também tem pactuado com gerente / Diretoria o seu projeto terapêutico singular.



Entendemos que as questões relativas ao processo de trabalho e as relações que permeiam o ambiente do trabalho, aparecem neste cenário como fatores importantes na preservação da saúde do trabalhador, na humanização das relações, do cuidado prestado ao servidor como também ao usuário. A Área de Desenvolvimento de Pessoal também se estruturou, obedecendo à lógica de equipe de referência, onde duplas de técnicos se responsabilizaram por grupos de unidades de produção. Em conjunto com coordenadores/gerentes e equipes, inicia-se o projeto de apoio ao processo de trabalho, possibilitando espaços coletivos para troca de saberes e reflexões sobre a prática, utilizando educação permanente, jogos, psicodrama e outros.

A partir de 2003, a equipe do Desenvolvimento de Pessoal, as unidades de produção e a Unidade de Saúde do Trabalhador, constroem e reconstróem formas de atuarem visando a discussão/reflexão/transformação dos processos de trabalho, tendo como foco a desalienação do trabalho, produção de protagonismos, humanização do cuidado, a saúde e a diminuição do absenteísmo na instituição.

PRODUTOS

Como resultado conseguimos diminuir o absenteísmo/doença institucional durante o ano de 2005; aumentar a integração entre os profissionais que atuam na Coordenadoria de Apoio a Gestão de Pessoas; a construção de vínculo entre apoiadores, equipes, gerentes e coordenadores; reflexão e transformação dos processos de trabalho, tanto das unidades da Coordenadoria como também em algumas unidades apoiadas.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Enquanto grupo que atua na área de gestão de pessoas sentimos o prazer de trabalhar nas rodas, descobrir, se colocar no lugar do outro, construir/ reconstruir. Vivenciamos o grupo aprofundar o papel de apoiador como alguém que facilita o encontro, empresta o olhar. Aprendemos que as unidades/trabalhadores/ gestores /usuários tem tempos e urgências diferentes, olhares de lugares diferentes. Apoiar a construção de cenário, mudanças de processo é um desafio e tanto.

As nossas dificuldades são relativas à compreensão do nosso papel por parte dos gerentes/ coordenadores/servidores e Diretoria, que freqüentemente esperam que o apoiador tenha linha de mando; a expectativa de resoluções rápidas, quando na realidade o processo se dá de forma demorada, já que trabalhamos em roda, utilizando educação permanente, jogos, psicodrama e outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar com grupos, acreditar e facilitar as construções coletivas, ampliando a nosso conceito de saúde é caminhar na direção da produção do cuidado humanizado, com responsabilização e vínculo e contribuindo para o resgate da cidadania do usuário do SUS.



QUALIDADE DE VIDA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Autor Principal: Ana Cláudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky

Outros Autores: Angela Maria Magosso Takayanagui; Cláudia Benedita dos Santos

Instituição: UNICENTRO

Município: Guarapuava

Estado: Paraná

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde como uma proposta alternativa de atenção primária à saúde, como política de âmbito nacional no final de 1993, formada, entre outros profissionais, por agentes comunitários de saúde (ACS). Os ACS têm sido objeto de estudos, nos últimos anos, especialmente quanto às suas características, avaliação de resultados e processo de trabalho, entre outros temas. Contudo, nenhum estudo foi encontrado na literatura sobre avaliação de qualidade de vida de ACS. Dentro do contexto da vida, e da qualidade de vida das pessoas, o momento do trabalho é tão importante, que não pode ser deixado de lado. Assim, ele se revela também importante na avaliação da população trabalhadora, e, em especial, dos ACS. Este estudo justifica-se considerando-se a importância da avaliação da qualidade de vida em grupos de trabalhadores, o grande número de ACS atuando no país, o fato de não haver na literatura nenhum estudo sobre o avaliação de qualidade de vida de ACS, e a importância do trabalho dos ACS para o atual estágio da atenção primária em todo o Brasil.

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná, Brasil, em 2004.

A metodologia utilizada foi estudo descritivo, de corte transversal e com abordagem quantitativa. Foi utilizado um instrumento genérico para avaliar qualidade de vida, elaborado por pesquisadores da Organização Mundial da Saúde, denominado *WHOQOL-bref*, na sua versão para o português. A primeira deste instrumento refere-se à ficha de informações sobre o respondente. A segunda consta de 26 questões, sendo que as duas primeiras avaliam a qualidade de vida de modo geral e a satisfação com a própria saúde (Qualidade de Vida Geral), as outras 24 questões estão divididas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. A coleta de dados foi realizada durante reuniões, de forma auto-administrada. Do total de 196 agentes comunitários de saúde, o grupo de estudo ficou composto por 169 agentes (86,2% do total existente). Os dados foram analisados utilizando-se medidas descritivas e o programa estatístico SPSS. O nível de significância adotado foi de 5%.

A confiabilidade do *WHOQOL-bref* mostrou-se satisfatória, com coeficiente Alfa de Cronbach de 0,87 para as 26 facetas e para os domínios variou de 0,50 (domínio Relações Sociais) a 0,72 (domínio Físico). A maioria dos agentes era do sexo feminino

(89,3%); idade entre 19 e 30 anos (47,9%) e idade média de 31,1 anos (DP=8,8); 61,5% com segundo grau completo e com predomínio de casados (42,6%). Quanto à qualidade de vida, numa escala de 0 a 100, onde maiores escores médios indicam melhor avaliação da qualidade de vida, a Qualidade de Vida Geral obteve um escore médio de 69,6 (DP=14,5). O domínio Relações Sociais obteve o melhor escore médio, 75,8 (DP=14,2). O domínio Físico obteve escore médio de 74,2 (DP=13,2) e o domínio Psicológico, 74,0 (DP=11,4). O domínio Meio Ambiente obteve o menor escore médio, de 54,1 (DP=12,0). As facetas que obtiveram os maiores escores médios em cada domínio foram: relações pessoais (domínio Relações Sociais); mobilidade e capacidade de trabalho (domínio Físico); espiritualidade, religião e crenças pessoais e auto-estima (domínio Psicológico) e ambiente no lar e segurança física e proteção (domínio Meio Ambiente). As facetas que obtiveram os menores escores médios em cada domínio foram: suporte ou apoio social (domínio Relações Sociais); energia e fadiga (domínio Físico); pensar, aprender, capacidade de memória e concentração (domínio Psicológico), e recursos financeiros e oportunidades de recreação/lazer (domínio Meio Ambiente). Pela correlação entre cada questão que compõe o domínio e o escore médio do domínio, observou-se que todas as facetas foram estatisticamente significativas, em maior ou menor proporção, em cada um dos respectivos domínios. Os resultados obtidos sugerem uma avaliação positiva para a Qualidade de Vida Geral e para os domínios Relações Sociais (maior escore médio entre os domínios), Físico e Psicológico, e uma avaliação intermediária para o domínio Meio Ambiente (menor escore médio entre os domínios).

Apesar das limitações dos estudos transversais, pela impossibilidade de estabelecer a direção temporal das relações encontradas, este modelo tem sido muito utilizado, sendo também rápido, simples, de baixo custo e objetivo na coleta de dados. Neste estudo, a subjetividade e a multidimensionalidade do construto qualidade de vida puderam ser confirmadas, quando se verificaram escores médios positivos de avaliação da qualidade de vida, apesar de dificuldades inerentes e reconhecidamente presentes no exercício da profissão dos ACS. A hipótese inicial de um comprometimento da qualidade de vida geral e dos domínios, avaliada pelos ACS, em média, não se confirmou para a QVG e para os domínios Relações Sociais,



Físico e Psicológico, e confirmou-se para o domínio Meio Ambiente. A dificuldade em mensurar qualidade de vida é um fato real. Assim, resultados esperados podem não ser encontrados e hipóteses podem não ser confirmadas, quando se avalia qualidade de vida.

Apesar das dificuldades existentes em avaliar a qualidade de vida, este estudo possibilitou uma reflexão a respeito da qualidade de vida dos ACS. Esse estudo, bem como outros nessa direção, podem dar sustentação para a implementação de novas estratégias para a melhoria das condições de vida e trabalho dos ACS, o que, sem dúvida, poderá trazer um impacto nas ações desempenhadas por esses profissionais e, conseqüentemente, na saúde pública do Brasil. Assim, os dados obtidos podem servir como base de argumentos, justificativas ou mesmo como princípio para avaliações ou tomadas de decisões, em todos os setores, além de poder servir de motivação para novas pesquisas, utilizando-se grupos para comparação, além da combinação de outros instrumentos para coleta de dados, bem como outras abordagens metodológicas.

Palavras-chaves: Qualidade de Vida. Agente Comunitário de Saúde. Programa Saúde da Família.



ACÇÕES DE HUMANIZAÇÃO IMPLANTADAS NA ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA E MI

Autor Principal: Ana Claudia Viel Mastrandrea
 Outros Autores: Laércio Valvassoura
 Instituição: Hospital Municipal Dr. Mário Gatti
 Município: Sumaré
 Estado: São Paulo

Pensando no propósito de prestar uma assistência qualificada e humanizada, algumas atitudes e rotinas foram implantadas em nossa unidade de trabalho direcionado aos usuários.

1. Projeto Família Participante - reuniões com os acompanhantes e cuidadores dos pacientes, com o objetivo de orientá-los quanto à permanência e rotinas do hospital, além de esclarecer dúvidas e tentar amenizar a angústia em relação ao seu parente adoecido. Funciona como um espaço para os familiares/acompanhantes verbalizarem suas inquietações. Essas reuniões são conduzidas pela Assistente Social e Psicóloga do setor e eventualmente contam com a presença de outros profissionais da unidade.

2. Quarta Feliz – onde contamos com a presença de dois artistas do grupo Libertadores do Riso. Este trabalho é realizado nas quartas-feiras no período das 09 às 12 horas, onde o cenário é a integração entre voluntários/pacientes/acompanhantes/profissionais e é muita terapia do riso.

3. Orientação individualizada a beira do leito – antes da alta hospitalar são dadas orientações gerais e específicas de cada profissional (enfermagem, médico, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social,...) para o pacientes, familiares e acompanhantes quanto aos cuidados a serem realizados em casa e encaminhamentos após a alta hospitalar.

4. Visita aberta para os familiares e amigos dos pacientes, das 11:00 às 20:00 e a presença de um acompanhante para os pacientes com mais de 60 anos.

5. Horário diário previamente definido para os familiares conversarem com o médico responsável pelo paciente.

6. Visita conjunta semanal realizada com toda equipe multiprofissional onde são discutidos caso a caso cada paciente e o projeto terapêutico.

7. Grupo de Discussão do Processo de Morte – são reuniões quinzenais da equipe com a Dra. Ana Clara do RH para discutir e debater sobre a morte e o processo de luto tão presente em nosso dia-a-dia (em nosso trabalho e em nossa vida particular). Uma vivência muito rica, onde cada um conhece um pouco mais do outro, seus medos, aflições e sua maneira de lidar com as perdas.

Dentre todos os projetos e propostas, destacamos a “Quarta Feliz”.

INTRODUÇÃO

Objetivando a mudança do modelo assistencial através de propostas alternativas e inovadoras de atenção à saúde, foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e, o Hospital Municipal “Dr. Mário Gatti” de Campinas, SP, foi escolhido como um dos dez hospitais nacionais a integrar o projeto piloto desse programa. Essa proposta tem sido construída através da implantação de uma política de humanização baseada na concepção de saúde como defesa da vida e como direito de cidadania.



QUARTA FELIZ NA ENFERMARIA

UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA E INFECTOLOGIA

INTRODUÇÃO

Este trabalho é realizado nas quartas-feiras no período das 9 às 11 horas, onde o cenário é a integração entre voluntários, pacientes, acompanhantes e profissionais e muita terapia do riso. Neste momento desaparecem dores, medos, conflitos e as diferenças. Nossa atenção é canalizada para a felicidade. Percorremos a expressão de alegria até dos pacientes mais críticos e debilitados. É um show! Show de paródia, concerto de violão, trocadilhos, dramatização e muitas confusões. Confusões criadas por Dr. Gapeleto e sua companhia, Dra. Kameroilida. Neste clima de harmonia entre voluntários, pacientes, acompanhantes, profissionais há um atendimento dentro dos padrões éticos e de valores humanos, existe sensibilização para os aspectos subjetivos da relação profissional/paciente e o contributo para a recuperação do paciente em níveis com a sua dignidade humana e seus direitos de cidadão. Existe a satisfação dos profissionais. Existe a felicidade. Existe a certeza que é “Dia de Quarta Feliz”.



OBJETIVOS

Conceituar a humanização na Unidade de Clínica Médica;
 Contextualizar a humanização desenvolvida pelos artistas clowns do “Libertadores do Riso”.



METODOLOGIA

Participativa, dialética e permanente;
 Construção coletiva através do processo de reflexão, concretização da ação;
 Caracteriz a estimular o processo de reflexão sobre humanização da assistência ressaltando a importância da ação conjunta envolvendo profissionais e pacientes;
 Conceituar a realidade da unidade, caracterizando objetivos, legitimidade e grau de autonomia da equipe, clareando propostas, visando a operacionalização do processo.



RESULTADOS ALCANÇADOS

Belíssimo índice de reclamações de usuários no Quêrdoto, melhora significativa do estado de saúde e do humor dos usuários e funcionários e melhora da integração equipe de saúde/usuários.





A Unidade de Clínica Médica está inserida neste contexto de Humanização desde a implantação e início de funcionamento.

Este trabalho é realizado nas quartas-feiras no período das 09h00minh as 11h00minh, onde o cenário é a integração entre voluntários/pacientes/acompanhantes/profissionais e é muita terapia do riso. Neste momento desaparecem dores, mágoas, conflitos e as diferenças. Nossa atenção é canalizada para a felicidade. Neste momento percebemos a expressão de alegria até dos pacientes mais críticos e debilitados. É um show. Show de paródia, concerto de violão, trocadilhos, dramatização e muitas confusões. Confusões criadas por Dr. Gaguelho e sua companheira, Dra. Esmergilda.

Neste clima de harmonia entre voluntários/pacientes/acompanhantes/profissionais há um atendimento dentro dos padrões éticos e de valores humanos, existe sensibilização para os aspectos subjetivos da relação profissional/paciente e a contribuição para a recuperação do paciente em níveis com a sua dignidade humana e seus direitos de cidadão. Existe a satisfação dos profissionais. Existe a felicidade. Existe a certeza que é “Dia de Quarta Feliz”.

porque tem de ser humanizada? O profissional é desumano ou alguma atitude sua? Estas questões nos causam certas inquietações. Daí a importância da realização deste trabalho e a escolha do evento dos artistas clown “Libertadores do Riso” esta associada ao fato de nos causar satisfação e felicidade.

OBJETIVO

- Conceituar a humanização na Unidade de Clínica Médica;
- Contextualizar a humanização desenvolvida pelos artistas clowns do “Libertadores do Riso”.

METODOLOGIA

- Participativa, dialética e permanente;
- Construção coletiva através do processo de reflexão, concretização da ação;
- Garantir e estimular o processo de reflexão sobre humanização da assistência ressaltando a importância da ação conjunta envolvendo profissionais e pacientes;
- Conceituar a realidade da unidade, caracterizando objetivos, legitimidade e grau de autonomia da equipe, clareando propostas, visando à operacionalização do processo.

RESULTADO

Baixíssimo índice de reclamações de usuários na Ouvidoria, melhora significativa do estado de saúde e do humor dos usuários e funcionários e melhora da integração equipe de saúde/usuários.

CONSIDERAÇÕES

É importante refletirmos sobre a humanização. Será que nossas ações rotineiras são “robotizadas” ou humanizadas? A assistência é realizada pelo ser profissional que é um ser humano,

A SEÇÃO DE CAPACITAÇÃO PERMANENTE NO CONTEXTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA – BAHIA – EVIDENCIANDO PESSOAS

Autor Principal: Ana Cristina Silva Farias Franqueira

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde

Município: Feira de Santana

Estado: Bahia

A concepção de saúde definida através da Constituição Federativa do Brasil de 1988, o novo modelo de prática sanitária proposto no cenário atual da saúde, assim como a municipalização em curso no Estado Brasileiro, solicitam a implementação de uma política de recursos humanos que contemple no seu interior, um processo de capacitação para os profissionais de saúde, como uma estratégia de reorganização das ações e serviços de saúde.

As instituições de saúde precisam assim, transformar-se em instituições de aprendizado e ensino, compreendendo que ao promover a capacitação de seus recursos humanos, estarão estruturando processos de trabalho mais adequados às necessidades sociais.

Desta forma, este trabalho é um relato de experiência da prática do Enfermeiro, na Coordenação de uma Seção de Capacitação Permanente, vivenciada em uma Secretaria Municipal de Saúde, vinculado ao Sistema Único de Saúde, no município de Feira de Santana, inicialmente trabalhava na ótica de Educação Continuada, hoje tem como objetivos valorizar as ações dos profissionais que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, com ênfase na Educação Permanente em Saúde, e apontar as ações enquanto colaborador no planejamento e capacitações das ações de treinamento e aperfeiçoamento de pessoal.

Percebemos que após a mudança do olhar, a prática profissional do enfermeiro na coordenação do Setor de Capacitação Permanente vem sendo desenvolvida através das

ações de Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos para Atenção à Saúde, através do gerenciamento de processos educativos que estejam em consonância com o processo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, e que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir

espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

Tradicionalmente, o setor da saúde trabalha com a política de modo fragmentado: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção aos agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado. Essa fragmentação também tem gerado especialistas, intelectuais e consultores com uma noção de

A SEÇÃO DE CAPACITAÇÃO PERMANENTE NO CONTEXTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA - BAHIA: Evidenciando Pessoas

Autora: Ana Cristina Silva Farias Franqueira



INTRODUÇÃO	OBJETIVOS
Este trabalho é um relato de experiência da prática do Enfermeiro, na Coordenação de uma Seção de Capacitação Permanente, vivenciada em uma Secretaria Municipal de Saúde, vinculado ao Sistema Único de Saúde, no município de Feira de Santana, inicialmente trabalhava na ótica de Educação Continuada, hoje tem como objetivos valorizar as ações dos profissionais que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, com ênfase na Educação Permanente em Saúde, e apontar as ações enquanto colaborador no planejamento e capacitações das ações de treinamento e aperfeiçoamento de pessoal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planejar, coordenar, acompanhar, executar e avaliar as ações de educação permanente em saúde dirigidas aos trabalhadores de saúde vinculados à Secretaria Municipal de Saúde; 2. Capacitar os trabalhadores de saúde da SMS visando desenvolver competências voltadas para o planejamento e a execução das ações específicas de cada departamento; 3. Articular o processo de atualização, através de cursos, seminários, congressos, sessões de estudos, conferências e outros eventos similares.
REFERENCIAL TEÓRICO	METODOLOGIA
<p>Educação Continuada é um conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento ao funcionário, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetivo e eficientemente na sua vida institucional. (SILVA et alii).</p> <p>Educação Permanente é um processo de aprendizagem, de natureza participativa, que deve ter como eixo central o trabalho cotidiano nos serviços de saúde. (Almeida).</p>	<p>APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL</p> <p>Finalidade: Aprofundar, atualizar e ampliar os conhecimentos dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, mantendo-os informados das inovações científicas e mudanças sócio-políticas ocorridas no cenário nacional e em especial o de saúde.</p> <p>Programa: Programa de Atualização</p> <p>Clientes: Todos os RH vinculados à SMS-FS</p>
RESUMO:	TREINAMENTO DE PESSOAL
Percebemos que após a mudança do olhar, a prática profissional do enfermeiro na coordenação do Setor de Capacitação Permanente vem sendo desenvolvida através das ações de Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos para Atenção à Saúde, através do gerenciamento de processos educativos que estejam em consonância com o processo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, e que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.	<p>Finalidade: Favorecer o adaptação do funcionário da Secretaria Municipal de Saúde no exercício das suas funções.</p> <p>Programa: Programa de Integração do Funcionário Recém-Admitido na SMS de Feira de Santana</p> <p>Finalidade: Favorecer o adaptação do funcionário da Secretaria Municipal de Saúde no exercício das suas funções.</p> <p>Programa: Programa de Integração do Funcionário Recém-Admitido na SMS de Feira de Santana</p> <p>Finalidade: Favorecer o adaptação do funcionário da Secretaria Municipal de Saúde no exercício das suas funções.</p> <p>Programa: Programa de Integração do Funcionário Recém-Admitido na SMS de Feira de Santana</p> <p>Clientes: Funcionários recém-admitidos ou que mudam de função na SMS-FS e alunos de graduação.</p>



concentração de saberes que terminam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade e cujo resultado é a expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades locais em nome do *conhecimento*.

A partir da nova concepção do que é o processo de Educação Permanente, o trabalho em equipe, tornou-se dinâmico e coletivo, o que foi demonstrado através das reuniões, produzindo o cuidado com a identificação de pontos sensíveis que necessitam serem trabalhados. Realmente a educação permanente propicia e encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, de modo que o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das práticas do trabalho.

A prática de gestão interfere nas ações e relações, porque somos frutos de uma concepção Flexneriana, os trabalhadores de saúde são vistos como executores de práticas construídas não por eles (nós), mas “re-passadas” “assimiladas” e transmitidas como um mecanismo de pergunta/resposta. Observa-se muitas vezes a não participação de toda equipe no processo de atendimento ao usuário, muitas vezes este é mau identificado, e encaminhado ao médico como mecanismo resolutivo, achando que este resolverá o problema e quando menos espera fica-se sabendo que o problema do usuários tem origem no desemprego, e isto é sabido quando em conversa informal com o agente comunitário de saúde, descobre durante a visita as “intempéries da vida” deste usuário e que naquele dia o que o usuário precisava era de conversa.

Muitas vezes o que ocorre é a fragmentação do trabalho, isto realmente leva ao desinteresse, alienação e a desresponsabilização do profissional e, relação aos resultados, ora se estes não retornam para a avaliação, pois foram encaminhados! Desta forma formamos trabalhadores que realizam trabalho mecânico, cumprindo mecanismos coercitivos. Tornando o território das práticas um espaço de múltiplas disputas levando o modelo de atenção a não responder as necessidades da população.

É preciso fazer política de saúde de modo a fortalecer a capacidade de resposta dos gestores e trabalhadores diante da circunstância de seu contexto. Mas para isto necessitamos ampliar o olhar para que os trabalhadores de saúde/gestores permitam a inserção dos usuários não como alvo, mas como prioridade e centralização deste olhar, afinal de contas a Educação Permanente em Saúde é uma estratégia para a gestão de coletivos.



PROGRAMA VIVA BEBÊ – ODONTOLOGIA NO PSF

Autor Principal: Ana Cristina Vidal Allegretti

Outros Autores: Loyze Todeschi; Ligia Cristina Vaz de Andrade

Instituição: Prefeitura Municipal de Curitiba

Município: Curitiba

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO

Curitiba, ao longo dos últimos 20 anos, vem investindo continuamente na atenção à saúde da população. A unidade básica de saúde (UBS) Lotiguaçu faz parte da rede municipal de Curitiba PR. Situa-se em região limítrofe da cidade, no Distrito Sanitário Cajuru, bairro Uberaba. Possui 22.547 usuários com cadastro definitivo, 8.498 com cadastro provisório, totalizando 31.552 usuários. O território é dividido em quatro microáreas, sendo duas delas em áreas de ocupação irregular. A média de nascimentos/mês é 34, o número de gestantes acompanhadas mensalmente é cerca de 200 gestantes, sendo 50 delas de alto risco. A unidade realiza atividades de pronto atendimento, programados, educação em saúde e visitas domiciliares.

A cidade iniciou com a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, já com a presença do cirurgião-dentista nas equipes. Mesmo assim a inserção da Odontologia no PSF ainda apresenta algumas dificuldades. Várias equipes de saúde bucal apenas acompanham a equipe médica nas visitas sem um objetivo específico odontológico ou realizam escovações e/ou orientações. Desde 1994 muitas iniciativas têm sido realizadas, no intuito de evidenciar a relevante contribuição da saúde bucal no contexto familiar.

OBJETIVOS

A intenção do trabalho é apresentar um modelo de ação dentro na estratégia do Programa de Saúde da Família que tenha como origem a equipe de saúde bucal, porém, suportada pelos outros setores da Saúde (Enfermagem, Medicina, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, entre outros). Este modelo foi idealizado pela equipe de saúde bucal, apresentado e discutido com a equipe da unidade. O programa "Viva Bebê" iniciou em janeiro de 2002 e continua até hoje. O objetivo principal é promover saúde bucal e geral para a família de maneira efetiva e sustentável, por meio da vinculação feita pelo bebê. Além disso, estimular a família para os cuidados com a saúde, resgatar o calendário vacinal de todas as crianças da casa, concluir o tratamento restaurador em, no mínimo, 70% da família, aumentar o número de atendimentos aos programados em contraposição ao pronto atendimento, reduzir a colonização de bactérias pela janela de infectividade, aumentar o número de crianças cárie zero.

METODOLOGIA

O programa consiste de visitas domiciliares a bebês de nove meses captados pelas declarações de nascimento, resgate das agentes comunitárias e demanda espontânea. É feito o preenchimento de uma ficha com informações gerais, hábitos e alimentação do bebê. Verifica-se a carteira de vacina de todos menores de cinco anos na casa e por meio desses dados faz-se a puericultura odontológica. O exame bucal é realizado em todos da casa com espátula de madeira e é oferecido o agendamento para a unidade básica de saúde, quando necessário. Além disso, há o fornecimento de escovas dentárias, estímulo ao planejamento familiar, encaminhamento de pacientes para as especialidades: Diagnóstico, Radiologia, Endodontia, Prótese e Ortodontia (referências da própria rede municipal de serviços e universidades).

Para melhorar o entendimento da família utilizam-se algumas ferramentas de tecnologias leves como o Genograma e Ciclo de Vida.

As atividades no domicílio envolvem também orientações gerais em relação ao saneamento básico, presença de animais, uso do tabaco ou álcool, ambiente propício à dengue.

A manutenção do bebê é feita a cada quatro meses na unidade básica de saúde, onde é possível resgatar alguns encaminhamentos da família.

PRODUTOS

A primeira avaliação deste modelo de ação compreende o período de janeiro a setembro de 2002. Foram realizadas 170 visitas do programa Viva Bebê. Destas, 35 famílias iniciaram o atendimento clínico e 24 famílias têm pelo menos duas pessoas com tratamento concluído. O resgate vacinal ocorreu em 17 crianças (10%). Ocorreram 8 casos de necessidade de encaminhamentos para a equipe médica (hipertensão, saúde mental, preventivo, risco social), 5 casos de orientações e encaminhamento para Ortodontia e 4 casos de indicação de vasectomia.

Outra avaliação foi a identificação dos hábitos alimentares, de higiene e comportamentais dos bebês. A análise foi feita por meio de coleta em banco de dados, a partir de 478 fichas das visitas aos bebês entre 8 e 12 meses. Os resultados principais foram: parto prematuro 9,41%, aleitamento noturno 52,51%, mamadeira com açúcar 48,32%, aleitamento materno ou mamadeira 43,30%, hábitos de



sucção 39,33%, atraso na vacinação 10%, fumante em casa 46,86%, uso de algum contraceptivo 77,40%.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Facilidades

- Interesse da família, perspectiva de trabalhar a promoção de saúde e interdisciplinaridade, fatores comuns de risco.

Dificuldades

- Muitos faltosos na manutenção, entendimento por parte da equipe no início do programa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta é positiva. A receptividade das famílias é favorável facilitando o vínculo. Como o trabalho não é restrito à Odontologia obtém-se integração da equipe multidisciplinar com resultados ágeis e práticos.



MUTIRÕES: ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAR A SAÚDE DA MULHER

Autor Principal: Ana Lúcia Bueno da Silva

Outros Autores: Hilda Luciane Levien Wiegandt

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul

Município: São Lourenço do Sul

Estado: Rio Grande do Sul

O município de São Lourenço do Sul está localizado ao sul do Brasil, banhado pela Lagoa dos Patos e de colonização predominante germânica. Atualmente tem uma população de 45 mil habitantes, distribuídos em áreas urbana e rural. A cobertura atual de Programa de Agentes Comunitários de Saúde na área urbana é de 26%, que conta com 07 Agentes Comunitárias de Saúde distribuídas nos bairros Santa Terezinha, Nova Esperança, Lomba, Medianeira, Barra, Barrinha e Sete de Setembro, todos localizados em áreas periféricas do município.

Nas regiões cobertas com ações PACS os indicadores de saúde mantêm-se estáveis e de acordo com os esperados pelo Ministério da Saúde, porém percebeu-se que nas demais regiões havia certas carências em relação ao atendimento de saúde. Nessas áreas o atendimento é realizado conforme política de Unidade Básica de Saúde, com consultas agendadas para o profissional médico e enfermeiro, e livre demanda para procedimentos de enfermagem.

Visando amenizar essa situação reuniu-se os ACS que exercem função na área urbana e, após essa reunião os mesmos foram deslocados em grupo para as localidades de periferia da Vila Artur Kraft, Camponesa e Graxeira, para realizar um levantamento epidemiológico dessa população através de visitas domiciliares.

Foram abordadas, através de questionários semiestruturados, questões relacionadas a sintomáticos respiratórios, saúde do idoso, saúde da mulher, saúde do adulto e saúde da criança. Foram identificados alguns problemas pontuais, como por exemplo: crianças com esquema vacinal em atraso, abuso do uso de medicação controlada, hipertensão e diabetes, mulheres com exames pré-câncer e mamografia em atraso (muitas que nunca haviam feito exame anteriormente).

Após levantamento desses dados foram traçadas algumas estratégias para atender as necessidades dessa população. Os casos de vacinação foram encaminhados para os postos de saúde correspondentes para atualização.

Com a colaboração das agentes agendou-se dois mutirões para pôr em dia os exames pré-câncer das mulheres dessas localidades, com datas de 21/01/06 para as mulheres da localidade de Artur Kraft e Camponesa e dia 28/01/06 para mulheres da Vila Graxeira, ambas as datas correspondentes a sábados. Foram realizados

aproximadamente 35 exames nos dois mutirões, atendendo algumas queixas antigas da população.

Para realização dos exames foram utilizados os espaços das Unidades de Saúde de Santa Terezinha e Centro Social Urbano, respectivamente. A coleta dos exames foi realizada voluntariamente pelas enfermeiras Ana Lúcia Bueno da Silva, Hilda Luciane Levien e Adriana de Quadros, equipe que coordena as Ações em Saúde do município. Como complemento das atividades, realizaram-se ações informativas sobre violência doméstica, orientação de planejamento familiar e encaminhamento dos casos clínicos com alteração.

A ação gerou frutos positivos, como por exemplo: novos mutirões organizados todos os meses para atualização de pré-câncer e mamografia das mulheres da área urbana do município. Como os mutirões são realizados no sábado pela manhã e pela tarde, criou-se um espaço favorável para as mulheres que trabalham durante a semana, assim podemos garantir uma qualidade superior de atendimento, pois as usuárias vão mais descansadas, e os profissionais têm mais tranquilidade para realizar as suas ações, criando um ambiente harmonioso para tratar da saúde da mulher.



ESTIMULANDO OS PROFISSIONAIS DE BASE-EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA ACS.

Autor Principal: Ana Lúcia Bueno da Silva

Instituição: Secretaria Municipal de São Lourenço do Sul

Município: São Lourenço do Sul

Estado: Rio Grande do Sul

As evoluções na área da saúde vêm forçando uma readaptação de conceitos e metodologia de trabalho. A saúde coletiva voltada para o atendimento integral da família está tomando-se a melhor estratégia para alcançar as metas em saúde. Esse novo modelo de atenção gerou uma nova categoria profissional, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que têm como característica principal residir na localidade onde atuam e atualizar mensalmente os dados epidemiológicos de uma comunidade.

O ACS passa por processo seletivo, sem preparo prévio, ou seja; nenhum curso pré-formador, as únicas características exigidas é que a pessoa resida na localidade onde irá atuar e que tenha ensino médio completo. Essa segunda característica é bastante atual, pois até o ano de 2005 era exigido apenas que a pessoa fosse alfabetizada, independentemente dos demais fatores educacionais.

Essa falta de escolaridade dos ACS que atuam há mais tempo vem preocupando no que diz respeito à qualidade do atendimento prestado a comunidade, pois, por mais que o profissional tenha entrosamento com a população falta-lhe afinamento da capacidade técnico-teórica para exercer sua função, que exige fundamentos éticos, controle emocional, conhecimentos básicos sobre políticas sociais e patologias básicas.

Esses detalhes foram percebidos nas reuniões mensais da Coordenação Municipal dos ACS de São Lourenço do Sul com esses profissionais, que iniciaram no mês de novembro de 2005 como experimento, após avaliação oral e escrita sobre temas primários, cujos agentes lidavam há algum tempo. São Lourenço do Sul conta com 29 ACS, sendo que 22 atuam na área rural em regime de Programa de Saúde da Família e 08 na área urbana como Programa de Agentes Comunitários de Saúde, sendo que desses apenas 09 tem ensino médio completo.

Notou-se uma precariedade na parte da escrita desses profissionais e principalmente na parte de conhecimentos técnicos, tanto dos agentes que atuam no interior do município, quanto os agentes que atuam na área urbana desse. O interessante é que essa queixa de precariedade veio tanto das coordenações locais dos ACS quanto dos próprios ACS, que se queixavam de ' falta de assunto' para abordar nas visitas domiciliares.

Pensando em tornar mais interessante a função de ACS, tanto pro usuário quanto para o profissional, estruturou-se um

cronograma de atividades educativas agrupando todos os agentes comunitários de saúde do município. A iniciativa partiu da Coordenação Municipal de PSF e PACS e da Coordenação Municipal de Assistência Social.

A base das reuniões mensais é o trabalho da autoestima, critérios técnicos (ética, equilíbrio emocional), discussão de temas em evidência e com relevância epidemiológica (dengue, gripe, câncer de próstata, desenvolvimento infantil, etc.) e espaço de troca de vivências entre os profissionais. Essas reuniões de capacitação são realizadas em uma data prevista, nos turnos da manhã e tarde, sendo que no intervalo para o almoço sempre é oferecida alguma atividade de integração. O material didático oferecido é atualizado e de fontes oficiais, os profissionais recebem mensalmente textos para serem lidos e discutidos nas reuniões, para posteriormente serem abordados com a população. As reuniões são coordenadas e elaboradas pela Enfermeira Ana Lúcia Bueno da Silva, Coordenadora de PSF e PACS, com a colaboração da Coordenação Municipal da Assistência Social, em algumas situações recebemos palestrantes para explicar sobre assuntos abordados.

O resultado dessas reuniões tem sido consideravelmente positivo, pois os profissionais, ao sentirem seu trabalho reconhecido e valorizado começam a ter um desempenho mais satisfatório, e com subsídios técnicos desenvolvem um trabalho de maior qualidade e com uniformidade de objetivos, o que fica visível quando realizamos o fechamento mensal de relatórios. Essas capacitações a partir de 2006 fazem parte do cronograma mensal de atividades dos Agentes Comunitários de Saúde do município, constando como atividade programada.



GERÊNCIA DE TERRITÓRIO: UM NOVO OLHAR PARA O CUIDADO EM SAÚDE

Autor Principal: Ana Lucia Martins de Azevedo
Outros Autores: Adelaide Caldas; M^a do Carmo Clemente; Sandra Caminha; Danielle Feitosa; Fernanda Carapeba
Instituição: Secretaria de Saúdedo Recife/Distrito Sanitário IV
Município: Recife
Estado: Pernambuco

A atual política de gestão da Cidade do Recife orienta-se pelo Plano Municipal de Saúde – 2006/2009, onde enfatiza a construção de uma Cidade Saudável, tendo como foco a realidade social e grupos prioritários, visando à reconstrução e reorganização das práticas de saúde. Atuando dentro dos princípios e diretrizes do SUS, a gestão vem trabalhando para a construção e consolidação de um sistema de saúde integral, universal e equânime, que tenha como base uma atenção à saúde de qualidade para toda a população.

O território do Recife divide-se em 6 Distritos Sanitários (DS), os quais são sub-divididos em 3 micro-regiões que agrupam um conjunto de bairros, equipamentos sociais e de saúde. O Distrito Sanitário IV é composto de 12 bairros e fica localizado na zona oeste do Recife, com uma população estimada de 271.200 habitantes (DIEVS).

A Rede de Saúde do Distrito Sanitário IV é formada por 17 Unidades de Saúde da Família, 03 Unidades básica de Saúde, 01 Unidade Especializada de Referência, 01 Caps de Transtorno e 01 Caps de Álcool e Droga, 01 Albergue Terapêutico e 02 Residências Terapêuticas. Tendo ainda dentro do seu território sob a gestão estadual e federal os Hospitais Getúlio Vargas, Barão de Lucena e Hospital das Clínicas.

A proposta de descentralização da gestão do sistema de saúde e das ações se materializa na delimitação e na organização desses Distritos que representam o processo de regionalização e constituem unidades de planejamento e gestão local dos serviços. Sua organização se dá a partir do organograma composto pelos departamentos de Vigilância à Saúde, Assistência à Saúde, Gestão de pessoas e Administrativo Financeiro.

A gestão, a partir destes departamentos, apresenta dificuldades em dar respostas eficazes e efetivas as demandas relacionadas ao planejamento, monitoramento, avaliação e acompanhamento das ações e serviços desenvolvidos no território.

A partir desta realidade, e da necessidade de ampliar a descentralização político-administrativa e a participação popular, surge a proposta de implantar a Gerência de Território como estratégia de planejamento e gestão local. Trata-se de uma estratégia cujo intuito consiste em promover uma maior apropriação dos problemas das

microrregiões de cada Distrito, viabilizar suporte técnico-administrativo e fortalecer articulações intersetoriais, buscando maior resolubilidade e melhor qualidade dos processos de trabalho, na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde.

No Distrito Sanitário IV, a implantação da Gerência de Território vem ocorrendo desde meados de 2004, sendo este processo permeado de diversas etapas, que vão, desde dificuldades de entendimento da proposta pelos diversos sujeitos envolvidos, até questões operacionais vivenciadas no cotidiano das práticas gerenciais.

Tais experiências suscitaram amplos processos de discussão, os quais levaram ao entendimento da necessidade de se aventurar novos caminhos, que, de antemão, apontaram para uma prática mais democrática, participativa e concreta.

Este trabalho tem por objetivo descrever a implantação da Gerência de Território no Distrito Sanitário IV como forma de gestão do cuidado em saúde, em sua fase atual, de (fevereiro a março/2006). Foram realizadas 12 oficinas - totalizando uma carga horária de 48 horas, organizadas segundo a lógica da territorialização, contando com a participação de técnicos, gerentes de departamentos e diretoria do Distrito. Utilizou-se uma abordagem pautada nos princípios teórico-metodológicos da educação popular, que se caracteriza, entre outros aspectos, pelo diálogo, troca e valorização dos diversos saberes e fazeres. Foram utilizadas técnicas de dinâmica de grupo, valorizando o lúdico e as diversas linguagens e expressões dos sujeitos. Como resultados, têm-se: implantação das equipes gestoras por micro-região, definição dos papéis dos componentes nos processos de trabalho, elaboração do plano de trabalho e início do processo de definição dos novos papéis dos departamentos frente a este novo contexto.

As dificuldades encontradas referem-se basicamente ao fato de se tratar de uma proposta nova, que, como tal, gera certa ansiedade e resistência para quem ainda não está sensibilizado e envolvido com a idéia. Por outro lado, a participação maciça do grupo nos momentos das oficinas constituiu-se num importante elemento facilitador, pois o envolvimento de todos nas dinâmicas realizadas favoreceu o alcance dos resultados esperados.



Com esta vivência, pôde-se tirar como aprendizado algumas lições: idéias pré-concebidas, na maioria das vezes, não contribui para o avanço nos processos de trabalho; a emergência do novo assusta, entretanto permite crescimento e abertura para novos aprendizados; o exercício da democracia e da escuta é essencial quando se pretende reorientar as práticas de saúde através de um agir comunicativo, que consiste, entre outros fatores, numa relação dialógica, horizontal e participativa.

Tem-se claro que este é um processo em permanente construção, que exige momentos sistemáticos de avaliação, a fim de que seus impactos na qualidade da atenção à saúde no Distrito possam ser claramente identificados e eficazmente aferidos.



SUS-DF GARANTE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR

Autor Principal: Ana Lúcia Ribeiro Salomon Zaban

Instituição: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Lei Orgânica da Saúde, que estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS), esclarece que os fatores determinantes e condicionantes da saúde compreendem, entre outros “alimentação, (...) e o acesso básico aos bens e serviços essenciais.” (Lei 8.080/1990, art. 3º). Dentre os princípios éticos do SUS, destacam-se a Universalidade, a Equidade e a Integralidade.

Dentro da visão de proporcionar um tratamento integral aos indivíduos, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) regulamentou, através da publicação da Portaria no. 156/2004, o fornecimento de fórmulas especializadas para os pacientes em Atendimento Domiciliar.

OBJETIVOS

Garantir a assistência continuada aos pacientes que necessitam de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar, através do fornecimento de fórmulas específicas, bem como do acompanhamento por profissionais de saúde, visando a humanização e a integralidade do atendimento dos pacientes, bem como a redução de complicações decorrentes de comprometimento de seu estado nutricional e da permanência prolongada no ambiente hospitalar.

METODOLOGIA

Análise documental das cópias dos Requerimentos dos pacientes, para levantamento do perfil dos mesmos quanto a:

- Patologias de base;
- Estado Nutricional na entrada no Programa da SES/DF, bem como Evolução do Estado Nutricional (SISVAN/MS). Para tanto foram separados os Processos Gerais, daqueles relacionados aos portadores de Fibrose Cística;
- Custo do fornecimento de Nutrição Enteral em 2005.

RESULTADOS

- Classificação quanto a Patologia de Base:
Frequência de Patologias mais frequentes em 2005:
- Adultos:

Seqüela de AVC – 30%;

Neoplasias – 25%.

- Crianças:

Doenças Neurológicas – 14% (Paralisia Cerebral – 9%, Encefalopatia Crônica – 5%);

Alergia / Intolerância Alimentar – 12%.

b) Classificação do Estado Nutricional:

b. 1) Processos Gerais dos Pacientes – Início do Tratamento:

Baixo Peso/Desnutrição: 61%

Risco Nutricional: 7%

Eutrofia: 22%

Risco para Sobrepeso: 4%

Processos Gerais dos Pacientes – Percentual de Recuperação

Desnutridos Recuperados: 9%

Desnutridos em Recuperação: 33%

Manutenção do Estado Nutricional: 34%

Queda do Estado Nutricional: 24%

b.2) Pacientes Portadores de Fibrose Cística – Início do Tratamento:

Baixo Peso/Desnutrição: 58%

Eutrofia: 42%

Pacientes Portadores de Fibrose Cística – Percentual de Recuperação:
Desnutridos Recuperados: 12%

Desnutridos em Recuperação: 27%

Manutenção do Estado Nutricional: 37%

Queda do Estado Nutricional: 24%.

c) Custo em 2005: Estima-se um Gasto Anual de R\$ 3.567.115,16, o que representa um Custo Médio Diário de R\$ 24,47 por paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se a elevada taxa de comprometimento do estado nutricional quando da entrada no programa, para todos os pacientes avaliados, o que justifica a intervenção através da Terapia Nutricional Enteral.

Quanto ao impacto do Programa, nota-se que a maior parte dos pacientes vêm apresentando recuperação de seu estado nutricional (42% nos processos gerais e 39% nos processos de Fibrose Cística), além de se ter que levar em consideração que mais de 50% dos pacientes de ambos os grupos que tiveram seu estado



nutricional mantido estão classificados como eutróficos. Assim, em cerca de 60% dos processos gerais observa-se um estado nutricional adequado ou em vias de adequação, o que no grupo da Fibrose atinge um valor de 58%, demonstrando assim que, apesar das dificuldades iniciais do Programa, em virtude de se encontrar em sua fase de implantação, o mesmo tem surtido efeito positivo sobre o estado geral dos pacientes, promovendo assim a melhoria de sua qualidade de vida.

É importante ressaltar que do custo estimado total, apenas cerca de R\$ 228.229,20 (o que representa 6,40% do total de gastos), têm repasse de verba federal, uma vez que se referem ao tratamento dos pacientes portadores de fenilcetonúria. O restante do valor dispendido é totalmente custeado pelo Distrito Federal. Assim, observa-se a importância da realização de outros estudos que venham a demonstrar a necessidade do repasse federal, para apoiar o fornecimento de nutrição enteral domiciliar, no sentido de que essa prática seja estendida aos demais estados do Brasil, proporcionando melhor qualidade de vida aos pacientes.



FISIOTERAPIA DOMICILIAR: UMA ASSISTÊNCIA PREVALENTEMENTE GERIÁTRICA

Autor Principal: Ana Luzia Batista de Góis

Outros Autores: Renato Peixoto Veras

Instituição: Universidade da Terceira Idade / Universidade do

Estado do Rio de Janeiro - UnATI/ UERJ

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

O aumento da assistência domiciliar é um fenômeno observado em diversos países, inclusive no Brasil devido ao aumento da população idosa e das incapacidades em decorrência dos agravos das doenças crônicas. A falta de informação sobre o valor da fisioterapia domiciliar em grupos específicos de pacientes justifica este trabalho e impede uma ação eficiente de ampliação e promoção desse tipo de atendimento.

REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil, o número de idosos já é um dos maiores do mundo e deverá multiplicar-se por cinco até 2025, assumindo-se os pressupostos de grandes pesquisadores [1,2,3]. A transição epidemiológica apresenta um quadro de morbimortalidade onde as doenças cardiovasculares, representam atualmente mais de 40% das mortes registradas no País [4]. O Brasil apresenta a segunda maior taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) no mundo, sendo esta é a maior causa de morte para os brasileiros acima de 65 anos [5]. A incapacidade do idoso é uma realidade a ser enfrentada neste novo perfil epidemiológico, marcado pela iatrogenia e pela falta de conhecimento geriátrico dos profissionais de saúde, o que aumenta ainda mais a improdutividade e os custos governamentais [6]. Sabendo-se que, muitas dessas incapacidades podem ser revertidas ou estabilizadas com a reabilitação [7,8], a fisioterapia domiciliar deveria ser recomendada para os não-auto-suficientes, limitando assim o recurso à hospitalização [9]; porém, a falta de critérios específicos na elegibilidade e na regulamentação dificultam o acesso dos pacientes a esta modalidade [10], tanto na rede pública quanto na rede suplementar. Esta coibição interfere diretamente nas intervenções fisioterapêuticas, que, para serem mais efetivas, devem ser instituídas precocemente [11].

OBJETIVO

Verificar a prevalência dos tipos de fisioterapia realizada em um grupo de pacientes restritos ao leito no atendimento domiciliar

oferecido por uma clínica no Estado do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2002, e a sua resposta a este tratamento; com o propósito de favorecer nas condutas de criação de novos modelos assistenciais ou de prevenção das incapacidades, e na análise dos efeitos da fisioterapia domiciliar em casos focados, como no favorecimento da qualidade de vida, que tende a trazer reflexos expressivos no contexto humano e social.

METODOLOGIA

Utilizou-se da epidemiologia em prevalência descritiva, o instrumento da coleta de dados foram os prontuários [12] dos pacientes, que contavam com pareceres fisioterapêuticos periódicos e padronizados. A amostra foi de 620 pacientes, sem exclusão.

PRINCIPAIS RESULTADOS PREVALENTES

A idade se concentrou na faixa acima de 70 anos (75%); no diagnóstico clínico destacaram-se o AVE e o AVC, com o percentual de 30%; o levantamento do tempo de patologia instalada foi de até cinco anos atrás (64%); quanto ao tipo de tratamento realizado, a motora mostrou o maior percentual (56%) de atendimento; o objetivo predominante da fisioterapia domiciliar foi o treino de marcha (15%); sobre a porcentagem de melhora dos pacientes com a fisioterapia domiciliar realizada verificou-se que o maior resultado corresponde ao índice de melhora considerável (24%).

CONCLUSÃO

A demanda pelo serviço de fisioterapia domiciliar é ocasionada principalmente pelas doenças crônicas, em especial o AVC e o AVE, nos pacientes acima de 70 anos, sendo predominante o tipo de fisioterapia domiciliar motora, oferecendo um resultado de melhora considerável dos fatores relacionados ao quadro de restrição no leito. O emprego de indicadores com as seguintes características: simplicidade, facilidade de obtenção, custo operacional compatível e a oportunidade são fundamentais em condições



habi-tuais de funcionamento dos serviços, assim como facilitaram a realização deste trabalho.

CONSIDERAÇÕES

A identificação dos fatores associados à fisioterapia domiciliar é de fundamental importância no combate das incapacidades. Mediante o estudo realizado, recomenda-se que o conhecimento da geriatria pelos profissionais envolvidos seja priorizado, para uma melhor abordagem na atuação terapêutica de sua clientela, que é prevalentemente idosa.

Palavras-chave: fisioterapia domiciliar, idoso, incapacidade, prevalência.

BIBLIOGRAFIA

- 1- KALACHE, A., VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Revista Saúde Pública*, v.21, n.3, p.200-210, 1987.
- 2- RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. *Gerontologia*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1993.
- 3- VERAS, Renato P. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume Dumará UnATI /UERJ, 2002. p12.6
- 4- IBGE. Síntese de Indicadores Sociais 2002. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/> Acesso em 13 out. 2004.
- 5- KARSCH, Ursula M.S. (Org.) Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 1998.
- 6- CARVALHO-FILHO, Eurico T. Introgenia em pacientes idosos hospitalizados. *Rev. Saúde Pública*, 32 (1): 36-42, 1998.
- 7- GÓIS, A. L. Batista. O valor das condutas e comportamentos motores voltados para indivíduos idosos portadores da Doença de Parkinson. 357p. Dissertação (Mestrado em Ciência da Motricidade Humana)-Universidade Castelo Branco-UCB/RJ, 2005.
- 8- ODENHEIMER, G.L. Geriatric neurology. *Neurologic Clinics*, v. 16, n.3, p.561-567, 1998.
- 9- SGRECCIA, E. Manual de bioética – I. Fundamentos e ética biomédica; II – Aspectos médicos-sociais. São Paulo: Loyola, 1997. p. 15-35; 82-98; 313-417.
- 10- MENDES, Walter. Home care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.
- 11- REBELATTO, José Rubens; MORELLI, José Geraldo da Silva. Fisioterapia geriátrica. São Paulo: Manole, 2004 p.37-247.
- 12- PEREIRA, Maurício Gomes. Epidemiologia teoria e prática. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 269 - 414; 513 - 535.



SEMINÁRIO DE COMUNICAÇÃO; EDUCAÇÃO E MOBILIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA: UMA ESTRATÉGIA DE PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

Autor Principal: Ana Márcia de Oliveira Fonseca
Outros Autores: Juliana Borges Pires; Vera Maria Borralho Bacelar;
Claudia Spínola Leal Costa; Maria Aparecida Furlanes Veludo;
Kleber Henrique Silva; Keyty Costa Cordeiro
Instituição: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) desenvolve desde 2005 o projeto VISA Mobiliza, com o qual pretende estimular a criação de uma rede de atores, governamentais e da sociedade civil organizada, que tenham como objetivo mobilizar a população em torno de questões de Vigilância Sanitária (VISA). O projeto tem inspiração na gestão participativa e nas estratégias de mobilização social, pois fundamenta-se na crença de que a promoção da saúde, que é de responsabilidade, a princípio, do Estado, pode ser feita de maneira mais eficaz e eficiente por meio da ação interinstitucional e com a participação da sociedade. Isto é, que atividades desenvolvidas em decorrência do diálogo, de articulações interinstitucionais e com o engajamento de movimentos sociais tenderão a despertar um sentimento mais forte de co-responsabilidade entre os atores envolvidos, a se adequar melhor às realidades locais e, portanto, a ampliar de maneira mais significativa a qualidade de vida da população atingida. Dentro deste ideário, foi elaborada a primeira atividade do projeto, o "Seminário de Comunicação, Educação e Mobilização em Vigilância Sanitária", realizado em Brasília/DF, em dezembro de 2005.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi verificar a pertinência da utilização deste mecanismo (Seminário) enquanto estratégia inovadora de participação e de mobilização social.

METODOLOGIA

Para tanto, analisou-se o processo de planejamento do evento, a metodologia aplicada durante o mesmo e os resultados auferidos, à luz dos princípios da participação e da mobilização social.

RESULTADOS E PRODUTOS

O objetivo geral do Seminário foi discutir estratégias de comunicação e educação que podem ser adotadas para mobilizar a sociedade em torno das questões de VISA. A partir da análise feita neste trabalho, foi possível concluir que o Seminário não só discutiu estratégias de participação e mobilização social, como também pode ser encarado, em si mesmo, como uma estratégia de participação e mobilização social em VISA. O evento foi planejado para dar início ao projeto VISA Mobiliza, promovendo pela primeira vez a reunião e a integração de cerca de 150 potenciais agentes mobilizadores, como coordenadores estaduais e municipais de VISA, gestores estaduais e municipais de educação, profissionais de comunicação da área de saúde, membros de entidades da sociedade civil, profissionais da Anvisa e do Ministério da Saúde. As discussões realizadas pelos convidados deveriam orientar o desenvolvimento das atividades do projeto VISA Mobiliza do ano de 2006. Percebe-se, portanto, desde o planejamento do evento, sua vinculação com os preceitos da participação e da mobilização social. Por um lado, o Seminário foi planejado como um espaço privilegiado para o diálogo e articulação entre governo e sociedade. E, por outro, esperava-se que o debate realizado nesse espaço viesse a orientar atividades práticas, isto é, que as estratégias e os instrumentos discutidos por gestores de saúde, educadores, comunicadores e movimentos sociais pudessem se concretizar, tanto em ações a serem desenvolvidas pela Anvisa, quanto por qualquer um dos atores envolvidos. Mas, mais do que participação, o evento pretendia promover a mobilização dos convidados, ou seja, que os mesmos se identificassem com a "causa" em questão (a necessidade de mobilização da sociedade em torno de questões de VISA) e saíssem do evento, no mínimo, mais informados e, idealmente, com o sentimento de co-responsabilidade na busca por alternativas ou soluções. A fim de que o evento cumprisse todos os seus objetivos, uma metodologia específica foi elaborada. A programação foi dividida em três momentos. Inicialmente, foram realizadas exposições dialogadas com profissionais renomados nas áreas de



saúde pública, vigilância sanitária, educação popular, comunicação e mobilização, de forma a fundamentar teoricamente os debates. Em seguida, os participantes foram divididos em grupos, compostos por profissionais provenientes de uma mesma região do país, mas com diferentes perfis. Isso permitiu que se fizesse uma análise sob ângulos diversos de realidades parecidas, vivenciadas por todos. Os grupos seguiram um mesmo roteiro, priorizando a construção coletiva do conhecimento, a partir de conceitos e vivências prévias dos participantes. Ao final, foram produzidos relatórios, os quais foram apresentados na plenária final. As características do planejamento do evento e da metodologia utilizada fizeram com que esses relatórios se tornassem uma rica base de informações para o desenvolvimento de atividades tanto pela Anvisa, quanto por outros atores interessados em implementá-las. Algumas estratégias provenientes do Seminário já estão sendo colocadas em prática. Pode-se citar, por exemplo, a aproximação da Anvisa com movimentos populares de saúde, com a realização, em abril de 2006, de duas oficinas para formação de multiplicadores em temas relacionados à VISA. Conclui-se, portanto, que o Seminário cumpriu o objetivo de ser espaço participativo de elaboração estratégias e ações. O evento permitiu ainda à Anvisa iniciar a construção de uma rede de parceiros na busca pela melhoria da qualidade de vida da população, pois favoreceu a articulação entre diversos atores interessados nessa mesma causa. Cumpriu, portanto, seu objetivo enquanto estratégia mobilizadora.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O desenvolvimento dos trabalhos foi favorecido pelo forte comprometimento tanto da equipe organizadora, quanto dos convidados. Entretanto, percebe-se uma dificuldade em manter os atores mobilizados após o término do evento e em acompanhar todos os possíveis frutos que venham a ser desenvolvidos pelo país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de análise nos permitiu concluir que o Seminário foi mais que um evento: constituiu-se como estratégia de participação e mobilização social. Tornou-se evidente que um bom caminho para a mobilização da sociedade em torno das questões de VISA é a articulação entre atores distintos: gestores de saúde, comunicadores, educadores e movimentos sociais. Isto é, para mobilizar a sociedade, é preciso primeiro mobilizar esses atores. Também se conclui que a participação social vai muito além dos conselhos e conferências. Ela pode estar presente nos mais variados processos de planejamento do governo, e sem dúvida deve estar presente quando se discute a promoção da saúde, que, antes de tudo, deve ser feita COM a população, e não PARA a população.



AMBULATÓRIO DE TRATAMENTO DO TABAGISTA - INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO

Autor Principal: Ana Maria Campos Marques

Outros Autores: Avany Cardoso Leal; Beverly Martinez; Maria Delma Arguello Vera

Instituição: Sociedade de Neurologia e Psiquiatria e Higiene Mental do Brasil; sessão MS

Município: Campo Grande

Estado: Mato Grosso do Sul

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O tabagismo, constitui doença incluída na classificação internacional de doenças (CID 10) sob a sigla F17.2, grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (OMS 1992) cuja droga é a nicotina a qual expõem as pessoas a inúmeras substâncias tóxicas as quais são causas ou fatores de riscos para várias doenças limitantes e muitas das vezes fatais, gerando custos para o Sistema de Saúde, pois é responsável por 25 doenças e 4 milhões de mortes anuais no mundo, sendo 80 mil delas no Brasil.

Em consonância às diretrizes do SUS, às normas do PNCT e às necessidades da população fumante do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, em abril de 2004 acordou-se uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande e os serviços de Pneumologia e Psiquiatria da Santa Casa de Campo Grande criando o Ambulatório de Tratamento do Tabagista, incorporado às atividades dos Residentes (R2) de Psiquiatria e oferecido como campo de estágio para os formandos dos cursos de Psicologia e de Medicina existentes no município, considerando que uma das ações do PNCT é a capacitação de profissionais de saúde para atuarem no tratamento do tabagista.

O Curso de Medicina e de Psicologia da UNIDERP (Universidade Para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal) cujos objetivos são concordantes com as exigências sociais e governamentais, entendendo ser esta uma oportunidade para o aluno se apropriar, tanto da lógica que preside a prestação de serviço público, como da natureza e particularidades da coletividade a que servem, num primeiro momento, permitiu aos alunos do 5º ano do Curso de Medicina e do 4º ano de Psicologia em estágio no serviço de Psiquiatria, a participarem das atividades do ambulatório.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

1. Disponibilizar o tratamento para a cessação do tabagismo a população fumante de Campo Grande, Mato Grosso do Sul no âmbito do SUS.

2. Ser um cenário de estágio para graduandos dos cursos de Medicina e Psicologia buscando formar novos profissionais dessas áreas com conhecimentos e práticas para atuarem no tratamento do tabagismo.
3. Promover educação integrada e multiprofissional para os alunos dos cursos Medicina, Psicologia, Programa de Residência Médica e para os profissionais dos serviços da rede municipal de saúde.
4. Promover a pesquisa sobre tabagismo.

SUJEITOS E MÉTODOS

1. Fumantes usuários dos SUS que querem parar de fumar.
2. Profissionais de Saúde, médicos residentes da Psiquiatria e alunos dos cursos de Medicina e Psicologia.

ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO

O projeto Ambulatório de Tratamento do Tabagista, encaminhado à Direção da Santa Casa e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, foi aprovado e percorreu todos os trâmites para credenciamento junto ao INCA tendo o início das atividades em abril de 2004.

PRODUTOS E RESULTADOS ALCANÇADOS

1. Atendimento individual e em Terapia de Grupo (Terapia Cognitiva Comportamental) e o tratamento medicamentoso segundo as normas do PNCT.
2. Até o momento foram atendidos 196 pacientes fumantes que se submeteram ao tratamento com 70% de êxito isto é pararam de fumar.
3. Monografia de Graduação de aluna do Curso de Psicologia da UNIDERP a partir da sua experiência no estágio, "Reações Vivenciais do Luto no Processo de Cessação de Tabagismo".
4. Em 2004 e 2005, tivemos como estagiários 40 alunos do 6º de Medicina da UFMS, 30 alunos do 5º ano do Curso de Medicina da UNIDERP e uma residente da Psiquiatria.
5. Produzidos trabalhos de pesquisa apresentados em forma de pôster nos Congressos de Saúde Coletiva e Congresso de Pneumologia.



6.AUNIDERP inclui na grade curricular do 5º ano do Curso de Medicina o estágio no Ambulatório de Tratamento do Tabagista da Santa Casa de Campo Grande, a partir de janeiro de 2006.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Incentivar a instalação de ambulatórios para o tratamento do tabagismo na Atenção Primária, aproveitando as equipes dos Programas de Saúde da Família deve ser estimulado e a inclusão do tratamento do tabagista nas grades curriculares dos cursos de medicina e de psicologia um objetivo a ser perseguido.

FACILIDADES

Interesse das Instituições envolvidas
Interesse dos alunos em aprender como tratar o tabagismo

DIFICULDADES

Sem condições de atender toda a demanda ao serviço
Falta dos medicamentos específicos no SUS



PROJETO EDUCAÇÃO COM SAÚDE: DE MÃOS DADAS AMPLIANDO AÇÕES PARA UMA INFÂNCIA MAIS SAUDÁVEL

Autor Principal: Ana Mattos Brito de Almeida Andrade
Outros Autores: Ana Lúcia Bizarria de Oliveira Silva; Filomena
Maria Lobo Neiva Santos; Metilde Ferreira Carvalho
Instituição: Escola de Saúde Pública do Ceará ESP-CE
Município: Fortaleza
Estado: Ceará

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Projeto Educação e Saúde é fruto de uma iniciativa conjunta da Secretaria da Educação Básica, da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e Escola de Saúde Pública do Ceará, instituição executora. Essa iniciativa pioneira no Estado visa a concretização de um trabalho contínuo e de colaboração dos entes federados Estado e Municípios, com o intuito de proporcionar a melhoria dos indicadores de saúde e educação, por meio de ações intersetoriais, voltadas para o fortalecimento das competências das famílias cearenses, tendo como foco a qualidade de vida, contemplando em sua primeira fase 40 municípios cearenses. Nesta perspectiva, a implementação do Projeto Educação em Saúde parte do pressuposto de que orientações sobre auto-cuidado e saúde preventiva junto às crianças podem se dar através dos professores no ambiente escolar, enquanto ações educativas podem ser amplificadas nos ambientes familiares, pelos agentes comunitários de saúde.

O Projeto Educação em Saúde tem como princípio a circularidade, um movimento em duas direções envolvendo a escola como pólo de aglutinação de sujeitos em processo de construção, com atuação efetiva do professor; e os domicílios familiares, *lócus* de ação dos Agentes Comunitários de Saúde, espaço restrito da família, rico em interações afetivas e culturais. Caracteriza-se como uma ação que representa a integração da educação em saúde baseado em quatro princípios. Promoção da criança: compreender a criança como ser integral e unir esforços para que este possa crescer e desenvolver-se com saúde e educação, no seio de uma família participativa e consciente das suas responsabilidades e seus direitos, traduz a principal concepção desse projeto; Enfoque na família: compreendendo ser a família a principal responsável pelo cuidar e educar da criança, o Projeto pretende proporcionar maiores conhecimentos sobre a educação, saúde e desenvolvimento da criança, a fim de fortalecer as suas competências; Participação social: a partir dos conhecimentos levados à família sobre a criança e seus direitos, fomentar uma maior participação social, entendendo que o envolvimento da comunidade proporciona a continuidade de ações comprometidas com a maioria da população e com os interesses locais; Intersetorialidade: o exercício

da intersetorialidade, nas instâncias estadual, regional e municipal, pretende proporcionar uma unidade de esforços, integração e fortalecimento das ações, e; Descentralização: a soma de esforços, tendo como base a compreensão do papel e responsabilidade de todos os envolvidos, possibilitará a valorização e fortalecimento das ações municipais, uma vez que nessa instância já ocorrem inúmeras iniciativas exitosas que devem ser valorizadas.

OBJETIVOS

Promover a melhoria dos indicadores nas políticas públicas de saúde e educação, por meio de ações intersetoriais voltadas para o fortalecimento das competências das escolas e das famílias cearenses.

METODOLOGIA

Concebido como uma ação de formação, beneficiando professores de educação infantil e ensino fundamental de 1ª a 4ª séries e agentes comunitários de saúde, considerando que estes participam de instâncias sociais distintas e dominam saberes teóricos e de experiência específicos a sua área de atuação. Foram formados profissionais da saúde e educação que atuam como multiplicadores capacitando Professores de Educação Infantil e Ensino Fundamental de 1.ª a 4.ª séries em noções básicas de saúde e Agentes Comunitários de Saúde em noções básicas de educação, respectivamente. Os cursos aconteceram de forma descentralizada, com carga horária de 90 horas/atividades, com módulos de 30 horas-aula, oferecido na modalidade presencial, com avaliação processual. A metodologia utilizada prioriza o trabalho coletivo com momentos de reflexão na construção de conhecimento. Foram elaborados seis livros que subsidiaram os conteúdos trabalhados nas capacitações. Sendo eles, Módulos com noções básicas de saúde trabalhados com professores (Atenção Materno-Infantil, Crescimento e Desenvolvimento Infantil e Agravos à Saúde da Criança) e módulos com noções básicas de educação trabalhados com ACS (Criança: Infância e Direitos, Criança: Desenvolvimento e Aprendizagem e



Competências familiares: Criança e família). No total foram capacitados aproximadamente 70 multiplicadores da educação e 180 da saúde, que capacitaram aproximadamente 6000 Professores e 1700 ACS.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Segundo relatórios e avaliações enviados pelos profissionais envolvidos no Projeto e pelo relatório parcial da avaliação externa, já podem ser observadas mudanças de posturas e inclusão de atitudes promotoras de saúde nas atividades escolares e um maior conhecimento acerca da educação e do desenvolvimento infantil por parte dos agentes comunitários de saúde, contribuindo para a melhoria na qualidade de vida das crianças cearenses e suas famílias. Outro ponto significativo tem sido a boa aceitação dos cursistas em relação às temáticas trabalhadas, indicando que o Projeto atende às suas necessidades e contribui para o fortalecimento de sua prática cotidiana. A característica intersetorial do Projeto tem possibilitado desenvolvimento de ações integradas entre as áreas de saúde e educação do estado, nos momentos de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação. Nos municípios, é possível observar maior compreensão e interesse em fortalecer a intersetorialidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude dos resultados já apresentados, o Projeto conta com total adesão e aprovação por parte dos municípios e instituições envolvidas, havendo a indicação de expansão do mesmo para os outros municípios do estado, bem como a divulgação em outros Estados do Brasil, para a multiplicação desse tipo de capacitação técnica.



REDE DE VALORIZAÇÃO E CUIDADO JUNTO COM OS TRABALHADORES DA SAÚDE

Autor Principal: Ana Rita Castro Tajano
Outros Autores: Vera Figueiredo; Roseli da Costa Oliveira
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde/Ministério da Saúde-
Política Nacional de Humanização
Município: Belo Horizonte
Estado: Minas Gerais

APRESENTAÇÃO/JUSTIFICATIVA/DIRETRIZES METODOLÓGICAS

A criação de Redes de Valorização e Cuidado¹ junto com os Trabalhadores da Saúde como parte das práticas de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, procura articular concepções, experiências e métodos de organização horizontal em rede, em que os diferentes saberes de todos os participantes dos processos, encontros, confrontos, diálogos encontrem espaços para se manifestarem, sendo valorizados e reconhecidos na elaboração de análises e intervenções que objetivem compreender e transformar os problemas cotidianos enfrentados na realidade de trabalho. Sublinhamos a expressão junto com, lembrando Paulo Freire, para marcar a importância do trabalho conjunto, da co-laboração entre diferentes atores e saberes, enfatizando-se a característica essencialmente participativa destes processos, em que todos os envolvidos percebem-se como integrantes ativos de uma rede de pesquisas/intervenções sobre assuntos de saúde relacionados com o trabalho.

Importante destacar que o conceito de valorização nos aponta, numa primeira abordagem, uma perspectiva de “encarreamento” o que é diferente de valoração, que vai nos dizer de um “valor dado à ação no trabalho, de um reconhecimento que venha possibilitar que o trabalhador seja o autor e o agente de sua própria formação e de mudanças em sua realidade de trabalho. Marca-se assim um deslocamento do ponto de vista político e ético das esferas da heteronomia para a autonomia, do individual para o coletivo, criando-se novos modos de trabalhar visando a democratização das relações de trabalho” (Carvalho, 2004)², e, acrescentaríamos, a produção de vínculos solidários e cooperativos. E por isso ao dizermos valorização estaremos atribuindo o significado de valoração.

Um outro termo que aparece em nosso projeto é o cuidado, que associado ao conceito de valorização/valoração, vai nos dizer sobre o cuidado construído junto com os trabalhadores da saúde, implicando a criação de “suportes sociais” (diríamos psicossociais) a este profissional na realização de sua tarefa de

cuidar. Tomemos o que nos aponta CAMPOS(2005)³ como “ingredientes do grupo de suporte”, enquanto “relacionamento próximo e acolhedor”. Para ele a condição inicial é a de que as pessoas estejam juntas de modo relativamente constante. Não há suporte se não há encontro. A partir daí nos fala sobre o sentimento amoroso, como “o cerne dessa ligação ou vínculo que o suporte pressupõe. Pois, havendo amor, haverá carinho, acolhimento, reconhecimento, aceitação e respeito pelo outro. E haverá ímpeto para cuidar.” Desta forma, ao mesmo tempo que o profissional cuida, é também cuidado; criando-se assim uma Rede de valorização e cuidados, em que se conectam e se encontram sujeitos - trabalhadores, usuários, gestores.

Um outro autor - Ricardo Teixeira -⁴ vai nos dizer que as Redes de Trabalho em Saúde podem ser concebidas como “Redes de conversações”, salientando a natureza essencialmente conversacional do trabalho em saúde, apontando-nos o acolhimento dialogado como uma técnica de conversa possível de ser operada por qualquer profissional da saúde.

Promover saúde nos locais de trabalho significa nesta perspectiva, aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra e os afetos, estabelecendo-se diálogos e vínculos, tendo como objetivo a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Importante destacar que o presente Projeto ao propor a criação de Redes de Valorização e Cuidado junto com os trabalhadores, insere-se na Rede de Humanização em Saúde (RHS)⁵, buscando-se estabelecer conexões entre os diferentes sujeitos/ saberes: trabalhadores, gestores, usuários, todos os cidadãos. Elegemos, a partir de contatos iniciais com os trabalhadores e gestores da saúde, bem como estudos de documentos do Humaniza SUS, temas emergentes/geradores, que vão nos indicar as principais questões a serem abordadas no trabalho de reflexão e apoio/suporte com os profissionais da saúde: Relação trabalhador da saúde e “usuários”; “Relação interpessoal”(conforme fala dos trabalhadores) entre trabalhadores; Relação Centro de Saúde e Comunidade; Acolhimento/Recepção (porta de entrada)



OBJETIVOS

1) Abrir espaços de reflexão sobre as relações entre os trabalhadores/gestores, e entre estes e os usuários e a comunidade, criando redes de conversações, afetos e suportes/apoios “psicossociais” ao trabalho da saúde;

2) compreender os princípios norteadores da Política de Humanização do SUS, buscando articulação destes com a dinâmica das relações de trabalho nas unidades de saúde;

3) desenvolver habilidades de enfrentamento dos conflitos nos locais de trabalho, abordando temas referentes à mediação de conflitos como estratégia de prevenção de violências.

PRODUTOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto encontra-se em desenvolvimento desde outubro/2005, estando em fase de elaboração de Diagnóstico/Plano de Ação/Intervenção Psicossocial da Humanização em Unidades Básicas, voltado para os 9 Distritos Sanitários da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH).

Estamos ainda concluindo experiência-piloto junto com trabalhadores em Centro de Saúde “Pedreira Prado Lopes”/Distrito Sanitário Noroeste da PBH, o que tem nos possibilitado construir Metodologia de Trabalho, tomando como eixo a temática referente aos Conflitos e Violências nos locais de trabalho/unidades básicas/SUS e a Saúde do Trabalhador da Saúde.

¹ Este Projeto está sendo desenvolvido pela Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) junto à Secretaria Municipal de Saúde – Belo Horizonte/Coordenação Humanização/Grupo de Trabalho da Humanização (GTH)/Distritos Sanitários/Unidades Básicas.

² Cf. Carvalho, Ricardo Augusto Alves de . Apontamentos para elaboração de política nacional de formação dos trabalhadores da saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004 (inédito)

³ Conforme CAMPOS (2005): “O conceito de suporte social foi sendo construído nos campos da psicologia social e da saúde comunitária, em torno de duas idéias básicas: de um lado, o estabelecimento de vínculos interpessoais, grupais ou comunitários próximos, proporcionando sentimento de proteção e apoio às pessoas envolvidas e, de outro, a repercussão desses vínculos na integridade física e psicológica dos indivíduos.”

⁴ Teixeira, Ricardo. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção do público. Ministério da Saúde. Política nacional de Humanização, 2005 .

⁵ Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília/DF:Ministério da Saúde, 2004.

APRESENTAÇÃO DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM HOMEOPATIA

Autor Principal: Ana Rita Vieira de Novaes
 Outros Autores: Almir do Espírito Santo; Clemilda Soares Marques;
 Francisco Tardin; João Luis Moraes; Maria Sueli Gonçalves; Norma
 Pérsio; Flavia Vieira
 Instituição: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
 Município: Vitória
 Estado: Espírito Santo

INTRODUÇÃO

Os serviços homeopáticos foram implantados na Rede Pública em todo Brasil, à partir de 1980 após o reconhecimento da especialidade pelo Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira. No Estado do Espírito Santo, o atendimento iniciou na década de 90 por iniciativa do município de Vitória.

A ausência de uma política normativa, o reduzido número de profissionais que trabalhavam de forma isolada e desarticulada, a falta de condições adequadas para sua implementação dificultou a sua inserção efetiva.

Frente aos diversos obstáculos institucionais e a pequena adesão de gestores, os serviços se mantiveram sem visibilidade, incapacitados de desenvolver o real potencial que a Homeopatia pode proporcionar, enquanto prática médica.

Estes problemas nos levaram a refletir sobre a necessidade de estruturar e experimentar outro modelo de organização. Para tanto, deveria garantir o acesso universal ao usuário. Além disso, possuir infra-estrutura mínima, com recursos suficientes para um atendimento humanizado, próprio da Medicina Homeopática e contar com profissionais sensibilizados para este tipo de prática. Numa perspectiva inovadora, construir uma proposta de educação em saúde e de realização de pesquisas em Homeopatia. A construção deste novo modelo seria um desafio. Propor a inserção de uma prática não convencional dentro de uma estrutura tradicional seria possível? Quais as estratégias a serem adotadas para sensibilizar e comprometer os profissionais envolvidos? Com que grau de autonomia poderíamos contar? Como reorganizar o processo de trabalho? Cientes destes desafios nos propusemos a elaborar um projeto de implantação do Centro de Referência em Homeopatia, que foi criado em dezembro de 2000 pela SESA-ES.

OBJETIVO GERAL

Caracterizar um Serviço de Homeopatia na Rede Pública no Estado do Espírito Santo: o Centro de Referência em Homeopatia.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e exploratório que apresentará o serviço, seu modelo assistencial e suas vertentes de atuação: atendimento ambulatorial em homeopatia, pesquisa clínicas e sociais e educação em saúde. Descreve o caminho percorrido para sua implantação, os resultados da pesquisa de satisfação dos usuários, além de caracterizar o perfil epidemiológico da clientela.

The infographic provides a comprehensive overview of the Homeopathy Reference Center. It includes:

- Equipe do Centro de Referência em Homeopatia:** Lists medical staff (Médicos Homeopatas) and administrative personnel (Administração).
- Apresentação:** A brief history and mission statement of the center.
- Objetivos:** A list of strategic goals for the center.
- Diagnóstico:** A section detailing the current state of homeopathy in the region, including challenges and opportunities.
- Organograma:** A flowchart showing the organizational structure and the flow of information and services.
- Gráficos Estatísticos:** Multiple pie charts and bar graphs illustrating key data points, such as the distribution of services, patient demographics, and staff composition.
- Conclusão:** A final summary of the center's role and future outlook.



RESULTADOS

Neste período foram desenvolvidos projetos de pesquisas, tais como:

- A Satisfação dos Usuários do Centro de Referência em Homeopatia,
- Estudo dos Instrumentos de Avaliação do Centro de Referência em Homeopatia,
- Projeto Homeopatia Solidária em parceria com a Pastoral da Criança.
- Realizado um Vídeo Institucional: Homeopatia - revelação de vida.,
- Abordagem da Homeopatia no Tabagismo.
- Avaliações periódicas de Perfil Epidemiológico do Serviço e da Clientela.

Será apresentado o atendimento ambulatorial realizado e as atividades de educação em saúde realizadas.

CONCLUSÕES

Esta experiência evidencia a necessidade de se manter um processo constante de avaliação para o acompanhamento das estratégias adotadas, identificação dos resultados e dos impactos produzidos. A existência de equipamentos essenciais para a propedêutica homeopática, como material bibliográfico, computadores com programas informatizados, instrumentos de avaliação e equipamentos médicos em bom estado de conservação e o apoio das auxiliares são imprescindíveis para o estabelecimento de um bom atendimento. Manter estratégias que promovam a integração entre os membros da equipe é fundamental para motivar e estabelecer trocas de experiências. A realização de cursos de reciclagens, sessões clínicas e cursos de capacitação continuada deve ser uma meta de todo serviço que procura sempre melhorar a qualidade.

A homeopatia vem demonstrando sua viabilidade na Rede Pública no E Sato este fato pode ser demonstrado pelos resultados encontrados e pela crescente demanda dos usuários. Constitui uma excelente terapêutica que pode ser utilizada nos principais agravos da saúde da população usuária do SUS.

PROGRAMA MARINGÁ SAUDÁVEL - INTERSETORIALIDADE; CONTROLE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA

Autor Principal: Ana Rosa Oliveira Poletto Palácios

Outros Autores: Ana Maria Girotti Sperandio; Antonio Carlos Figueiredo

Nardi; Eliane Katsume Kikumoto Baptista; Maria da Penha Marques

Sapata; Odwaldo Bueno Netto; Udelysse Janete Veltrini Fonzar

Instituição: Prefeitura do Município de Maringá

Município: Maringá

Estado: Paraná

Dentro de um contexto que segmenta o ser humano e valoriza ações curativas em detrimento de ações promocionais, cuidar da “saúde” na instituição pública significa na maioria das vezes administrar formas de “tratar doentes”. Pensando no resgate da saúde integral do indivíduo enquanto direito humano fundamental e dever do Estado, o governo municipal criou um Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI). Este grupo possui uma coordenadoria e os seus membros foram nomeados por meio de decreto municipal, o que legitimou a participação de todas as secretarias no processo e facilitou o desenvolvimento dos trabalhos de discussão dos problemas de saúde e elaboração de propostas de mudanças no modelo assistencial. Após inúmeras oficinas de planejamento estratégico o GTI elaborou o Programa Maringá Saudável (PMS) que definiu os seguintes objetivos: elaborar projetos intersectoriais que possam promover a qualidade de vida, viabilizar a participação de todos os setores da sociedade e favorecimento do empoderamento da comunidade. O PMS compõe a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, apoiada pela da Universidade de Campinas – UNICAMP, Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde OPAS/OMS, Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade e gestores dos diferentes municípios do Brasil. O PMS foi estruturado por dez subprogramas e contempla: ações de fortalecimento institucional, segurança, inclusão social, educação, geração de renda, meio ambiente,

cultura, esporte, habitação, reorientação dos serviços de saúde e outras. A metodologia de trabalho consta de momentos de aproximações e dispersões do próprio GTI e por meio das oficinas locais de discussão com a comunidade, com atividades de levantamento das demandas sociais prioritárias para posterior elaboração do plano de ação objetivando a transformação da realidade. Duas comunidades foram definidas como área “piloto”: a comunidade da área adscrita da Unidade Básica de Saúde do Jardim Quebec e do Parigot de Souza. A primeira por desenvolver ações em promoção da saúde facilitando a aderência à proposta e a segunda por ser área carente e ter sido contemplada pela primeira Academia da Terceira Idade (ATI). A elaboração do PMS e o início de sua concretização, como um processo dinâmico que pretende ser sustentável, revelamos a importância da ação intersectorial e da participação da comunidade diretamente envolvida, na solução dos problemas da saúde e melhoria da qualidade de vida. O PMS, processo dinâmico de transformação da realidade, com elaboração colegiada dos planos de ação para a resolução dos problemas, é uma fonte inesgotável de boas idéias e práticas bem sucedidas, salientando o valor da intersectorialidade, do controle social e empoderamento da comunidade no desafio de melhorar a saúde e a qualidade de vida da população com consistência e sustentabilidade.

PRIMEIROS RESULTADOS DO PROGRAMA MARINGÁ SAUDÁVEL
ESPAÇO SAÚDE: A INTERSETORIALIDADE EM BUSCA DA QUALIDADE DE VIDA

Ana Maria Girotti Sperandio, Ana Rosa Oliveira Poletto Palácios, Antonio Carlos Figueiredo Nardi, Barbara Andressa Marchetti, Luis Carlos Chiodonardi, Maria da Penha Marques Sapata, Odwaldo Bueno Netto, Udelysse Janete Veltrini Fonzar

Coordenadora do Grupo de Trabalho Intersectorial: Ana Rosa Oliveira Poletto Palácios
 Equipe: Ana Maria Girotti Sperandio, Barbara Andressa Marchetti, Luis Carlos Chiodonardi, Maria da Penha Marques Sapata, Odwaldo Bueno Netto, Udelysse Janete Veltrini Fonzar

INTRODUÇÃO
 A saúde integral do indivíduo enquanto direito humano fundamental e dever do Estado constitui um desafio ao sistema municipal, tendo em vista que o conceito de saúde pressupõe várias áreas do conhecimento e, portanto, é multidisciplinar. Com o intuito de construir estratégias de promoção da saúde, o Município de Maringá, aderiu à Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis que conta com o apoio da Universidade de Campinas – UNICAMP, Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde OPAS/OMS, Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade e gestores dos diferentes municípios.

METODOLOGIA
 Para atender ao projeto de governo municipal foi elaborado pela Prefeitura de Maringá o Programa Maringá Saudável (PMS), composto por projetos que contemplam a intersectorialidade e transversalidade, objetivando promover a qualidade de vida e desenvolver ações que visam à promoção da saúde, colaborando com a construção de políticas públicas saudáveis. Dentro as diversas estratégias de sensibilização da comunidade, o município realizou o Espaço Saúde (ES), por meio da formação de parcerias com as instituições de Ensino Superior (IES) e Organizações Não Governamentais (ONG).

PRODUTOS
 O ES foi realizado em duas áreas em região central do cidade e contou com a participação de mais de cinco mil pessoas. A comunidade acadêmica participou com mais de 700 (setecentas) alunos dos cursos de administração de empresas, biotecnologia, ciência, educação física, enfermagem, farmácia e biotecnologia, fisioterapia, medicina, odontologia e turismo, de oito instituições de ensino superior. Ainda participaram ONG e Secretariados Saúde, Cultura, Esportes, Ação Social, Meio Ambiente, Educação e Esportes. As atividades consistiram em avaliação do estado nutricional, verificação de pressão arterial, testes de flexibilidade, capacidade respiratória, detecção de glicemia capilar, investigação, orientação jurídica, orientação quanto a amamentação materna, dengue, violência contra mulher, terapias alternativas, orientação quanto à importância do planejamento, cultura na atividade e prática de atividade física, inclusive com instalação de uma Academia de Terceira Idade (ATI) no local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS
 A aplicação de instrumento de avaliação do evento mostrou que das pesquisadas (300 pessoas) 80% ficaram satisfeitas, 80% relataram que as informações obtidas possibilitaram melhorar a saúde e a qualidade de vida e 74% relataram desejo de mudar hábitos e hábitos de vida. Um dos desafios apontados no evento foi a sugestão feita pela comunidade acadêmica de realizar o ES nas áreas adjacentes das cinco Regiões que constituem a territorialização da Atenção Básica. Esta estratégia também visa atender as novas diretrizes da Política Nacional de Promoção à Saúde, bem como contempla as ações do Pacto pela Vida, em defesa do SUS.



PROJETO A B C – ADOLESCENTE BUSCANDO CONHECIMENTO

Autor Principal: Ana Vitória Savelli Cardoso

Instituição: USF São Carlos

Município: Volta Redonda

Estado: Rio de Janeiro

Este projeto emergiu a partir da detecção de situações vinculadas à saúde do adolescente, tais como DST(s), gravidez e uso de drogas. Tem por objetivo desenvolver ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação dos agravos que acometem ou podem acometer os adolescentes e inserir socialmente os jovens na comunidade através de parcerias com outras secretarias propiciando trabalho intersectorial. O método utilizado para a elaboração deste trabalho, foi o fechamento do diagnóstico de saúde relacionado aos adolescentes, capacitação da equipe, discussão com a associação de moradores e conselho gestor da unidade, convite aos adolescentes para participar dos grupos e encaminhamento para o Distrito Sanitário III de solicitação de buscar parcerias junto à Secretaria de Esporte e Lazer e Secretaria de Ação Comunitária para desenvolverem atividades conjuntas, que hoje se encontra em processo de negociação. Esta atividade teve como resultados preliminares 42 adolescentes inscritos no grupo, uma frequência semanal em média de 80% de sua totalidade, uma participação ativa destes jovens, inclusive sendo que as atividades são programadas pelos mesmos e diagnosticou-se melhora significativa em situações que alguns adolescentes apresentavam distúrbios de comportamento no que tange às relações sociais. Entende-se que lidar com os adolescentes não é uma tarefa simples, pois percebe-se sua labilidade no comportamento e sua necessidade de auto-afirmação. Porém acreditamos que, com esta iniciativa estaremos contribuindo a médio e longo prazo para a melhoria de sua qualidade de vida.





PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA REDE PÚBLICA (UFRGS): A CLÍNICA COMO FORMAÇÃO NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Autor Principal: Analice de Lima Palombini

Outros Autores: Károl Veiga Cabral; Cristiane Veeck; Fernanda dos Santos Winter; Fernanda Schmitt Ribeiro; Joana Horst Regina; Luis Adriano Salles Pereira; Tatiana Fiori

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS/Instituto de Psicologia/Departamento de Psicanálise e Psicopatologia

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

Implantada a partir dos anos 90, em consonância com os princípios da universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, visando a conquista de cidadania para aqueles que por muito tempo estiveram confinados a uma morte em vida no interior dos manicômios, pôs em obra a criação, em municípios de todo o país, de uma série de dispositivos e serviços substitutivos ao manicômio "Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Oficinas de Geração de Renda, Residências Terapêuticas", buscando sua articulação em rede com outros níveis de atenção em saúde e mesmo com outros campos das políticas públicas (educação, assistência social, trabalho, cultura). Os resultados já obtidos, em que pese o muito que há ainda para avançar na constituição desses serviços, têm-se mostrado bastante positivos, dando mostras da potência de transformação contida na política de reforma psiquiátrica consolidada a partir do SUS. Contudo, impõe-se ainda, como desafio nesse processo, a formulação e aperfeiçoamento de estratégias clínico-políticas, com ênfase nas ações intersetoriais, articuladas às redes de inclusão social e de garantia dos direitos humanos; sobretudo, é preciso fomentar a experimentação dessas estratégias nas formações universitárias, nos percursos de graduação das profissões da saúde, articulando a gestão do trabalho à educação em saúde na perspectiva requerida pelas políticas públicas preconizadas pelo SUS. O Acompanhamento Terapêutico "entendido como uma "clínica sem muros", que se realiza no espaço urbano, *entre* lugares" surge, nesse contexto, como uma dessas novas estratégias a explorar, que a experiência que aqui se apresenta vem situar na intersecção entre a universidade e os serviços. Ele é emblemático do contágio das disciplinas psi com o espaço e tempo da cidade, no momento em que a reforma psiquiátrica impõe o deslocamento de seus profissionais, do âmbito fechado do hospital, para o espaço aberto e múltiplo da cidade.

O *Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública*, vinculado ao Instituto de Psicologia da UFRGS, teve origem, em 1996, junto ao CAPS CAIS Mental Centro, da Secretaria

Municipal da Saúde de Porto Alegre, consolidando-se como projeto continuado de extensão universitária a partir de 1998, articulado à experiência de estágio curricular e à atividade de pesquisa, em parceria com serviços da rede municipal e estadual de saúde, visando a construção de novos modos de encontro entre a instituição de atendimento em saúde mental e seus usuários. A cada ano, o projeto reúne um grupo significativo de estudantes do curso de psicologia que, ao longo de dez meses, realizam acompanhamento terapêutico de um usuário dos serviços de saúde mental da rede pública conveniados ao projeto, contando com um espaço semanal de supervisão do trabalho na universidade, além da participação nas reuniões de equipe, supervisão local e interconsultas, bem como a possibilidade de inserção nas práticas do cotidiano do serviço. Valendo-se da perspectiva metodológica da pesquisa-intervenção, o projeto acompanha os desdobramentos dessa intervenção nos seus três âmbitos de incidência: na relação com os usuários indicados por cada serviço para o acompanhamento terapêutico, com foco nas estratégias de interação com o meio e constituição de modos de vida; na relação com as equipes dos serviços em que se atendem esses usuários, com foco na problematização dos demais dispositivos em uso bem como nas composições de que se vale a equipe para responder ao que lhe é demandado; na relação com o processo da reforma psiquiátrica em curso, com foco no funcionamento da rede e nas formas como as comunidades locais respondem à desinstitucionalização da loucura.

Até o momento, somados quase dez anos de funcionamento, este Projeto propiciou, a cerca de cem estudantes de graduação do curso de psicologia, a iniciação de sua prática clínica no contexto dos serviços substitutivos, tendo a cidade como *setting* terapêutico. Beneficiou, assim, um número equivalente de usuários desses serviços e suas redes familiares, possibilitando a ampliação de seus laços sociais e reduzindo o número de internações psiquiátricas. Ao mesmo tempo, fez-se acompanhar de efeitos institucionais importantes, ao trazer, para dentro do serviço, um



conjunto de informações novas, relativas ao contexto da vida cotidiana daquele usuário, implicando um outro olhar sobre o mesmo, exigindo, da equipe, reposicionar-se com respeito ao caso e na relação entre seus membros, como coletivo de trabalho. O Projeto tem tido uma repercussão extremamente positiva junto aos serviços com que interage, atendendo, não somente à demanda dos serviços especializados da rede municipal, mas também, em momentos diversos, à interface com as escolas especiais da rede municipal de educação, ao CAPS e Ambulatório de Esquizofrenia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ao Serviço Residencial Morada São Pedro, vinculado à Secretaria Estadual da Saúde do RGS, entre outros. A experiência acumulada com esse projeto tem contribuído com a implantação de experiências similares, como o *Projeto de Acompanhamento Terapêutico da UFF* (2005), os *Cursos de Capacitação para o Acompanhamento Terapêutico*, da Escola de Saúde Pública do RGS, voltados para trabalhadores do nível médio e básico da rede de serviços de saúde (2000 a 2002), a assessoria à equipe do Projeto Morada São Pedro (em 2002). Sua publicação na forma de livro (*Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*, ed. UFRGS, 2004) possibilita uma difusão maior e a multiplicação dessas experiências em outros municípios no país. O êxito deste Projeto vem confirmar a potência do dispositivo do Acompanhamento Terapêutico como: 1) tecnologia clínico-política de atenção na rede pública de saúde mental condizente com a estrutura, função e dinâmica dos seus serviços substitutivos; 2) estratégia de formação clínico-política tanto no âmbito universitário das profissões do campo da saúde como na educação continuada dos trabalhadores da rede; 3) ferramenta útil ao processo de implantação e análise da Reforma Psiquiátrica.



AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI

Autor Principal: André Canesso Pierro

Outros Autores: Érica Cristina Corbanezi Gasques; Mário Sérgio Rolin Zaidan;

Sandra Mariel Principi Soares; Wimara Cristina Américo Ribeiro

Instituição: Hospital Municipal Dr. Mário Gatti

Município: Campinas

Estado: São Paulo

A evolução tecno-científica dos serviços de saúde não tem sido acompanhada por um correspondente avanço na qualidade do contato humano. O planejamento de saúde, na maioria das vezes, subestima e desconsidera as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas ligadas à saúde e à doença. A experiência mostra que uma infinidade de mal entendidos e dificuldades enfrentadas pelos usuários e trabalhadores no ambiente hospitalar podem ser minimizados, quando se ouve, compreende, acolhe, considera e respeita tanto os usuários, como aqueles que cuidam.

Humanizar é, portanto, alcançar benefícios mútuos para a saúde dos usuários, dos profissionais e da comunidade.

Dentro deste contexto, a Unidade de Cirurgia Geral e Especialidades Cirúrgicas do HMMG, vem estabelecendo ações humanitárias no seu dia a dia.

A unidade dispõe de 53 leitos, sendo: 24 leitos de Cirurgia Geral; 8 leitos de Urologia; 9 leitos de Cirurgia Vascular; 3 leitos de Cirurgia Plástica; 4 leitos de Cirurgia Buco Maxilo Facial; 1 leito de Isolamento e 4 leitos de Cirurgias Ambulatoriais.

Temos como objetivo, contribuir para a recuperação do paciente, considerando sua dignidade humana e direitos sociais. Visamos também acolher o usuário e o profissional, proporcionando o fortalecimento de seus valores éticos e humanos.

O enfoque do nosso trabalho são ações voltadas ao paciente e à família, garantindo a atenção integral do paciente, não vendo somente a doença, mas o indivíduo como um todo.

As práticas de humanização são concretizadas através de nossa equipe multiprofissional, composta por: médicos, médicos residentes, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, copeiras, auxiliares de higiene, escriturários, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista e psicóloga.

As ações humanitárias desenvolvidas em nossa enfermaria são:

- Encaminhamentos para serviços de apoio após alta hospitalar;
- Psicológico para o paciente e família;
- Reabilitação Física de pacientes amputados;
- Grupo de Ostomizados;
- Atendimento Domiciliar;
- Centros de Saúde;
- Recursos sociais do município de origem do paciente;
- Serviço de nutrição da UNIP.
- Empréstimo e/ou doação de materiais hospitalares através da Associação de Voluntários do HMMG;
- Orientação e/ou encaminhamento previdenciário;
- Realização de Pesquisa de Satisfação do Usuário atendido na unidade;

UNIDADE DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

Humanizar a saúde é dar qualidade à assistência e suportar as angústias do ser humano diante do corpo e da mente.

Humanizar é alcançar benefícios mútuos para a saúde dos usuários, dos profissionais e da comunidade.

Atendimento humanizado

Espaço social

Reuniões periódicas do equipe multiprofissional para a coordenação

Material e equipamentos para reabilitação do paciente pós alta hospitalar

Grupo terapêutico e informativo com as famílias de pacientes hospitalizados

A humanização da assistência hospitalar deve ser considerada como um processo e, portanto, como algo que se prolonga no tempo. Deve ser algo contínuo e ininterrupto.

Pesquisa de satisfação do usuário

André C. Pierro, Érica C. Corbanezi Gasques, Mário S. Rolin Zaidan, Sandra M. Principi Soares e Wimara C. Américo Ribeiro

<http://www.hmmg.sp.gov.br>
Hospital Municipal Dr. Mário Gatti
Campinas / SP



- Adequação da área física, visando boas condições de trabalho, acolhimento e melhores condições de atendimento;
- Existência de recepção de visitas com TV e revistas e televisão nos quartos a fim de minimizar o stress da hospitalização;
- Identificação dos leitos, com o nome dos pacientes, da especialidade, do enfermeiro e da equipe de apoio
- Informação quanto à dinâmica hospitalar através de cartazes, panfletos e orientações verbais;
- Realização de grupo terapêutico e informativo com os familiares de pacientes hospitalizados;
- Promoção de troca de experiências entre pacientes com indicação de amputação e pacientes amputados em reabilitação;
- Autorização de acompanhante nos casos de dependência física e/ou psicológica em casos não garantidos por lei;
- Autorização de visitas de menores de 12 anos, após avaliação da psicóloga;
- Realização de ações voltadas aos funcionários :
 - Existência de um espaço social para os funcionários (copa);
 - Processo de trabalho em adequação e construção;
 - Educação em serviço;
 - Reuniões periódicas da equipe multidisciplinar junto à coordenação.

Através da nossa vivência, notamos que a humanização da assistência à saúde no hospital envolve necessariamente o trabalho conjunto de diferentes profissionais. O trabalho em equipe pode contemplar uma variedade de enfoques e opções de compreensão dos aspectos subjetivos existentes, de modo que seria impossível alcançá-los apenas com o recurso da visão focal do especialista.

Humanizar, no entanto, não diz respeito apenas ao trato do paciente, refere-se também a todas as pessoas que entram em contato com ele.

Somos conscientes de que a implantação de um projeto e/ou experiências humanizadoras é uma tarefa nunca terminada. A humanização da assistência hospitalar deve ser considerada como um processo e, portanto, como algo que se prolonga no tempo. Deve ser algo contínuo e ininterrupto.

Humanizar a saúde é dar qualidade à assistência e suportar as angústias do ser humano diante da fragilidade do corpo e da mente.

O hospital deve transformar momentos negativos em positivos, pois é neste ambiente impessoal e muitas vezes hostil, que as pessoas são recebidas em razão do mal que as espreita. Devolvê-las como pessoas sadias e preservar sua dignidade deve ser a razão do cuidado humanizado.



CINESIOTERAPIA LABORAL: UMA CONDUTA PREVENTIVA DOS DISTÚRBIOS DA COLUNA VERTEBRAL EM FUNCIONÁRIOS DE UMA UNIDADE HOSPITALAR

Autor Principal: André Pinho da Rosa

Outros Autores: Rosângela Guimarães de Oliveira

Instituição: Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Município: Cabedelo

Estado: Paraíba

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Nos dias atuais, vivemos uma realidade em que o trabalho vem se tornando mecanizado e automatizado numa visão mercantilista e globalizada, objetivando um aumento da produtividade no mercado. Assim, observa-se que o homem preocupado com tal realidade vem negligenciando a sua qualidade de vida, e esquecendo os cuidados com a sua saúde. Diante dessa verdade, a partir da observação dos funcionários de uma instituição de saúde, vimos que estes executam tarefas repetitivas, além da falta de condições ergonômicas no seu setor, e do estresse diário, somatizando os problemas pertinentes aos pacientes, sofrem com a falta de um ambiente agradável para trabalhar, gerando assim as doenças ocupacionais, dentre elas os distúrbios da coluna vertebral. A opção de desenvolver um programa de realização de exercícios com tais funcionários, através de um estudo da cinesiologia do trabalho, justifica-se pela importância da Fisioterapia no contexto de políticas do trabalho, com a aplicação preventiva, que possam amenizar o aparecimento ou evolução de patologias e situações inerentes a esta área, contribuindo assim para uma melhora da postura com regressão das sintomatologias referidas nas queixas desses indivíduos.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

Os princípios ergonômicos são necessários e devem ser amplamente utilizados na prevenção de boa parte desses distúrbios, além de um programa de aplicação da Cinesioterapia Laboral com o objetivo de promover o bem estar biopsicosocial do trabalhador, tentando regredir suas queixas álgicas. Assim, o propósito deste trabalho é desenvolver um programa de prevenção que possa atender as necessidades do corpo de funcionários do referido nosocômio com atuação direta da Fisioterapia no Trabalho, participando ativamente da melhora da qualidade de vida dessas pessoas, caracterizando o papel social e humanizado do Fisioterapeuta frente à categoria trabalhadora.

METODOLOGIA

Neste estudo, destacamos a fisiopatologia clínica das doenças ocupacionais relacionadas à coluna vertebral, associando a fisioterapia preventiva com noções posturais relacionadas à ergonomia e seus benefícios em conjunto com a cinesioterapia laboral para amenizar e/ou abolir os desconfortos causados pela sintomatologia dolorosa da coluna vertebral apresentadas por estes pacientes. Além da fadiga musculoesquelética, das longas jornadas de trabalho e da falta de um ambiente agradável, a dor é um agravante que impede os funcionários de executar suas atividades laborativas de maneira adequada. A partir dessa problemática, foi desenvolvido um programa de cinesioterapia laboral para o corpo de funcionários do hospital, com participação de aproximadamente 100 pessoas de diversas áreas, porém destes, participaram efetivamente de todas as atividades, 20 (vinte) funcionários no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, na faixa etária entre 22 e 55 anos, de ambos os sexos. Além de orientações ergonômicas em seus campos de atividade na instituição hospitalar, os referidos indivíduos foram submetidos a exercícios diários seguindo uma rotina compatível com as suas jornadas de trabalho. Foram realizados uma média de 04 atendimentos semanais entre os meses de Abril de 2004 a Dezembro de 2004. Os parâmetros de avaliação empregados no estudo foram: sintomatologia dolorosa, condições posturais, condições músculoesqueléticas, flexibilidade de tronco, atividades de vida diária, condições ergonômicas do campo de trabalho.

RESULTADOS E PRODUTOS

No referido estudo, as queixas dolorosas apresentadas pelos funcionários do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, em João Pessoa, mostra o seguinte perfil, 60 % de queixas de lombalgia, 20 % com queixa de cervicálgia e cervicobraquialgia, e os outros 20% com queixas de dores difusas, sendo 15 % masculino e 85 % feminino. Estes obtiveram resultado satisfatório, com regressão do quadro apresentado; o que também é



justificado pela utilização das técnicas e métodos específicos dos recursos cinesioterapêuticos, além das orientações diárias que o programa propõe.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O referido estudo representa um crescimento profissional e pessoal, pois trabalhar com prevenção e saúde do trabalhador é fascinante. Essa abordagem proporcionou prazer e uma experiência consideradas ímpares nos dias atuais. Porém gera desafios, dúvidas e dificuldades que foram vencidas passo a passo pela motivação que ganhava a cada leitura e encontro que participava com os funcionários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Fisioterapia no Trabalho é de extremo valor, pois é devido aos trabalhos desenvolvidos nesta área que surgiu o interesse em se fazer uma conduta preventiva no referido nosocômio e em relatar a experiência profissional vivida, junto a estes funcionários na conquista de seu bem estar para que pudessem retornar a uma vida normal devido aos comprometimentos patológicos relacionados à coluna vertebral que os impedia de realizar suas atividades laborais, além do incentivo quanto à reeducação postural e a busca de um melhor posicionamento ergonômico quanto ao campo de atuação, e o bem-estar biopsicosocial, levando estes funcionários a uma boa qualidade de vida. Vale aqui ressaltar, que o programa acontece satisfatoriamente e que estamos em fase de novas pesquisas dentro da temática em questão.

Palavras chaves: Prevenção, saúde do trabalhador, coluna vertebral, cinesioterapia laboral.



PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: A INFORMAÇÃO COMO BASE PARA A CONSCIENTIZAÇÃO

Autor Principal: Andrea Oliveira Gomes da Silva

Outros Autores: Maria das Graças de Carvalho; Adalberto Barbosa da Silva

Instituição: Prefeitura Municipal de Juazeiro

Município: Juazeiro

Estado: Bahia

INTRODUÇÃO

A rapidez da informação na atualidade é uma das situações que afetam o cotidiano dos indivíduos. A sensação de que nunca a leitura sobre determinado assunto foi suficiente ou de que há a necessidade de ler sobre mais assuntos além dos que já estamos habituados, faz com que constantemente estejamos em busca de novos dados, novos textos e pessoas que possam nos orientar sobre aquilo que ainda não temos total domínio.

Com relação às políticas públicas de saúde, nota-se que são poucos os que têm acesso aos seus conteúdos, havendo apenas um interesse em usufruir e criticar, seja positiva ou negativamente.

Sendo assim, a Secretaria de Saúde do município de Juazeiro desenvolveu o projeto “Saúde na Escola”, buscando esclarecer a população mais jovem sobre as ações que são desenvolvidas pela secretaria no município e quais as políticas existentes atualmente para benefício do cidadão na área de saúde.

OBJETIVO

Aproximar a Secretaria de Saúde de Juazeiro da população, através das escolas públicas municipais, levando orientação, serviços e radiografando o SUS, para melhorar a relação do usuário com o sistema, gerando assim uma relação de cumplicidade e conseqüente otimização de resultados.

METODOLOGIA

Desenvolver um “Dia de Saúde” nas escolas municipais da sede de acordo com um cronograma pré-estabelecido através de palestras educativas voltadas para o adolescente, enfocando temas de interesses atuais como dengue, DST/AIDS, gravidez na adolescência, higiene pessoal, cidadania entre outros, bem como oferta de exames de diabetes, acuidade visual, aferição de pressão arterial e escovação.

Além disso, também são montados balcões ou estandes para divulgação institucional das Unidades do CAPS, SAMU, CERPRIS, CEREST, POLICLINICA, CENTRAL DE MARCAÇÃO, VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SANITÁRIA.

Outra alternativa utilizada para atingimento do objetivo proposto foi a realização de uma exposição de fotos das principais obras e ações da Saúde já desenvolvidas no município.

PRODUTOS OBTIDOS

O lançamento do Programa “Saúde na Escola” aconteceu de forma festiva, no dia 07 de abril - Dia Mundial da Saúde – na Escola Aidê Falcão, localizada no Bairro João Paulo II, na cidade de Juazeiro com prestação dos serviços descritos na metodologia e oferecimento de um café da manhã pelo CAPS. Além disso, também utilizou-se a música, palhaços e aulas de ginástica (parceria com academias) para atrair mais a atenção da população local.

Nesse mesmo dia, em todas as Unidades de Saúde e nas escolas da Zona rural ocorreram também palestras educativas sucessivas, pelos próprios profissionais das unidades, caracterizando a mobilização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dessa ação planejada e estratégica buscou-se mostrar a preocupação da Secretaria da Saúde em aproveitar o Dia Mundial da Saúde para lançar a proposta do projeto que tem um foco específico de prevenção através do jovem residente no município, que responde atualmente por 32,68% da população, segundo dados do IBGE, Censos e Estimativas.

Dessa forma, gera-se uma imagem positiva e esclarecedora da gestão do município, aproximando a Secretaria de Saúde e a própria Prefeitura Municipal da população.

INSTITUIÇÃO ASILAR: GESTÃO CRIATIVA; IDOSO RESPEITADO

Autor Principal: Ângela Maria Guimarães Gomes

Instituição: CPSACR - Centro de Promoção Social Abrigo Cristo Redentor

Município: Nilópolis

Estado: Rio de Janeiro

O Centro de Promoção Social Abrigo do Cristo Redentor (CPSACR), trata-se de uma Instituição asilar do governo federal administrada atualmente pela prefeitura do Estado do Rio de Janeiro, que tem como população alvo idosos, ou seja, qualquer pessoa com idade igual ou superior a 60anos.

Atualmente realizam atendimentos específicos para a terceira idade de alta e média complexidade, sendo considerado um centro de referência na área de geriatria e gerontologia.

Como parte da Política de Assistência ao Idoso, a instituição conta ainda com um Centro Dia e um Centro de Convivência, que são espaços diferenciados existentes dentro da instituição, sendo o primeiro com a finalidade acolher os idosos diariamente no período de 08 às 17 horas, cujos familiares não tem condições de acompanhá-los naquele período, se comprometendo em buscá-los diariamente após este período, e o segundo com a finalidade de promover lazer para os internos, bem como, os idosos das comunidades próximas. Além desses espaços, conta ainda com serviços de apoio tais como projetos específicos, convênios com escolas e universidades, acompanhamentos específicos e outros.

Diante de todos esses recursos, este se torna o único da rede pública com atendimento direcionado à geriatria e gerontologia para a população carente. Na área de educação nessa especificidade é considerado o maior e melhor campo de estágio para os profissionais de saúde na geriatria e gerontologia, fato este reconhecido pela Secretaria Especial da Terceira Idade (SETI).

No entanto a formação da primeira equipe de enfermeiros deste Abrigo, foi inserida em 1987, com a contratação de quatro enfermeiros para o ocuparem os cargos de supervisores de enfermagem. Nesta época a enfermagem a nível superior era representada na instituição por apenas uma enfermeira que tinha o

cargo de chefe de enfermagem. A enfermagem antiga se respaldava na solidariedade humana, no misticismo, no senso comum e em credences. Atualmente, essa profissão procura aprofundar seus aspectos científicos, tecnológicos e humanísticos, tendo como centro de suas atividades o cuidar da saúde do ser humano. É uma ciência com campo de conhecimentos fundamentais e práticas que abrangem do estado de saúde ao estado de doença.

Durante uma das gestões no período de janeiro de 2001 a maio de 2005 tivemos dois marcos importantes na evolução da enfermagem desta instituição, sendo o primeiro a realização do I Seminário de Enfermagem do CPSACR, evento este que para surpresa dos gestores da instituição naquela época, mobilizou mais de 95% dos profissionais de

enfermagem, além de outros profissionais da saúde e até mesmo alguns internos. Teve como objetivo prestar homenagem aos profissionais de enfermagem pela semana de enfermagem e viabilizar a estes profissionais a detenção do conhecimento sobre temas referentes à geriatria e gerontologia, clientela na qual a equipe de enfermagem assistia diariamente. Durante os eventos foram realizadas cerimônias de abertura com fala dos gestores da instituição e convidados, palestras, apresentações de trabalhos científicos e





filmes sobre temas relacionados à gerontogeriatría, apresentados pelos profissionais de saúde, como: Enfermeiros, Médicos, Psicólogos, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, Terapeutas ocupacionais dentre outros.

Diante deste sucesso obtido no primeiro evento deu-se margem a realização de mais quatro seqüentes, um a cada ano, no período de 12 a 20 de maio, quando se comemora a Semana de Enfermagem.

Quanto ao segundo marco, trata-se da possibilidade de garantir a oportunidade aos profissionais de enfermagem de nível superior e técnico, a participação em cursos externos sobre temas específicos relacionados às atividades desempenhadas pela equipe de enfermagem. Não sendo possível a participação de toda a equipe, alguns profissionais se tornavam, após a realização dos cursos, multiplicadores das informações.

Através deste processo houve uma conquista no desempenho profissional da equipe de enfermagem, no sentido de obter maior conhecimento na área de atuação geriatria e gerontologia, melhorando a qualidade de assistência prestada, que anteriormente eram executadas por muitos profissionais sem o conhecimento científico., e sim baseados nas experiências de anos de atuação de cada profissional.

Na gestão em enfermagem podemos seguir um modelo de processos de mudanças, adaptadas a cada objetivos a serem alcançados.

Este estudo abordará as conquistas realizadas, com base na peculiaridade da sua clientela, associada à prática profissional de gerência em enfermagem. Evidenciando as vantagens que estas conquistas trouxeram para a instituição, os internos e a equipe multiprofissional, em especial para a equipe de enfermagem. Objetiva o reconhecimento e a valorização da referida equipe através de conquistas obtidas. E a necessidade de se adotar medidas para estimular essas ações. Para a elaboração deste trabalho foram utilizados além das experiências profissionais, depoimentos e relatórios durante o período de uma determinada gestão.



INCLUSÃO DIGITAL DAS SECRETARIAS E CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO RIO DE JANEIRO

Autor Principal: Angélica Baptista Silva

Outros Autores: Leíse Thereza Teixeira Vales

Instituição: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro SES-RJ

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

No final de 2005 - sob a perspectiva da consolidação dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, onde a transparência nas ações em saúde é fundamental para o acesso de todo cidadão aos serviços – a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) implementou o Programa de Inclusão Digital das Secretarias e Conselhos de Saúde (PIDSCS). O programa, assumindo o comprometimento com a democratização da informação, fornece as pré-condições fundamentais para que os municípios dominem as tecnologias da informação e comunicação (TIC), enquanto estratégia para ampliar a consciência sanitária.

O acesso à informação e as TIC têm permitido a participação cidadã em fóruns eletrônicos no mundo, onde Sociedade e Estado contribuem numa discussão complexa, às vezes antagônica, mas fundamental para a qualidade de vida e para o bem-estar da população de sua localidade, estabelecendo um canal permanente no ciberespaço entre a Secretaria e a população. A concepção do PIDSCS é baseada nas conclusões da dissertação de mestrado “Multimídia e Conectividade entre os Conselhos de Saúde: Plenária Virtual Permanente”.¹ A partir daí, delineou-se uma parceria entre o SES-RJ e a Fundação Oswaldo Cruz, constituindo uma aproximação, uma ação conjunta, entre setor de ensino e pesquisa e os serviços de saúde.

Para implementar o PIDSCS, considerou-se a situação avançada de conectividade digital do Rio de Janeiro. Todavia, na virada do milênio, pouco mais de 300 Prefeituras tinham uma infra-estrutura mínima para instalação de serviços locais de acesso à Internet. Mesmo assim, o Brasil está entre os 10 países que mais usam o meio. Durante os anos 90, o eixo Rio-São Paulo foi o ponto de conexão entre a Internet brasileira e o mundo. Quanto à interiorização no Estado do Rio, o principal ator da capilarização dos pontos de acesso para instituições públicas tem sido o Centro de Tecnologia da Informação e Comunicação do Estado do Rio de Janeiro (PRODERJ), trabalhando em conjunto com a Rede Rio. Na área da saúde, também se investiu em conectividade. O projeto pioneiro da Rede Estadual de Informações em Saúde (REIS) se estabeleceu em 2000 com ações implementadas pela SES-RJ, através de seu Centro de Informações em Saúde (CISA). Durante a REIS, Secretarias Municipais de Saúde

(SMS) receberam equipamentos configurados com software livre e apoio técnico para o estabelecimento da infra-estrutura de comunicação via Internet.

Apesar deste cenário, o resultado do estudo apontou para uma precária cultura de uso da Internet por parte dos conselhos e secretarias de saúde. Para reverter esta situação, o PIDSCS desenvolveu suas ações, fornecendo para os gestores municipais: três modelos de sítio para as SMS; hospedagem dos mesmos e um treinamento para administrar a página. A SES-RJ criou também opções de sítio para os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), uma capacitação para o uso da Plenária Virtual Permanente e de outros instrumentos, assim fortalecendo o controle social e realizando uma efetiva inclusão digital dos conselhos de saúde.

O programa tem como objetivo propiciar espaços de democracia eletrônica e participação cidadã no SUS, no Estado do Rio de Janeiro. Para tanto, suas ações visam: agilizar o contato entre os gestores da saúde pública e a população; dar maior visibilidade à gestão da saúde pública no Estado, fomentar a troca de informação entre os conselhos de saúde, articular áreas mais distantes da capital em rede e realizar reuniões on-line com o uso da Plenária.

OS PRODUTOS DO PIDSCS E A METODOLOGIA APLICADA

O Programa baseia-se numa revisão da literatura sobre experiências de inclusão digital na elaboração de produtos para Internet (página, e-mail etc.) e na capacitação dos sujeitos deste processo (gestores e conselheiros), advinda da escuta dos mesmos. A capacitação foi dividida em três módulos. Constatou-se, então, que a abordagem deveria ser diferenciada, a dos gestores deveria enfatizar a questão da transparência da gestão, enquanto que entre os conselheiros, a ênfase seria em questões práticas de inclusão digital (acesso gratuito a Internet em sua área) e quanto à busca de repositórios de informações em saúde para subsidiar e qualificar o trabalho de controle social da saúde pública. No módulo I, são abordados tópicos como a governança da Internet, tipos de conexão, diferenças entre Extranet e Intranet. Após a explicação da importância de se ter um domínio, senhas de acesso para registro de e-mails são



distribuídas. No módulo II, os técnicos são instruídos no preenchimento do conteúdo dinâmico de suas páginas. O módulo III prevê reuniões virtuais dos municípios com o uso da Plenária Virtual Permanente e outros aplicativos para Internet voltados para gestão. Foram criados seis modelos de páginas de Internet, cujo conteúdo será administrado diretamente pelas secretarias e conselhos. Em abril, algumas SMS cadastraram os e-mails dos seus setores, dispensando provedores comerciais e reavivando os nomes de suas páginas. O Conselho Estadual de Saúde organizou uma oficina de iniciação à informática com apoio do PIDSCS e está sensibilizando os articuladores regionais para informar aos CMS, que eles podem ter voz independente na Internet com a estrutura e a capacitação fornecidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vários municípios já discutiram com o CISA/RJ o uso da Internet em prol da saúde de suas respectivas comunidades no módulo I. Apesar das diferenças locais, os técnicos trocaram experiências sobre a implantação da Internet em suas localidades. Saíram habilitados a confeccionar e-mails diferenciados para todos os setores de suas secretarias.

Constatou-se que, mesmo com as conferências presenciais, a articulação entre os CMS por telefone ou por e-mail é bastante deficiente no Estado, sendo difícil contactar todos. O desconhecimento em informática neste segmento é grande, o que nos leva a uma abordagem introdutória, que não pode ser desvinculada de uma visão política do fenômeno atrelada aos conceitos de sociedade em rede, exclusão digital e social.

¹ O produto da dissertação do Mestrado Profissionalizante em Gestão da Informação e Comunicação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca é uma ferramenta-piloto, a Plenária Virtual Permanente, que tem como função amplificar a interlocução entre os conselhos, utilizando vídeo e áudio em redes de dados com a proposta de implantação em larga escala e de posterior migração para sistema de tv digital.



TERAPIA INTEGRATIVA CONECTAR

Autor Principal: Annacy Amorim Santos

Outros Autores: Elenalda Ferreira dos Santos; Karla Magaly Bonfim Alves Lima

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde

Município: Aracaju

Estado: Sergipe

INTRODUÇÃO

O crescimento acelerado das doenças crônicas degenerativas, especialmente a Hipertensão, é preocupante e chama a atenção dos Órgãos de Saúde Pública e Privada do nosso país e de toda sociedade, passando a ser uma responsabilidade não apenas do Sistema de Saúde, mas também uma responsabilidade social.

No contexto atual, em que o ser humano é submetido ao convívio com elementos estressores de todas as formas, uma metodologia que alivia as tensões diminuindo e/ou prevenindo o estresse é de suma importância para dar a população que usa os serviços do Sistema Único de Saúde a oportunidade de autocuidar-se de forma preventiva e/ou curativa.

É um desafio para a sociedade encontrar formas de lidar com esses fatores, sem perder o equilíbrio, a paz, a alegria e o prazer de viver que são o contraponto para a desarmonia presente neste momento na vida do homem.

A Terapia Integrativa CONECTAR – Corpo, Energia e Consciência encaixa-se perfeitamente como uma proposta que vem atender esses anseios e necessidades.

Trabalhando o ser humano nas dimensões: corpo, energia e consciência, permite o seu desenvolvimento integral e a autonomia para o autocuidado.

É um trabalho terapêutico preventivo e curativo que contribui para a saúde e a qualidade de vida dos participantes.

Fundamenta-se nas abordagens psicorporais, na psicologia transpessoal, na psicologia junguiana, nas atuais descobertas da física quântica, nas técnicas de relaxamento e de meditação com visualização criativa.

OBJETIVOS

- Demonstrar junto ao Programa de Saúde da Família a eficácia da aplicação da Terapia Integrativa CONECTAR – Corpo, Energia e Consciência no tratamento preventivo e curativo da doença crônica degenerativa hipertensão.
- Otimizar o tratamento no controle da hipertensão.
- Despertar e desenvolver no paciente a autonomia do autocuidado.

- Melhorar a saúde e a qualidade de vida do paciente.

METODOLOGIA

Esta Pesquisa de cunho quanti/qualitativa foi realizada na Unidade de Saúde Básica Dr. Lauro Dantas Hora, localizada na Rua J, Projetada S/N – Jardim Centenário em Aracaju-SE, na comunidade do Conjunto Bugio, área 082 que atende cerca de 1.000 famílias, 3.900 pessoas.

Os dados foram coletados de maio a dezembro/2004 com 10 (dez) pacientes hipertensos inscritos no Programa de Controle de Hipertensão da Unidade que apresentavam dificuldade em normalizar os níveis pressóricos. Participaram do trabalho juntamente com os pacientes pesquisados Agentes Comunitários de Saúde, Profissionais da Equipe de Saúde da Família e Funcionários da Unidade Básica de Saúde.

TRABALHO REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Foi realizado o trabalho terapêutico com o método Terapia Integrativa CONECTAR - corpo, energia e consciência, no período de maio a dezembro/2004, com os pacientes hipertensos escolhidos para serem pesquisados, tendo sido obtidos os seguintes resultados.

Classificação da Hipertensão	Quantidade de Pacientes – antes	%	Quantidade de Pacientes – depois	%
Ótima	-	-	01	9%
Normal	01	9%	03	27,3%
Limitrofe	01	9%	03	27,3%
Leve	04	36,5%	03	27,3%
Moderada	01	9%	01	9%
Severa	04	36,5%	-	-

Categorias que aparecem na fala dos pacientes

Sentimentos e Sensações Antes do processo terapêutico	Sentimentos e Sensações Depois do processo terapêutico
Ansiedade	Leveza
Angústia	Descansada
Depressão	Tranquilidade
Choro	Serenidade
Impaciência	Calma
Repressão	Paciência



APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Observamos que é possível viabilizar a melhoria da saúde com métodos preventivos, que caminham juntos com os métodos convencionais, proporcionando melhor qualidade de vida para os pacientes. A facilidade principal foi o acesso para realização dessa experiência, e as dificuldades principais: o local que não era adequado e a falta de recursos para dar continuidade ao trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos na nossa pesquisa, comprovam a eficácia da Terapia Integrativa CONECTAR – Corpo, Energia e Consciência como um instrumento de prevenção e cura no controle da Hipertensão, servindo como apoio ao tratamento clínico e demais ações do Programa de Prevenção e Controle da Hipertensão, desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde.



PROGRAMA DE EDUCAÇÃO DE IDOSOS NA ÁREA DE SAÚDE E A UNIVERSIDADE ABERTA DA MELHOR IDADE DA FACULDADE SÃO FRANCISCO DE JUAZEIRO

Autor Principal: Antônio Marcos Vivan

Instituição: Faculdade São Francisco de Juazeiro - FASJ

Município: Juazeiro

Estado: Bahia

INTRODUÇÃO

A Faculdade São Francisco de Juazeiro, preocupada com a realidade brasileira do envelhecimento da população (aproximadamente 13 milhões de idosos até 2010) e entusiasmada com a institucionalização do Estatuto do Idoso, busca alternativas que reconstituam o tecido social rompido pela exclusão através da criação e implementação da Universidade Aberta da Melhor Idade. Dessa forma, a Universidade Aberta tem como finalidade promover a integração por meio de atividades educativas que enfoquem os aspectos biopsicossociais do envelhecimento, focalizando como público pessoas interessadas, a partir de 50 anos de idade, já alfabetizadas e que se julguem aptas ao acompanhamento de aulas, procedentes dos diversos segmentos sociais.

Numa análise da situação encontrada na cidade de Juazeiro-BA, detecta-se a existência há mais de 40 anos da Associação de Aposentados e Pensionistas da Previdência, possuindo aproximadamente 250 associados. A ASAPREV é vinculada ao Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados – SINTAPE-CUT. Um outro grupo existente na cidade é composto por 30 senhoras chamado “Coroas Coloridas” – grupo folclórico - que se reúne há 27 anos, nas quais desenvolvem atividades como organização de eventos, dança e apresentações teatrais. A outra instituição é o Clube da Maior Idade, uma associação sem fins lucrativos que conta com mais de 150 (cento e cinquenta) associados.

Observando-se os dados, pode-se diagnosticar então a necessidade da região por órgãos e entidades que estimulem a busca da autonomia e dignidade do idoso, pela universalização do saber.

Dessa forma, desde o mês de outubro de 2005 foram iniciadas as atividades vinculadas ao projeto com um grupo de 40 alunos matriculados (período: Out/2005 a Fev/2006), que atualmente já cursam o 2º semestre de atividades (período: Março/2006 a Junho/2006).

OBJETIVOS

- Oferecer à população sênior a prática de atividades que possibilitem fortalecer a sua participação social e política, assumir conscientemente

o seu processo de envelhecimento e gozar do pleno exercício da cidadania, especialmente no que refere-se aos assuntos de saúde;

- Oportunizar às pessoas seniores o reingresso, num processo de formação continuada, em Cursos Abertos, através de atividades educacionais, culturais e sociais;

- Criar condições para o resgate da auto-confiança e da auto-estima;

METODOLOGIA

O Projeto é desenvolvido em quatro semestres, através de disciplinas modulares, totalizando 100 horas/aula por semestre. As horas/aula são ministradas de forma voluntária pelos docentes ou através de parcerias com órgãos públicos e privados. Dentre as principais áreas que compõem o currículo, pode-se destacar: SAÚDE, LÍNGUAS, ARTE, CULTURA, VALORIZAÇÃO PESSOAL E ESPIRITUAL. As disciplinas estão distribuídas da seguinte forma no projeto:

1º semestre: Introdução ao Marketing e Marketing pessoal (20h/a), História da Arte (20h/a), Literatura e Produção Literária (20h/a), Introdução a informática (40h/a) – TOTAL: 100h/a

2º semestre: PROENI – Programa de Educação Nutricional de Idosos (parceria com Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Juazeiro – BA) (40h/a), Inglês (20h/a), PROEFI – Programa de Educação Física de Idosos (parceria com Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Juazeiro – BA) (20h/a), O direito e a melhor idade (20h/a). – TOTAL: 100h/a

3º semestre: A inserção do idoso na sociedade (20h/a), Cidadania empreendedora (20h/a), PROESI - Programa de Educação Sexual de Idosos (parceria com Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Juazeiro – BA) (20h/a), Dança/Teatro e Expressão Corporal (20h/a) e Turismo Interno (20h/a). – TOTAL: 100h/a

4º semestre: Atividade Física Desportiva (20h/a), Economia doméstica (20h/a), Turismo externo (20h/a), Palestras diversas (foco no repasse de informações sobre Políticas Públicas de Saúde, Plano Municipal de Saúde, PACS, PSF, Programa de Atenção Básica, Programa Brasil Sorridente, PROAMI e Sistemas



de informação em Saúde - parceria com Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Juazeiro – BA) (40h/a) – TOTAL: 100h/a

A UNIVERSIDADE ABERTA DA MELHOR IDADE E A PARCERIA COM A SECRETARIA DE SAÚDE DA CIDADE DE JUAZEIRO – RESULTADOS PARCIAIS

Dentre as áreas que compõem a estrutura curricular do projeto Universidade Aberta da Melhor Idade – UAMI, a SAÚDE mereceu destaque, principalmente tomando por base a desinformação generalizada da sociedade sobre o assunto, especialmente nos grupos de maior idade, e a falta de eficiência e eficácia das políticas públicas de orientação. Associado a isso, é detectado que o período pós 50 anos é uma fase da vida onde os cuidados com a saúde são ainda mais importantes. Sendo assim, há a necessidade de ações conjuntas entre as instituições de ensino superior, que prezam pelo ensino, e as estruturas públicas que tem como objetivo “cuidar” da saúde da população.

Pensando nisso, através de parceria entre a Faculdade São Francisco de Juazeiro – FASJ e a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Juazeiro – Gerência de Atenção Básica, foi elaborada uma nova estruturação para o currículo das disciplinas ministradas aos alunos matriculados na Universidade Aberta da Melhor Idade – UAMI, através da inserção de 3 programas básicos de educação em saúde:

PROENI – PROGRAMA DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL DO IDOSO

PROEFI – PROGRAMA DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO IDOSO

PROESI – PROGRAMA DE EDUCAÇÃO SEXUAL DO IDOSO.

Os programas consistem no desenvolvimento de palestras informativas sobre os diversos assuntos que contemplam nutrição, saúde mental e física e educação sexual.

Além disso, no decorrer das atividades, especificamente no 4º semestre, serão realizadas palestras informativas/esclarecedoras sobre Políticas Públicas de Saúde, Plano Municipal de Saúde, PACS, PSF, Programa de Atenção Básica, Programa Brasil Sorridente, PROAMI e Sistemas de informação em Saúde.

Até o momento, o módulo de Educação Nutricional – PROENI está em desenvolvimento, sendo que até o final do 2º semestre o módulo PROEFI – Educação Física do Idoso também será concluído, conforme previsão da estrutura curricular do projeto, exposta no item metodologia.

A estruturação dos módulos do PROENI, PROEFI E PROESI estão compostos pelas seguintes áreas: nutrição, saúde bucal, fonoaudiologia, saúde mental, oftalmologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, cardiologia, endocrinologia, ortopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, musicoterapia, terapia, ginecologia, urologia e geriatria. Cada área focaliza temas

específicos e são ministrados por especialistas vinculados à Secretaria de Saúde do município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente a FASJ possui 40 alunos matriculados no 2º semestre da 1ª turma da Universidade Aberta da Melhor Idade, devendo ingressar um novo grupo formado por mais 40 pessoas no mês de Agosto/2006. Sendo assim, nota-se que essa proposta de atividades na área de saúde abrangerá um grande grupo de idosos da região que necessita desse tipo de informação, justificando assim a importância da parceria, além da garantia da formação de colaboradores e multiplicadores da informações junto à sociedade local.



DEMOCRATIZAÇÃO DA DISCUSSÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE PARA 2005 A 2008: OFICINAS COM TRABALHADORES DA SAÚDE

Autor Principal: Aparecida Linhares Pimenta

Outros Autores: Eliana Rocha de Lima; Elisa T. Mesquita; Fátima Livorato; Juliana Cajado; Marcelo Coimbra; Maria Dionísia Amaral; Paula Reis; Patrícia S. Martins.

Instituição: Secretaria Municipal de Amparo

Município: Amparo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde/PMS de Amparo, 2005-2008, foi elaborado a partir das deliberações da 5ª Conferência Municipal de Saúde, em maio de 2005; das Oficinas de Planejamento Estratégico, em novembro de 2004 e das propostas do Plano de Governo do Prefeito eleito em 2004. O Plano foi discutido e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, em junho de 2005.

Como as aplicações das propostas contidas no PMS vão ser concretizadas através do trabalho do conjunto de trabalhadores, os gestores da SMS decidiram realizar Oficinas para discussão do PMS.

OBJETIVO DAS OFICINAS

Socializar, para dos trabalhadores, as diretrizes gerais do modelo de gestão e do modelo de atenção dos serviços municipais de saúde;

Discutir as propostas colocadas no Plano para enfrentar os problemas do SUS no município nos próximos quatro anos;

Propiciar aos trabalhadores da Saúde espaço para discutir e refletir sobre sua inserção na rede de serviços que compõe o Sistema Municipal de Saúde.

MÉTODO

Oficinas de Trabalho, de 4 horas, em horário de trabalho, para as quais foram convidados todos os funcionários da SMS. Coordenação: Equipe Central.

Organização das Oficinas: apresentação dos objetivos pela equipe central, distribuição dos funcionários em grupos de 4 ou 5 para discutir os temas:

- Perfil epidemiológico;
- Atenção Básica/Saúde da Família;
- Saúde Mental;

- Saúde Bucal;
- Saúde do Trabalhador e Ações de Vigilância em Saúde;
- Referências e contra referências.

Após o trabalho dos grupos, apresentação da produção dos grupos, registrada em papel, para todos os participantes. Discussão dos trabalhadores e equipe central do SUS municipal e das propostas para 2005 a 2008.

RESULTADOS

Foram realizadas 8 oficinas de discussão, às 5ªs feiras, de 15/09 a 03/11/05, com a participação de 227 funcionários, que representam 50% do total de trabalhadores da SMS.

Os trabalhadores participaram ativamente das discussões, produziram material escrito em tarjeta sobre o entendimento dos grupos em relação às várias áreas de atenção a saúde no município.

CONCLUSÕES

As Oficinas possibilitaram aos trabalhadores refletirem e discutirem sobre o SUS municipal, bem como conhecer as propostas do PMS para os próximos 4 anos.

A avaliação feita no final das Oficinas foi muito positiva, e segundo relato das equipes, um dos resultados deste processo tem sido uma maior integração dos serviços municipais de saúde.

A elaboração de PMS é uma exigência do SUS, porém a discussão com os trabalhadores de Saúde não faz parte da rotina das secretarias. Esta experiência mostra a necessidade dos gestores buscarem formas de incorporar os trabalhadores da saúde, principais atores políticos na produção do cuidado em saúde, na discussão dos seus planos de saúde.



AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE AMPARO - SP

Autor Principal: Aparecida Linhares Pimenta

Outros Autores: Eliana Rocha de Lima; Fátima Livorato; Juliana C.

Grabriel e Marcelo B. Coimbra.

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Amparo

Município: Amparo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Desde 1995, a Atenção Básica-AB em Amparo é organizada através da Estratégia de Saúde da Família-ESF. A partir de 2001, a AB tem sido o centro da organização do sistema local de saúde, visando a construção de uma rede que incorpore os atributos do Modelo Assistencial de Defesa da Vida, tais como acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia das equipes e dos usuários. Para construção do modelo proposto, foram adotadas as mudanças: democratização da gestão, com criação do colegiado de coordenadores das unidades de SF; adequação do número de profissionais/equipe e da área física; desenvolvimento de educação permanente; planejamento e construção de indicadores; reorganização do processo de trabalho; conciliação de ações preventivas, educativas e curativas; matriciamento de saúde mental na AB e investimentos laboratorial e especializado. Nesse contexto, a avaliação foi estratégica para monitorar os processos de mudanças e os resultados.

OBJETIVOS

Incorporar o processo de avaliação na AB e utilizar as informações para planejamento e tomada de decisões em todos os níveis de gestão.

METODOLOGIA

A SMS faz um Relatório de Gestão anual, com avaliação dos indicadores de saúde, dos dados de produção e realizações dos serviços de saúde como um todo. Os resultados são discutidos no Colegiado de Gestão de SF e nas equipes locais. Em 2005, o instrumento utilizado na elaboração do Relatório de Gestão para a AB foi o Projeto Auditoria de Equipes de Saúde da Família com incentivo Qualis, ESP, 2005. A avaliação teve como enfoque os recursos existentes, a organização da AB, a referência e a contra-referência.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Em 2005 havia 15.930 famílias e 58.268 pessoas cadastradas, com cobertura de 89% da população. As equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, quatro ACS, um dentista, uma ACD, com jornada integral, todos nomeados por concurso público. São 17 equipes completas de SF e 14 equipes de saúde bucal, em 13 unidades. Essas atendem a demanda agendada e a espontânea da área de abrangência. Essas realizam ações de pré-natal, planejamento familiar, tratamento das DST, vacinação, vigilância de menores de um ano, controle de diabetes e hipertensão, saúde bucal e atenção ao idoso, dentre outras. Há retaguarda para tratamento de tuberculose, hanseníase e AIDS. Os principais resultados foram: cobertura do programa de controle da HA foi de 77,9% e de DM foi de 83%; cobertura da prevenção do câncer ginecológico / coleta de citologia oncológica foi de 35%. A cobertura de assistência pré-natal e vigilância de menores de um ano foram de 73%.

CONCLUSÃO

A avaliação é fundamental em todos os níveis de gestão para tomada de decisões e as informações devem ser incorporadas pelas equipes locais para orientar o planejamento das ações, na produção do cuidado.



PERCEPÇÃO SOBRE O PAPEL DO CONSELHEIRO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAPECERICA DA SERRA

Autor Principal: Araci Marta Curvelo Matos Martins

Outros Autores: Willians Cândido Rosa; Adriana Rotger Simões;

Isabel Janaína Brugnago

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Itapecerica Da Serra

Município: Itapecerica da Serra

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

A Lei 8.142 de 28/12/1990 regulamenta os conselhos de saúde. Em Itapecerica da Serra, o Conselho Municipal de Saúde foi criado pela Lei Complementar nº 006 de 04/04/1991. A I Conferência Municipal de Saúde foi realizada em Junho de 1994, quando deliberou pela criação dos conselhos de saúde em cada Unidade Básica de Saúde no município, com a última gestão vigente de setembro de 2005 a setembro de 2007. A função de conselheiro tem sido um exercício da cidadania no processo de aprendizado conjunto no município. A renovação da composição dos seus membros ocorre a cada dois anos, com necessidade de iniciar novamente o processo de aprendizado vivido com o conselho anterior.

JUSTIFICATIVA

Fundamentar o processo de aprendizado conjunto no município, visando entender o papel do conselheiro de saúde. Foi realizada a I Sensibilização dos Conselheiros de Saúde de Itapecerica da Serra, em Fevereiro de 2006, com cerca de cento e vinte participantes.

OBJETIVO

Sensibilizar os membros dos conselhos de saúde sobre seu papel na gestão do SUS local, com propósitos relacionados ao enfrentamento de problemas, baseados em ações concretas.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a da problematização baseada nas vivências dos participantes sobre o tema, com discussão em grupo e apresentação dos resultados em plenária. Os grupos foram organizados por cores. Foi apresentada a condição da rede municipal de saúde e o perfil epidemiológico. Cada grupo foi composto em média por 30 (trinta) integrantes, e dois facilitadores da Administração,

para auxiliar na condução dos trabalhos. Foram distribuídas filipetas para cada conselheiro anotar sua resposta, conforme classificação nos quadros abaixo. Foram eleitos relatores para cada grupo e ao final das discussões foi realizada a plenária para apresentação dos resultados. Na produção deste documento, foram processadas todas as respostas por similaridades nos grupos de conselheiros, conforme abaixo:

Questão 01 – Você acha que um conselho de saúde atuante pode melhorar a vida da população? Por que?

Quadro 01 – Classificação das respostas da questão 01

Positiva	Negativa	Indeciso	Total
67	0	15	82

Foram consideradas respostas Positiva (s), aquelas respostas que continham a expressão Sim, e/ou acrescidas da identificação da ligação entre a comunidade e a unidade, além da percepção de necessidades e propostas de solução. Como Negativa (s), foram consideradas as respostas contrárias à essas questões. Nos Indeciso (s) foram consideradas as respostas que não estavam claras.

Questão 02 – No seu bairro ou município como funciona o conselho de saúde?

Quadro 02 - Classificação das respostas da questão 02

Forma adequada	Forma não adequada	Indeciso	Total
45	16	19	80

Foram consideradas como Forma adequada, os relatos que continham a participação da comunidade como foco principal, com representatividade e regularidade nas reuniões. Como Forma não adequada foram consideradas as respostas contrárias à essas questões. As respostas consideradas como Indeciso (s) não estavam claras.

Questão 03 – No seu bairro ou município as decisões do conselho de saúde são ouvidas pela Prefeitura? Comente

Quadro 03 - Classificação das respostas da questão 03

Ouvida	Não Ouvida	Indeciso	Total
43	14	20	77

Foram consideradas como Ouvida (s), as respostas que continham a expressão sim e/ou acrescidas de que há canal de comunicação entre a comunidade e a Administração Municipal, independente do atendimento da reivindicação. As respostas classificadas como Não ouvida (s), foram contrárias à essas questões. As respostas consideradas como Indeciso (s) não estavam claras.

Como início do processo de educação continuada dos conselheiros, este evento foi considerado positivo, com indicação do caminho a ser percorrido pela Administração, para identificação, desenvolvimento e implantação das políticas públicas de saúde na esfera municipal, visando a consolidação do sistema único de saúde - SUS no município.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEVERICA DA SERRA
SECRETARIA DE SAÚDE

I SENSIBILIZAÇÃO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DE ITAPEVERICA DA SERRA

Araci Marta C. M. Martins; Adriana Rolger Simões; Isabel Janaina Brugnago; Williams Cândido Rosa

INTRODUÇÃO

A Lei Complementar nº 008 de 04/04/1997 criou o Conselho Municipal de Saúde de Itapeverica da Serra. Em 1998, foram criados os Conselhos de Saúde das USBS's. A última reunião do Conselho de Saúde está vigente de 2005 a 2007.

JUSTIFICATIVA

Fundamentar o processo de aprendizagem contínuo no município, visando entender o papel do conselheiro de saúde. Foi realizada a I Sensibilização dos Conselheiros de Saúde de Itapeverica da Serra, em Fevereiro de 2006, com cerca de cento e vinte participantes.

OBJETIVO

Sensibilizar os membros dos conselhos de saúde sobre seu papel na gestão do SUS local, com projetos relacionados ao enfrentamento de problemas, baseados em ações concretas.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a de problematização, com discussão em grupo e apresentação dos resultados. As questões observadas foram: você acha que um Conselho de Saúde alguma pode melhorar a vida de população? Por quê? No seu bairro ou município, como funciona o Conselho de Saúde? No seu bairro ou município, as decisões do Conselho de Saúde são ouvidas pela Prefeitura? Comente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram identificadas as seguintes facilidades: participação popular no município é tradicional; há boa capacidade de mobilização participativa; disposição do grupo em participar; entusiasmo do grupo organizador do evento; interesse da Administração em compreender as dificuldades de participação dos usuários; reivindicações coerentes com as realidades locais.

Foram observadas as seguintes dificuldades: falta adesão total ao evento; dificuldades de alguns conselheiros expressarem por escrito suas opiniões; falta de credibilidade dos conselheiros com os resultados práticos do evento.

Este evento foi considerado positivo, com indicação do caminho a ser percorrido pela Administração, para identificação, desenvolvimento e implantação das políticas públicas de saúde na esfera municipal, visando a consolidação do sistema único de saúde - SUS no município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram identificadas as seguintes facilidades: a participação popular no município é tradicional; a boa capacidade de mobilização dos participantes, considerando o evento ser realizado no período da manhã de uma quarta-feira; disposição do grupo em participar; entusiasmo do grupo organizador do evento; interesse da Administração em compreender as dificuldades de participação dos usuários; reivindicações coerentes com as realidades locais. Foram observadas as seguintes dificuldades: Falta de adesão total ao evento por parte dos conselheiros; dificuldades de alguns conselheiros expressarem por escrito suas opiniões; falta de credibilidade dos conselheiros com os resultados práticos do evento.



CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE - A IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO PARTICIPATIVA NO MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DO SUL

Autor Principal: Arilson da Silva Cardoso

Outros Autores: Ana Lucia Bueno da Silva Hilda Luciane Levien Wiegand

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul

Município: São Lourenço do Sul

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

São Lourenço do Sul é um município ao sul do Rio Grande do Sul, banhado pela Lagoa dos Patos, conta com aproximadamente 43.691 habitantes, sendo que 23.463 residem em área urbana e 20.228 habitam área rural, compreendendo 46,6% da população total do município. Quanto a organização do Sistema Único de Saúde, o município atende a região urbana no sistema de Unidades Básicas de Saúde(07) e na região interiorana tem implantado Equipes de Programa de Saúde da Família (quatro equipes atualmente, mais duas em implantação e uma conservando o atendimento de UBS). A economia gira em torno da monocultura fumegeira e a colonização é basicamente germânica.

Até setembro de 2005 o município tinha como única instância de participação popular o Conselho Municipal de Saúde, com conselheiros eleitos pelas associações populares e profissionais.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Descentralizar as instâncias de gestão e controle social para possibilitar a atuação dos diversos atores sociais nas definições da operacionalização das políticas de saúde nos locais onde devem ser concretizadas.

Objetivos Específicos

Ampliar de forma descentralizada o Controle Social.

Compartilhar a gestão das unidades de saúde.

Comprometer usuários e trabalhadores de saúde com a gestão dos serviços de saúde.

Facilitar a definição e execução das políticas de saúde.

Adaptar o funcionamento do sistema de saúde às peculiaridades sócio-econômico-culturais das localidades.

METODOLOGIA

Para a criação desses conselhos foram necessárias articulações da Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde com as equipes das unidades, associações locais de

moradores, rádios comunitárias, casas de comércio locais e grupos de saúde já instalados nas localidades (hipertensos, diabéticos, planejamento familiar, etc.).

Sua composição obedece ao preconizado pela Lei 8142, ou seja, 50% trabalhadores de saúde das unidades básicas, representante do gestor municipal e 50% de usuários da unidade.

As assembleias foram realizadas em igrejas e salões nas casas de comércio, associações de moradores, conforme melhor acesso da população. Como proposta inicial foi feita uma reunião em cada localidade, esclarecendo como funciona o Sistema Único de Saúde e discutindo a importância dos Conselhos Locais de Saúde (CLS), já nessas assembleias foram eleitos os Conselheiros Locais de Saúde em caráter provisório de noventa dias. As assembleias reuniram uma média de quarenta participantes, tendo locais em que a participação alcançou sessenta pessoas, dispostas a discutirem o processo de participação popular nas políticas de saúde executadas no município. Para que fluíssem as reuniões em algumas localidades da zona rural foi necessário o uso de intérpretes que falassem com fluência o dialeto pomerano, pois há expressões que ficam de difícil entendimento para a população e outras para os profissionais. Esses intérpretes eram das equipes de saúde ou da própria comunidade.

Depois de estruturados os CLS esses passaram a reunir-se com a frequência de uma vez por mês, primeiramente desenvolvendo o regime interno do conselho, baseados em outras experiências em áreas urbanas de municípios vizinhos, e adaptados à realidade da comunidade onde vivem e as políticas de saúde a que são submetidos.

Ao término dos noventa dias de conselho provisório a comunidade reuniu-se novamente para eleger os conselheiros permanentes.

Neste momento estão sendo estruturados os conselhos locais de saúde nas unidades da zona urbana.

Paralelo a esse movimento esta sendo executado uma revisão do regimento interno do Conselho Municipal de Saúde de forma que os conselhos locais possam estar representados. Ainda está previsto que após a constituição de todos os CLS será criada a plenária municipal de saúde composta por esses e o CMS que



se reunirá semestralmente para deliberar e avaliar a política municipal de saúde.

RESULTADOS ALCANÇADOS

A resposta da comunidade a essa nova proposta de gestão participativa foi extremamente positiva, atualmente esses conselhos atuam diretamente nas unidades de saúde, promovem reuniões quando de alguma dificuldade no atendimento de saúde, fiscalizam a qualidade do atendimento, fiscalizam a seleção de profissionais para as equipes a qual pertencem, participam de fóruns e seminários sobre SUS e desenvolvem propostas de melhorias nos serviços de saúde.

DIFICULDADES

O principal empecilho encontrado pela equipe de trabalho para desenvolver essa proposta foi a inércia de boa parte da população que está habituada apenas a receber o serviço prestado sem participar das decisões nem acompanhar a execução das políticas públicas. Também esta situação foi observada com relação aos trabalhadores de saúde uma vez que estes, na maioria das vezes, limitam-se a realizar suas tarefas de forma descomprometida com a comunidade.

Ainda foram encontradas outras dificuldades porém de menor magnitude como incompatibilidade de horários entre a comunidade e os trabalhadores para realização das assembleias, adequação dos horários para reuniões dos CLS, presença da representação do gestor em todas as reuniões dos CLS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com todo esse processo podemos resgatar a cidadania da população, na maioria das vezes alheia ao processo de trabalho na saúde, principalmente a da zona rural que geograficamente se encontra distante da sede do município (há comunidades que se distanciam mais de 70 Km, o acesso à cidade é difícil e o transporte limitado), e ainda o comprometimento dos trabalhadores da saúde com a gestão dos serviços. Contando com a colaboração desses usuários, que são pessoas chave para o desenvolvimento do município, estamos conseguindo alcançar os princípios maiores do SUS: equidade, universalidade, igualdade e participação popular.



A FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM PERNAMBUCO COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO E FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DAS DOENÇAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Autor Principal: Área de Andrade Vasconcelos

Outros Autores: Tânia Fernanda de Alcantara Valença

Instituição: Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco

Município: Recife

Estado: Pernambuco

A introdução do agente comunitário de saúde – trabalhador escolhido dentre os moradores da comunidade, para fornecer informações e orientações sobre cuidados de saúde, bem como realizar a vigilância à saúde das famílias sob sua responsabilidade, marcou o início do processo de reorganização do sistema de saúde nos municípios; já que a partir da maior articulação entre a comunidade e a unidade de saúde, promovida pelo agente, tornou-se mais fácil identificar os problemas, planejar e desenvolver ações voltadas para a saúde da população.

Apesar da sua importância, este profissional para atuar no Sistema Único de Saúde foi capacitado até o momento com cursos estanques, fracionados e descontextualizados, pois no momento de sua inserção tinha-se pouca ou nenhuma experiência nesta área.

Considerando a forma como o agente foi capacitado, e a sua busca por uma identidade profissional e por direitos trabalhistas e sociais, surge à necessidade de uma formação em nível técnico possibilitando a elevação da sua escolaridade e do seu desempenho profissional.

A Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco construiu um plano de curso técnico de agente comunitário de saúde, orientado pelo referencial curricular elaborado de forma conjunta pelo Ministério da Saúde

e o Ministério da Educação com o objetivo de habilitar os agentes, que atuam nos municípios do Estado, em técnicos agentes comunitários de saúde, desenvolvendo as ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílio e coletividade.

O Ministério da Saúde aprovou o plano de curso da escola e está financiando a I ETAPA formativa executada pela Secretaria Estadual de Saúde/PE, através da escola, em parceria com os municípios do Estado.

O curso inclui três etapas formativas, organizadas de forma interdependente a escolarização do trabalhador. Cada etapa abrange unidades didáticas que reúnem momentos de concentração e dispersão, organizadas de forma seqüenciada e, a conclusão de uma torna-se pré-requisito de outra. Neste momento, a Escola está realizando a I etapa formativa com carga horária total de 600h/a, sendo 400h/a de concentração e 200 h/a de dispersão.

A proposta pedagógica que vem sendo utilizada na I etapa do curso tem como eixo orientador à articulação ensino-serviço e a metodologia da problematização, buscando assim garantir a qualidade do processo formativo que toma como ponto de partida

TÍTULO: Formação de Agentes Comunitários de Saúde em Pernambuco como estratégia de reorganização e fortalecimento da ação de promoção da saúde e prevenção de doenças na atenção básica.

AUTORES: Área de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Histórico: A criação do agente comunitário de saúde – trabalhador constitui dentro do contexto da comunidade, uma forma inovadora e estratégica de cuidar da saúde, bem como realizar a vigilância à saúde das famílias sob sua responsabilidade – momento inicial do processo de reorganização do sistema de saúde nos municípios. Desde então, o agente comunitário de saúde tornou-se uma estratégia de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílio e coletividade. A introdução do agente comunitário de saúde, marcou o início do processo de reorganização do sistema de saúde nos municípios; já que a partir da maior articulação entre a comunidade e a unidade de saúde, promovida pelo agente, tornou-se mais fácil identificar os problemas, planejar e desenvolver ações voltadas para a saúde da população.

Objetivo: Habilitar os agentes comunitários de saúde em técnicos agentes comunitários de saúde, desenvolvendo as ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílio e coletividade.

Estrutura do Curso: O curso é dividido em três etapas formativas, organizadas de forma interdependente a escolarização do trabalhador. Cada etapa abrange unidades didáticas que reúnem momentos de concentração e dispersão, organizadas de forma seqüenciada e, a conclusão de uma torna-se pré-requisito de outra. Neste momento, a Escola está realizando a I etapa formativa com carga horária total de 600h/a, sendo 400h/a de concentração e 200 h/a de dispersão.

Metodologia: A metodologia utilizada no curso é baseada na problematização, buscando promover a aprendizagem e a aquisição de conhecimentos por meio da prática em situações reais, considerando a realidade dos municípios de Pernambuco.

Estratégias de implantação e monitoramento das turmas:

- Realização de pré-entrevista com os municípios de Pernambuco, visando avaliar a situação atual dos municípios e a necessidade de implantação do curso.
- Realização de reuniões com os municípios de Pernambuco, visando avaliar a situação atual dos municípios e a necessidade de implantação do curso.
- Realização de reuniões com os municípios de Pernambuco, visando avaliar a situação atual dos municípios e a necessidade de implantação do curso.
- Realização de reuniões com os municípios de Pernambuco, visando avaliar a situação atual dos municípios e a necessidade de implantação do curso.
- Realização de reuniões com os municípios de Pernambuco, visando avaliar a situação atual dos municípios e a necessidade de implantação do curso.

Profissionais envolvidos: O curso é desenvolvido por profissionais comunitários de saúde, técnicos agentes comunitários de saúde, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, entre outros.

Resultados Alcançados: O curso foi desenvolvido em 10 municípios de Pernambuco, totalizando 10.000 horas de curso, sendo 400h/a de concentração e 200 h/a de dispersão. O curso foi desenvolvido em 10 municípios de Pernambuco, totalizando 10.000 horas de curso, sendo 400h/a de concentração e 200 h/a de dispersão.



os conhecimentos, experiências e expectativas dos trabalhadores/alunos.

A realidade é tomada como referência problematizadora, que articulada as teorias de ensino e trabalho, reorienta e qualifica a prática profissional.

É importante ressaltar as estratégias utilizadas pela Escola para que a metodologia proposta fosse aplicada corretamente na execução do curso: (1) utilizou o profissional de nível superior da equipe de saúde da família dos municípios como instrutor/supervisor, (2) capacitou pedagogicamente os instrutores/supervisores e supervisores municipais, (3) estabeleceu parcerias com as 10 Gerências Regionais de Saúde do Estado - GERES, com as Prefeituras Municipais do Estado e com a Federação das Associações Municipais dos ACS/PE; (4) utilizou a infra-estrutura local para instalação das turmas; (5) realiza reuniões administrativas/financeiras com as GERES e municípios; (6) realiza oficinas pedagógicas ao iniciar cada unidade com os instrutores/supervisores e supervisores municipais; (7) implantou um quantitativo de salas de aula de acordo com as necessidades e condições dos municípios referentes ao acesso, transporte, áreas rural e urbana; (8) pactuou com os municípios que os momentos de concentração/teoria seriam em horário de serviço do agente e os momentos de dispersão/estágio seriam realizados durante a execução das suas atividades – visitas domiciliares, ações educativas a grupos específicos ou a comunidade, atividades de vigilância ambiental e epidemiológica; (9) realiza supervisões semanais e mensais as turmas através dos supervisores municipal, regional e central.

Assim, a Escola conta atualmente com 855 profissionais envolvidos diretamente na execução do curso, dentre eles destacam-se: coordenador geral, coordenador pedagógico, coordenador técnico, instrutor/supervisor (604), supervisor municipal (193), supervisor regional (20), supervisor central (11), apoio administrativo (10), digitador (05), auxiliar de secretaria escolar (03), motorista (03), assessor (03). Além desses, há o envolvimento de aproximadamente 50 profissionais, não remunerados pelo Projeto, para a elaboração de contratos, emissões de pagamentos, controle orçamentário e outros.

O curso já se encontra em fase bastante avançada, foram matriculados 14.303 alunos, no período de julho a dezembro de 2005, dos quais 14.143 são agentes comunitários de saúde/ACS e 160 são agentes indígenas de saúde/AIS, inseridos em 605 turmas localizados nos 185 municípios do Estado de Pernambuco. Ao final de março/06 foram concluídas as primeiras 22 turmas, totalizando 489 agentes da VII GERES, dos quais apenas 06 foram considerados não aptos. Em maio/06 mais 88 turmas com 2.037 alunos, localizadas na IV GERES estarão concluindo as aulas e até o momento apenas 34 alunos desistiram do curso.

Foram realizadas 11 Cerimônias de Abertura do Curso e em todos os municípios há pelo menos uma turma funcionando. Encontra-se em sala de aula 11.777 alunos distribuídos em 495 turmas, previstas para concluírem as aulas em outubro/2006.

Nos locais em que o curso está sendo concluído já se percebe uma melhora nos serviços realizados pelos agentes. Durante as supervisões realizadas pela Escola fica registrado nos depoimentos de instrutores/supervisores os benefícios que o curso tem oferecido. Dentre eles o maior compromisso e responsabilidade do ACS com o seu trabalho, o preenchimento correto das fichas utilizadas no serviço e a consciência da importância do ACS para a saúde da comunidade.



VISITA DOMICILIAR COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Autor Principal: Beatriz Elizete Mendes Vieira

Outros Autores: Helena Beatriz Rower; Lisiane Machado

Bittencout da Silva; Cláudia Coelho Marques

Instituição: Prefeitura Municipal de Portão RS

Município: Portão

Estado: Rio Grande do Sul

RESUMO

O projeto de visita domiciliar com equipe multiprofissional do município de Portão foi elaborado a partir da necessidade apontada pelas ACS do PACS no desenvolvimento de seu trabalho cotidiano.

As dificuldades de uma parcela da população (sequelados, acamados, portadores de necessidades especiais e idosos) de acessar a rede básica de saúde e a preconização de um atendimento global do indivíduo, da família e da comunidade levou-nos à formação de uma equipe (médico, enfermeiro, nutricionista e psicólogo) para dar suporte à problemática encontrada.

O projeto possui abordagem qualitativa que objetivou a melhora na qualidade dos atendimentos.

Foram elaborados critérios para atendimento através da Ordem de Serviço nº04/2005 da Secretaria de Saúde.

O atendimento acontece às quintas-feiras e em número de 06 (seis) visitas.

Entre as patologias encontradas destaca-se: AVC, HAS, DM, Alzheimer, IRC, Neoplasias, e como principais procedimentos temos a avaliação médica, de enfermagem, nutricional, psicológica e encaminhamentos gerais.

Há de se destacar que o projeto inicialmente previsto para as micro-áreas de atuação das ACS do PACS, estendeu-se à todo município dado à receptividade do trabalho.

APRESENTAÇÃO / INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição Brasileira de 1988 foi um marco divisorio entre o modelo curativo / centrado no médico e o movimento da Reforma Sanitária que desencadeou uma nova possibilidade de atenção à saúde digna e humana.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde consolidou o Sistema Único de Saúde – SUS que foi regulamentado pela lei Orgânica da Saúde – LOS, nº 8080/90 e a Lei 8142/90.

Estratégias voltadas à saúde preventiva e a reorganização da atenção básica foram reforçadas pela Norma Operacional Básica (1996).

Em março de 1994 é apresentado o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF).

Os agentes, membros integrantes da equipe PACS/ PSF, atuam como elo de ligação entre a comunidade e as equipes de saúde do município e tem como instrumento fundamental a visita domiciliar.

A partir das necessidades detectadas pelas ACS nas visitas domiciliares foi organizada uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo) capacitada para dar suporte técnico à problemática citada.

OBJETIVO GERAL

Facilitar o atendimento básico de saúde à população do município de Portão, impossibilitada de acessar a rede básica de saúde com prioridade àqueles atendidos pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

OBJETIVO ESPECÍFICO

Dar suporte técnico às ACS do PACS nas visitas domiciliares.

PÚBLICO ALVO

População das micro-áreas do PACS na etapa inicial e população do município de Portão na etapa subsequente.

AÇÕES DESENVOLVIDAS

Visita domiciliar com equipe multiprofissional obedecendo critérios para o atendimento conforme a Ordem de Serviço nº 04/ 2005 da Secretaria de Saúde.

RESULTADOS

Principais patologias atendidas: AVC, HAS, DM, Alzheimer, IRC, Neoplasias.



Principais procedimentos: avaliação médica, nutricional, psicológica, de enfermagem e encaminhamentos gerais.

AVALIAÇÃO

Embora o curto prazo de funcionamento das visitas domiciliares, a resposta nos é bastante favorável, uma vez que, houve a solicitação da comunidade para que o atendimento fosse estendido para as demais áreas do município.



MÓDULO DE SAÚDE BUCAL NO CURSO TÉCNICO DE ACS DE DIADEMA

Autor Principal: Bernadete Aparecida Tavares Cunha

Outros Autores: Teresinha Anselmo Marthos

Instituição: Prefeitura do Município de Diadema

Município: São Bernardo do Campo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Todo e qualquer projeto ganha corpo e se viabiliza pelas ações de pessoas que ao compartilharem ideais e se mobilizam em direção a um objetivo comum. Incluem a superação de situações limitantes e condições menos favorecedoras de desenvolvimento, para atingir uma ampliação de consciência, um repertório de novas atitudes, investimentos e a busca de resultados.

Os agentes comunitários estão envolvidos e normalizando padrões de comportamentos e atitudes que legitimam a cultura da ação na emergência ou na doença, na valorização do indivíduo, na prevenção e promoção da saúde.

Para tanto, o curso técnico para agentes comunitários de saúde em Diadema, ofereceu um módulo sobre saúde bucal.

OBJETIVOS

Instrumentalizar de forma efetiva e consistente agentes comunitários para trabalhar na lógica preventiva a questão da educação em saúde bucal, atendendo a família com vistas ao desenvolvimento da parceria efetiva família x equipe de PSF.

Capacitar profissionais em educação para a saúde bucal, na rede pública, para aceitar a pluralidade cultural e tecer uma cadeia de ações que possibilite a transversalidade do saber, visando qualificar para um olhar inclusivo dentro da lógica da inversão da atenção.

Ampliar a percepção do agente comunitário em relação à realidade sócio-cultural da comunidade, respeitando a fase de desenvolvimento, comportamentos e atitudes, possibilitando construir relações adequadas à sua realidade social.

METODOLOGIA

O grupo foi dividido em três turmas com cerca de 30 ACS cada uma. Para participar do curso técnico era pré-requisito que o ACS tivesse o 2º grau completo. O módulo de saúde bucal teve três ciclos que aconteceram no 2º semestre de 2005.

Inicia-se o módulo com questionário pré-teste para avaliar o grau de conhecimento em saúde bucal dos ACS.

A dinâmica das aulas: aulas expositivas e interativas, dadas através de data-show, slides, fitas de vídeo, mesas de trabalhos e oficinas de criatividade, com o objetivo de propiciar aos agentes comunitários a participação em atividades lúdicas e expressivas, com o intuito de identificar habilidades e auto-conhecimento visando adequação de comportamento e melhoria de seu desempenho na educação em saúde bucal.

PRODUTOS

Possibilitar a melhoria da qualidade de vida utilizando como recurso ações que propiciem o reconhecimento de ações impactantes de relevância na saúde bucal da população, desenvolvendo um trabalho de prevenção dirigido à família, atingindo ainda a rede social imediata. A inserção das famílias no processo educacional, através do fortalecimento do vínculo equipe de PSF/família, propicia encaminhamento mais ágil da população adscrita à unidade, de forma organizada, tanto para ações de educação em saúde bucal quanto para tratamento odontológico. O conteúdo programático foi: introdução ao agente comunitário de saúde (a saúde bucal na estratégia do PSF); conhecimento dos instrumentos necessários à educação em saúde bucal; o que é cárie; o que é gengivite; o que é câncer bucal; má oclusão; as fendas lábio-palatinas; a alimentação; o flúor; o tratamento de canal; os acidentes mais comuns; a gestante e a puérpera; o bebê; o pré escolar; a criança; o adolescente; o adulto; o idoso; urgências/emergências; o paciente acamado; as visitas domiciliares.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

A inclusão da saúde bucal no programa saúde da família por si só, já é um enfrentamento pelo qual os técnicos de saúde bucal passam no decorrer de sua estada enquanto gestor. O sentido das práticas da promoção da saúde por aquele ator que é o elo de ligação da equipe com a comunidade, é um grande avanço para a saúde bucal.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de saúde bucal no PSF deve ter como lógica o rompimento da organização disciplinar tradicional, com prioridade somente biológica do processo saúde doença. A melhor estratégia para diminuição da exclusão é envolver o ACS nas ações de promoção da saúde bucal.

A equipe de saúde bucal deve estar vinculada a sua população, compreendendo o indivíduo e a família não com seus órgãos a serem tratados, mas sim com suas necessidades e o impacto que a saúde bucal pode causar em seus cotidianos. O ACS pode identificar fatores como stress, nutrição, hábitos, costumes e crenças, e devem acreditar que aqueles indivíduos são plenamente capazes de mudarem hábitos e aprenderem atitudes saudáveis.

A integração, o vínculo, o envolvimento, levam ao estabelecimento de uma perspectiva frente aos problemas de saúde bucal e só se estabelece com o acompanhamento longitudinal às famílias, com a relação de confiança conquistada e com a interdisciplinaridade de toda a equipe.



REDE ESCOLA: FORTALECIMENTO DA CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

Autor Principal: Bernadete Nardo Teodoro

Outros Autores: Juciany Medeiros Araújo; Liana Maria Costa Gomes Lima;

Waldson Dias de Souza; Danilson Ferreira da Cruz; Rosa Helena Soares

Rodrigues de Vasconcelos; Anderson Dias Sales; Tâmara Leite Guedes

Albuquerque; Polyana Barbosa da Silva; Gilberto Tayger

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa

Município: João Pessoa

Estado: Paraíba

A partir de 2005, a Gestão Municipal de Saúde de João Pessoa - PB vem estruturando em parceria com as Instituições de Ensino Superior e Técnico que historicamente utilizam a rede como campo de práticas, uma política estratégica com vias a estabelecer o papel ordenador do SUS na formação dos profissionais de saúde como preconiza a Lei N° 8080/90.

A importância desta iniciativa, a construção da política da “Rede Escola”, marca uma mudança substantiva na maneira como a Gestão Municipal se posiciona em relação à construção da aprendizagem pelo trabalho, de modo que esse trabalho conjunto contribua para a qualificação e humanização da atenção em saúde de João Pessoa e proporcione a construção de perfis profissionais condizentes com as necessidades da população brasileira.

A Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa tem como uma de suas prioridades a melhoria da qualidade e humanização da atenção e a transformação das práticas de saúde para a produção do cuidado integral, em relações humanizadas e trabalho em equipe, configurando-se em uma rede de cuidados progressivos com ampla participação e transparência social.

Uma das principais estratégias adotadas pela gestão para a mudança das práticas e da organização da atenção nos serviços da rede municipal de saúde é a Educação Permanente em Saúde. Esta parte do pressuposto da aprendizagem significativa e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre a ação destes profissionais na rede de serviços.

Consideramos que a aprendizagem significativa seja fundamental como prática cotidiana dos trabalhadores de saúde e estudantes, já que o enfrentamento de problemas concretos e significativos, reconhecidos na prática, é um mote poderoso para estimular a busca e a produção de novos conhecimentos.

A inserção efetiva dos estudantes no trabalho pode ser um dispositivo para a educação permanente dos trabalhadores, já que eles trazem um olhar que possibilita a reflexão sobre as práticas e pode favorecer a construção da integralidade e de saberes a partir da prática.

Este trabalho objetiva descrever as estratégias adotadas pela

Gestão Municipal de João Pessoa para desencadear o movimento de construção da política da “Rede Escola”. Tem a intenção de construir lógicas semelhantes de trabalho na atenção básica, especializada e hospitalar; além de possibilitar diálogos articulados entre todos esses níveis de atenção e criar condições favoráveis para a qualificação dos trabalhadores e para a melhoria das condições em toda a rede de serviços, para efetivamente organizar a rede de cuidados de acordo com as necessidades da comunidade.

A metodologia empregada para a construção desta parceria é parte do projeto de produção do cuidado integral e humanizado no SUS-João Pessoa. São propostas para desenvolver esta metodologia: a identificação das unidades e profissionais com perfil para acolher estudantes e docentes; a preparação dos profissionais, docentes e estudantes mediante a política da educação permanente; o planejamento das atividades que serão desenvolvidas nas unidades; a continuidade dos estudantes e docentes ao longo do ano; o acompanhamento periódico do trabalho desenvolvido pelos estudantes, docentes e profissionais pela rede municipal de saúde.

No percurso deste trabalho, observamos que foram apontadas algumas dificuldades para a sua execução, entre as quais podemos citar: as condições de infra-estrutura da rede de saúde; a carência de profissionais e docentes com perfil adequado para o desenvolvimento de atividades de ensino/aprendizagem pelo trabalho no SUS-João Pessoa; a cultura do estudante considerado como “mão-de-obra barata” para o serviço; e a falta de acompanhamento dos estudantes pelos docentes.

Vem sendo tarefas cotidianas desta Gestão a transformação da rede de serviços em espaços de aprendizagem e de produção de conhecimento, e a formação de profissionais conhecedores da realidade local com foco às necessidades de saúde do usuário-cidadão e comprometidos com a resolução dos seus problemas. Apesar das dificuldades já citadas, estas tarefas vêm sendo executadas e várias experiências bem-sucedidas estão sendo desenvolvidas, tendo como horizonte um SUS construído no cotidiano de todos aqueles interessados na mudança da saúde.



OFICINAS: UMA MANEIRA DE EDUCAR EM SAÚDE A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO INTEGRADO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PROFESSORES

Autor Principal: Camila da Silva Borges Lacerda

Instituição: União Social Camiliana/Fundação Zerbini/ SES

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

RESUMO

A Educação em Saúde se apresenta como instrumento importante da Saúde Pública capaz de potencializar o cidadão para a conquista de seus direitos e de sua qualidade de vida. Sua prática, entretanto, é um grande desafio tanto para os profissionais de saúde quanto para os profissionais de educação que, muitas vezes, se vêem desprovidos de uma metodologia criativa e eficaz.

Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descritiva, de abordagem qualitativa. Seu objetivo é apresentar as oficinas como prática educativa na elaboração e reflexão das questões de saúde e doença por profissionais de saúde e educação. Propõe-se também uma reflexão sobre a abordagem tradicional da educação em saúde, fundamentada nas percepções e impressões que professores e enfermeiras têm de sua profissão e da importância desta para a prática educativa em saúde.

A conclusão deste estudo indica as oficinas como um caminho possível e de qualidade e também aponta que educar/ensinar práticas e ações saudáveis não é mera transferência de conhecimento, mas sim o testemunho e a vivência deste saber.

As oficinas permitem, pela discussão e contextualização, a integração entre o saber popular e o saber científico, reconhecendo a diferença entre os dois, mas também a importância de sua articulação na consideração dos valores, comportamentos e conhecimentos da população.

A prática educativa meramente informativa produz a sensação de segurança e inibe a busca de metodologias alternativas. Apesar de ter a consciência de que a eficácia da educação em saúde não será garantida só com a adoção da Metodologia das oficinas, neste estudo, apresento-as como alternativa que valoriza a criatividade e o intercâmbio de idéias e conceitos.

Embora exista o reconhecimento da necessidade da ação conjunta, a interação entre profissionais de saúde e educação é pequena. Ainda é insuficiente a articulação para melhoria da qualidade de vida da população. Cada área planeja ações próprias, sem pensar na importância da complementaridade.

Para a adoção das oficinas, entretanto, se faz necessária a mudança do perfil do profissional de saúde, em especial, o profissional

enfermeiro e o profissional de educação. Estes devem valorizar os indivíduos enquanto seres pensantes e críticos, capazes de gerenciar sua própria vida. O estímulo à esta valorização deve ter início na formação acadêmica e permanecer ao longo dela. Dessa forma, a educação deixará de representar mais uma forma de dominação e será instrumento contra o conformismo e a submissão.

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

OFICINAS: UMA MANEIRA DE EDUCAR EM SAÚDE

LACERDA, Camila da Silva Borges

Objetivo geral
Elaborar as oficinas para contextualizar saúde e educação, considerando as práticas de trabalho em saúde e de educação em saúde, promovendo a integração entre os profissionais de saúde e educação.

Objetivos específicos
- Analisar a Educação em Saúde como prática educativa e metodologia de trabalho interdisciplinar nos serviços de saúde;
- Promover o desenvolvimento individual de professores e educadores em saúde;
- Desenvolver a metodologia de trabalho em Saúde e Educação em Saúde em contextos de trabalho.

O educador, conforme Paulo Freire
Esta obra é um livro de texto e de reflexão, sobre os aspectos metodológicos da prática educativa em saúde, com ênfase na prática educativa em saúde, conforme Paulo Freire (1921-1997).

E quanto se educando deve-se
Trabalhar a educação em saúde considerando a educação em saúde como processo de construção de conhecimento e de transformação social.

As oficinas
As oficinas são espaços de aprendizagem onde os participantes aprendem através da troca de experiências e da construção de conhecimento coletivo. Elas são caracterizadas por serem participativas, dialógicas e colaborativas, promovendo a construção de conhecimento coletivo e a transformação social.

A realidade
A realidade é o contexto de trabalho onde se desenvolve a educação em saúde, considerando a educação em saúde como processo de construção de conhecimento e de transformação social.

A realidade
A realidade é o contexto de trabalho onde se desenvolve a educação em saúde, considerando a educação em saúde como processo de construção de conhecimento e de transformação social.

Conhecimento da metodologia das oficinas
A metodologia das oficinas é baseada na metodologia de Paulo Freire, considerando a educação em saúde como processo de construção de conhecimento e de transformação social.

Trabalho em conjunto
O trabalho em conjunto é a prática de trabalhar em equipe, considerando a educação em saúde como processo de construção de conhecimento e de transformação social.

Construindo
Construindo é o processo de construção de conhecimento e de transformação social, considerando a educação em saúde como processo de construção de conhecimento e de transformação social.

GDF
SECRETARIA DE SAÚDE
DO ESTADO DE BRÁSILIA

SES
SECRETARIA DE SAÚDE



O PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL E A EQUIPE BÁSICA MULTIPROFISSIONAL: UMA PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Autor Principal: Camila dos Santos Ribeiro Lea

Outros Autores: Jeanne Michelle M. de Carvalho; Deborah Correa de Freitas;

Lucia Maria Evangelista; Tatiana Leonel; Rachel Fenandes Pinheiro

Instituição: Guará/Estrutural

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

Compreende-se o Programa Família Saudável (PFS) como uma estratégia de conversão da Atenção Básica, visando a promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde da população. Com o objetivo de otimizar a efetivação dessa estratégia foram incorporadas ao Programa as equipes básicas multiprofissionais (EBMs), compostas por assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) dentro do Programa representam o elo entre as equipes de saúde e a comunidade e dentre suas atribuições estão: orientação às famílias para utilização adequada dos serviços; desenvolvimento e promoção de ações de educação e vigilância em saúde.

O PFS no Distrito Federal tem incluído gradativamente em suas unidades as EBMs. A EBM da Regional Guará/Estrutural, no início de suas atividades, observou a necessidade de se ampliar os conhecimentos específicos dos ACS para melhor desenvolvimento de suas atribuições. Criou-se então um programa de educação continuada, com o objetivo de capacitar os ACS.

OBJETIVOS

- Transmitir ao ACS informações a respeito das características de intervenção das profissões que compõem a EBM do Programa Família Saudável na Regional do Guará/Estrutural, a fim de possibilitar a identificação da necessidade de atendimento da equipe nas famílias.
- Contribuir com a formação técnica (qualificação) dos ACS por meio de educação continuada em saúde de modo a concretizar o atendimento integral, contínuo e humanitário.
- Discutir as potencialidades do ACS para fortalecer a dimensão coletiva e social na atenção básica.

METODOLOGIA

Trata-se da descrição de um trabalho prático de multiplicação de informações teórico/práticas realizado com os 35 ACS e os profissionais que compõem a EBM que trabalham na Regional do Guará/Estrutural em Brasília. Todos os ACS são convidados a participar uma vez ao mês deste treinamento.

O treinamento realizado com os ACS é dividido em módulos, sendo que no primeiro módulo teríamos quatro encontros e os demais três encontros, onde em cada encontro são realizadas duas apresentações de diferentes profissionais, conforme a especialidade de cada um. No primeiro módulo, a necessidade de um encontro adicional refere-se a apresentação dos profissionais envolvidos com a capacitação.

No início de todos os encontros é realizada uma dinâmica liderada pelo profissional da área de psicologia, para promover uma integração inicial de todos os participantes.

A preocupação que orienta nossa metodologia é unir atividades de levantamento de informações com o processo de formação dos ACS e, considerando as especificidades de cada profissional, permitir que o processo do trabalho seja participativo e sincronizado entre os diferentes participantes do Programa Família Saudável.

RESULTADOS

Apesar do primeiro módulo ainda não ter sido finalizado, foi possível constatar a partir dos encontros realizados que parte dos ACS fazia idéia da especificidade das profissões que compõem a EBM. Contudo, os encaminhamentos pertinentes a cada profissão tornaram-se mais direcionados ao profissional competente para cada demanda específica. Além disso, os agentes de saúde estão colocando em prática as informações transmitidas pela equipe.



APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Foram constatados pontos positivos como a receptividade dos ACS ao treinamento, a interatividade entre a EBM e os ACS e o contato freqüente com os mesmos. Entretanto, algumas dificuldades foram observadas como a disponibilidade de espaço físico para os encontros, reunir todos os ACS e evitar o uso de termos técnicos durante o treinamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a continuidade dos encontros espera-se como resultados: a ampliação do vínculo entre a equipe e a população atendida, o fortalecimento da ação comunitária e a potencialização do trabalho multiprofissional.

Nesse contexto, a proposta de capacitação dos ACS é uma estratégia importante pois evidencia que os mesmos conhecem melhor os aspectos relacionados à comunidade e possuem muitas informações sobre cada família, contribuindo de forma indispensável para que a EBM conheça um pouco mais da realidade de cada paciente.

Além disso, ACS bem treinados podem solucionar dúvidas simples, diminuindo a demanda de atendimentos da Unidade Básica de Saúde (UBS), incentivando e acompanhando de perto o que realmente está sendo seguido e as dificuldades encontradas pelo paciente.

MULHERES EM SITUAÇÃO DE EXCLUSÃO SOCIAL: É POSSÍVEL O CUIDADO À SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM QUALIDADE?

Autor Principal: Carla Gianna Luppi

Outros Autores: Nivaldo Carneiro Júnior; Marta Campagnoni Andrade;

Christiane Herold de Jesus; Rute Loreto Sampaio de Oliveira

SCentro de Saúde Escola Barra Funda "Dr. Alexandre Vranjac"- Instituição:

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Município: Osasco

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Integralidade e a equidade em saúde da mulher

Segundo o Sistema Único de Saúde (SUS), implantado no Brasil em 1989, é dever do Estado prover "o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação". Entre os princípios e diretrizes norteadores das ações do SUS estão universalidade, integralidade e equidade. Desse é a integralidade o termo que busca instrumentalizar a organização das ações de saúde a serem realizadas com os cidadãos que acessarem os serviços de saúde. Nesse contexto, o termo integralidade foi utilizado para designar que o cuidado em saúde deve incorporar de forma prioritária as atividades preventivas, sem prejuízo das atividades assistenciais. Portanto, parte-se do pressuposto que a garantia do acesso universal e da equidade ocorre quando os serviços de saúde estão articulados e funcionando em rede, ou seja, organizados de forma regionalizada e hierarquizada segundo seus respectivos níveis de atenção, propiciando dessa forma o acesso universal (MATTOS, 2004).

Em serviços de atenção primária que atendem as mulheres em situação de exclusão social a questão da integralidade vem sendo implementada com dificuldades, como por exemplo: a decisão livre e esclarecida por métodos contraceptivos, que é preconizada no programa de atenção integral à saúde da mulher (PAISM); nessa situação freqüentemente o profissional de saúde reduz a possibilidade de escolha livre por parte da usuária, justificando a sua decisão em decorrência da inserção social da mulher (SCHRAIBER, 2005).

A saúde integral para mulheres em situação de exclusão social

A noção de exclusão social é tratada nesse projeto como um termo para designar situações desfavoráveis nas condições sociais e econômicas de indivíduos e grupos sociais no trabalho organizado na atenção primária (CARNEIRO JR & SILVEIRA, 2003), visando instrumentalizar as ações desenvolvidas com a população.

O Centro de Saúde-Escola Barra Funda - "Dr. Alexandre Vranjac (CSEBF-AV)" serviço de atenção primária localizado na região central da área metropolitana de São Paulo organizou, visando elevar a equidade de acesso, a facilitação da entrada dessa população no serviço por meio de uma série de fluxos alternativos na porta de entrada da unidade buscando a maior adesão ao serviço (CARNEIRO & SILVEIRA, 2003)".

Frente ao exposto acima, tornou-se relevante avaliar em que medida as ações de saúde da mulher realizadas no cotidiano das práticas do PAISM em um serviço de atenção primária à saúde

Mulheres em situação de exclusão social: É possível o cuidado à saúde na atenção primária com qualidade?

Katari, Dale Gentes Luppi, Nivaldo Carneiro Júnior, Marta Campagnoni Andrade, Christiane Herold de Jesus, Rute Loreto Sampaio de Oliveira

INTRODUÇÃO

O Centro de Saúde-Escola Barra Funda - "Dr. Alexandre Vranjac (CSEBF-AV)" serviço de atenção primária localizado na região central da área metropolitana de São Paulo organizou, visando elevar a equidade de acesso, a facilitação da entrada dessa população no serviço por meio de uma série de fluxos alternativos na porta de entrada da unidade buscando a maior adesão ao serviço (CARNEIRO & SILVEIRA, 2003)".

Frente ao exposto acima, tornou-se relevante avaliar em que medida as ações de saúde da mulher realizadas no cotidiano das práticas do PAISM em um serviço de atenção primária à saúde

RESULTADOS

Os dados do estudo apontam para a necessidade de ações de saúde que considerem a situação de exclusão social e a integralidade da atenção primária. Os resultados mostram que a maioria das mulheres em situação de exclusão social não utiliza os serviços de saúde disponíveis na atenção primária, o que pode ser atribuído a barreiras de acesso, como falta de informação, transporte e horários de atendimento. Além disso, a falta de integração entre os diferentes níveis de atenção e a falta de participação das mulheres na tomada de decisões sobre sua saúde também são fatores que contribuem para a baixa utilização dos serviços.

TIPOS DE INTERVENÇÃO

As intervenções realizadas no estudo foram divididas em três tipos principais: ações educativas, ações de promoção da saúde e ações de cuidado integral. As ações educativas visaram aumentar o conhecimento das mulheres sobre seus direitos e a importância da atenção primária. As ações de promoção da saúde buscaram melhorar as condições de vida e a saúde das mulheres, por meio de atividades como grupos de apoio, oficinas e visitas domiciliares. As ações de cuidado integral buscaram garantir o acesso das mulheres aos serviços de saúde disponíveis na atenção primária, por meio de ações como acolhimento, encaminhamento e acompanhamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde integral para mulheres em situação de exclusão social é um desafio que requer ações intersetoriais e intersetoriais. É necessário que os serviços de saúde sejam capazes de identificar e responder às necessidades específicas das mulheres em situação de exclusão social, por meio de ações que considerem a integralidade da atenção primária e a participação das mulheres na tomada de decisões sobre sua saúde.



com a população em situação de exclusão social são de qualidade, ou seja, incorpora qualidade técnica, e no caso específico da atenção primária, a integralidade. Entendendo que na atenção primária, de acordo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde – SUS, a saúde da mulher foi definida entre os sete grupos de ações estratégicas e mínimas em termos de atenção primária. A análise do uso das ações de saúde da mulher na população em situação de exclusão social contribuiria para a re-orientação dessas ações.

OBJETIVO GERAL

Avaliar o uso das ações de saúde por mulheres em uma unidade primária de saúde segundo a situação de exclusão social.

ESTRATÉGIA DE COLETA DE INFORMAÇÕES

População de estudo:

O Centro de Saúde Escola Barra Funda- “Dr. Alexandre Vranjac” (CSEBF-AV) está localizado na região central do município de São Paulo há 36 anos e, desde sua fundação, ocupou-se em reconhecer e organizar as ações de saúde de acordo com as características do seu território e, portanto, da população da sua área de abrangência (Projeto Específico, 2004). O CSEBF-AV é um serviço escola de Atenção Primária à Saúde da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCM-SP) com os objetivos de docência, pesquisa e cuidado à saúde da população. Em decorrência das características da área central de região metropolitana com marcada heterogeneidade da sua população onde co-existem trabalhadores (formais e informais), populações domiciliadas, em situação de rua, cortiços, profissionais do sexo e pequenos núcleos de favela, foi desenvolvido a partir de 1995 a organização de tecnologias para trabalhar em atenção primária com populações em situação de exclusão social moradoras da região central (CARNEIRO JR & SILVEIRA, 2003).

Foram incluídas nesse estudo as informações de mulheres já matriculadas no serviço em uma das situações de exclusão social descritas acima. As mulheres moradoras de rua ou profissionais do sexo matriculadas no serviço são cadastradas de rotina com a sua auto-identificação no serviço. As mulheres moradoras de favela e as bolivianas indocumentadas são cadastradas pelos agentes comunitários em seus domicílios. Serão analisadas as informações que constam do sistema (base de dados do serviço) de todas as mulheres que foram atendidas pelo menos uma vez em uma das três ações investigadas (planejamento familiar, prevenção de câncer ginecológico e prevenção de IST) no período de 01/01/2005 a 31/12/2005.

INTERVENÇÃO E RESULTADOS

No ano de 2005 foram atendidas em 1465 mulheres em situação de exclusão social. Encontrou-se: 44% bolivianas, 21,4% da favela aldeinha, 18,3% mulheres em situação de rua e 16,5% profissionais do sexo.

Essas mulheres foram atendidas 9075 vezes, o que resulta em média seis atendimentos por mulher. O uso de serviço não foi homogêneo segundo a situação de exclusão social (Tabela I). Essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$). O maior uso do serviço ocorreu nas mulheres usuárias da favela aldeinha com praticamente 15 atendimentos por mulher. As mulheres em situação de rua e bolivianas apresentaram um uso de serviço muito similar: quatro atendimentos por ano. O menor uso do serviço ocorreu por parte das profissionais do sexo com apenas 1,5 consulta por mulher.

Esses diferentes resultados podem ser explicados em parte por questões relativas ao próprio serviço e algumas questões relativas às mulheres. As estratégias de intervenção utilizadas para cada população em situação de exclusão social foram diferenciadas, o que pode levar a resultados diferentes em relação ao uso do serviço.

O tipo de intervenção para as mulheres da favela foi realizado com a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) implantada nessa área há dois anos. Apesar de recente implantação é uma atuação muito intensiva que implica em visitas do agente comunitário de saúde, assim como várias atividades em campo voltadas especificamente para as mulheres como os grupo de planejamento familiar e grupo de gestantes.

A intervenção realizada com as bolivianas também foi organizada com a estratégia do PSF apesar de não serem realizadas atividades específicas em campo para essa população. Há quatro meses foi incorporada à equipe uma ACS boliviana que usa o idioma castelhano e o dialeto regional, o impacto dessa incorporação ainda não foi refletido no número total de atendimentos.

A intervenção com as moradoras de rua é realizada por meio de ACS que estão atrelados a uma enfermeira programa de agentes comunitários (PACS). Esse serviço vem trabalhando com a população em situação de rua há 10 anos, apesar da incorporação do ACS ter ocorrido há três anos.

O menor uso do serviço ocorreu com as profissionais do sexo, apesar do serviço realizar atividades de campo com visita semanal, grupos de orientação, e distribuição de preservativo há mais de dez anos. A distância do campo com a unidade de saúde pode em parte explicar essa diferença. A estigmatização dessa população foi um assunto exaustivamente discutido com a equipe de saúde e não deve ser explicativo para essa diferença de uso.



Talvez a falta de um ACS para a cobertura desse campo possa explicar melhor esse resultado.

O tipo de uso também não é homogêneo: As profissionais do sexo utilizam mais serviços relativos a assistência médica e de enfermagem individuais, na saúde da mulher a maior parte do uso ocorreu no consultório ginecológico (9%), aferição de pressão arterial (9%), procedimentos de enfermagem (9%), 5% com serviço social e 10% com papanicolaou. As moradoras de rua apresentaram padrão de uso diferente. A maioria dos atendimentos foi realizada por enfermeira (36%), ACS (35%) e 7% do serviço social. As bolivianas 38% enfermeira e 40% ACS. As moradoras da favela aldeinha apresentaram o perfil de uso mais concentrado com 43% dos atendimentos com ACS, 11% com médico generalista e 44% com a enfermeira.

Em relação ao padrão de uso chama atenção o maior uso por parte das profissionais do sexo por áreas relacionadas à saúde da mulher e a assistência individual enquanto as moradoras da favela apresentam um uso mais diversificado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca por estratégias inovadoras para o cuidado à saúde da população em situação de exclusão social é absolutamente pertinente, tanto quanto a avaliação contínua de sua implantação. Os resultados mostrados, e em especial as diferenças encontradas nos uso do serviço segundo a estratégia de intervenção utilizada, apontam que a incorporação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde vem progressivamente qualificando o uso do serviço por essas mulheres estudadas tornando mais próximo do princípio da integralidade para unidades de atenção primária que trabalham com populações em situação de exclusão social.

Situação de exclusão	N individuais	%	N atendimentos	%	Razão 1 N ATENDIMENTOS/N INDIVIDUOS
Favela	313	22	4773	53	15,3
Situação de rua	267	18	1276	14	4,8
Profissional do sexo	241	16	390	4	1,6
Bolivianas	644	44	2636	29	4,1
Total	1465		9075		6,2

Tabela 1: Distribuição de mulheres atendidas segundo a sua situação de exclusão social no ano de 2005, CSEBF

BIBLIOGRAFIA

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, 20: 1411-1416, 2004.

SCHRAIBER, L. B. Equidade de gênero e saúde: O cotidiano das práticas no programa saúde da família do Recife. In.; VILELA, W., MONTEIRO, S.(Org.). Gênero em saúde: Programa de Saúde da Família em questão. Editora ABRASCO/UNFPA, Brasília, 2005.

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.



COSTURANDO A SAÚDE

Autor Principal: Carla Gonçalves Gamba

Outros Autores: Luiz Alberto Ferraz de Caldas

Instituição: Município de Vassouras

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

Nosso projeto de gestão e humanização dos atendimentos em saúde para o município de Vassouras parte de alguns dados, são eles:

- 63,8% da população tem entre 20 e 80 anos.(2002)
- A pop do município é de 33.207 hab. (2005)
- 21,2 % das parturientes estão entre 10 e 19 anos.(2002)
- Entre as unidades ambulatoriais do município, 12 são Unidades de Saúde da Família que correspondem a 42,9% (2002)
- O PSF em 2000 tinha uma cobertura pop. De 7.7%, em 2005 esta cobertura é de 96,43%
- As unidades ambulatoriais tem na esfera pública municipal 82,1% de seus atendimentos(2003)
- O município tem 5 equipos odontológicos para cada 1000hab.(2003)
- Hospital Universitário com 182 leitos e dois Hospitais Privados com 239 leitos
- A taxa de mortalidade por distúrbios do aparelho circulatório é de 34,1% (2002)

Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS hoje ainda enfrenta:

- Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado;
- Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
- Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Desrespeito aos direitos dos usuários;
- Formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;

- Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;
- Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

Desta forma é nossa intenção neste projeto de humanização do atendimento neste município, desfragmentar equipes, desburocratizar, tentar incluir gestão profissional, melhorar a qualidade da formação profissional na Universidade, adequar o controle social e centralizar a atenção nos dados sociais obtidos através da adequação anteriormente citada.

JUSTIFICATIVA

Citando o Programa de Humanização do MS, no item :
A Humanização como política transversal na rede SUS

A Humanização vista não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica:

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

OBJETIVOS

A PNH(Política Nacional de Humanização) para ser implementada tem de partir de quatro marcas específicas:

- Redução das filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco. Qualificação da demanda, onde através do Risco Médico e Prontoário único, com atendimentos especializados utilizando técnicas de Sedação Consciente, podemos otimizar atendimentos ambulatoriais e diminuir referência hospitalar;
- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde
- As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, através de folhetos informativos e esclarecimento aos



profissionais, quanto por exemplo aos riscos de agravamento de distúrbios circulatórios por doenças periodontais.

- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores, médicos, dentistas, Agentes Comunitários de Saúde, etc.

Os parâmetros para acompanhamento do PNH devem ser setorizadas nos diversos níveis de atendimento:

- Atenção Básica
- Urgência e Emergência
- Pronto-Atendimentos – Postos de Saúde
- Atenção Especializada - CEO
- Atenção Hospitalar

Quanto ao Planejamento Estratégico, no que tange a Atenção Básica, pensamos em ações a serem implementadas, visto que a USS, nos setores de Enfermagem e Odontologia foi selecionada para o Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde do Ministério da Saúde, que tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos. Esta iniciativa visa a aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de saúde da família. Vassouras esta qualificada para o desenvolvimento do projeto, visto que a Universidade Severino Sombra foi escolhida juntamente com 90 outras universidades para participar do Pró-Saúde, e o município apresenta o número recomendado de ESB para o número de habitantes.

METODOLOGIA

A Capacitação Profissional da Equipe, vai envolver os seguintes tópicos:

- Questionário preenchido antes e após o experimento de capacitação;
- Entrevistas Estruturadas dos profissionais envolvidos no experimento antes, durante e depois da capacitação;
- Capacitação em Sedação Consciente por via inalatória
- Treinamento e Implementação do PRE (Protocolo de Redução de Estresse);
- Determinação do raciocínio fisiológico, com relação as patologias mais recorrentes

PROTOCOLOS

- Conceitos fundamentais de Farmacologia: Prescrição, Controle de Dor e Infecção. Uso racional de Anestésicos Locais.
- Conceitos fundamentais de Trauma e Protocolo

- Atendimento ao paciente HIV - Protocolo de Acidente – Contaminação.

- Emergências Médicas- Protocolos

- Exames Laboratoriais – Padronização

- Prontuário – Implementação e Padronização.

- Relação CEO – ESB – Atenção Básica;

- Diretrizes da Política Nacional de Saúde – 2004

- A 1ª Conferência Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Rio de Janeiro - fevereiro de 2006

- Conscientização do Profissional quanto a humanização do atendimento

A carga horária será de 130hs para CDs, 20hs para THDs e ACDs. Acompanharemos os resultados em um período de um ano, finalizando a colheita de dados em abril de 2007.

RESULTADOS ESPERADOS

(visto que o projeto ainda está no início)

Intencionamos como resultados viabilizar a referência e contra-referência entre a baixa, média e alta complexidade; buscar de forma eficaz, e com protocolos sistematizados, o “Amigo Especial”(anexo I), a fim de através deste realizar maior educação em saúde, com promoção de baixo custo e “altíssima complexidade”, se pensarmos nesta “complexidade” como capacidade de diagnóstico, e de estabelecer parâmetros para atendimento, seja quando em postos de saúde, ou centros especializado ou ambiente hospitalar. Integrando no sistema, acadêmicos da Universidade, que terão uma vivência importante no que tange ao PSF, trabalhando em conjunto com os profissionais então capacitados da rede municipal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Alta complexidade” e “alta tecnologia” deveriam significar os procedimentos que exigem do profissional que os executam, a maior capacidade técnica associada a conhecimentos científicos profundos e diversos necessários para utilizar estas técnicas com performance tal, que garanta benefícios ao paciente, seja a curto seja a longo prazo. Portanto, o exame clínico do paciente é que deveria ser chamado de “alta complexidade” e “alta tecnologia”. É a técnica que exige o maior tempo de formação do profissional e o desenvolvimento de qualidades humanísticas como a solidariedade e a compaixão (ato de cuidar do seu semelhante), domínio de técnicas de comunicação, conhecimento de metodologia científica, do processo de tomada de decisão, conhecimentos de filosofia, de sociologia, entre outros. O que hoje denominamos de “alta complexidade” deveria ser chamado de procedimentos de “alto custo e de baixa resolutividade”.

CIAMA - SEMEANDO

Autor Principal: Carla Maria Bruço Silveira

Outros Autores: Flavia Martinelli

Instituição: Prefeitura Municipal de São Sebastião

Município: São Sebastião

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O CIAMA – Centro de incentivo ao aleitamento materno da Prefeitura Municipal de São Sebastião - está implantado na sua totalidade, com os serviços esperados para um programa desta natureza. Ao longo de 13 anos bem sucedidos de atuação junto a gestantes e nutrizes, muitos foram os desafios instigantes que se apresentaram no dia a dia deste serviço.

A busca de soluções inovadoras e criativas, que atendessem aos desafios encontrados, e que tivessem uma linguagem que respeitasse os diversos costumes, culturas, classes sociais, faixas etárias e diferentes gêneros, de maneira sensível e lúdica, levou a um conjunto de idéias e ações, reunidas no “Projeto Semeando” que tem como alvo a comunidade escolar. Este foi o meio de atingir nosso público alvo, e ir além dele.

OBJETIVOS

Sensibilizar, promover e apoiar o aleitamento materno.

METODOLOGIA

A reflexão sobre a necessidade de passar para um estágio diferenciado de atuação, levou a equipe do CIAMA a uma ação educativa junto às escolas particulares e públicas do município.

O Projeto Semeando tem como atividades, a capacitação de professores através de palestras e vivências, utilizando dentre outros recursos, as bonecas que amamentam.

Foram destacadas também, as pessoas e instituições que se colaboraram a partir desta experiência.

ESTRATÉGIA

O início desta ação se dá junto aos professores de uma escola particular. A partir da capacitação, os professores trabalharam o tema “Aleitamento materno” com os alunos desde a pré-escola até o ensino médio com atividades de rodas de conversa, teatro, exposição de trabalhos com sucata, desenhos, redações, criação de peça teatral e musica (Rap), e utilizando as bonecas que amamentam nas atividades escolares e em casa.

RESULTADOS

A proposta foi aceita pelos professores, alunos e pais, com grande interesse, não havendo qualquer tipo de resistência ou dificuldade em trabalhar o tema.

A partir desta experiência, houve a adesão da Secretaria de Educação e o projeto está se expandindo para toda rede municipal

de ensino, incluindo creches e berçários.

Uma experiência positiva que se destacou deste trabalho, foi a atividade de uma professora gestante da rede pública, que trabalhou com seus alunos da primeira série, a sua gestação, e posteriormente o aleitamento. Apoiado pela psicopedagoga da escola e pela equipe de técnicos do CIAMA, tendo como recurso as bonecas que amamentam e atividade de modelagem dentre outros.

Na IX semana de aleitamento materno em 2005, foi instituído o “Premio Amigo da Criança” que tem por objetivo





reconhecer as pessoas ou instituições que apóiam o aleitamento materno em todos os setores da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As capacitações junto a comunidade escolar e o recurso das “Bonecas que Amamentam”, além de atingirem a comunidade escolar, surgem como mais um recurso na abordagem junto a mães, nutrizes e familiares, para a conscientização e adesão ao aleitamento materno. Servem também como provocação para as discussões relativas à resistência e dificuldades próprias da amamentação, em reuniões, palestras e rodas de conversa. Sabemos que educar a mulher e a criança é o melhor investimento no futuro de um país.



ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA AÇÃO INTERSETORIAL NA PRODUÇÃO DA SAÚDE

Autor Principal: Carlos dos Santos Silva

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O setor sanitário não pode responder sozinho pelas transformações de determinantes e condicionantes das condições de saúde e qualidade de vida da população. A promoção da saúde apresenta-se estratégica uma vez que propõe o repensar e o agir críticos, não só no próprio sistema de saúde, mas em parceria com outros setores e políticas. Essa ação intersectorial da promoção da saúde pressupõe escuta e roda de conversas com atores de diferentes setores para compartilhar questões de saúde em toda sua complexidade, construir co-responsabilidades e re-significar práticas na elaboração e gestão de programas e políticas de saúde que estejam comprometidas com a garantia de saúde enquanto direito de cidadania.

A intersectorialidade com o setor Educação é particularmente, oportuna para revisão da produção da saúde com a comunidade escolar, profissionais de educação, alunos, pais e responsáveis e outros representantes que convivem nesse território adstrito. A construção de vínculos e compromissos das equipes e serviços de saúde com a comunidade escolar poderá ampliar oferta e acesso aos serviços, estimular exercício do poder local, ações locais participativas e consolidar redes de apoio à comunidade. Nesse sentido, a implementação de Escolas Promotoras de Saúde no município do Rio de Janeiro, como releitura local da Iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde (1995), pretende contribuir para revisar práticas e ações de saúde que, ao invés de normativas e autoritárias, privilegiem a ação protagonista dos sujeitos e da coletividade, favoreçam novas relações e novos saberes e que re-signifiquem o agir educativo na produção da saúde. Como ação estratégica pode favorecer a reorientação dos serviços de saúde para a promoção da saúde, contribuir com a estratégia de saúde da família na revisão da atenção primária à saúde e, assim contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

OBJETIVOS

A estratégia de Escolas Promotoras de Saúde no Município do Rio de Janeiro tem por objetivo principal, consolidar ação intersectorial que reconstrua e re-signifique a relação dos serviços de

saúde com a comunidade escolar. Seus objetivos mais específicos se constituem em: propor práticas educativas, que valorizem a participação dos sujeitos e da coletividade; construir ambientes mais favoráveis à saúde, que melhorem relações interpessoais e a convivência mais solidária na comunidade escolar; e ampliar e qualificar a atenção integral à saúde da comunidade escolar pelas equipes e serviços de saúde, incluindo a estratégia de Saúde da Família.

METODOLOGIA

O desenvolvimento de projeto piloto (2000-2001), com 120 escolas da rede pública municipal de educação, sensibilizou gestores de saúde, de educação e membros da comunidade e identificou atores chaves e agentes multiplicadores na promoção da saúde. Um plano avaliativo orientou mudanças, rumos e acertos necessários à implementação da estratégia. Pesquisas com alunos (1999-2003), foram importantes para identificar indicadores e implantar sistema de monitoramento de fatores de risco e de proteção à saúde de crianças e adolescentes. Além de programas de formação de profissionais e membros da comunidade na área de promoção da saúde, sobre práticas metodológicas ou de conteúdos específicos de acordo com as demandas; foram produzidos materiais educativos e consolidadas parcerias com outros programas de saúde, como Saúde da Família e com outras instituições municipais, da área acadêmica e organizações não governamentais. A descentralização das ações e gestão da estratégia Escola Promotora de Saúde foi favorecida através da criação de Núcleos de Saúde Escolar que ampliaram a abrangência de cobertura e, sobretudo, o debate de promoção da saúde na escola nas redes municipais de saúde e de educação.

PRODUTOS

Implementar essa estratégia para uma mega rede pública municipal de educação com 1.059 escolas de educação infantil e ensino fundamental, 203 creches e 750.000 alunos e uma rede de saúde com 108 unidades básicas de saúde, 76 equipes de saúde da família e 742 agentes comunitários de saúde (2005), torna-se um desafio em si. Nesse sentido, valorizar os processos



que se estabeleceram ao longo desses cinco anos (2000-2005), com mudanças de gestão da Cidade, deva ser o produto de maior cuidado e o que mereça análise mais aprofundada para observação das lições aprendidas e avaliação de efetividade das ações de promoção da saúde na escola. Estima-se atualmente, cerca de 341 escolas na perspectiva de Escolas Promotoras de Saúde, (cerca de 30% da rede), das quais, 23% estão em áreas de baixo IDH da cidade. A produção de materiais educativos estreitou compromisso e cumplicidade com promoção da saúde em diversos setores e programas da Secretaria Municipal de Saúde e o mais recente produto foi a publicação da coletânea de revistas "Promoção da Saúde na Escola" (2005). Do programa de formação, entre oficinas locais e gerais, destacam-se três seminários anuais de metodologia (2002-2004) para atores-chaves, em que 109 professores e 22 profissionais de saúde produziram 131 projetos em 83 escolas e 10 unidades de saúde. Seminários descentralizados (2004-2005) sob responsabilidade de gestores regionais de educação e de saúde, imprimiram novos cursos às ações em 56 escolas e creches e 23 serviços de saúde envolvendo 120 profissionais. A construção de 5 Núcleos de Saúde Escolar em 50% das áreas programáticas da cidade, se responsabilizam pela força do processo, valorizando-os em áreas em que a estratégia parece se consolidar mais efetivamente, pela organização regional e local.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Ter plano de avaliação desde o projeto piloto foi fundamental para redesenhar a estratégia, acertar rumos e corrigir erros. A realização de pesquisas e monitoramento contribuiu para sensibilizar gestores, favorecer articulações intersetoriais e valorizar a estratégia na formulação de políticas de promoção da saúde. Ter cuidado de retornar à comunidade escolar com seus resultados concedeu melhor credibilidade à estratégia e fortaleceu o debate. Tornar os materiais educativos disponíveis para as redes de educação e de saúde favoreceu abrangência e problematizou o tema. Ações de caráter assistencial como, saúde ocular, auditiva e bucal, algumas vezes subsidiaram financiamentos, mas foram pensadas como ações para catalisar movimentos pela prática de promoção da saúde na escola, além de atenderem demandas da própria comunidade escolar. Vale ressaltar a importante tarefa da estratégia Escola Promotora de Saúde na revisão conceitual e de práticas de saúde na escola e no fortalecimento da parceria das Secretarias de Saúde e Educação. Os 102 Núcleos de Adolescentes Multiplicadores nas escolas da rede pública municipal, envolvendo de 2 a 3 mil adolescentes como alunos promotores de saúde representam iniciativas reforçadas pela estratégia de Escolas Promotoras de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consolidação dessa estratégia na cidade do Rio de Janeiro, cenário de referência como pólo cultural, político e científico do Brasil, marcada pela diversidade sócio-cultural e por contrastes econômicos comuns às grandes metrópoles exige contextualizar avanços, progressos e dificuldades que desafiam sua consolidação como estratégia de promoção da saúde na escola na agenda política de saúde da cidade. A promoção da saúde ao fortalecer ações locais, como construção coletiva de sujeitos no exercício de seu poder e autonomia, pode marcar possibilidades na ação intersetorial da Saúde com Educação, que favoreçam novos processos e práticas de saúde que contribuam efetivamente, para consolidar o Sistema Único de Saúde.



PROGRAMA DINHEIRO DIRETO NO HOSPITAL (PDDH) – UMA NOVA CONCEPÇÃO DE GESTÃO DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA NO SUS

Autor Principal: Carlos Henrique Lima e Silva

Outros Autores: Ana Flávia da Costa Nobre

Instituição: Secretaria de saúde do Estado do Acre

Município: Rio Branco

Estado: Acre

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O modelo de gestão vigente nas unidades de saúde caracteriza-se como centralizador e burocrático, o que traz como consequência muitas ações de “apagar incêndio”, ou seja, um financiamento não sistematizado/ planejado, causando muitos desperdícios e o desenvolvimento de atividades desconectados com o todo.

A esse quadro acrescenta-se o descompromisso dos servidores com os recursos públicos, pouca participação na gestão dos serviços e inexistência de vínculo com os usuários.

O cenário indica para uma situação crítica, que carece de mudanças. Mudanças na assistência que não se farão, a nosso ver, sem mudanças no modelo de gestão.

Ante ao cenário apresentado, entendemos a necessidade de adoção de um novo modelo de gestão, consoante com os princípios da universalidade, integralidade e equidade da atenção em saúde. E, que promova a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva o processo de gestão.

OBJETIVOS

- Estabelecer com a sociedade, por meio dos Conselhos Populares de Saúde – COPS, um canal permanente para o exercício do controle social nas unidades de saúde, dos recursos à plena execução de suas ações;
- Implementar ações de humanização, educação permanente e gestão hospitalar na unidade de saúde; e
- Garantir autonomia na gestão democrática e participativa da unidade de saúde.

METODOLOGIA

A experiência relatada no trabalho foi concebida pelo Departamento Setorial de Planejamento (Gerência de Planejamento Estratégico) e Gerência de Conselhos Populares de Saúde e de

Humanização, Qualidade no Atendimento, Desenvolvimento e Capacitação de Pessoal da Secretaria de Saúde do Estado do Acre, utilizando-se da seguinte metodologia:

- Implantação e funcionamento do COPS na unidade, constituído de representantes de usuários, de trabalhadores e da gerência da unidade;
- Dotação de personalidade jurídica para o COPS da unidade;
- Realização de reuniões setoriais na unidade, visando a consulta dos servidores, gerência e membro do COPS;
- Assinatura de Termo de Adesão ao Programa pelo COPS e Gerência da Unidade;
- Discussão do Termo de Cooperação Técnica e Financeira e do Plano de Trabalho, envolvendo técnicos da SESACRE, COPS, Gerência e servidores ;
- Celebração do Termo de Cooperação Técnico e financeiro (Convênio);
- Realização de oficinas com servidores, gerentes e membros do COPS da unidade sobre o programa, apresentação do termo pactuado, discussão das atribuições da unidade na regionalização no SUS, empreendedorismo no serviço público, qualidade e humanização nos serviços de saúde;
- Execução e acompanhamento do Convênio;
- Prestação de contas, trimestralmente, da execução do Convênio à SESACRE e a sociedade, em audiência pública, realizada na Câmara de Vereadores;

RESULTADOS ALCANÇADOS

Após um ano de implantação do Programa, tendo o Hospital João Cândio Fernandes, localizado no município de Sena Madureira – AC, como experiência piloto, podemos elencar os seguintes resultados alcançados:

- Promoção da Co-gestão e da responsabilidade social nas ações desenvolvidas na unidade, através do COPS;
- Inclusão dos trabalhadores no processo de gerenciamento da unidade, valorizando-os, motivando-os e propiciando auto-desenvolvimento e crescimento profissional;



- Mudança na cultura organizacional com ênfase no comprometimento dos trabalhadores com o serviço, com os recursos públicos e usuários da unidade;
- Participação da comunidade (representantes de usuários) na gestão da unidade;
- Compromisso com a ambiência acolhedora, melhoria das condições de trabalho e do atendimento;
- Melhoria no processo de suprimentos de produtos e serviços na unidade, através da aquisição de materiais e realização de serviços com mais agilidade, maior qualidade e menor custo;
- Intercâmbio com outras unidades hospitalares e departamentos da SESACRE;

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O trabalho desenvolvido com os membros do COPS, trabalhadores e gerência da unidade propiciaram um aprendizado coletivo sobre o SUS, sobre a unidade (atribuições e competência), das relações interpessoais e, principalmente resgate da auto-estima de todos os atores envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face ao êxito do programa desenvolvido no Hospital João Cândio Fernandes, como uma experiência piloto despertou o interesse das demais unidades da SESACRE e de Secretarias Municipais de Saúde em conhecerem a realidade do hospital na perspectiva de aderirem ao programa, uma vez que representa um modelo de gestão.



CURSO DE FORMAÇÃO DE LIDERANÇAS POPULARES SAÚDE NO SUS.

Autor Principal: Carlos Silvan
Outros Autores: Alexandre Amorim
Instituição: ANEPS em PE
Município: Recife
Estado: Pernambuco

A partir das discussões que se desenvolveram no nível nacional dentro da nova conjuntura de um Governo popular para o país e das novas configurações que vem sendo construídas no Ministério da Saúde, tem sido possível uma nova relação com os movimentos sociais e apoio formal aos movimentos e organizações que lidam com práticas populares e educação popular em saúde. Nesse processo foi se evidenciando mais fortemente a fraca articulação entre serviços de saúde, movimentos sociais e centros de formação que geram, entre outras coisas, um processo fragmentado na formação desses profissionais e sua descontextualização do ensino-aprendizagem voltado para a necessidade do usuário do SUS.

Nos anos de 2003, 2004, 2005 e 2006, os movimentos de práticas populares em saúde se voltam para a discussão em torno da realização das Conferências em Saúde e também do III Encontro Pernambucano da ANEPS. Também iniciam a realização do curso de educação popular em saúde centrado na participação popular no SUS. Nesses sentidos, percebemos um engajamento de diversos atores sociais de movimentos e práticas populares e educação popular em saúde que se apresentam como protagonista de espaços de reflexão e proposição de políticas em saúde. O curso tem a intenção de articular diferentes movimentos, pessoas e instituições que fazem ou se interessam por práticas populares e educação popular em saúde, refletir sobre a situação atual referente ao processo de institucionalização da educação popular em saúde. Entendemos que estes eventos contribuem na leitura de realidade – reflexões sobre limites e possibilidades do SUS e o papel da educação popular em saúde no fortalecimento da participação dos movimentos e práticas populares em saúde nas conferências de saúde.

Esta iniciativa teve a intenção de contribuir com o fortalecimento dos movimentos, práticas populares e educação popular em saúde a partir da reflexão da realidade de saúde, numa perspectiva de definir a forma de participação das pessoas na formulação das políticas de saúde. Articular diferentes movimentos, pessoas e instituições que fazem ou se interessam por práticas populares e educação popular em saúde, incorporando as diferentes práticas populares em saúde nos processos de formação e serviços de saúde; sistematizar as idéias discutidas no encontro, na intenção de elaborar um documento que retrata as reflexões, limites e possibilidades da

educação popular em saúde no SUS; Pensar a forma de participação dos movimentos e práticas populares em saúde na formulação das políticas de saúde.

A proposta metodológica da educação popular em saúde pretendeu que o curso acontecesse de forma participativa e dialógica e que garantisse a troca de experiências e a pluralidade cultural dos diversas pessoas envolvidas. E também a valorização da mística, do lúdico como cerne de inspiração e condução das vivências permitindo assim que, o prazer e alegria estivessem presentes nos processos de reflexão e proposição para uma nova fase das práticas educativas popular em saúde. Nesse sentido, a construção e o aprofundamento dos eixos temáticos se deram a partir das seguintes vivências: oficinas temáticas; rodas de discussões; dinâmicas de grupo; grupos de sistematização; plenárias de socialização das oficinas.

Foi garantida a participação de 120 protagonistas envolvidos nos movimentos e práticas populares e educação popular em saúde que contribuiram na organização de 10 núcleos de educação popular em saúde melhorando o processo de articulação entre os movimentos, pessoas e instituições que fazem ou se interessam por práticas populares e educação popular em saúde; aprofundar a reflexão sobre a situação atual referente às práticas populares em saúde e os limites e possibilidades para a participação popular no SUS.

Acreditando que a Articulação Nacional dos Movimentos, Práticas e Educação Popular em Saúde (ANEPS) e o Ministério de Saúde se organizam em torno do fortalecimento político e das discussões a favor da participação popular no SUS e possibilitou a realização deste curso que evidenciou em PE, que o SUS ainda é pouco conhecido e pouco compreendido, que existem muitos conselhos de saúde que atuam de forma cartorial, mas que o curso também possibilitou o surgimento de novos lutadores e novas lutadoras para o SUS, e também ajudou a dar visibilidade ao SUS, as discussões sobre educação popular e participação popular no SUS.



PROJETO DE REABILITAÇÃO EM ORTOPEDIA “PACIENTES CRÔNICOS”

Autor Principal: Carmelita Luíza dos Santos

Outros Autores: Nuno Antônio Moreira Lages

Instituição: Centro de Referência em Reabilitação "Anderson Gomes de Freitas"

Município: Betim

Estado: Minas Gerais

APRESENTAÇÃO DO PROJETO

Oficina Terapêutica – Ecologia e promoção da saúde – “Não tão arte, nem tão tarde”.

Sugere uma analogia à clientela com dor crônica: nunca é tarde para amenizar ou suprimir uma dor e/ou para a descoberta e reinvenção de novas atitudes perante a mesma.

JUSTIFICATIVA

O paciente com dor crônica irá retornar quantas vezes for necessário, até que ele consiga transpor a noção distorcida que

nossa cultura tem sobre a doença/dor: é próprio à nossa cultura das à doença o sentido de desvio e do doente um status que o exclui. Espaço terapêutico de promoção da saúde e conscientização dos hábitos cotidianos.

OBJETIVOS

- Proporcionar espaço acolhedor – acolher a dor;
- Promover alívio das tensões emocionais e/ou musculares da dor;
- Incentivar postura corporal satisfatória melhorando a auto-estima;
- Trocar experiências em trabalhos manuais e culinários.

PÚBLICO ALVO

Pacientes com dor crônica: lombalgia, cervicalgia, artrose, artrite e que fizeram tratamento no Grupo de terapia ocupacional – “protegendo as articulações nas atividades da vida diária (AVD's)”.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

A oficina é realizada toda quarta-feira, exceto feriado, no horário de 13:00 às 16:00 hs. Cada participante é co-autor do seu ofício, graduando as etapas do processo de atividade, podendo socializar a sua tarefa.

AÇÕES

- Buscar recursos junto à comunidade para divulgação, exposição e comercialização dos trabalhos desenvolvidos.
- Elaborar cartilha com sugestão de alimentação saudável com ajuda de nutricionista do projeto voluntário.

RECURSOS LOGÍSTICOS NECESSÁRIOS

- Materiais recidáveis – retalhos de pano, linhas para costura e bordado;
- Materiais permanentes – agulha, tesoura;
- Alimentos não perecíveis – grãos, produtos integrais.

Oficina terapêutica

ecologia e promoção à saúde - pacientes crônicos - betim/MG

“Nem tão arte, nem tão tarde”

Nunca é tarde para amenizar ou suprimir uma dor e para a descoberta e reinvenção de novas atitudes perante a mesma.





Objetivos:

- Proporcionar espaço acolhedor;
- Promover alívio das tensões emocionais e/ou musculares da dor;
- Incentivar postura corporal satisfatória, melhorando a auto-estima;
- Trocar experiências em trabalhos culinários e na promoção de oficinas.



Maria Inês de Freitas - 46 anos
Antes de conhecer o projeto, não conseguia realizar nenhuma atividade manual, sentia-se incapaz”. Hoje realiza várias atividades: ponto cruz, vagonita, tapele, além de expor e comercializar seus produtos em feira.



Rosa Maria Maia - 48 anos
“Recuperei da depressão, que é a pior coisa, que me fazia sentir inútil. Hoje consigo fazer tudo sozinha, inclusive andar de ônibus.”

Carmelita Luíza dos Santos - Terapeuta Ocupacional
Centro de Referência Anderson Gomes de Freitas
Av. Bandeirantes, 366 - Vila Recreio/Betim-MG - (31) 3595-8577





EDUCAÇÃO EM SAÚDE - TRABALHANDO COM GESTANTES

Autor Principal: Carmem Lúcia Cruz Ravagnani

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde Franca/SP - Unidade Básica de Saúde

Município: Franca

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O presente relato de atividade desenvolvida em Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Franca/SP traz a reflexão sobre a importância e urgência de uma prática profissional voltada para a educação em saúde. A concepção e entendimento da saúde como resultante das condições de vida, em suas mais diversas faces, ocorre no Brasil após o Movimento da Reforma Sanitária, movimento que se inicia na década de 70 e traz inovações à Política Nacional de Saúde, propondo a universalização do direito à saúde, a prevenção, assim como a participação e controle social. Tais propostas são consagradas na Constituição Federal de 1988, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a universalidade do atendimento, integralidade da assistência, a equidade, a descentralização dos serviços, regionalização e hierarquização e participação social. Apresentam-se então para o exercício profissional dos trabalhadores da saúde, ao mesmo tempo, como fundamentos e norteadores da ação.

JUSTIFICATIVA

Os trabalhadores da UBS compõem equipe constituída por recepcionistas, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiras, clínicos gerais, ginecologistas e pediatras, dentistas, assistente social, fonoaudióloga, psicóloga, auxiliares de limpeza e escriturário. Assim, de maneira direta e indireta, todos os profissionais da unidade de saúde têm contato com as gestantes que são aí atendidas. Ao falarmos de ou sobre gestantes, faz-se necessário reportar-nos à condição primeira destas que é ser mulher, e mulher em uma sociedade de cultura machista e preconceituosa, onde o trabalho e a remuneração feminina e principalmente da mulher negra são inferiores aos dos homens, e homens brancos. E quantas dessas também são vítimas de violência nas mais diversas formas e expressões, ou as próprias agressoras. Sua saúde mental muitas vezes comprometida, sendo frequentes os casos de depressão. E não raro a organização familiar onde esta é composta e “chefada” sem a presença masculina. Muitas vezes dependente e também muitas vezes completamente independente financeira e emocionalmente. Cheia de frustrações, ou cheia de realizações. Enfim, a mulher grávida que se nos apresenta nos serviços de saúde

é, antes de ser uma gestante, uma pessoa que traz consigo, entre outras, essas características e mesmo uma infinidade de questões que constituem a mulher na nossa sociedade. Considerar a extensão do universo feminino conduz-nos a considerar também a infância que encontra no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) a garantia legal de direitos como à vida, à educação, à convivência familiar e à dignidade, assim como a responsabilidade de toda a sociedade na efetivação destes. Muito distante de ter garantidos todos esses direitos, encontram-se crianças sem a devida alimentação saudável, vítimas de violência, negligência e maus tratos, tendo sua infância roubada ora pelo acúmulo de responsabilidades ora pelo convívio precoce e agressivo com a presença de drogas e da sexualidade dos adultos nos próprios domicílios, tantos caracterizados por espaços insuficientes a uma necessária privacidade e dignidade humanas. Por outro lado, vêm também para o atendimento de saúde as mulheres, crianças e famílias em que nem sempre suas dificuldades ou seus “problemas” são de natureza material ou relacionados ao empobrecimento e inserção de classe social. Buscam, além do atendimento físico em saúde, também por supostas soluções das dificuldades nos relacionamentos interpessoais, em questões afetivas e emocionais que trazem tanto dor quanto a doença e o sofrimento físico.

OBJETIVOS

Favorecer espaços para o conhecimento e aprendizado em saúde na perspectiva de prevenção e promoção; oportunizar a troca de experiências e informações com vistas para o aspecto coletivo; favorecer a construção de uma saúde pública com qualidade.

METODOLOGIA

Trabalho realizado com grupos semestrais, cada qual com duração aproximada de três meses. É organizada uma sistemática de reuniões semanais onde a cada encontro é abordado e dialogado um aspecto da gestação, da maternagem, da vida familiar e da vida coletiva, em sociedade. Esses temas são desenvolvidos pelos profissionais que compõem a equipe interdisciplinar da UBS, assistente social, ginecologista, enfermeira, pediatra, dentista, fonoaudióloga, psicóloga, assim como por profissionais de outros



serviços como nutricionista e por convidados da comunidade como membros de Alanon – Alcoólicos Anônimos. São utilizados recursos audiovisuais, folhetos informativos e dinâmicas de grupo para o desenvolvimento da fala expositiva e dialogada.

PRODUTOS

O trabalho é realizado em parceria com entidade do município, Voluntárias Sociais de Franca que, participa e acompanha o processo de confecção de enxoval para bebê, o qual é fornecido ao final de cada grupo. Quanto ao aspecto educativo e humano, a realização dos grupos é uma das possibilidades de criação de espaços públicos de acolhimento, reflexão, crescimento pessoal e coletivo, de investimento e cuidado com a vida das crianças que virão.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

É considerando tais expressões dessa nossa realidade, com suas alegrias e tristezas, possibilidades e limitações, injustiças e desumanidades que é realizada a programação, inscrições e a própria condução dos grupos de gestantes, trilhando dessa maneira um caminho onde se busca a realização de princípios do SUS como a integralidade e universalidade, a intersetorialidade.

CONSIDERAÇÕES

A opção por uma abordagem dialogada se faz pelo entendimento da necessidade de criação de espaços coletivos de expressão, valorização e construção do conhecimento, onde culturas, crenças e saber técnico convivem e têm a possibilidade de gerar cuidado, saúde, autonomia e qualidade de vida.



INTEGRALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A PACIENTES EM OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR E CRIAÇÃO DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENDIMENTO

Autor Principal: Carolina Soares das Neves

Outros Autores: Luzia Angelina de Souza

Instituição: Hospital Municipal de Cidade Ocidental

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Hospital Municipal de Cidade Ocidental (GO) fornece oxigênio domiciliar a sete pacientes, na sua maioria com diagnóstico de DPOC devido a tabagismo prolongado. Esse trabalho foi iniciado em dezembro de 2005, após constatação de que os pacientes apresentavam hospitalizações freqüentes com necessidade de transferência dos mesmos a hospitais de Brasília (DF) para melhor assistência. Todos os pacientes realizavam acompanhamento com pneumologista em hospitais do Distrito Federal, porém não tinham avaliações regulares pelo serviço de saúde do próprio município.

A maioria dos pacientes apresentava intercorrências freqüentes, fazia uso inadequado das medicações prescritas, desconhecia o significado real de sua patologia, recusava-se a usar o oxigênio de forma adequada, dependia completamente dos familiares e alguns apresentavam quadro depressivo de moderado a grave. O hospital também tinha dificuldades para manter o fornecimento de oxigênio domiciliar e também para realizar as remoções freqüentes dos pacientes.

A partir dessas dificuldades de assistência e da impossibilidade de contratação de um especialista para atendimento ambulatorial no próprio município foram realizadas diversas tentativas de solução para a melhoria do atendimento a esses pacientes.

OBJETIVOS

Esse trabalho teve como objetivo a melhoria da assistência aos pacientes dependentes de oxigenoterapia domiciliar, visando a diminuição da freqüência das intercorrências e consequentemente a diminuição das hospitalizações e dos custos de tratamento.

METODOLOGIA

O trabalho foi iniciado em dezembro de 2005, ao serem constatados os custos elevados que resultavam da assistência

inadequada. O hospital não possuía um protocolo de internação domiciliar e a manutenção dos cilindros de oxigênio era feita com recursos próprios.

O primeiro contato das autoras com a realidade dos pacientes foi por meio dos familiares (cuidadores) que vinham solicitar a reposição do oxigênio e também através do atendimento aos pacientes no pronto-socorro do Hospital Municipal na vigência de intercorrências.

Todos os sete pacientes acompanhados não tinham conhecimento adequado da patologia de que eram portadores nem tampouco da importância do uso de oxigênio domiciliar. Mesmo os cuidadores desconheciam noções básicas no cuidado dos mesmos.

Foram então iniciadas visitas domiciliares por uma equipe formada por médica, enfermeira e técnico/auxiliar de enfermagem. Nessas visitas, inicialmente, foram observados parâmetros clínicos como cianose, dispnéia, ausculta cardiopulmonar, aspecto das secreções e saturação de oxigênio. Foram também observados a forma como era realizada a higiene dos cateteres e máscara, a dose de O₂ utilizada e a observância ao uso correto das medicações prescritas.

A medida que as visitas foram realizadas foi realizada a educação em saúde de pacientes e cuidadores. Ao mesmo tempo constatou-se que os pacientes apresentavam dificuldades econômicas e sociais, alimentação inadequada e quadros depressivos de variada intensidade. A partir deste panorama inicial foi optado pela inclusão de mais profissionais na assistência a esses pacientes.

Inicialmente foi contactada a assistente social da Secretaria Municipal de Saúde, para avaliação das famílias e das condições de residência dos pacientes. A seguir incluiu-se também a nutricionista do hospital e a psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde.

PRODUTOS

Após os primeiros contatos de familiares e pacientes com a equipe multiprofissional, já houve uma mudança qualitativa



de suas concepções sobre a doença e por conseguinte uma diminuição quantitativa do número de intercorrências apresentadas pelos pacientes.

Como o trabalho ainda está sendo ampliado não há ainda uma avaliação precisa dos custos atuais da nova abordagem da assistência. Supomos que nesse momento inicial possa inclusive haver uma elevação transitória dos mesmos, mas que a mesma será superada pela redução dos custos das intercorrências no longo prazo.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O trabalho foi facilitado pela já existência dos profissionais no município, apesar de não trabalharem de modo conjunto anteriormente. Foi facilitado também pela facilidade de locomoção dos profissionais dentro do município, devido a pequena distância entre o hospital e os diversos bairros.

Por outro lado as dificuldades se concentravam em falta de educação em saúde da população, na distância do município para os hospitais de referência e também na inexperiência dos profissionais em programa semelhante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho não tem um caráter conclusivo, pois ainda está em fase de implantação. Porém é mais uma prova de que pode-se melhorar a assistência a saúde em pequenos e médios municípios utilizando-se da melhor integração entre os profissionais que trabalham nos mesmos.



A PROFISSIONALIZAÇÃO DA GESTÃO NO SUS NA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE GOIÁS

Autor Principal: Caterine Dossis Perillo

Outros Autores: Carlos Alberto Lisboa Vieira; Helen de Lima; Maria Cecília Barbosa de Castro; Rogéria Cassiano; Gislaine Cordeiro Evangelista da Rocha

Instituição: Secretaria Estadual de Saúde de Goiás

Município: Goiânia

Estado: Goiás

RESUMO

Há consenso entre os atores envolvidos na área de recursos humanos da necessidade de superar entraves por meio da elaboração do perfil de competências, que permite adequar o planejamento de mão-de-obra ao perfil de qualificação de educação permanente. Apesar destas constatações os estudos acadêmicos de impacto dentro do tema são ínfimos e é imperativo o reconhecimento do caráter estratégico de gestão a política de recursos humanos no desenvolvimento e realização do SUS. O estudo dos perfis profissionais da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (SES/GO) faz parte do Projeto de Cooperação Técnica Brasil/Canadá e orientou-se pelas necessidades das Administrações Regionais no Estado de Goiás que somam 15(quinze), constituídas dos cargos de Gerente Administrativo e Coordenadorias de Apoio Administrativo, de Programação em Saúde e Vigilância Epidemiológica, de Avaliação, Controle, Regulação e Apoio ao Desenvolvimento da Assistência, de Apoio à Gestão e Informação em Saúde e de Vigilância Sanitária e Ambiental, orientados ainda, pela complexidade e perfil epidemiológico da área de abrangência em nível regional e local de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) da SES/GO. O objetivo geral do estudo é definir a Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, ancorada na profissionalização da gestão por meio da elaboração dos perfis de competência para garantia de resultados mais eficientes e eficazes. Tem ainda como propósitos básicos elaborar o Perfil de Competências dos cargos de Gerente e Coordenadorias Regionais de Saúde de Pireneus, Nordeste, Entorno Sul e Entorno Norte; identificar a diferença entre o grau mínimo recomendado da competência para o cargo de Gerente e Coordenadorias e o grau certificado pelos ocupantes / servidores; e ainda elaborar um Plano de Desenvolvimento voltado para a profissionalização da gestão nas Administrações Regionais citadas. O objetivo concretizou-se na realização de um estudo descritivo para definir o perfil de competências dos cargos das Administrações Regionais citadas, as quais foram escolhidas como piloto, utilizando-se como critérios de escolha a localização das regionais em relação a capital do Estado, o número de servidores e a estruturação física e organizacional. Adotou-se como

modelo a metodologia canadense, adaptada à nossa realidade, que consistiu na realização de oficinas de trabalho com atores de nível central, regional e ainda controle social estadual e local. A partir de uma análise do contexto atual, o grupo identificou as competências que melhor refletiam as exigências das instâncias em termos de gestão, bem como os indicadores de comportamentos para as respectivas competências. A avaliação foi realizada à luz do referencial da profissionalização da gestão do SUS e SES/GO e sua relevância, organizados em quadros e tabelas. Os achados resultaram na descrição de perfis de competências simples, de acesso fácil e adaptáveis a cada realidade, fortalecendo a capacidade técnica para a gestão e formação de recursos humanos, podendo facilitar na administração de situações tais como escassez de qualificação de mão-de-obra adequada, de rotatividade de servidores, desvios de função e ingerências políticas. Para trilhar esse caminho, dificuldades foram encontradas pela equipe tais como diferenças na organização das instituições envolvidas entre os dois países, escassez de referencial teórico e consultoria à distância. As facilidades, solidificaram-se em uma equipe coesa em todos os níveis hierárquicos de gestão da SES/GO no firme propósito de atingir os objetivos do estudo e na qualidade da consultoria canadense garantindo o êxito dos propósitos.

Assim, acreditamos que a formulação de um plano de ação que fortaleça a liderança no sistema público de saúde orientado para a elaboração do perfil de competências, que antecede a definição de uma estratégia de desenvolvimento de pessoas, facilita o enfrentamento de adversidades originadas na incoerência entre as políticas públicas que enfocam a priorização da gestão do trabalho no SUS e a política de gestão do trabalho.



CAPACITAÇÃO DE ACS PARA CAPTAÇÃO DE DEMANDA PARA A EBM

Autor Principal: Cátia Campos Fonseca

Outros Autores: Flávia Mendes Freitas; Tatiana Cardoso Haidar; Fabiana Lopes Dimas; Solange Maria da Silva Félix; Getro Artiaga Júnior; Cristina Aiaco.

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA, INDICANDO A SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO LOCAL

O Programa Família Saudável, implantado no DF no ano de 2004, numa parceria da Secretaria do Estado de Saúde do DF com a Fundação Zerbini, tem como filosofia a Atenção Básica à Saúde, visando a promoção de saúde e prevenção de doenças e/ou complicações das já instaladas. Inicialmente composto por Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliar de Enfermagem, Enfermeiro e Médico, agora contam com a Equipe Básica Multiprofissional, constituída pelos seguintes profissionais: Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Psiquiatra.

Considerando que o Agente comunitário de Saúde é a base do programa, promovendo um elo entre a comunidade e o serviço de saúde propriamente dito, a Equipe Básica Multiprofissional da Regional de Santa Maria, composta por Assistente Social, Farmacêutica, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga e Psicóloga, percebeu a necessidade da realização de um treinamento direcionado aos Agentes de Saúde.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

O objetivo do treinamento acima citado foi capacitar os Agentes Comunitários de Saúde visando o esclarecimento da área de atuação de cada especialidade e buscando prepará-los a identificar as problemáticas dos usuários.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

Na Regional de Santa Maria tem 76 Agentes de Saúde. Estes foram divididos em quatro grupos, com 20 Agentes de Saúde cada.

O treinamento iniciou-se com música instrumental para relaxamento. Passou-se para um momento de alongamento com

a fisioterapeuta e logo em seguida, fez-se o entrosamento dos participantes com uma dinâmica de apresentação: "Batata Quente".

Os participantes foram então subdivididos em grupo de quatro e solicitado que montassem o caso de um paciente fictício a partir de pacientes reais, e apresentassem ao grupo de forma criativa. Cada grupo deveria, após a apresentação, realizar os devidos encaminhamentos do paciente fictício. Após um período para elaboração da atividade passou-se a apresentação dos casos.

Em seguida à apresentação e aos encaminhamentos, cada profissional fez uma análise sobre o paciente, aproveitando o

Programa Família Saudável

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

CAPACITAÇÃO DE ACS PARA CAPTAÇÃO DE DEMANDA PARA A EBM

JUNIOR, Getro Artiaga **FONSECA, Cátia Campos**
SOUZA, Cristina **DIMAS, Fabiana Lopes**
FREITAS, Flávia Lopes **FÉLIX, Solange Maria da Silva**
HAIKAR, Tatiana Cardoso

Introdução

O Programa Família Saudável, Serviço de Saúde e Atenção Básica à Saúde, atua em parceria com a Equipe Básica Multiprofissional na Regional de Santa Maria, constituída pelos seguintes profissionais: Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Psicólogo. Considerando que o Agente comunitário de Saúde é a base do programa, considerando que a área de atuação de cada agente de saúde propriamente dita, percebeu-se a necessidade da realização de um treinamento direcionado aos Agentes de Saúde.

Objetivo

Capacitar os ACS visando o esclarecimento da área de atuação de cada especialidade e buscando prepará-los a identificar as problemáticas dos usuários.

Metodologia

- 21 Agentes de Saúde, divididos em quatro grupos, com 20 Agentes de Saúde cada.
- Alongamento.
- Dinâmica de apresentação.
- Apresentação em grupo de quatro participantes.
- O trabalho em laboratório com apresentação de fotos e quebra de caixas de papelão.
- Apresentação dos casos de forma criativa, com os devidos encaminhamentos para as especialidades.
- Análise de EBM sobre cada paciente fictício, apresentando o histórico para identificação da área de abrangência de cada especialidade.
- Apresentação de um vídeo dos Níveis Básicos de Atenção à Saúde.
- Momento de questionário sobre conhecimentos, com a definição de perfis, áreas de abrangência e casos que podem ser encaminhados. Montagem de cartões e divisão.
- Encerramento com uma dinâmica que recria o trabalho em equipe.

Resultados

- Capacitação dos ACSs no entendimento da área de atuação de cada especialidade.
- Preparação dos ACSs na identificação das problemáticas dos usuários.
- Integração dos ACSs com a EBM.
- Identificação das áreas de atuação de cada especialidade.

Integração com a Vivência

- Capacitação dos ACSs no entendimento da área de atuação de cada especialidade.
- Preparação dos ACSs na identificação das problemáticas dos usuários.
- Integração dos ACSs com a EBM.
- Identificação das áreas de atuação de cada especialidade.



momento para introduzir as áreas de abrangência de sua especialidade.

Após este momento, foi apresentada uma síntese dos Níveis Básicos de Atenção à Saúde, para esclarecimento aos participantes de qual nível o PFS está inserido.

Foi fornecido apostilas de cada especialidade, com a definição da profissão, áreas de abrangência e casos que podem ser encaminhados. Cada profissional realizou uma apresentação por área, destacando os itens que não foram citados durante os encaminhamentos.

Houve um momento para perguntas e dúvidas e o encerramento foi realizado com uma dinâmica que ressalta o trabalho em equipe: "Dinâmica do Barbante".

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

- Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde no esclarecimento da área de atuação de cada especialidade;
- Preparação dos Agentes de Saúde na identificação das problemáticas dos usuários;
- Interação dos Agentes Comunitários de Saúde com a Equipe Básica Multidisciplinar;
- Identificação das demandas da comunidade pela Equipe Básica Multidisciplinar.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

- Boa receptividade por parte dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Criatividade dos Agentes Comunitários de Saúde na apresentação dos casos;
- Apoio do Supervisor na preparação e aplicação do treinamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O fato de o treinamento ter se dado de forma interativa, buscando eliminar o caráter meramente expositivo a partir das experiências de trabalho trazidas pelos Agentes de Saúde, contribuiu para uma melhor assimilação do conteúdo por parte dos treinandos, tornando-se visível a eficácia do mesmo.

Além disso, vale salientar, que o referido treinamento foi um instrumento rico de coleta de dados qualitativos da realidade da comunidade. A partir dos casos trazidos pelos ACS a Equipe Básica Multidisciplinar pôde visualizar as demandas da Regional.

O BRINCAR NO AMBIENTE HOSPITALAR

Autor Principal: Catiane Gonçalves dos Santos

Outros Autores: Nina Rosa d'Ávila Paixão

Instituição: Universidade Federal de Pelotas / Hospital Escola /
Fundação de Apoio Universitário

Município: Pelotas

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

Pensar o brincar, a brincadeira e o jogo no ambiente hospitalar não é uma tarefa fácil. O processo de internação infantil merece uma atenção especial visto que a infância representa uma fase da vida que deve ser aproveitada e vivida da melhor maneira possível, abrindo possibilidades diferenciadas de lidar, de forma crítica, criativa e prazerosa, com o próprio corpo, com o corpo do outro e com mundo, ampliando seu desenvolvimento psicomotor. Nesse sentido a experiência com o lúdico é fundamental para a criança, pois o brincar não é somente uma

questão subjetiva, estando interligado a cultura na qual já se encontra inserida.

Entende-se que no ambiente hospitalar é preciso conhecer a realidade dos sujeitos envolvidos, visto que para a criança a intervenção terapêutica e, em alguns casos, a perspectiva de morte, trazem um grande impacto na sua vida. A interrupção imediata no seu cotidiano e sua inclusão a um ambiente estranho, provocam mudanças em seu desenvolvimento, na vivência do lúdico, no convívio social. Deste modo, é importante enfatizar que a criança não perde sua condição de criança, tendo necessidade de brincar e divertir-se; realidade esta que reforça a indiscutível importância da recreação hospitalar.

Com o intuito de facilitar o processo de internação, o Serviço de Psicologia Clínica elaborou projeto integrado para implantação de atividades de recreação nos setores clínicos do hospital, sendo piloto a Clínica Pediátrica, como ação representante de uma pequena fração do amplo espectro que envolve o mundo da humanização hospitalar.

O BRINCAR NO AMBIENTE HOSPITALAR

AUTORES Catiane Gonçalves dos Santos (Pedagoga);
Nina Rosa d'Ávila Paixão (MS Psicologia Clínica)

INSTITUIÇÃO Universidade Federal de Pelotas/
Hospital Escola/Fundação de Apoio Universitário

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

Pensar o brincar, a brincadeira e o jogo no ambiente hospitalar não é uma tarefa fácil. O processo de internação infantil merece uma atenção especial visto que a infância representa uma fase da vida que deve ser aproveitada e vivida da melhor maneira possível, abrindo possibilidades diferenciadas de lidar, de forma crítica, criativa e prazerosa, com o próprio corpo, com o corpo do outro e com mundo, ampliando seu desenvolvimento psicomotor. Nesse sentido a experiência com o lúdico é fundamental para a criança, pois o brincar não é somente uma questão subjetiva, estando interligado a cultura na qual já se encontra inserida.

Entende-se que no ambiente hospitalar é preciso conhecer a realidade dos sujeitos envolvidos, visto que para a criança a intervenção terapêutica e, em alguns casos, a perspectiva de morte, trazem um grande impacto na sua vida. A interrupção imediata no seu cotidiano e sua inclusão a um ambiente estranho, provocam mudanças em seu desenvolvimento, na vivência do lúdico, no convívio social. Deste modo, é importante enfatizar que a criança não perde sua condição de criança, tendo necessidade de brincar e divertir-se; realidade esta que reforça a indiscutível importância da recreação hospitalar.

Com o intuito de facilitar o processo de internação, o Serviço de Psicologia Clínica elaborou projeto integrado para implantação de atividades de recreação nos setores clínicos do hospital, sendo piloto a Clínica Pediátrica, como ação representante de uma pequena fração do amplo espectro que envolve o mundo da humanização hospitalar.

OBJETIVO GERAL

Promover a continuidade do processo de socialização da criança durante o período de internação hospitalar, favorecendo o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento das situações de doença, hospitalização e tratamento.



METODOLOGIA

O desenvolvimento das atividades está pautado no interesse imediato de cada criança. Faz-se um levantamento de dados com as crianças internadas a fim de descobrir atividades que lhes proporcionem prazer.

Após, reúne-se em grupos de acordo com a proximidade dos interesses manifestados e possibilidades de execução, até conseguir reunir todas em um grande grupo de interesses comuns, caso contrário, as atividades são desenvolvidas individualmente nos leitos, respeitando sempre o interesse de cada criança. Paralelamente, é desenvolvido acompanhamento didático-pedagógico, direcionado àquelas que estão em idade escolar, além de comemoramos datas festivas com a execução de uma programação específica.

RESULTADOS

Os resultados são obtidos através de avaliação da percepção do estado emocional da criança observado em três momentos: ao internar, após a primeira atividade desenvolvida e no momento da alta.

Dados obtidos:
Dentre 84 crianças entre zero (0) e dez (10) anos, 53 demonstraram receptividade no momento da internação, sendo que 40 demonstraram-se bem adaptadas ao ambiente hospitalar no momento da alta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto aos resultados obtidos através da avaliação da percepção do estado emocional da criança, constatou-se que a opinião de 99% dos cuidadores e da equipe técnica consideraram as atividades de recreação entre os níveis satisfatório e muito satisfatório, o que indica que as referidas atividades têm atingido os objetivos propostos.

Observou-se também que um número significativo de crianças (aproximadamente 30%) retorna ao hospital simplesmente para visitar a equipe, e muitas delas solicitam adiantamento da alta para participar de atividades das datas comemorativas, como festividade de natal, páscoa, etc. Estes fatos demonstram a qualidade da vivência da criança no que se refere a internação hospitalar.

Diante de tais resultados, conclui-se que a Recreação Infantil atingiu os objetivos propostos, o que intensifica a necessidade de ampliação e constante aprimoramento da aplicação do lúdico no ambiente hospitalar.

CONTATOS nina@fau.com.br



OBJETIVO GERAL

Promover a continuidade do processo de socialização da criança durante o período de internação hospitalar, favorecendo o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento das situações de doença, hospitalização e tratamento.

METODOLOGIA

O desenvolvimento das atividades está pautado no interesses imediato de cada criança. Faz-se um levantamento de dados com as crianças internadas a fim de descobrir atividades que lhes proporcionarão prazer. Após, reúne-se em grupos de acordo com a proximidade dos interesses manifestados e possibilidades de execução, até conseguir reunir todas em um grande grupo de interesses comuns, caso contrário, as atividades são desenvolvidas individualmente nos leitos, respeitando sempre o interesse de cada criança. Paralelamente, é desenvolvido acompanhamento didático-pedagógico, direcionado àquelas que estão em idade escolar, além de



comemorar-se datas festivas com a execução de uma programação específica.

RESULTADOS

Os resultados são obtidos através de avaliação da percepção do estado emocional da criança observado em três momentos: ao internar, após a primeira atividade desenvolvida e no momento da alta.

DADOS OBTIDOS

Dentre 84 crianças entre 0 (zero) e 10 (dez) anos, 53 demonstraram receptividade no momento da internação, sendo que 40 demonstraram-se bem adaptadas ao ambiente hospitalar no momento da alta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto aos resultados obtidos através da avaliação da percepção do estado emocional da criança, constatou-se que a opinião de 99% dos cuidadores e da equipe técnica consideraram as atividades de recreação entre os níveis *satisfatório* e *muito satisfatório*, o que indica que as referidas atividades têm atingido os objetivos propostos.

Observou-se também que um número significativo de crianças (aproximadamente 30%) retorna ao hospital simplesmente para visita a equipe, e muitas delas solicitam adiamento da alta para participar de atividades das datas comemorativas, como festividade de natal, páscoa, etc. Estes fatos demonstram a qualidade da vivência da criança no que se refere a internação hospitalar.

Diante de tais resultados, conclui-se que a Recreação Infantil atingiu os objetivos propostos, o que intensifica a necessidade de ampliação e constante aprimoramento da aplicação do lúdico no ambiente hospitalar.



PROGRAMA SAÚDE ITINERANTE: UMA ESTRATÉGIA DE AMPLIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO ACRE

Autor Principal: Celene Maria Prado Maia

Instituição: Secretaria de Estado de Saúde do Acre-SESACRE

Município: Rio Branco

Estado: Acre

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Estado do Acre possui 669.737 habitantes distribuídos entre 22 municípios. Está localizado na Região Norte, como a maioria dos Estados desta região, apresenta grandes dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde (barreiras geográficas). Existem poucas estradas (60% do território sem via terrestre de acesso), alguns municípios fronteiriços não possuem sequer possibilidade de comunicação por via fluvial em determinado período do ano. Nos meses de outubro a maio os municípios localizados no vale do Juruá, Purus e Envira ficam isolados dependendo de aviões mono e bimotor para integrarem-se. A maioria dos pacientes é transferida para a capital por via aérea, o que representa para o Estado um elevado custo de tratamento fora do domicílio (TFD). Esta situação tem comprometido uma parcela significativa do teto financeiro estadual.

A maioria dos municípios (60%) apresenta dificuldade de estrutura física, aparelhamento para oferta dos serviços e ausência de profissionais.

Nesse contexto, o Programa Saúde Itinerante buscando contribuir para a consolidação do SUS, tendo como eixo central o princípio da integralidade ("Integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma "bandeira" de luta, parte de uma "imagem objetiva", um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas.... Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária ..a Integralidade é o próprio caminho que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor MATTOS (2001) tem levado a população dos municípios do interior do Estado, atendimento médico especializado, cirúrgico, exames (ultra-sonografia, eletrocardiograma, colposcopia, glicemia) e ações de promoção e prevenção em saúde como por exemplo: exames de prevenção do câncer do colo uterino e palestras educativas.

OBJETIVO

Proporcionar atendimento médico especializado e cirúrgico, e atenção à saúde em ações básicas às populações

residentes nos municípios mais isolados do Estado, de difícil acesso e onde o sistema de saúde é ineficiente.

METODOLOGIA

A gerência do Programa Saúde Itinerante a partir de indicadores do sistema de saúde, observando especialmente a dificuldade de acesso aos serviços de saúde da localidade a ser atendida, realiza os seguintes procedimentos: seleção dos especialistas e outros profissionais que comporão a equipe de trabalho, como enfermeiro, assistente social e biomédico; aquisição de medicamentos e insumos hospitalares necessários a execução do atendimento; contato formal prévio com o gestor de saúde da localidade contemplada para consolidar o planejamento da ação. O atendimento é realizado aos finais de semana considerando a pouca disponibilidade de tempo dos especialistas, os quais tem outras atividades no decorrer da semana; o local utilizado para o atendimento é sempre uma unidade escolar da rede pública visando não interferir no atendimento normal da unidade de saúde local.

O atendimento é pautado na lógica da humanização, observando especialmente os idosos e portadores de deficiência, buscando oferecer respostas às necessidades do usuário de forma satisfatória e ampliada. Não deixando de observar também a referência e contra referência.

RESULTADOS ALCANÇADOS

- Redução do número de pacientes referenciados para Tratamento Fora do Domicílio –TFD;
- Número expressivo de pessoas atendidas por especialidade, na origem;
- Grande número de usuário tendo acesso a medicamentos de alto custo, além de medicamentos da atenção básica, no momento do atendimento;
- Aumento da cobertura de exames de PCCU – Preventivo do Câncer do Colo Uterino;
- Acesso a exames de média complexidade, no local de origem;



- Acesso a informações de forma a possibilitar a inclusão social;
- Garantia do tratamento dos pacientes diagnosticados no decorrer do atendimento;
- Aumento do feed-back entre Estado e Município;
- Acesso a informações sobre programas que visam a prevenção e promoção de saúde (palestras sobre saúde da mulher, da criança, do adolescente e do idoso; DST/AIDS);
- Otimização dos recursos financeiros do Estado e municípios;

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Facilidades: excelente acolhida e apoio concedido a equipe do Programa por parte dos gestores locais e profissionais de saúde; a vivência da equipe nessa ação tem levado a experiências transformadoras de vida; capacidade dos profissionais de utilizar os recursos da localidade no sentido de imprimir a sua ação maior resolutividade;

Dificuldades: A geografia do Estado, conforme já descrita; número reduzido de especialistas no Estado; a burocracia na gestão estadual;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Saúde Itinerante tem impactado positivamente nos indicadores de saúde do Estado e marca sua atuação por levar assistência o mais próximo possível do usuário.



QUALIDADE NO ATENDIMENTO AO CLIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Autor Principal: Celina Maria da Trindade
Outros Autores: Gabriela Soares Portela
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde
Município: São José do Rio Preto
Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

“O direito de se obter cuidados”, uma proposta que levou a Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto a encontrar saída à questão da qualidade no atendimento ao cliente em serviços de saúde. “Cuidando de quem cuida”.

Historicamente, os serviços de saúde da rede pública são interpretados pelos clientes, como mau atendimento, filas e falta de resolutividade. Sabemos que o atendimento nos serviços de saúde é a base da qualidade na atenção, portanto o investimento em pessoas deve ser o foco desse trabalho.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

Conhecer a realidade das relações entre os clientes nas Unidades de Saúde e investir em capacitação para responder ao diagnóstico encontrado.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

Para diagnosticar a situação, foi feito um levantamento de dados de reclamações e denúncias publicadas em jornais do município, e visitas as UBS.

MAU ATENDIMENTO

- 1.O cliente interno não se sente parte no processo de melhoria na saúde das pessoas;
- 2.A falta de qualidade na saúde: física, mental e psicológica de quem atende;
- 3.O desconhecimento do fluxo e da rotina de trabalho;
- 4.O cliente externo que não conhece seus direitos e assim, o exige de forma inadequada;
- 5.Os espaços físicos são insuficientes e inadequados, reforçando a atitude às vezes agressiva de quem atende e de quem é atendido.

FILA

- 1.A necessidade de reorganização do processo de trabalho;
- 2.A falta de acolhimento com escuta qualificada;
- 3.Um número reduzido de profissionais, provocando demanda reprimida e aumentando a fila de espera;
- 4.A desinformação sobre o funcionamento dos serviços, acarretando espera desnecessária;
- 5.A falta de resolutividade, exigindo retornos em excesso.

Valorizar a saúde e as relações com a comunidade, considerando a realidade de cada território, gerar vínculo e possibilitar a participação coletiva.

PRODUTO - O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Realizamos uma capacitação de 12 horas com 80% de clientes internos de toda a rede de saúde do município, abordando temas como: comportamento e relacionamento com o cliente, empatia, qualidade de vida no trabalho, cuidando de quem cuida, ética do cotidiano, conhecimento das tarefas de rotinas, relações interpessoais no trabalho e trabalho em equipe, a importância do cliente.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Os dados das pesquisas, realizadas trimestralmente, a partir da implantação do trabalho mostram que os clientes internos se sentiram valorizados em participar das capacitações, o que aumentou o grau de satisfação no trabalho, com conseqüente diminuição do número de reclamações no Disque Saúde por parte dos clientes externos. Houve aumento nos indicadores de melhoria, relacionados ao atendimento ao cliente externo, como resultado da implantação do trabalho “cuidando de quem cuida”, para os clientes internos. Foram desencadeadas outras ações relacionadas como: Ambiência (Imagens Reparadoras), Desenvolvimento de Gerentes (Projeto Gerus), capacitação específica para profissionais de recepção, Acolhimento de Novos



funcionários entre outras, e a criação do Núcleo de Educação em Saúde e Comunicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Orientar o cliente interno quanto às regras de atendimento ao cliente interno e externo, numa capacitação técnica, ajuda à postura profissional na rotina das relações interpessoais entre os clientes internos e os clientes internos e externos. Porém para garantir uma continuidade na qualidade dessas relações, é importante focalizar esforços na valorização dos profissionais de saúde (clientes internos), com ambiente (espaço físico) humanizado, capacitações técnicas e motivacionais, permanente e continuada, de acordo com a necessidade de cada serviço, reuniões de equipe que permitam que os profissionais participem dando sugestões e apontando facilidades e dificuldades na rotina do trabalho, enfim, humanização no atendimento ao cliente interno, conseqüente resultado com o cliente externo, atende bem quem é bem atendido.



BUSCANDO A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Autor Principal: Christine Ferretti

Outros Autores: Célia Cristina Henriques Viana Pinto

Instituição: SUS Dom João Batista - Secretaria de Saúde - Prefeitura Municipal de Vila Velha

Município: Vila Velha

Estado: Espírito Santo

INTRODUÇÃO

Sendo a saúde um direito fundamental do ser humano, suas ações se destinam garantir às pessoas e a coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (Art. 2º, parágrafo único – Lei 8080). Tomando por base o princípio do SUS, a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Art. 7º - Lei 8080), entendemos que uma rede social pessoal estável, sensível, ativa e confiável protege a pessoa contra doenças, atua como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a pertinência e a rapidez da utilização de serviços de saúde, acelera os processos de cura e aumenta a sobrevivência, ou seja, é geradora de saúde.

OBJETIVO

Atender integralmente a população cadastrada no Programa Bolsa Família com os serviços de Atenção Básica oferecidos pela Unidade de Saúde Dom João Batista do Município de Vila Velha/ES.

METODOLOGIA

- a) entrevistas semi-estruturadas para conhecer o perfil das famílias atendidas no Programa Bolsa Família, com questões que abordaram dados sobre vacinas, composição familiar e suas relações, noções de higiene e saúde, situação habitacional;
- b) pesquisa bibliográfica;
- c) análise de dados;
- d) reuniões com lideranças comunitárias;
- e) reuniões em grupos com os beneficiários do Programa Bolsa Família;
- f) atendimentos individuais.

RESULTADOS

Aumento na demanda no planejamento familiar, na vacinação; maior participação nas ações educativas; maior número

de preventivos de câncer de colo uterino; introdução de parcerias com a rede social dos bairros; ampliação da visão de saúde; facilidade de acesso aos serviços de clínica médica, ginecologia, pediatria e odontologia; atenção integral aos usuários, trabalho interdisciplinar e agilidade no processo de trabalho devido à organização da demanda.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Em momentos de discussões sobre a organização das ações educativas foi percebido e identificado que a população beneficiária do Programa Bolsa Família era a população de “risco” do território de nossa abrangência. Com esta visão, a equipe passou a entender o Programa Bolsa Família como uma das “portas de entrada” para os outros programas de Educação em Saúde desenvolvidos na Unidade de Saúde, realizando ações conjuntas. No início foi encontrada certa resistência por parte da equipe, pois este trabalho não era habitual. Foi necessário enfrentar muitos problemas como: falta de profissionais, espaço físico deficiente, falta de organização na referência e contra referência para atender as demandas, material educativo precário. Mas tendo como ponto positivo a disponibilidade e empenho de alguns profissionais.

Parte dos problemas foram sanados através de acordos e contratos com a comunidade, instituições formadoras e reuniões com a equipe, para que rotinas cristalizadas fossem desconstruídas e que passassem a entender a necessidade da atenção integral proporcionando inicialmente facilidade no acesso ao serviço.

A população ainda está com dificuldade de entender e aceitar algumas mudanças, como por exemplo a demanda organizada para agendamento de usuários cadastrados nos programas de atenção básica do Ministério da Saúde.

Com as atividades do Programa Bolsa Família fomos buscando a integralidade das ações na atenção básica, partindo das demandas geradas tanto pelos trabalhadores da saúde quanto pela população atendida. Conseguimos atravessar muitas barreiras, mas ainda existe um caminho a ser percorrido,



principalmente porque temos questões que extrapolam nosso nível de governabilidade.

CONCLUSÃO

Notou-se um compromisso maior em ambas as partes, usuários e profissionais de saúde, quanto à necessidade de prevenção, promoção de saúde, controle de doenças e agravos, melhorando com isso a qualidade de vida da população a partir de maior conscientização quanto à higiene, à coleta de lixo, ao tratamento da água e ao controle de vetores. Também houve uma maior divulgação e acesso aos serviços de saúde, resultando numa interação com a comunidade local e a realização da intersetorialidade ao expandir as ações para o espaço externo da Unidade de Saúde com parcerias entre Escolas, Igrejas, Centros Comunitários, Centro de Controle de Zoonoses e outras Secretarias do Município. O entendimento de que as decisões devem ser tomadas não por uma pessoa, mas com o olhar de todos os atores envolvidos, tornado assim possível o processo de mudança. As pessoas começaram a entrar na "roda", sentindo que todos são importantes.



GESTÃO DO CUIDADO A FAMILIARES E PESSOAS COM FISSURA LÁBIO-PALATAL: A EXPERIÊNCIA DE RIBEIRÃO PRETO

Autor Principal: Cinira Magali Fortuna

Outros Autores: Ana Paula Silveira Gericó Speri

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Município: Ribeirão Preto

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

A fissura lábio-palatal é uma malformação congênita que representa as mais comuns deformidades crânio faciais. É uma alteração clinicamente variável podendo envolver lábio, palato ou ambos, e segundo Spina (1972) classificadas em 04 tipos: pré-forame, pós-forame, trans-forame e fissuras raras da face. As fissuras podem ser associadas a síndromes, e podem acarretar conseqüências estéticas, funcionais, emocionais e sociais; podemos citar: sucção não eficiente, refluxo nasal, engasgos, diminuição da função mastigatória, desnutrição, distúrbios articulatorios compensatórios, aumento da ressonância nasal (fala “fanhosa”), alteração na arcada dentária, perda auditiva, problemas respiratórios, escolares, isolamento e exclusão social, dificuldades de relacionamento, transtornos familiares, entre outros. Por todos esses aspectos faz-se premente o cuidado à criança com fissura lábio-palatal e seus familiares na perspectiva de uma atenção integral, interdisciplinar e de qualidade.

OBJETIVO

O presente trabalho relata a experiência de uma equipe em Ribeirão Preto apontando os limites e as potências para a gestão do cuidado a essas famílias.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência a respeito da gestão do cuidado a familiares e pessoas com fissura lábio-palatal. Também foram utilizados na análise 02 estudos científicos sobre o serviço em questão.

ALGUNS ESCLARECIMENTOS SOBRE O SERVIÇO

O Núcleo de Atenção ao Deficiente (NADEF) é um serviço da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP) e realiza atendimento ambulatorial a pessoas com fissura lábio-

palatal e/ou com deficiência auditiva, além do serviço de estimulação precoce a crianças de risco até 04 anos. A SMS-RP tem convênio de intercâmbio-técnico científico com o Hospital de Reabilitação de Anomalias Crânio - Faciais – USP (HRAC, Centrinho – Bauru).

O serviço possui otorrinolaringologia, odontologia e ortodontia, fonoaudiologia, fisioterapia e enfermagem. Realiza acolhimento, atendimento e orientação desde a maternidade, atendimento ambulatorial, avaliações, visitas domiciliares, hospitalares e institucionais, grupos de orientação a pais, atendimento a gestantes.

OS APRENDIZADOS COM AS VIVÊNCIAS

Com a implantação do serviço, alcançamos os seguintes resultados:

A- A criação de uma associação de pais e familiares que atuam em conjunto com a unidade, a qual vem se mobilizando para conquistar melhorias, onde podemos citar a manutenção do convênio com o Centrinho e a manutenção do transporte para aquele hospital, a realização de passeios, festas, grupo de artesanato, entre outros.

B- A diminuição das complicações decorrentes da fissura: embora isso não esteja quantificado, percebemos que o cuidado iniciado precocemente, melhora a qualidade da fala “fanhosa”, dos problemas de perda auditiva, dificuldades escolares, de socialização, etc.

C- Também observamos uma diminuição do tempo cirúrgico: antes do serviço, era feito tardiamente (queiloplastia por volta de 08 meses e palatoplastia entre 18 e 24 meses). Hoje as crianças são operadas no tempo recomendado pela literatura (03 meses e 12 meses).

D- Dois estudos realizados por não profissionais do serviço em dissertação de mestrado e monografia de conclusão do curso, apontam para estreito vínculo entre trabalhadores e familiares, o que auxilia a família a adaptar-se de maneira menos traumática a possível situação. Araruna (2000) realizou entrevistas com os pais e crianças concluindo que os trabalhadores desse serviço possuem



características comuns como: afetividade, carisma e a visão de transformar sonhos em realidade. Bérnago (2005) identifica através de entrevista com trabalhadores as preocupações em acolher, realizar atendimentos terapêuticos e ações preventivas, inserir e integrar pessoas com fissura no ambiente familiar, no mercado de trabalho e sociedade.

análise coletiva do processo de trabalho na perspectiva de educação permanente. Outra perspectiva é a adoção do gerenciamento de caso adscrito a trabalhadores específicos e de investimento em supervisão externa.

DIFICULDADES DA EQUIPE E SUAS FISSURAS

A- Partimos do pressuposto que a equipe é um processo em permanente construção- desconstrução (Fortuna, 2003) e que se constitui equipe à medida que opera a tarefa a que se propõe (Bleger, 1991). A equipe apresenta-se marcada pela divisão técnica e social do trabalho e pela hiper especialização, o que torna a sua construção um permanente desafio.

B- A Gestão participativa é um limite para a equipe atualmente compreender e participar das reuniões do colegiado de gestão, aceitar as medidas de controle adotadas pela SMS-RP no que diz respeito a produtividade, ao controle de horas, formatação das agendas (a nível central) entre outras ações que nem sempre levam em conta a necessidade da clientela.

C- A localização do NadeF é um dificultador pois fica em área distante do centro da cidade, e isto faz com que os usuários normalmente necessitem de duas conduções para chegarem ao serviço, desfavorecendo o acesso.

POTÊNCIAS FRENTE AO CUIDADO

Destacamos os seguintes aspectos:

A- A articulação intersetorial com as maternidades, centros de diagnósticos e imagens, o que permite uma rápida inclusão no serviço e seguimento; bem como com creches, escolas, conselhos tutelares, igrejas, etc.

B- A adesão dos trabalhadores a atividades com potência para ampliar a clínica como visitas domiciliares, grupos de terapêuticos e atividades de recreação que podem produzir cuidados.

C- A construção de vínculo entre os trabalhadores e usuários que proporcionam responsabilização e humanização da assistência visando a autonomia das pessoas com fissura e seus familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que a equipe vem conseguindo operacionalizar diretrizes do SUS como integralidade, equidade, produção de acesso, participação popular, humanização, intersetorialidade, entre outros. A gestão do cuidado pode ainda avançar mediante enfrentamento dos conflitos da equipe através de

AMBIENTE SAUDÁVEL E SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor Principal: Cinthia Regina Molina

Outros Autores: Ricardo Dmetruk

Instituição: Núcleo de Saúde Da Família IV do CSE.FMRP/USP

Município: Ribeirão Preto

Estado: São Paulo

O Núcleo de Saúde da Família IV (NSF IV) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) atua seguindo as diretrizes do Programa de Saúde de Família, atendendo a comunidade e contribuindo na formação de médicos residentes em Medicina de família e Comunidade, além de alunos de graduação e pós-graduação dos cursos do Campus da USP. Uma das particularidades do NSF IV é a presença da Favela do Monte Alegre onde vivem cerca de 400 famílias, com baixa renda mensal e várias necessidades de saúde levantadas a partir do trabalho dos agentes comunitários de saúde. Uma das ações propostas pelo NSF IV foi à realização de grupos na comunidade, surgindo então, em agosto de 2004 o Grupo de Quarteirão, com encontros semanais, realizados nas casas dos moradores com discussão de temas como saúde, educação escolar, discriminação, preconceitos, inclusão social e, enfim o desejo de urbanização da favela. Com os mesmos objetivos, em setembro de 2004, a ONG Vivacidade começou a acompanhar esse Grupo de Quarteirão; ela foi fundada em 1999 por um grupo de estudantes de arquitetura e urbanismo que atuam na defesa do Patrimônio Cultural, do Meio Ambiente e da Qualidade de Vida do Ser Humano.

Dessa parceria (NSF IV, comunidade e ONG Vivacidade) foram desenvolvidas atividades que tinham o propósito de melhorar a qualidade de vida dos moradores, sua auto-estima, além de promover sua capacitação na resolução de seus próprios problemas.

Para reconhecer a área, em janeiro de 2005, foi realizada uma caminhada, onde se identificou falta de infra-estrutura, lixo acumulado, entulhos, esgoto a céu aberto, ausência de áreas de lazer e espaços de convivência. A partir dessa realidade foram organizados alguns mutirões como o da Limpeza e do Piso. Eles promoveram a

retirada do lixo, a instalação de caçambas para a posterior coleta, limpeza e o calçamento da igreja e da quadra de esportes.

Em março de 2005, em sintonia com as propostas do Grupo de Quarteirão, aproximadamente 100 estudantes de Arquitetura e Urbanismo, durante o Encontro Regional do Estado de São Paulo (EREA) realizaram oficinas culturais, criação de um projeto paisagístico com reforma da área de lazer, construção de bancos, mesas, luminárias e brinquedos infantis, além de pintura da quadra, promovendo uma integração da comunidade com serviços de saúde, instituições sociais e de ensino.

Essas ações fazem parte do Projeto de Urbanização da Favela construído pela comunidade, equipe de saúde do NSF IV e a ONG Vivacidade. O projeto está concluído, com os custos calculados, as famílias estão sendo cadastradas e as partes interessadas estão em fase de negociação com outros setores públicos como a secretaria de planejamento, departamento de água e esgoto, companhia de força e luz, promotora pública, entre outros. Outras parcerias estão sendo propostas, como a com o SEBRAE, com o intuito de criar uma cooperativa dos catadores de lixo reciclável, estimulando a autonomia e organização dos trabalhadores.

O processo de trabalho com as famílias residentes nesta área tem nos revelado as particularidades deste grupo, gerando dificuldades e potencialidades.

Identificamos que a cultura individualista e paternalista obscura a visão coletiva e abre precedente para o aparecimento de projetos individuais. Tendo claro essas questões, tentamos estimular a participação comunitária e a adesão. Isso levou o grupo a entender e a defender um único ideal. Vivendo este grupo puderam exercitar a comunicação produtiva e após seu próprio reconhecimento conseguiram a adesão de outros setores da sociedade.





CONSTRUINDO PARCERIA E ESTREITANDO LAÇOS – A EXPERIÊNCIA DE INTEGRAÇÃO DAS ESM E ESF DO CENTRO DE SAÚDE SÃO PAULO

Autor principal: Cíntia Efigênia Pereira Pires

Outros Autores: Mônica Crespo Pimentel; Elizabeth das Dores Silveira; Ana Marta Lobosque

Instituição: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte - Centro de Saúde São Paulo

Município: Belo Horizonte

Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO

O Centro de Saúde São Paulo é um equipamento da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte responsável pelo atendimento, em saúde mental, de uma população de aproximadamente 43.770 habitantes, correspondente à população do próprio Centro de Saúde São Paulo, Centro de Saúde Padre Fernando de Melo e Centro de Saúde Maria Goretti.

A Equipe de Saúde Mental lotada no C.S.S.P é composta por 01 psiquiatra, 02 psicólogas e 01 assistente social. O trabalho desenvolvido pelo Centro de Saúde São Paulo, ao longo dos dois últimos anos, foi reflexo de uma ação participativa, solidária e sem vaidades. Fruto da colaboração entre os diversos profissionais, desde a recepção, passando pela ESF - Equipe de Saúde da Família (Enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde) e profissionais da ESM (Psicólogas, psiquiatra e assistente social).

JUSTIFICATIVA – INDICADORES DISPONÍVEIS PARA CARACTERIZAR A SITUAÇÃO DE BASE

- Rotatividade de profissional psiquiatra.
- Agenda caracterizada por atendimento de pacientes deprimidos sem configurar uma psicose ou neurose grave.
- Dificuldade de agendamento rápido na psiquiatria para os egressos de Hospital Psiquiátrico e Cersam.
- Nenhuma ou pouca interlocução com as ESF.
- Desconhecimento e/ou desapropriação dos pacientes graves da saúde mental pelas ESF.
- Dificuldade das ESF em conduzir os casos leves de sofrimento mental.
- Medicalização acentuada dos pacientes sem critério ou projeto terapêutico.
- Espaços de convívio incipientes.

OBJETIVOS

- Reorganizar o serviço de atendimento ao portador de sofrimento mental.

- Direcionar mais recursos para quem mais necessita.
- Garantir a segurança e adesão dos pacientes ao tratamento.
- Melhorar a interlocução da ESM e ESF.

METODOLOGIA DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO/ ESTRATÉGIAS DA EXPERIÊNCIA OU PROJETO E RECURSOS EMPREGADOS

- Realização de reuniões com as ESF para apresentação da ESM e discussão do projeto Assistencial (Desinstitucionalização; priorização de psicóticos e neuróticos graves).
- Definição de pactos: Garantia de retaguarda clínica pela ESM para os casos acompanhados pela ESF. Compromisso das ESF em assumir o paciente, escutá-lo e tentar estabelecer uma conduta terapêutica.
- Definição de fluxo de encaminhamentos: O acolhimento de todo paciente é feito pela ESF. Os casos são discutidos por telefone ou nas reuniões mensais das ESM e ESF. O paciente pode ser encaminhado para o profissional de referência da ESM com horário e dia marcados, conforme premência do caso. Quando o paciente se encontra estabilizado, ele é contra referenciado pela ESM para acompanhamento da ESF, sempre com relatório médico, orientação psicofarmacológica e clínica.
- Construção de outros espaços terapêuticos para abordagem das neuroses "leves" – "Tardes Culturais". Trata-se de um espaço lúdico para compartilhar experiências.

RESULTADOS E IMPACTOS OBTIDOS COM RESPECTIVOS INDICADORES (COMPARADOS COM A SITUAÇÃO DE BASE)

- Diminuição do número de pacientes não agendados.
- Diminuição do número de pacientes não acompanhados.
- Diminuição da prescrição indiscriminada de benzodiazepínicos.
- Apropriação do paciente portador de sofrimento mental pelas ESF.
- Melhor interlocução da ESM e ESF.



- Maior segurança das ESF em conduzir os casos.

PROBLEMAS ENFRENTADOS

- As ESF não estavam habituadas a assumirem os pacientes portadores de sofrimento Mental.
- Grande demanda reprimida de usuários com necessidade de acompanhamento em saúde mental.
- Pressão dos usuários para obtenção de receita de benzodiazepínicos e antidepressivos.
- Dificuldade para compatibilizar os horários das ESM e ESF.

ASPECTOS FACILITADORES

- Desejo da equipe de inverter a lógica existente.
- Disponibilidade da ESM em discutir casos e orientar a conduta terapêutica.
- Disposição e motivação da equipe em trabalhar em parceria.
- Disposição das gerências dos Centros de Saúde de referência em assumir o problema e buscar solução.
- ESF aberta para discussão.
- Estabilidade no quadro de profissionais médicos das ESF e psiquiatria.

DESAFIOS

- Garantir a composição do quadro de psiquiatra e médicos generalistas.
- Desencadear grupos de atividades alternativas que atenda os casos mais "leves" pelas ESF e dar continuidades às Tardes Culturais.
- Diminuir a medicalização do sofrimento.



A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA GESTÃO EM SAÚDE A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇOS DE SAÚDE

Autor principal: Claci Fatima Weirich

Outros Autores: Denize Boutellet Munari; Ana Lúcia Queiroz Bezerra; Marcelo Medeiros

Instituição: Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás

Município: Goiânia

Estado: Goiás

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento da competência do enfermeiro para a ação gerencial, constitui-se em uma tarefa complexa, considerando a tendência da formação desses profissionais, na maioria das escolas, cujo foco está mais voltado para o desenvolvimento técnico. As mudanças ocorridas atualmente no contexto do processo de trabalho em saúde, exigem o desenvolvimento de habilidades no campo das relações humanas, aspecto importante especialmente se considerarmos a dimensão do trabalho gerencial do enfermeiro, habilidades estas que estão diretamente relacionadas à introdução de novas tecnologias e formas de organização do trabalho, que têm como referências doutrinárias a Reforma Sanitária e como estratégias de reordenação setorial e institucional o Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, temos acompanhado no nosso cotidiano de trabalho, no ensino e na assistência, discussões sobre a eficiência e a eficácia dos serviços públicos de saúde, que essa temática têm sido foro de inúmeras críticas e questionamentos, em função da pouca resolutividade, particularmente, no contexto da saúde pública, sinalizando que o modelo de gestão do trabalho parece não atender às necessidades sociais da população. Sendo assim o modelo competente de gestão de pessoas para a atualidade deverá orientar a formação de recursos humanos para intervenções capazes de solucionar problemas, enfrentar desafios e apresentar resultados, deve ainda considerar a força intelectual, a valorização de idéias, de comunicação, de inovação e de resultados esperados.

OBJETIVO

Nesta perspectiva, o presente trabalho tem como objetivo compartilhar uma experiência docente assistencial da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás de integração da Instituição de Ensino Superior com Serviço Público de Saúde do Município de Firminópolis-GO, no processo de formação do enfermeiro para o desempenho do papel de gestor

nos serviços de saúde, principalmente na atenção básica à saúde com vistas ao fortalecimento do SUS.

METODOLOGIA

Desenvolvemos nestes últimos seis anos atividade de supervisão e orientação de alunos do último ano do curso de graduação em Enfermagem no Município de Firminópolis- Goiás, através de um convênio firmado entre a Secretaria de Saúde deste Município e a Universidade Federal de Goiás (UFG). Os alunos são escalados mensalmente e permanecem durante 30 dias no campus avançado da UFG no Município de Firminópolis-GO, com acompanhamento de enfermeiros preceptores daquele Município. Os alunos desenvolvem ações assistenciais nas Unidades Básicas de Saúde, mas tem como principal proposta de trabalho neste Município a articulação entre conhecimentos adquiridos nas disciplinas do curso com o desenvolvimento de atividades de competência gerencial do enfermeiro junto à equipes de saúde e os usuários. A proposta de trabalho dos alunos é construída em conformidade com as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem no tocante as competências gerenciais esperadas para o profissional que deseja manter sua empregabilidade no Século XXI, assim como, atender os princípios universais do SUS, que espera respostas às necessidades concretas da população, na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços.

RESULTADOS

Os alunos realizaram na rede básica de saúde de Firminópolis ações de saúde nos programas do Ministério da Saúde oferecidos a população, especialmente os referentes às doenças crônicas-degenerativas, à mulher, a criança/adolescente, ao idoso e a família. Desenvolveram projetos de educação em saúde com escolares, pais e professores, trabalharam com educação em saúde para grupos da comunidade e educação em saúde na Rádio local.



Todas as ações têm como eixo norteador a gestão e organização dos serviços de saúde, estimulando ainda a educação permanente aos funcionários da rede básica de saúde. Os resultados deste trabalho que estamos desenvolvendo nestes últimos seis anos, têm sido extremamente relevantes para a prática docente, na aprendizagem do aluno, para os enfermeiros e para os serviços de saúde do Município onde desenvolvemos nossas atividades. Mas o que percebemos de mais impactante nesta experiência é a qualidade da assistência oferecida aos usuários, resultado esse manifestado pela própria população exigindo dos gestores locais a permanência dos acadêmicos no Município e a manutenção do convênio com a Universidade Federal de Goiás. Entendemos, portanto que este momento deve ser uma possibilidade de repensar a prática e as relações de trabalho, na tentativa de rompimento com o atual modelo (biologicista), e na construção coletiva de uma alternativa de gestão participativa com socialização do saber técnico, do planejamento, execução, avaliação e organização coletiva da gestão em saúde, bem como desenvolvimento de habilidades nas relações humanas no trabalho gerencial do enfermeiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na área de saúde as discussões priorizam a busca de melhoria nos modelos de gestão e na política de recursos humanos, orientadas para os clientes (internos e externos), visando o aperfeiçoamento do desempenho das instituições prestadoras desses serviços, quer seja na esfera pública ou privada. Tais mudanças devem ocorrer principalmente em nível de formação dos profissionais de saúde, ou seja, nas Universidades, onde acontece o processo de sensibilização do profissional para o trabalho na área. É fundamental a revisão sobre quais competências pretendemos para esses profissionais, quais conhecimentos, habilidades e atitudes são necessárias para a formação de profissionais comprometidos com o processo de gestão.



O TEATRO COMO TRANSFORMADOR DAS RELAÇÕES - PROPOSTA DE GESTÃO NA SAÚDE

Autor principal: Cláudia de Negreiros Magnus

Outros Autores: Paulo Cesar Estaitt Garcia; Denise Soares Bastos

Instituição: Hospital Sanatório Partenon

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

Em 2002 foi constituído o projeto Qualidade de Vida no Trabalho para os servidores do Hospital Sanatório Partenon, entidade pública da Secretaria da Saúde do Estado do RS, que desenvolve ações de promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e ensino e pesquisa no campo das doenças infecto-contagiosas, em particular a Tuberculose e a Aids.

A grande maioria dos pacientes atendidos no hospital é de pessoas que apresentam problemas sociais, educacionais, familiares, com baixo poder aquisitivo, sendo alguns moradores de rua, presidiários e profissionais do sexo e, em grande parte, usuários de drogas. Em função desse quadro, a instituição apresenta dificuldade com a adesão ao tratamento dos usuários atendidos tanto no âmbito hospitalar como ambulatorial.

Para qualificar os funcionários no atendimento a essa clientela, foi criado, como parte do projeto, o Grupo de Teatro Cruz de Lorena, formado exclusivamente por funcionários, que dedicam parte do seu tempo (dentro e fora da jornada de trabalho) para apresentar, voluntariamente, esquetes teatrais, quer seja no âmbito do hospital e ambulatório - para os próprios funcionários e usuários - seja em outras instituições e eventos públicos.

JUSTIFICATIVA

Para minimizar o estresse gerado em função dos processos de trabalho e do perfil do público atendido, foi criado o Grupo Teatral, com a missão de proporcionar cultura, informação e entretenimento ao público interno (servidores e pacientes) e externo do Hospital (usuários e comunidade), contribuindo, assim, para a melhoria de sua qualidade de vida e conseqüentemente na qualificação do atendimento ao usuário. Além disso, a prática teatral possibilita aos servidores um espaço de troca e integração, construindo coletivamente uma gestão mais humanizada.

A divulgação de informações sobre saúde junto aos servidores e à comunidade, por meio de instrumentos não formais, tais como o teatro, permitindo hábitos e práticas saudáveis, é uma das razões do presente projeto, que se justifica em razão da

carência de meios eficazes de troca de informações entre os serviços públicos e a comunidade.

OBJETIVOS

Através da prática do teatro com os trabalhadores do hospital, objetiva-se realizar um trabalho educativo e lúdico abordando temas relacionados à saúde e à prevenção e tratamento de doenças como Tuberculose, Aids, dentre outras, que são questões de interesse social e de saúde pública. Além do trabalho interno com os funcionários, o projeto visa também proporcionar informações básicas sobre saúde e prevenção de doenças junto à





comunidade, por meio de apresentações dentro e fora do espaço institucional.

METODOLOGIA

São realizadas sistematicamente reuniões para que o grupo selecione temáticas de apresentações, a partir da demanda do próprio grupo e dos demais servidores. A partir daí, parte-se para a observação e pesquisa do assunto selecionado, para então a montagem do texto. As tarefas e os personagens são distribuídos de acordo com o desejo, identificação ou habilidades específicas das pessoas envolvidas. As datas de ensaio são negociadas e planejadas previamente com os participantes e suas respectivas chefias, para então ocorrer a divulgação e a apresentação. Após, são realizadas análises da performance individual e grupal, trabalhando o senso crítico e feedback assertivo entre os componentes.

PRODUTOS – ATIVIDADES REALIZADAS/ RESULTADOS

Foram realizadas cerca de 35 apresentações, com temáticas diversas que abordam questões do relacionamento humano e suas implicações, em diferentes ocasiões, tais como: Dia do Servidor Público, Dia da Criança, Natal, Dia do Trabalho, Páscoa, Aniversário do hospital, Dia mundial da luta contra a tuberculose, entre outras. Além das apresentações internas, foram feitas encenações em instituições públicas e de ensino e em associações comunitárias. O trabalho também é divulgado na mídia local.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O grupo identifica a ação terapêutica desse trabalho refletida na melhoria da qualificação das relações internas, uma vez que os temas das esquetes são criados pelo grupo e estabelecem uma conexão com a realidade do trabalho na instituição, estimulando a visão crítica de forma catártica. Os componentes demonstram melhoria no senso de humor, flexibilidade, além de comprometimento com a instituição e com a comunidade.

Como facilidades, podem ser apontadas a existência de um teatro antigo dentro da instituição que possibilita ensaios e apresentações e o desejo dos componentes de operacionalizarem projetos cênicos. Como dificuldades, podem ser referidas a falta de recursos financeiros, que inviabiliza a compra de figurinos, material para cenário, maquiagem, iluminação e sistema de som adequado, e a própria cultura hospitalar fragmentada e rígida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de reconhecimento do sujeito no trabalho é defendida por *Dejours* (1994) como forma de prevenir a constituição de doenças físicas e emocionais. Esse reconhecimento é obtido pelos componentes do grupo através do aplauso e dos resultados percebidos nas relações de trabalho. O que acontece, em última análise, é uma experiência de aumento e resgate da auto-estima destes servidores, que não haviam internamente experimentado ser o foco das atenções. Ser reconhecido pelos pares possibilita um ganho pessoal que se reflete nas questões comportamentais do sujeito no ambiente de trabalho, mas que se estende a todos na instituição, buscando torná-los mais sensíveis e flexíveis às novas demandas da gestão pública; dentre elas, a de produzir compromissos ou hábitos que o próprio servidor deve assumir para si mesmo, no sentido de auto-reflexão e polimento da sua essência humana, para qualificá-lo no seu grande compromisso social com a comunidade- questões estratégicas para o desenvolvimento de uma gestão voltada para a potencialização da força humana no trabalho.



TECENDO A CIDADANIA

Autor principal: Claudia Mara Pedrosa

Outros Autores: Antonio Eduardo Almagro ; Joslene Andrade Maranhá

Instituição: Secretaria Municipal de Saude de Serra Azul

Município: Ribeirão Preto

Estado: São Paulo

Para produzir mudanças de práticas de gestão, de atenção e de controle social é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las e construir novos pactos de organização do sistema, de convivência e de práticas que aproximem o SUS dos princípios da reforma sanitária, da atenção integral e da qualidade. Norteada pela estratégia da Educação Permanente em Saúde a Secretaria Municipal de Saúde de Serra Azul tem construído novo modelo de gestão onde os pactos para a reorganização da atenção e do controle social são construídos coletivamente, e o projeto Tecendo a Cidadania é fruto de uma dessas ações.

O município onde está desenvolvido o projeto fica situado no interior de São Paulo a 40 quilômetros de distância de Ribeirão Preto, tem população estimada segundo o Censo IBGE de 2002 de 7.448 pessoas residentes, sendo que deste total 3.781 são de homens e 3.667 mulheres, a economia local da cidade está sustentada pela cultura do setor sucro-alcooleiro, anualmente na época da safra da cana, ocorre um inchaço populacional - são migrantes oriundos do norte do Brasil que se instalam na cidade para trabalhar no corte da cana-de-açúcar, e muitas vezes chegam acompanhados de familiares. Essa população não está oficialmente registrada no censo e isso gera grande impacto nos serviços públicos, principalmente no setor saúde.

A cultura do setor sucro-alcooleiro emprega portanto, a maior parte dos moradores, com médias salariais abaixo do salário mínimo. Especificamente no caso das mulheres a situação crítica, a única possibilidade de trabalho remunerado é na colheita de cana de açúcar, que é sazonal, ou seja, o trabalho é circunscrito há alguns meses no ano, e os salários dependem da produtividade diária e são sempre menores que os salários masculinos.

No Serviço de Saúde, através de ações do Setor de Psicologia e do Programa de Saúde da Família, foram levantados, durante o ano de 2004 alta incidência de violência contra a mulher, entre as usuárias dos serviços de saúde. Neste estudo encontramos que de 184 mulheres, com idade entre 15 a 79 anos, encaminhadas ao serviço de Psicologia, no ano de 2004: 60% relataram já terem passado pelo menos uma vez na vida por violência psicológica e 43% relataram ter sofrido ou estarem sofrendo violência física. No tocante a violência sexual, o índice foi de 18%, onde o autor da agressão era o companheiro/ marido ou namorado (Pedrosa,

2004). A situação das mulheres no mercado de trabalho também foi outro item investigado neste levantamento. Das 184 mulheres entrevistadas, 57% relataram que estavam desempregadas, sem nenhum tipo de rendimento, no momento da entrevista.

Diante desse desafio para o setor saúde ficou evidente a necessidade de desenvolver um trabalho de formação de Redes de Apoio Social, que podem ser compreendidas como estratégias de saúde pública, de promoção da saúde onde criam-se mecanismos de redução das vulnerabilidades e trazem ganhos secundários como a criação de novos laços de amizades, iniciativas de renda, atividades artísticas entre outros. A construção das redes de relações produtoras de saúde auxiliam também no empoderamento das mulheres e conseqüentemente no fortalecimento do controle social.

Assim em janeiro de 2005 foi implantado pela Secretaria Municipal de Saúde o Projeto Tecendo a Cidadania com o objetivo de se configurar uma Rede de Apoio Social e criar um espaço de encontro e de diálogo para mulheres que estavam passando por situações de violência, e vulnerabilidade social. A idéia foi facilitar a vivência da experiência grupal, as trocas e a criação de um espaço para a discussão das dificuldades no âmbito familiar, possibilitando a desconstrução de práticas discursivas de submissão e opressão e a construção coletiva de práticas discursivas sobre o papel da mulher na sociedade e na família. Desde o início havia também a necessidade de criar estratégias de promoção de saúde e geração de renda, não só como dispositivo de articulação grupal, mas também para facilitar o processo de construção da integralidade de saúde, do enfrentamento da pobreza, fortalecimento da auto-estima das mulheres e provocar mudanças concretas nas relações de gênero. Assim o grupo foi organizado em torno de uma tarefa comum que estimula a integração, a cooperação e a expressão da criatividade onde se produz artesanato- oficinas de papel reciclado e costura de retalhos coloridos para construção de peças artesanais(fuxico).

Utilizamos como metodologia para o planejamento, estruturação e implantação do projeto os dados quantitativos e qualitativos dos serviços de saúde que identificavam os problemas de saúde individuais e coletivos da população, no caso, a alta incidência de violência de gênero e seus agravantes a saúde das mulheres e a exclusão da população feminina nos espaços de controle social. O convite para participar do Projeto Tecendo a



Cidadania é feita as mulheres que passam pelos serviços de saúde e são identificadas (pelos profissionais da rede que foram previamente capacitados) como estando em condições de vulnerabilidade social e risco. A participação não está limitada a usuárias do SUS, são também distribuídos cartazes pela cidade convidando mulheres da comunidade em geral para comparecer. As vagas não são limitadas e o grupo comporta a presença de 50 mulheres. As atividades do grupo acontecem duas vezes na semana, coordenado pela Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde e apresentam uma média de participação de 25 mulheres.

Os primeiros resultados encontrados demonstram transformações nas relações das mulheres, não somente com seus companheiros, mas também nas relações com os filhos, a família extensa e outros espaços sociais, como serviços de saúde. O trabalho coletivo e as discussões grupais tem possibilitado as mulheres repensar as posições e os papéis que elas tem desempenhado na sociedade ao longo do tempo e vislumbrar novos modos de se posicionar e viver. Os produtos confeccionados pelo grupo são vendidos e a renda revertida para a artesã, o que tem possibilitado as atividades de geração de renda. Dessa maneira, consideramos que o projeto tem conseguido realizar o cuidado integral a saúde através da composição de novas práticas e saberes entre profissionais e a população.



OUVIDORIA-SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO - S.A.U.

Autor principal: Claudia Marcela Fazenda

Outros Autores: Marlene Zucoli; Ogle Beatriz Bach; Joelma Teixeira Borean

Instituição: Cismepar-Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio

Paranapanema

Município: Londrina

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO

A Ouvidoria - Serviço de Atendimento ao Usuário - S.A.U., foi criado e implantado no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema – Cismepar, no mês de junho de 2003.

Foi apresentado durante seu primeiro ano de implantação, para Secretários Municipais de Saúde, Diretores Presidentes de Consórcios / Administradores de Consórcios do Paraná. (2004) e consultoria técnica da Ouvidoria Geral do SUS, Enf^a. Luciana Bordinoski (2004).

Surgiu da necessidade do estabelecimento de um canal de comunicação e interação entre usuário e instituição de saúde.

JUSTIFICATIVA

Trata-se de um importante instrumento dentro da proposta de Humanização do Atendimento e é considerado como um dos instrumentos de regulação da qualidade dos serviços prestados atendendo orientações do Ministério da Saúde.

OBJETIVOS

Prima pela divulgação a respeito do funcionamento do Sistema Único de Saúde, em especial para os usuários do Cismepar-Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema, buscando contribuir no equilíbrio e qualidade da relação usuário – serviços – funcionários da área da saúde, sendo um canal de comunicação, interação e integração entre as partes.

Visa contribuir com a construção da autonomia do usuário SUS dentro dos serviços, bem como divulgar os direitos e deveres entre prestadores e usuários do sistema. Oferecer acolhimento humanizado usando como instrumental a educação continuada.

METODOLOGIA

Temas voltados à reestruturação do funcionamento geral do Cismepar assim como a Humanização das Relações Interpessoais dos e dos serviços prestados, foram debatidos e avaliados, durante reuniões do grupo que compõe o Colegiado Diretor e também ao longo da realização de Oficinas de Sensibilização e Humanização, no segundo semestre do ano de 2003. Dentre os temas avaliados, 4 eixos de atuação foram eleitos como temas centrais de atuação:

*Garantia de acesso dos Usuários SUS aos serviços de saúde com equidade;

*Humanização do Atendimento;

*Maior Resolutividade na Assistência;

*Aperfeiçoamento da gestão.

O tema deste trabalho está contido no segundo eixo: Humanização do Atendimento.

A implantação da Ouvidoria e o Serviço de Atendimento ao Usuário nascem como uma resposta concreta, elaborada e exercida coletivamente.

RESULTADOS OBTIDOS

A Ouvidoria – Serviço de Atendimento ao Usuário, conquistou estabilidade dentro do serviço a que se propôs, ganhando reconhecimento externo ao serviço de origem. Atendeu desde sua criação, em torno de 250 casos.

FACILIDADES E DIFICULDADES

Como facilidades, podemos dizer que fatos diagnosticados e políticas construídas coletivamente recebem maior aceitação, portanto isso facilita em muito o processo de implantação. E como dificuldades, o risco de subestimar ou superestimar o poder de avaliação do serviço implantado, por conta das diversidades diárias ou outros motivos.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Ouvidoria – Serviço de Atendimento ao Usuário do Consórcio Intermunicipal de Saúde, está calcado nos princípios norteadores do SUS. Revelou-se uma prática de gestão humanizada em constante crescimento pautada num processo de avaliação cuidadoso que nos possibilita tranquilamente inseri-la no plano de apresentação proposto no Eixo Temático 2 - Gestão do Cuidado em Saúde, da Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão do SUS.



"A VISÃO DO OUTRO LADO"

Autor principal: Cláudia Márcia Lima da Costa

Outros Autores: Elaine Leal

Instituição: Hospital Universitário João de Barros Barreto - Pediatria

Município: Belém

Estado: Pará

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O processo de hospitalização causa no indivíduo uma quebra na sua rotina de vida, ou seja, novos hábitos, regras e normas são incorporadas, contribuindo para a desestruturação – física, social e cultural – que se estabelece após a internação.

O hospital tem como pressuposto a assistência à saúde do homem, não devendo desconsiderá-lo enquanto ser único, detentor de um saber que é seu – próprio da sua subjetividade. Valorizar esta idiosincrasia é valorizar a condição de “ser” e de “estar” deste homem no mundo, com suas capacidades e limitações, sendo esta última mais identificada no processo de hospitalização. A criança hospitalizada, por exemplo, distancia-se de seu cotidiano familiar, escolar e de suas atividades lúdicas as quais são inerentes ao seu processo de desenvolvimento bio-psico-social. Considerando a realidade regional e o nível sócio-cultural do público atendido no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), entende-se o cotidiano infantil como um processo caracterizado pela liberdade, ou seja, brincadeiras de rua, contato direto com a natureza e pela peculiaridade do brincar, onde pedaços de madeiras e pedras são transformadas imaginariamente em brinquedos.

A fim de efetivar uma assistência mais humanizada no HUJBB, surgiu a idéia de construir estratégias que melhorassem a vivência do processo de internação na Clínica Pediátrica.

Segundo Pinheiro & Lopes (1993) para humanizar o ambiente é preciso desenvolver algumas características (estruturais e pessoais), revelando a individualidade de cada paciente.

Com o objetivo de garantir o processo de desenvolvimento global da criança, foi implantado no HUJBB, em novembro de 2001 o Projeto “A Visão do Outro Lado”, que consiste na realização de atividades sócio-culturais e lúdicas para as 44 crianças ocupantes dos leitos pediátricos do Hospital. Tal projeto é constituído por uma equipe multidisciplinar formada por médicos, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, nutricionista, enfermeiras, técnicas de enfermagem e fisioterapeutas.

OBJETIVOS

GERAL: Oportunizar um espaço de estímulos ao bom desenvolvimento bio-psico-social da criança hospitalizada

ESPECÍFICOS: minimizar os efeitos negativos do processo de hospitalização, possibilitar um espaço lúdico, criativo e reflexivo à criança, promover a socialização e interação da criança, acompanhante e equipe multiprofissional, favorecer à criança a percepção do hospital enquanto um local de possibilidades

METODOLOGIA

As atividades são realizadas tanto na área externa, como em locais fora do Hospital e constituem-se de: piqueniques, eventos em datas comemorativas (carnaval, páscoa, dia das mães, festa junina, dia da criança e Natal) e sessões de cinema (realizadas no auditório da Instituição) nos períodos chuvosos – característica fundamental desta região. Estas atividades são realizadas com a periodicidade de 01 mês, durante todo o ano.

RESULTADOS ALCANÇADOS

O Projeto possui quase 05 anos de execução e é extremamente gratificante analisar seus resultados através de observação sistemática e de relatos das mães e das próprias crianças. É importante ressaltar que este Projeto é amplamente divulgado e valorizado pela mídia local, com realizações de matérias apresentadas em diversos meios e canais de comunicação.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Embora conscientes das dificuldades estruturais e financeiras que perpassam as Instituições Públicas brasileiras, entendemos o Hospital como um espaço de múltiplas possibilidades, onde as crianças possam ser compreendidas como seres únicos, com potencialidades e necessidades, e principalmente como “crianças” que necessitam de um espaço de estímulos e cuidados que extrapolem os limites das enfermarias.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há uma saudação sul-africana - SAWABONA, que quer dizer: *“EU TE RESPEITO, EU TE VALORIZO, VOCÊ É IMPORTANTE PRA MIM”*, e como resposta as pessoas dizem: SHIKOBA *“ENTÃO, EU EXISTO PRA VOCÊ!”*. Todos os dias a equipe do Projeto “A visão do Outro Lado” diz, simbolicamente SAWABONA e felizmente, ouve, simbolicamente dos usuário e familiares SHIKOBA.



COALIZÃO ANTITUBERCULOSE: UMA EXPERIÊNCIA DE PARCERIA E COOPERAÇÃO DESENVOLVIDA NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE

Autor principal: Cláudia Santos Turco

Outros Autores: Ney Francisco Pinto Costa; Ivana Oliveira Lima;

Francisco Agostinho Azevedo

Instituição: BEMFAM - Bem Estar Familiar no Brasil

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

Este artigo consiste em uma apresentação da experiência da parceria Coalizão Antituberculose. Iniciada em 2003, com o intuito de fomentar uma ação de cooperação, mobilização e complementaridade entre três instâncias de governo (federal, estadual e municipal), a sociedade civil organizada e um organismo internacional, essa parceira foi proposta como um mecanismo de fortalecimento do combate da tuberculose em Pernambuco, especificamente na região metropolitana de Recife. Composta por Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, BEMFAM e USAID, a Coalizão Antituberculose vem desenvolvendo junto com as secretarias municipais de saúde nos municípios de Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes, Camaragibe, Paulista e Cabo de Santo Agostinho um plano de trabalho construindo coletivamente e de forma participativa.

De acordo com estimativas da OMS, o Brasil tem entre 100-130 mil casos novos de Tuberculose anualmente, dos quais somente 90-95 mil são notificados. Isso equivale a uma defasagem de 15-40 mil casos sem diagnóstico. Por outro lado, apenas 69-75% dos casos tratados são curados, em grande parte devido ao abandono de tratamento por cerca de 10-14% dos pacientes. Esses dados fazem com que o país seja considerado o 15º país em número absoluto de casos e 22º em incidência de novos casos de Tuberculose no mundo. Com uma taxa de detecção ultrapassando a meta de 70% dos casos em 2005, fixada pela OMS, o Brasil ainda enfrenta um grande desafio na implantação do tratamento supervisionado, em que a porcentagem da população coberta por serviços de DOTS, informada à OMS, passou de 7% em 2000 para 32% em 2001, 25% em 2002, atingindo 34% em 2003 e 52% em 2004. Em Pernambuco, especificamente, essa realidade não é muito diferente do panorama nacional. Os municípios da região metropolitana apresentam elevado número de casos notificados de tuberculose, em todas as formas da doença e altas taxas de abandono, conforme indicado no quadro abaixo,

a partir dos dados obtidos no SINAN pela Secretaria Estadual de Saúde:

Quadro 1: Total de casos novos de Tuberculose todas as formas, 2002 a 2005

Municípios da Parceria da Coalizão	2002	2003	2004	2005
Cabo de Santo Agostinho	95	112	96	104
Camaragibe	138	123	107	90
Jaboatão dos Guararapes	397	390	404	367
Olinda	275	305	341	266
Paulista	162	162	168	180
Recife	1372	1545	1695	1638
Total	2439	2637	2811	2645

Fonte: SINAN/SES/PE

Quadro 2: Resultados de tratamento dos pacientes com baciloscopia positiva, diagnosticados no período de março a junho de 2004.

Município	% Cura	% Abandono	% Óbito	% Encerrados
Cabo de Santo Agostinho	52,3	17,1	3,6	92,8
Camaragibe	54,2	5,6	3,7	74,8
Jaboatão dos Guararapes	61,4	8,0	3,3	89,2
Olinda	63,1	7,8	5,6	88,7
Paulista	72,1	8,2	1,4	89,1
Recife	52,3	11,8	4,9	85,7

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Esse quadro se torna mais crítico se for visualizada a cobertura das unidades de saúde com Programa de Tuberculose e tratamento supervisionado implantados nos municípios abrangidos pelo programa.

Quadro 3: Unidades de Saúde do Estado de Pernambuco que têm DOTS implantado.

Município	US	US e PCT implantada	%	US e PCT implantado + TS/DOTS	%
Cabo de Santo Agostinho	37	1	2,7	0	0,0
Camaragibe	38	38	100,0	13	34,2
Jaboatão dos Guararapes	43	25	58,1	1	4,0
Olinda	47	35	74,5	15	42,9
Paulista	41	30	73,2	0	0,0
Recife	127	96	75,6	28	28,2

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco / Setembro 2005

Diante desse contexto, as ações da parceria Coalizão Antituberculose vêm sendo realizadas, a fim de promover o controle da tuberculose em nível municipal e contribuir com o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) para a redução da prevalência da Tuberculose na área metropolitana do Recife. Essas ações vêm sendo implementadas a partir de uma metodologia participativa, em que foi utilizada a técnica de análise SWOT com o



estado e os municípios parceiros, de modo que refletissem e apresentassem seus pontos fortes e fracos (cenário interno), assim como as oportunidades e ameaças que percebem relativas ao ambiente externo. Este processo possibilitou à elaboração dos planos de ação do estado, dos municípios e da BEMFAM, que estão sendo executados atualmente, na segunda fase do Projeto Coalizão.

COALIZÃO ANTITUBERCULOSE: UMA EXPERIÊNCIA DE PARCERIA E COOPERAÇÃO DESENVOLVIDA NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE

Autores: TURCO, C. S.; COSTA, N. F. P.; LIMA, I. O.; AZEVEDO, F. A.
Instituição: BEMFAM – Bem Estar Familiar no Brasil

JUSTIFICATIVA:

Com uma taxa de detecção que ultrapassa a meta fixada pela OMS de 70% dos casos de tuberculose em 2006, o Brasil ainda enfrenta um grande desafio na implantação da estratégia do tratamento supervisionado, em que a porcentagem da população coberta por estes serviços, informada a OMS, passou de 7% em 2000 para 32% em 2001, 29% em 2002, atingindo 34% em 2003 e 50% em 2004. Em Pernambuco, especificamente, esse resultado não é muito diferente do panorama nacional. Os municípios da região metropolitana apresentam elevado número de casos notificados de tuberculose, em todas as formas da doença e altas taxas de abandono.

OBJETIVOS:

Promover o controle da tuberculose nos municípios de Cabo de Santo Agostinho, Carnaragibe, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista e Recife, contribuindo com o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) para a redução da prevalência da doença na área metropolitana do Recife.

METODOLOGIA:

Essas ações vêm sendo implementadas a partir das seguintes estratégias:

- Envolvimento e atuação conjunta do governo (Ministério da Saúde / Programa Nacional de Controle da Tuberculose, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco / Programa de Controle da Tuberculose e Secretarias de Saúde dos Municípios de Cabo de Santo Agostinho, Carnaragibe, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista e Recife), da sociedade civil (BEMFAM), da academia (Sociedade Pernambucana de Pneumologia e Tisiologia) e de organismos de financiamento internacionais (Lusaid).

- Metodologia participativa na construção de um Plano de Trabalho compartilhado, incluindo a técnica de análise SWOT, com a definição dos pontos fortes e fracos de cada parceiro e de suas possibilidades de cooperação no Projeto.

RESULTADOS:

A primeira etapa do Projeto, realizada em 2004/2005 concentrou resultados nas seguintes áreas: introdução da ficha de acompanhamento de tratamento supervisionado; revisão do SINAN-TB, com busca de dados em prontuários e livros prestos, resultando no fechamento de mais de 90% dos casos nos seis municípios da Coalizão; apoio à Semana de Combate à Tuberculose, com camisetas, folhetos e na mídia local; campanha de mídia com TV, rádio, jornais, carros de som, cartilhas, cartazes e folhetos, com aumento do número de baciloscopias de diagnóstico no período; treinamento de mais de 3.700 profissionais das equipes das Coordenações Estadual e Municipais de Controle da Tuberculose e profissionais de saúde em ações de expansão do tratamento supervisionado e sistemas de informação; 466 visitas de acompanhamento do Programa de Tuberculose às unidades de atendimento, em uma perspectiva de supervisão capacitante.

PERSPECTIVAS:

Em 2006, está sendo implementada a segunda etapa do Projeto Coalizão Antituberculose, com a adesão de todos os parceiros envolvidos na primeira etapa, a qual inclui ações referentes a: ampliação do número de unidades de saúde com tratamento supervisionado; continuidade das capacitações; reforço à supervisão do estado e dos municípios, incluindo capacitações, apoio em recursos humanos e transporte; apoio a laboratórios, incluindo recursos humanos (bancada e supervisão) e transporte de resultados e de amostras; apoio a atividades de mobilização social, do estado e de cada município; inclusão de avaliações trimestrais com participação de todos os membros da Coalizão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta parceria entre municípios e BEMFAM reafirma os princípios básicos do SUS de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Além de proporcionar melhoria na qualidade dos serviços, qualificação dos profissionais de saúde e fornecimento de insumos.



Os resultados dessa parceria têm contribuído para melhoria da qualidade do atendimento, para aperfeiçoamento dos sistemas de registros de informações, para capacitação de profissionais, além de implementar ações educativas de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, através de campanha de mídia. Na fase I do Projeto, realizado entre 2004 e meados de 2005, as seguintes foram implementadas: Introdução da ficha de acompanhamento de tratamento supervisionado; Revisão do SINAN-TB, com busca de dados em prontuários e livros prestos, resultando no fechamento de mais de 90% dos casos nos seis municípios da Coalizão; Apoio à Semana de Combate à Tuberculose, com camisetas, folhetos e na mídia local; Campanha de mídia com TV, rádio, jornais, carros de som, cartilhas, cartazes e folhetos; Treinamento de mais de 3.700 profissionais das equipes das Coordenações Estadual e Municipais de Controle da Tuberculose e profissionais de saúde em ações de expansão do tratamento supervisionado, baciloscopias, SINAN-TB

e SIL-TB; 456 visitas de acompanhamento do Programa de Tuberculose às unidades de atendimento, em uma perspectiva de supervisão capacitante; Disseminação de informações sobre TB em página web <http://www.coalizaotb.org.br>.

Dando continuidade a essa parceria, as seguintes ações serão implementadas em 2006: Ampliação das unidades de saúde com Tratamento supervisionado; Continuidade das capacitações; Reforço à supervisão do estado e dos municípios, incluindo capacitações, apoio em recursos humanos e transporte; Apoio a laboratórios, incluindo recursos humanos (bancada e supervisão) e transporte de resultados e de amostras; Apoio a atividades de mobilização social, do estado e de cada município; Inclusão de avaliações trimestrais com todos os membros da Coalizão.

Contudo, a experiência da parceria Coalizão Antituberculose, apesar das dificuldades na melhoria dos indicadores de detecção, cura, abandono e cobertura do tratamento supervisionado, vem se configurando como uma iniciativa piloto e inovadora na luta contra a tuberculose, na medida em que possibilitou a mobilização de instâncias diversas da sociedade no enfrentamento de uma doença tão antiga, mas que ainda faz tantas vítimas no nosso país. Os resultados positivos e a experiência de construção coletiva dessa proposta de trabalho tendem, desta forma, a impulsionar a discussão e implementação de políticas eficientes e eficazes no combate à tuberculose em todo o país.



TERAPIA COMUNITÁRIA NO ASSENTAMENTO MONTE ALEGRE VI NO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA

Autor principal: Conceição Aparecida Cagnin Antunes

Outros Autores: Cícero Correa; Eliane P. Silva; Fábio A. dos Santos; Leiriádine

A. de Castro; Marli do Nascimento; Maria Ap. A. da Silva

Instituição: Secretaria da Saúde do Município de Araraquara

Município: Araraquara

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) é a estratégia que o Ministério da Saúde adotou para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde a partir da atenção básica. Esse trabalho propõe introduzir a prática da Terapia Comunitária (T.C) como forma de agregação social, ação preventiva e curativa, melhor relação cuidadora dos profissionais de saúde com a população e para que as pessoas descubram suas potencialidades.

A T. C. se caracteriza por ser um grupo de ajuda mútua, um espaço de palavra, escuta e construção de vínculo, com intuito de oferecer apoio a indivíduos e famílias que vivem em situação de estresse e sofrimento psíquico (Barreto, 2005 pg.26). Segundo ele, " a T.C é um espaço comunitário onde se procura partilhar experiências de vidas e sabedoria de forma horizontal e circular, em grupos de pessoas que vivem em contexto de desagregação e exclusão social, muitas vezes, agravada pelas migrações forçadas, por pobreza econômica e cultural, fragilidade de laços sociais, auto estima desvalorizada, situação de desemprego e incapacidade de se organizar de forma mais democrática", permitindo aos profissionais de saúde conhecerem essa realidade para atuarem com maior comprometimento e empatia.

Para realizar a T. C. segue-se um ritual, uma sequência de etapas (acolhimento; escolha do tema; contextualização; problematização; ritual de agregação e conotação positiva e avaliação) garantindo sua eficácia. Os profissionais que dirigem a T. C. são o Terapeuta e o Co-Terapeuta. É necessário que toda equipe de saúde esteja comprometida nesse processo, estreitando assim o vínculo entre equipe e população.

Para entender como vive a população alvo da T.C é importante relatar que o município de Araraquara localiza-se na região central do Estado de São Paulo. Possui aproximadamente cento e oitenta e dois mil e quatrocentos e setenta e um (182.471) habitantes (IPEADATA, 2000). O Assentamento Monte Alegre VI encontra-se distante do Município, aproximadamente 21 km. Possui cento e quinze (115) famílias que vivem basicamente da agricultura para sua auto-subsistência, residindo em lotes agrícolas sendo

distantes uns dos outros. Não possuem água encanada, iluminação pública, rede de esgoto e pavimentação, rede de telefonia pública e serviço de correio. O transporte coletivo é precário dificultando o acesso da população à cultura e formas de lazer.

Há no Assentamento um Programa Saúde da Família - PSF onde se obtêm os recursos e toda a infra estrutura para a realização da T.C.

JUSTIFICATIVA

Devido à distância que vivem os assentados de um lote agrícola a outro e do município de Araraquara, não compartilhando das oportunidades que o mesmo oferece aos seus habitantes como: lazer, esporte, cultura, arte, etc, ficam vulneráveis à uma maior desagregação, exclusão social e fragilidade de laços sociais.

A T.C vem como forma de atenuar essa situação e estimular o crescimento das pessoas, adquirindo maior grau de autonomia. É uma estratégia de fortalecimento de vínculos entre os profissionais de saúde e população.

OBJETIVO

Demonstrar que a T.C é uma prática viável no PSF promovendo maior comprometimento e vínculo entre os profissionais de saúde e população.

METODOLOGIA

A T.C é realizada uma vez por semana, às quartas-feiras, de manhã, com duração de 2h, no PSF, sem restrição de idade e número de participantes.

Os profissionais envolvidos nesse processo são: enfermeira, dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pedagoga. Esta e a enfermeira alternam-se em Terapeuta e Co-Terapeuta. Os ACS convocam a população e participam da T.C. Os demais integrantes da equipe atuam indiretamente na viabilização da T.C.



Após o acolhimento do grupo de participantes explica-se o que é a T.C e as suas regras. Escolhe-se o tema, faz-se a contextualização e a conotação positiva, cuidando para que o tema escolhido não se desvincule, não haja aconselhamentos e julgamentos. No término da T.C, o participante que teve seu tema exposto na sessão, poderá sair com uma nova perspectiva.

Terminando, avalia-se e registra-se a T.C em fichas específicas. Se necessário encaminhar algum participante para especialistas, o mesmo é feito pelo PSF.

RESULTADOS

A T.C iniciou-se no assentamento em setembro de 2004 e, até dezembro de 2005, foram realizadas 55 sessões, totalizando seiscentos e setenta e dois (672) participantes.

Os temas mais abordados foram: estresse (28); depressão (8); conflitos familiares (6).

Realizadas algumas sessões, o Terapeuta e Co-Terapeuta reuniam-se para reavaliar os temas surgidos sendo complementados com técnicas quando necessário.

No decorrer de um ano e três meses em que a T.C foi realizada obteve-se depoimentos verbais e escritos comprovando os resultados positivos das terapias, tais como: resgate da auto-estima, melhora nos relacionamentos, solidariedade e valorização da cultura regional.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Facilidades: ajuda da equipe de saúde para realização da T.C e “quebra” da barreira do saber profissional; aceitação da comunidade.

Dificuldades: o acesso da população às sessões da T.C nos dias de chuva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A T.C é viável no PSF como ação concreta para compreensão do indivíduo em sua totalidade e permite uma integração entre indivíduos e profissionais da saúde.



PERCEPÇÃO DE SERVIDORES SOBRE A SATISFAÇÃO DE SUAS NECESSIDADES MOTIVACIONAIS NO HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO, RIO DE JANEIRO, RJ

Autor principal: Conrado Norberto Weber Junior

Instituição: Hospital Municipal Salgado Filho - SMS - Prefeitura do Rio De Janeiro

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Motivar os funcionários é uma atividade gerencial de primeira linha. A preocupação com a motivação da força de trabalho não deve ser exclusiva do executivo da empresa nem dos setores de recursos humanos, mas deve constar na agenda de todo funcionário que exerça alguma liderança. Na área da saúde, a preocupação em assegurar as condições necessárias para que um servidor esteja motivado não se trata simplesmente de uma questão de gerência de recursos humanos, mas representa principalmente o cuidado do gestor com a qualidade do produto final desse servidor, ou seja, o atendimento ao usuário do SUS (Sistema Único de Saúde). Pode então ser de grande utilidade para os gestores de um hospital público, como o Hospital Municipal Salgado Filho, conhecer as principais necessidades motivacionais de sua força de trabalho a partir da percepção dos próprios funcionários. A identificação de fatores motivantes e desmotivantes que tenham governabilidade local permitirá o planejamento de atividades que possam melhorar o *status* motivacional de sua equipe. O trabalho se justifica como instrumento gerencial para a política de manutenção de recursos humanos de uma organização pública de saúde.

OBJETIVOS

Avaliar a percepção dos funcionários do Hospital Municipal Salgado Filho quanto às suas necessidades motivacionais, assim como identificar fatores responsáveis por uma possível diminuição do estado motivacional desses servidores.

METODOLOGIA

Optou-se por conduzir a pesquisa nos moldes qualitativos, entrevistando-se uma amostra de 5% dos funcionários de cada nível de escolaridade. Assim, dos 1287 funcionários, foram sorteados 63 que responderam a um questionário semi-estruturado. Para a análise dos resultados, optou-se pela utilização dos dados quantitativos como auxiliares à interpretação do fenômeno estudado. Optou-se pela análise interpretativa em vez da manipulação estatística dos dados.

RESULTADOS

Em resposta ao questionamento quanto ao fato de se sentirem motivados ou não motivados para o trabalho, 58,7% da amostra se considera motivada. As respostas são equilibradas entre os níveis de escolaridade, havendo uma sugestão de maior motivação entre os entrevistados do nível elementar. Quanto aos fatores motivacionais, tanto aumento salarial como melhoria das condições ambientais aparecem como primeira opção para 30% dos profissionais de nível superior. Para o nível médio, a melhoria das condições ambientais é a primeira escolha em 32,4% dos casos e o aumento salarial aparece em 24,3%. O aumento de salário é a primeira escolha de 33,3% dos entrevistados de nível elementar. A percepção dos funcionários quanto aos fatores responsáveis por diminuir a sua motivação foi avaliada através de uma pergunta aberta. Observa-se que as condições ambientais e de conforto inadequadas são a principal fonte desmotivadora para os servidores de nível superior. Na opinião dos funcionários de nível médio e de nível elementar, materiais e equipamentos inadequados ou insuficientes são os principais responsáveis pela redução de seu *status* motivacional. Ressalta-se o fato do problema com materiais ou equipamentos aparecer em segundo lugar no grupo de nível superior e as condições ambientais ou de conforto aparecerem como segunda insatisfação entre os funcionários de nível médio. A quantidade insuficiente de recursos humanos é o terceiro fator de insatisfação para os entrevistados de nível superior e sexto para os de nível médio. O salário inadequado aparece com a quarta colocação em ordem de importância como fator desmotivador para o nível superior, ao passo que sua ocorrência no nível médio não ser significativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigações quanto à situação motivacional e satisfação no trabalho entre funcionários da saúde costumam mostrar que necessidades de reconhecimento, autonomia e auto-realização são os principais fatores motivadores da força de trabalho. Todas são necessidades com posição hierarquicamente mais elevadas na pirâmide de Maslow (1954) o que sugere que para esses profissionais as



necessidades primárias e secundárias estejam de alguma forma satisfeitas. Segundo a teoria de Herzberg (1966) seriam classificadas como fatores motivacionais intrínsecos. O levantamento das necessidades dos servidores do Hospital Municipal Salgado Filho revela uma realidade diferente, onde prevalecem as necessidades básicas relacionadas a climatização, conforto, ergonomia, além de outros fatores extrínsecos como suprimentos e equipamentos adequados. O fato de necessidades básicas ainda preocuparem a maioria dos funcionários pode explicar a pouca expressão das necessidades hierarquicamente mais elevadas na pirâmide. É natural que um trabalhador convivendo com desconforto e condições ambientais inadequadas durante toda a sua jornada não se lembre de reivindicar por reconhecimento ou maior autonomia. Para a gestão local, esse padrão básico de necessidades dos trabalhadores pode funcionar como um indicador de problemas que devem ser solucionados prioritariamente. Medidas mais complexas envolvendo a elevação do grau de reconhecimento pelo esforço ou mudanças na política de recompensas só terão chance de sucesso depois que as necessidades básicas estejam satisfeitas. Em resumo, para que a motivação intrínseca se manifeste é preciso que a cesta básica dos fatores extrínsecos ou ambientais seja adequadamente ofertada para os trabalhadores.



PLANEJAMENTO DAS AÇÕES PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE INFANTIL DESENVOLVIDAS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF

Autor principal: Cristiane da Silva Bezerra

Outros Autores: Silvana Maria Torqueto

Instituição: PSF-Jardim das Palmeiras

Município: Lucas do Rio Verde

Estado: Mato Grosso

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O planejamento estratégico, condizente, com a teoria da determinação social do processo saúde-doença, que é contemplada na atual política de saúde, exige que a consciência ingênua seja suplantada pela consciência crítica da realidade, o que se daria, não também pela possibilidade de participação ampla que o planejamento estratégico requer.

Os profissionais de saúde, que atuam no Programa de Saúde da Família, podem atuar e influenciar todos os campos de ação da promoção da saúde, que são: desenvolver políticas públicas saudáveis, criar ambientes saudáveis, fortalecer a ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais, e reorientar os serviços de saúde.

Neste contexto, as ações de enfermagem devem delinear-se com base nos perfis epidemiológicos da população infantil no território abrangido pela unidade de saúde e na identificação de riscos potenciais. Têm como objetivo influir no processo saúde-doença infantil, fortalecendo as ações dos usuários/famílias que concorrem para a saúde da criança, e superar os riscos potenciais. Na busca de seu objetivo, a priorização do atendimento às crianças expostas aos maiores riscos, identificadas pelo instrumental do modelo epidemiológico, garante a equidade da atenção.

No Brasil, a diarreia, as infecções respiratórias agudas, a desnutrição e anemia, as doenças imunoprevisíveis e, em algumas localidades, a malária, ainda se constituem como os principais agravos para as crianças menores de cinco anos. Por essa razão, as ações básicas de saúde, que compreende o controle das IRAs e das doenças diarreicas, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e o incentivo ao aleitamento materno e às imunizações continuam sendo as principais intervenções.

A situação de crescimento e desenvolvimento (CD) da criança é o principal indicador de suas condições de saúde. Portanto, a promoção da saúde infantil compreende todas as ações diretas e indiretas que favorecem a criança a atingir seu potencial de CD. No que diz respeito a ações diretas que competem à enfermeira destaca-se o acompanhamento do CD, o qual contempla a avaliação do CD e a educação em saúde, a qual consiste em atuar junto aos pais

e cuidadores infantis, bem como às próprias crianças, mantendo ou promovendo a aquisição de competência para atender as necessidades da criança, que incluem: comunicação, higiene, imunizações, sono, nutrição (quantidade, qualidade, hábitos), afeto, segurança, jogos/brincadeiras, sexualidade, cuidados dentários, disciplina e auto-estima.

De acordo com Schimtz, o desenvolvimento é a característica primordial da criança que cresce, se modifica e se afirma como indivíduo. Ao atender suas necessidades essenciais, dia a dia se garante seu crescimento e desenvolvimento harmonioso e se prepara a criança para o futuro. O desenvolvimento significa também saúde. Não pode haver crescimento nem desenvolvimento satisfatório se a saúde da criança está afetada por problemas crônicos como a desnutrição.

OBJETIVO

Descrever como o planejamento e avaliação influenciam na qualidade das ações desenvolvidas no PSF.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa explicativa, de caráter descritivo, com análise qualitativa e quantitativa, realizada na cidade de Lucas do Rio Verde-MT, na Unidade de Saúde da Família Jardim das Palmeiras, no ano 2005, com dados dos sistemas: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Para o trabalho foram utilizados os dados dos sistemas de informação citados, alimentado no ano de 2005, pelos agentes comunitários de saúde, relativos à população e peso de crianças menores de um ano de idade. Para copilar os dados foi utilizado gráfico com porcentagem do número de crianças baixo peso, em relação ao número total de crianças cadastradas, mensalmente, durante o ano de 2005, onde foi percebida a intervenção da enfermagem e odontologia na influência destes dados, através do acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de crianças menores de um ano de idade.



PRODUTOS E RESULTADOS

Após identificar o índice, em média de 10% de crianças baixo peso, na faixa etária menor de um ano (fonte SISVAN), residentes na área de abrangência do PSF VI – Jd. Das Palmeiras, do município de Lucas do Rio Verde – MT a equipe de saúde da família decidiu intervir de forma a diminuir este dado. A intervenção deveria reunir toda a equipe de forma planejada e definindo o papel de cada membro na execução das ações.

Foi implantado um programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de um ano, integrando a enfermagem, medicina e odontologia e os agentes comunitários de saúde. Este acompanhamento é realizado, mensalmente, entre a equipe, o responsável pela criança e a criança. As crianças são agendadas pelos agentes comunitários de saúde no dia de aniversário de mês, para coincidir com o dia da vacina, eliminando desta forma as vacinas atrasadas. Durante o encontro com a enfermagem a criança é medida (peso, perímetro cefálico e torácico), pesada e avaliada quanto ao estado nutricional. A mãe recebe orientações de higiene, alimentação para a idade (aleitamento materno e introdução de alimentos), e é o momento para que a mesma relate suas dúvidas quanto ao cuidado, desenvolvimento e crescimento da criança.

Após o momento com a enfermagem, a criança é encaminhada para odontologia, onde a dentista do PSF orienta a mãe quanto aos cuidados com higiene bucal (importância e como fazer), com um trabalho preventivo e curativo se necessário. Durante o acompanhamento, se houver a necessidade de encaminhamento especializado, a criança é encaminhada para a pediatra da referência. Foi elaborado um instrumento (ficha de acompanhamento em puericultura) utilizado pela enfermagem e odontologia. Portanto, este acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, envolvendo toda a equipe do programa de saúde da família e a referência (pediatra), de forma planejada fez reduzir o número de crianças baixo peso em menores de 1 ano, significativamente, conforme o gráfico apresentado. Após o quinto mês da implantação do acompanhamento foi percebido a redução em sete pontos percentuais no número de crianças baixo peso menores de 1 ano. O fato de ser percebido, pela equipe, a redução de baixo peso reflete de forma concisa que a mesma avaliou o que foi planejado. Percebeu-se daí, a necessidade de planejamento e avaliação dos resultados para o desenvolvimento de ações dentro do programa de saúde da família, enfatizando a qualidade da assistência na atenção básica como estratégia de reorganização da atenção à saúde.

	jan	fev	mar	abr	maio	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
A	106	92	105	102	93	90	93	95	100	102	102	102
B	9	9	9	12	9	2	1	2	2	2	4	5
C	8,4	9,7	8,5	11,2	9,6	2,2	1,0	2,1	2,0	1,0	3,9	4,9

A= número de crianças cadastradas no SIAI

B= Número de crianças baixo peso (SISVAN)

C= % de crianças baixo peso/número de crianças cadastradas

Redução do baixo peso em crianças menores de 1 ano, Lucas do Rio Verde-MT

FACILIDADES E DIFICULDADES

No começo da implantação do acompanhamento ficou evidente que o número de dificuldades era bem maior que as facilidades, porém este quadro mudou. A maior dificuldade foi, sem dúvidas, a adesão. As mães tinham resistência por se tratar de um acompanhamento e não uma consulta. Relatavam que as crianças não estavam doentes pra irem ao posto. Com a melhora da adesão ficou percebido que o acompanhamento odontológico e aproveitamento da data para as crianças tomarem as vacinas foi um fator importante para trazê-las para a unidade. As mães relatavam alegria e satisfação ao perceberem que as crianças ganhavam o peso ideal para a idade, seguindo as orientações nutricionais e o fato de não existirem problemas bucais que interferissem no crescimento e desenvolvimento delas, influenciou para facilitar a adesão. Os agentes comunitários de saúde visitam as famílias, percebem o grau de satisfação do acompanhamento e agendam as crianças que chegam novas na cidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização de um trabalho envolvendo toda a equipe de saúde da família, elaborando de forma planejada as ações a serem realizadas ficou claro a importância do planejamento e avaliação das ações a serem desenvolvidas. O fato de existirem programas específicos no PSF, não significa seguirmos a risca sua execução como nos é repassada. O Brasil é um país bastante diversificado, em se tratando de crenças, costumes e populações, cabe a cada equipe planejar e executar suas atividades de forma a modificar o modelo assistencial e promover a reorganização da atenção básica, de forma humanizada e coerente. Este trabalho demonstra, seguramente, como planejar e avaliar as ações deve fazer parte da rotina nos Programas de Saúde da Família, hoje em nosso país.



NOVAS VIVÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL

Autor principal: Cristiane Maria Schneider Wiederkehr

Outros Autores: Fabiana Vidor Pioner; Giseli Maria Muller

Instituição: Prefeitura Municipal de Bom Princípio - RS

Município: Bom Princípio

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

A opção de priorizar a atenção focada em Saúde Mental surge de dados epidemiológicos oriundos de trabalho de campo realizado por psicólogos e profissionais das equipes de PSF – Programa de Saúde da Família – e observação sistemática e continuada dos atendimentos clínicos da livre demanda das Unidades Básicas de Saúde. O número elevado de receitas médicas, de medicação antidepressiva e ansiolíticos, emitidas em consultório de Atenção Básica somado ao levantamento de diagnósticos causadores de internações hospitalares, por causas psicossomáticas, justifica a urgência em traçar novo perfil de atenção em Saúde Mental para os usuários do SUS do município de Bom Princípio.

OBJETIVOS

- Contribuir com o acesso aos direitos sociais das pessoas com sofrimento psíquico
- Possibilitar o resgate dos vínculos familiares e o desenvolvimento da saúde física, mental e social da pessoa com sofrimento psíquico
- Qualificar o trabalho interdisciplinar, possibilitando a universalidade de acesso e a integralidade no atendimento à pessoa com sofrimento psíquico
- Diminuir o número de internações hospitalares em clínica geral
- Reduzir internações e reinternações pela mesma causa em Psiquiatria
- Reduzir significativamente o consumo de medicação de classificação antidepressiva e ansiolítica
- Melhorar o nível de qualidade de vida da população
- Redimensionar a capacidade produtiva e a socialização da pessoa com sofrimento psíquico

METODOLOGIA

- Implantar equipe interdisciplinar de Saúde Mental
- Capacitar, de forma continuada e atualizada, os profissionais da Atenção Básica
- Organizar a rede de referência e contra-referência regionalizada para os usuários do serviço

- Garantir o atendimento continuado, gratuito e integral aos usuários
- Suprir estoque de medicamentos e insumos necessários ao tratamento dos pacientes
- Elaborar estratégias de inclusão social e participação comunitária dos usuários do serviço de Saúde Mental

RESULTADOS

Com a definição das metas, os primeiros resultados mensuráveis foram verificados na seguinte ordem: realização de concurso público e nomeação de assistente social, psicólogo e psiquiatra; início da capacitação aos profissionais da rede básica, com ênfase na acolhida, manejo e tratamento das pessoas com sofrimento psíquico; unificação e padronização do receituário de medicamentos para saúde mental; organização de uma rede de referência para pacientes ambulatoriais através da proposta de implantação de CAPS Microrregional (composto por seis municípios, que totalizam 35.000 habitantes).

APRENDIZADO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades principais, quando o assunto em foco é Saúde Mental, são as questões de divergências culturais e tabus estabelecidos, além da resistência às mudanças, que já é característica comum do cidadão e nas pessoas com sofrimento psíquico apresenta-se de forma mais acentuada. Trabalhar com a inclusão social desses usuários, com o atendimento interdisciplinar e um olhar integral sobre a Saúde Mental, voltado não só para o usuário, mas para sua família, pressupõe romper preconceitos da própria equipe de trabalho e da comunidade em geral.

Outro entrave deve-se justamente às questões burocráticas do serviço público, no que tange às questões orçamentárias, administrativas e de necessidade de autorização legislativa para serem executadas ao mesmo tempo em que os pacientes necessitam de resposta urgente aos seus anseios.

Já nos pontos positivos verificados, percebeu-se o apoio irrestrito dos profissionais da rede básica e a vontade político-administrativa em atingir resultados. Porém, o mais significativo avanço nesta área é justamente a visão regional da demanda, pois, ao



avancarmos nas fronteiras geográficas municipais na busca de solução conjunta, são estabelecidas parcerias produtivas e eficazes, além de economicamente e gerencialmente viáveis. O início do planejamento estratégico de implantação de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – para atendimento da população destes municípios, com sede em Bom Princípio, que é regionalmente centralizado e estruturalmente capacitado para o mesmo, já é uma realidade entre os gestores em saúde, cuja meta é entrar em funcionamento até julho de 2007. A expectativa de este serviço representar um salto na qualidade de atendimento à população é o objetivo principal desta rede de parcerias.



CAPS I - OFICINA DE SAÚDE IBIMIRM: SERTÃO DE PERNAMBUCO PRODUZINDO SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autor principal: Cristiane Ramos Santos

Outros Autores: Edja Rilene Nascimento dos Santos; Gustavo Henrique Silva Wanderley; Jannine Gomes Oliveira; Maria de Lourdes Souza Barbosa; Nádia Manuela Vale; Sílvia Camêlo de Albuquerque

Instituição: CAPS I - Oficina de Saúde Ibimirim

Município: Arcoverde

Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Este trabalho é resultado dos esforços da equipe de Saúde Mental do município de Ibimirim, com o objetivo de promover uma reflexão acerca do percurso institucional do referido município e seu impacto no processo de transformação da Saúde Mental em âmbito estadual.

Ibimirim é um município situado a 399 km da capital do Estado, Recife, em uma região denominada “Polígono da Maconha”, cujo processo de transformação da assistência em Saúde Mental deve ser considerado no contexto brasileiro, como de extrema importância já que a partir de sua experiência multiplicaram-se em todo o Estado as preocupações acerca dos custos dos serviços substitutivos e de implantações de novos serviços.

Em meio às novas discussões acerca da Reforma Psiquiátrica Brasileira, eis que surgem questões e mais questões para serem discutidas, sugeridas e (re) analisadas. Buscando resgatar a singularidade e a complexidade do adoecer psíquico, amparadas ou não por leis estaduais, várias experiências de assistência à saúde mental são criadas no país.

Dentro desse contexto, pode-se citar o caso do município de Ibimirim, que a partir da implantação de um CAPS começou a organizar uma Rede de assistência em Saúde Mental, passando por diversos caminhos até a sua (re) estruturação, o que foi acompanhado por outros municípios pernambucanos, seguindo seu modelo.

METODOLOGIA

A elaboração do trabalho deu-se, através de diagnóstico participativo, realizado em dois momentos: no primeiro, foram promovidos encontros semanais de membros da equipe, preocupados em promover uma reflexão acerca das necessidades do programa de saúde mental vigente e seu impacto na região, onde foi estudada a trajetória histórica do município desde a implantação do CAPS – Oficina de Saúde, 2003, até os dias atuais; no segundo, realizou-se uma mesa-redonda, com participação do

prefeito, da secretária de saúde e de representantes do referido programa para apresentação e discussão da concepção norteadora da iniciativa – relato de experiência – e análise combinada das informações do diagnóstico participativo. A estratégia adotada no desenvolvimento do trabalho foi de promover espaços onde houvesse a discussão de assuntos relativos à cidadania dos portadores de transtornos mentais e os conceitos de responsabilização, compartilhados com as três esferas do governo, que permitiu a coesão de objetivos dos membros da equipe.

DISCUSSÃO

As dificuldades iniciais de integração entre a equipe e a gestão municipal foram explicitadas através de sentimentos como desconfiança de que seria possível a construção de um modelo assistencial em saúde mental, capaz de ser resolutivo, com qualidade e especificidade, e pela inércia da equipe ao manter uma postura passiva no enfrentamento dos problemas.

Contudo, a estratégia de capacitar e qualificar a equipe, com a discussão sobre a necessidade de garantir os direitos dos portadores de transtornos mentais e a responsabilidade compartilhada das três esferas de governo, possibilitou o surgimento de confiança e deu viabilidade a esses conceitos.

Mesmo colocada sobre o prisma dos direitos e deveres, a questão da necessidade de continuidade na assistência prestada aos portadores de transtornos mentais fez, por exemplo, com que o entendimento dos recursos humanos e custeio dos serviços fosse visto como um direito de todos e dever compartilhado, tendo como contrapartida o próprio cuidado em capacitar a equipe e uma postura no que se refere ao cumprimento das obrigações de cada um e, sobretudo, no incentivo à tomada de decisões sobre desenvolvimento de estratégias e sua responsabilização.

Se a retórica do “aprender a pescar” tem sido uma constante, a não substituição das responsabilidades das partes envolvidas no processo de desenvolvimento não tem sido menosprezada.



A interiorização da responsabilização social por essas partes é indispensável para que o desenvolvimento seja sustentável.

A verba do Ministério da Saúde, arrecadada através das APAC's, tem sido aplicadas em recursos humanos, ou seja, na (re) organização da Rede de assistência aos portadores de transtornos mentais, na organização de oficinas, com auxílio da GASAM (Gerência de Atenção à Saúde Mental) de Pernambuco, manutenção do espaço cedido pela Secretaria de Saúde Municipal, onde funciona o CAPS, dentre outros recursos.

A perspectiva é de que a experiência de Ibimirim possa, de fato, contribuir para a implantação de novos serviços em Saúde Mental e que a equipe continue buscando qualificação e preservando o conceito de responsabilização.



NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO – NIR: GESTÃO DE LEITOS COMO ESTRATÉGIA PARA ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS DOS HOSPITAIS E INTEGRAÇÃO COM A REDE DE SAÚDE

Autor principal: Cristina Ortiz

Outros Autores: Ana Cecília Faveret; Carleuza Mourão; Rafaela de Carvalho Cotrim; Valcler Rangel

Instituição: Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro –SAS/MS

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

As instituições de saúde vivenciam dificuldades importantes no cotidiano da prática assistencial. Nesse sentido, a utilização de ferramentas gerenciais na área da assistência coloca-se de forma quase que impositiva. Particularmente no Rio de Janeiro, que viveu no início de 2005 a sua maior crise assistencial que culminou com o decreto de calamidade e a intervenção federal em algumas unidades de saúde, a utilização destas ferramentas deve fazer parte da agenda dos gestores dos diferentes níveis.

Após o processo de calamidade foi instituído o Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro (DGH-RJ), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), o qual tem entre outras atribuições: “I - integrar operacional e assistencialmente os serviços de saúde vinculados ao Ministério da Saúde, ampliando sua eficiência e eficácia” e “IV - atuar de forma integrada com os demais serviços de saúde localizados na cidade do Rio de Janeiro, na Região Metropolitana e nos demais Municípios do Estado, com vistas ao fortalecimento e à qualificação das redes assistenciais nesses territórios”. Para tanto, desde logo o Departamento se uniu aos esforços de regulação existentes nos âmbitos do estado e da capital e propôs, como estratégia prioritária para o avanço da regulação: a implantação de Núcleos Internos de Regulação (NIR) nas unidades hospitalares da região.

O NIR é uma instância de coordenação institucional que tem como finalidades trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada e servir como interface entre a Unidade de Saúde e as Centrais de Regulação Regionais, trabalhando de forma integrada e pactuada.

Este Núcleo é da maior importância para a organização da gestão clínica, visto que qualifica a internação tornando-a mais ágil, em leito apropriado por tempo adequado e, ao mesmo tempo, é instrumento fundamental para articulação do hospital na rede assistencial.

O olhar das autoras reflete-se na forma de crítica ao processo de trabalho que visa estruturar e dar consistência à formação de redes. Apresentamos os pontos críticos para a implantação dos Núcleos Internos de Regulação.

APREENSÃO DO SENTIDO DA REGULAÇÃO

A discussão em torno da regulação no nível local evidenciou algumas distorções, a saber: a idéia de unidade meramente executora e não solicitante; o escasso conhecimento acerca de atividades assistenciais desenvolvidas por outras unidades; a “perda de poder” que acompanha a “entrega” dos leitos às centrais de regulação; o frágil conhecimento de mecanismos regulatórios. A isto se soma um enorme receio de abraçar este “desconhecido”, apesar de algumas linhas de atenção na prática, já se encontrarem sob regulação no estado do Rio de Janeiro.

INFRA-ESTRUTURA FÍSICA E EQUIPAMENTOS

Os 06 hospitais da rede federal visitados dispõem de espaço físico adequado e equipamentos de informática no setor de internação e alta, embora os últimos precisem ser redimensionados. Há um número insuficiente de equipamentos de informática nas unidades de internação.

PROCESSOS DE TRABALHO

As unidades de uma maneira geral intencionaram trabalhar com processos de internação e alta definidos e algumas disponibilizam material impresso para pacientes e profissionais com orientações sobre os procedimentos necessários. Contudo, mesmo nestas, evidencia-se uma prática de internação indesejável, algumas vezes sem passar previamente no setor de internação e alta, informado apenas após a ocupação do leito. Em geral a alta é informada a este setor algum tempo após a saída do paciente, com a entrega de um impresso.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Praticamente todas as unidades são providas de sistema de informação, sendo utilizado na maioria delas, o HOSPUB, um sistema



integrado de informatização hospitalar desenvolvido pelo DATASUS e homologado pela Organização Pan-americana de Saúde para utilização em toda a América Latina. Este sistema, no seu módulo de internação, permite a emissão de censo diário, de mapa de movimentação de pacientes além de gerar relatórios analíticos de indicadores de produção e gerenciais, fundamentais para o acompanhamento e planejamento da assistência na instituição. Encontramos nas unidades uma heterogeneidade tanto dos módulos implantados quanto das versões utilizadas.

ANÁLISE DOS DADOS - CENSO DIÁRIO E RELATÓRIOS MENSIS

Os dados gerados pelo sistema de informação hospitalar precisam necessariamente de avaliação sistemática pela equipe, para o planejamento assistencial bem como para a validação dos mesmos. Entretanto, algumas vezes os profissionais se surpreendem com alguns dos dados obtidos e discordavam destes.

CONSIDERAÇÕES

A proposta do NIR é viabilizar a gerência dos leitos permitindo melhor utilização dos mesmos do ponto de vista técnico e operacional. Este modelo traz alguns pressupostos: Regular a ocupação dos leitos a partir da centralização dos pedidos de solicitação de internação; agrupar os pacientes das unidades de internação por nível de cuidados; disponibilizar a utilização dos leitos respeitando o perfil assistencial da Instituição, a capacidade instalada e a distribuição das equipes especializadas e articulação com a rede de saúde.

Além disto, esta ferramenta de gestão visa fortalecer o setor de Admissão e Alta, com apoio direto da Direção Assistencial e de profissionais de saúde da área de Enfermagem e Serviço Social.



VIVA BEM COM A COLUNA QUE VOCÊ TEM

Autor principal: Daniel Rogério Petreça

Outros Autores: Fabíola Herbst Rodrigues; Nilton Furquim Junior

Instituição Secretaria Municipal da Saúde

Município: Mafra

Estado: Santa Catarina

Atualmente vivemos em um mundo mais facilitado para sermos pessoas sedentárias e inativas, considera-se um indivíduo sedentário aquele que não possui um gasto energético de 500 kcal por semana, ou não realiza 10.000 passos por dia.

Com toda certeza não podemos negar a importância dos avanços tecnológicos, da informática, dos aparelhos eletrônicos pois eles nos trazem conforto, comodidade, rapidez, segurança. A questão está em sabermos usufruir desses benefícios sem que percamos a qualidade de vida, sendo que estes avanços tecnológicos tornam as tarefas do dia-a-dia facilitado transformando-nos em inativos.

Devido a inatividade física, a falta de informação e os vícios posturais, as pessoas enfrentam grandes problemas de saúde como: doenças cardiovasculares, diabetes, dores nas costas, lombalgia entre outros. O sedentarismo e as patologias causam perdas físicas, enfraquecimento muscular, perda de flexibilidade, presença de encurtamentos musculares além de perdas psico-sociais acarretando baixa auto-estima nesses indivíduos.

O projeto Viva Bem Com a Coluna Que Você Tem visa atender a indivíduos que sofrem ou já sofreram problemas leves de coluna, lombalgia, suprimindo o bem-estar físico-social para uma tentativa na melhora da qualidade de vida, na aquisição de estilo de vida saudável, no alívio da dor e da autonomia das funções diárias no decorrer da vida através da atividade física orientada.

O projeto vem sendo desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Mafra juntamente com a Secretaria da Saúde num convênio com a Universidade do Contestado Campus Mafra/Rio Negrinho através do Núcleo de Educação Física da instituição.

O programa é desenvolvido durante dois dias da semana na academia de musculação da universidade, sendo o paciente encaminhado pelo médico para fisioterapia, após avaliação fisioterápica o paciente diagnosticado lombalgia é liberado para a prática de atividades físicas no núcleo de educação física que o avalia para determinadas aptidões físicas.

O trabalho desempenhado pelo pacientes são: alongamentos preventivos, treinamento aeróbico, trabalho de flexibilidade e o de força muscular, além de orientações nutricionais, de postura e de qualidade de vida.

Os profissionais que atuam no programa são: um fisioterapeuta, um professor de educação física e um estagiário. O

programa Viva Bem Com a Coluna que Você tem atende cerca de 60 (sessenta) pacientes do Sistema Único de Saúde agregando todas as idades.

A atividade física traz ao indivíduo aumento da auto-estima e autonomia das funções diárias, tendo o projeto resultados expressivos tanto na parte física, como aumento de flexibilidade, de força muscular, quanto na parte psico-social aliviando consequentemente a dor.

Segundo Pollock as dores nas costas representam um dos problemas clínicos mais comuns e caros observados na sociedade industrializada. A dor causada pode nos dominar e incapacitar, mas com as atividades físicas e um estilo de vida saudável ela pode ser aliviada e prevenida.



HIDROGINÁSTICA E HIPERDIA UMA PARCERIA EM BENEFÍCIO DA MELHOR IDADE

Autor principal: Daniel Rogério Petreça

Outros Autores: Fabíola Herbst Rodrigues; 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

Analisando o aumento da expectativa de vida no Brasil e o grande número de idosos cadastrados no programa de Hiperdia no município de Mafra – SC, o Prefeito Municipal João Alfredo Herbst e o Secretário Municipal da Saúde Tadeu David Geronasso consideraram necessário viabilizar um meio para a prática de atividade física a esta população, como forma de promover uma melhora no estilo de vida.

Em busca por uma prática que melhor adequasse às características da população viu-se melhor opção a hidroginástica, devido às propriedades físicas da água (densidade, flutuação, pressão hidrostática, viscosidade) que proporcionam muitos benefícios, como auxiliar na mobilidade articular, aumento da flexibilidade, na diminuição da tensão articular, na força, na resistência, nos sistemas cardiovascular e respiratório, no relaxamento, na eliminação das tensões mentais, entre outros.

Os pré-requisitos para participação no Programa foram fazer parte do programa de Hiperdia do município, ou seja, ser hipertenso e/ou diabético e ter idade acima de 55 anos.

As aulas são ministradas por profissionais de Educação Física habilitados, ocorrendo semanalmente contando com 122 idosos, sendo eles, 119 mulheres e 3 homens.

As atividades são gratuitas sendo que as aulas são dinâmicas, com atividades recreativas promovendo ainda a socialização, a independência e o aumento da auto-estima.

Na medida em que estes idosos retornam ao programa de Hiperdia é constatada a eficácia da prática da hidroginástica, visto que vêm apresentando melhora na pressão arterial e/ou diabetes, maior adesão ao tratamento não medicamentoso, diminuição de queixas como dores lombares, articulares e cervicais, além de grande melhora na auto-estima.

Sendo assim, observamos que a prática de atividades físicas na terceira idade, não só promove à saúde e previne agravos, como também permitem uma autonomia de suas funções diárias.



PROMOÇÃO À SAÚDE

Autor principal: Daniel Rogério Petreça

Outros Autores: Fabíola Herbst Rodrigues; Tadeu David Geronasso

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde

Município: Mafra

Estado: Santa Catarina

O termo saúde engloba as necessidades fisiológicas, afetivas, motoras, e intelectuais do homem, atualmente as descobertas sustentam o papel significativo da atividade física na redução de riscos relacionados às doenças.

A atividade física define seus benefícios quando definida sua duração, local de prática, o fato de ser realizada com ou sem supervisão profissional, dependendo destas características, a prática de exercícios físicos irá influenciar na aptidão física e no estado de saúde.

Com o intuito de promover saúde para o funcionalismo e a equipe de saúde do SUS a Prefeitura Municipal de Mafra através da Secretaria de Saúde desenvolveu o programa de Promoção à Saúde, em busca do bem-estar.

A atividades são orientadas por uma equipe contendo: fisioterapeuta, educador físico e estagiários, sendo estas desenvolvidas no próprio local de trabalho com os funcionários da Policlínica Municipal além de atender alguns postos de saúde do município.

Os objetivos do programa são: a redução do estresse, a prevenção aos DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), aumentar a disposição dos funcionários e a integração no ambiente de trabalho através de exercícios de alongamento e relaxamento.

No início do programa são realizados alguns testes para traçar o perfil dos trabalhadores, estatura (cm), massa corporal (Kg), percentual de gordura, pressão arterial, flexibilidade de tronco e ombro e anamnese trigger points.

As sessões acontecem em duas sessões semanais, sendo desenvolvidas atividades de alongamento, massagens, atividades recreativas, em dupla, danças, utilização de materiais como elásticos, bola de tênis, bola de borracha, tudo para evitar a mesma rotina experimentada no trabalho.

A atividade física é um benefício à saúde, sendo praticada regularmente e com supervisão profissional, a integridade do organismo está relacionada com a saúde dependendo das capacidades de força, resistência aeróbia, flexibilidade e controle do peso.

O alongamento permite ao corpo melhor funcionalidade e menor predisposição a lesões, outro fator importante da

flexibilidade é a elasticidade muscular, a capacidade que o músculo tem de se adaptar a uma força externa, e depois retornar ao seu estado original.



PROJETO DE EXTENSÃO FISIOTERAPIA NO BAIRRO: DESAFIOS E CONQUISTAS

Autor principal: Daniella de Souza Barbosa

Outros Autores: Graciele Aquino de Almeida ; Janine Agra Padilha V. Alves

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba

Município: João Pessoa

Estado: Paraíba

RESUMO

O Projeto de Extensão Fisioterapia no Bairro atua em nível de atenção primária em saúde, através da execução de atendimento fisioterapêutico e atividades educativas em saúde no Bairro São José, em João Pessoa/PB, procurando suprir a carência de atuação dos discentes do curso de graduação em Fisioterapia da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCMPB) nesse nível de atenção, ao mesmo tempo em que está oportunizando a população do referido bairro o acesso ao atendimento fisioterapêutico, dentro dos seguintes princípios: participação comunitária; adaptação das ações às condições da comunidade; hierarquização dos serviços de fisioterapia; planejamento em função da demanda e; o alcance universal das ações, através do qual os serviços de prevenção fisioterapêutica do Projeto

devem prestar assistência integral ou universal aos moradores da comunidade que dele necessitem.

O objetivo essencial do Projeto é contribuir com a melhoria na qualidade de vida da população do Bairro São José (PB) por meio de ações educativas que visam à manutenção, promoção e proteção da saúde, além de vivenciar a experiência de um trabalho na atenção básica em saúde em uma equipe de saúde da família.

O Projeto de Extensão Fisioterapia no Bairro é desenvolvido no Bairro São José, em João Pessoa (PB), há 01 (um) ano, estando vinculado as 04 Unidades de Saúde da Família e a ONG “Eu Sou do Bairro” que participam do trabalho de encaminhamento da população ao serviço de fisioterapia preventiva do Projeto.

Participam do Projeto 03 professoras e 20 estudantes do curso de Fisioterapia da FCMPB, sendo todos os alunos vinculados à categoria de extensionistas colaboradores, do 6º ao 8º período do referido curso, proporcionando uma troca de conhecimentos horizontal e diversificada.

São desenvolvidas atividades teóricas e práticas. As atividades teóricas compreendem a discussão de textos previamente estabelecidos por decisão do grupo, dinâmicas, oficinas, palestras, elaboração de textos científicos, entre outros, de modo a possibilitar uma fundamentação para a prática e possível reorientação da mesma. As atividades práticas poderão ser distribuídas da seguinte maneira:

(a) Atendimento Fisioterapêutico domiciliar vinculados às Unidades de Saúde da Família I, II, III e IV: foram desenvolvidos por 20 estudantes de Fisioterapia que atendem 40 pacientes, com as seguintes patologias: AVE (Acidente Vascular Encefálico), Paralisia Obstétrica, Lesão Medular, Senilidade, Disfunção da Coluna Vertebral, Lesão de Artérias, Veias e Nervos do Antebraço, Distensão Muscular, Fratura de Colles e Paciente Sem Diagnóstico Definido (com suspeita de causa traumática). Os recursos terapêuticos utilizados nos atendimentos são: cinesioterapia, crioterapia, termoterapia, crioestimulação, massoterapia, técnicas de facilitação neuromuscular proprioceptiva, Conceito Bobath, entre outros. Não dispomos de aparelhos eletroterapêuticos ou mecânicos. Foram realizados uma média de 116 atendimentos por mês totalizando 1160 atendimentos. (os atendimentos continuam em andamento).





(b) Atendimento Fisioterapêutico em grupos, envolvendo: Grupos para proteção das algias da coluna; Grupo de atenção aos idosos; Grupo de relaxamento para hipertensos e diabéticos; Grupo para promoção de saúde da gestante; Grupo para atendimento do escolar e; Grupo de prevenção de acidentes de trabalho.

(c) Visitas domiciliares: através das visitas domiciliares os 20 acadêmicos acompanham dinâmicas familiares, possibilitando uma maior compreensão do processo saúde-doença, bem como, o fortalecimento das relações entre os moradores da comunidade, na medida em que procuram conscientizar o indivíduo sobre os seus direitos, buscando com o mesmo formas de acesso aos meios de promoção de saúde e exercício da cidadania. Houve acompanhamento a 31 famílias no Bairro São José (PB), com uma média de 1240 visitas nesse período.

(d) Reuniões com equipe de Fisioterapia: são realizadas visando avaliar continuamente as atividades, reorientá-las e também buscar uma fundamentação teórica que subsidie a atuação.

(e) Reuniões com os Agentes Comunitários de Saúde: são reuniões que se realizam com objetivo de integração e troca de conhecimentos entre os estudantes e os ACS das Unidades de Saúde da Família I, II, III e IV, visto que estes são de fundamental importância por se tratar do principal elo de ligação da comunidade com a equipe do PSF e os estudantes. Foram realizadas 04 reuniões neste período de 01 ano de Projeto.

A implantação de serviços fisioterapêuticos na rede básica de saúde no Bairro São José (PB), pelo Projeto de Extensão Fisioterapia no Bairro da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCMPB), representa uma possibilidade de torná-los mais acessíveis às pessoas das classes populares, pois, uma vez que aproxima os serviços dos sujeitos que dele necessitam, diminui as dificuldades de acesso geográfico. Várias possibilidades vão se delineando para essa atuação, entretanto, como em qualquer processo de construção de um novo fazer, algumas dificuldades também se fazem presentes, como, por exemplo, às péssimas condições urbanas, de saúde e sócio-econômicas dos moradores do Bairro São José (PB). Estas condições, pertinentes ao mais populoso assentamento espontâneo da cidade de João Pessoa (PB), poderão continuar dificultando a realização do tratamento fisioterapêutico e as atividades educativas coletivas em saúde, embora não a impeçam. Evidentemente que a solução para estes problemas transcenderá nossa capacidade resolutiva, contudo, teremos que procurar adaptar nossa atuação de acordo com a realidade urbana e sócio-econômica do referido bairro.



A EFICÁCIA DO SISTEMA DE DEFESA DOS DIREITOS DO CIDADÃO E O SEU CONTROLE SOCIAL; FRENTE A TAXONOMIA DAS DISTORÇÕES NO SUS EM SANTA CATARINA

Autor principal: Dario Francisco Olivet Salles

Outros Autores: Odete Diener; Marcia Regina Ebert

Instituição: UNIVILLE - Universidade da Região de Joinville / 23^a

Reg. de Saúde de Joinville / CIS-AMUNESC

Município: Joinville

Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Historicamente todas as investidas institucionais e societárias direcionadas a aperfeiçoar a eficácia dos sistemas de defesa dos direitos do cidadão ao acesso e garantia da atenção à sua Saúde individual e coletiva integral, pública e gratuita no Brasil, defrontaram-se com modelos hegemônicos revestidos de interesses ora corporativistas, ora mercantis ou clientelísticos político-partidários, típicos de uma sociedade contemporânea influenciada pelo modelo globalizante, porém umbilicalmente ligada

a práticas ainda autoritárias, autocráticas e cooptativas de parte do ranço de alguns modelos vigentes de governabilidade.

Tal situação reflete-se no setor público da Saúde, à medida que a dita municipalização compulsória levou vários municípios a exercer a autonomia e a prerrogativa da gestão plena, na operacionalização das normas operacionais básicas e de suas ações e serviços propostos.

Num País, cujo modelo de política pública de atenção à saúde preconiza ser pautado no financiamento público e de dever do Estado e direito do cidadão, porém, cuja capacidade instalada ainda está sob amplo domínio do setor privado, os interesses decorrentes desse antagonismo, levam a se exigir um rigoroso e comprometido modelo de controle social, aguçado em instrumentos jurídico-legais de regulação, controladoria, auditoria e avaliação, para se poder garantir os direitos de seus cidadãos.

Porém, não só a legislação existente, no continuado e persistente desafio de se fazer cumprir a lei, a legitimidade e ação dos conselhos de saúde, os perfis adequados dos gestores públicos de saúde, o comprometimento dos trabalhadores do setor saúde, farão com que o SUS tenha eficácia e proporcione deliberadamente a consolidação de seus princípios, ideários e objetivos.

Mais do que isso, deveremos criar e proporcionar estratégias e mecanismos para tornar os direitos do cidadão, algo possível de ser concretizado, tornando os sistemas de controladoria éticos, eficazes e resolutivos.

OBJETIVOS

- Identificar os mecanismos jurídico-legais existentes para garantir a eficácia e consolidação dos princípios e ideários do SUS;
- Erradicar a duplicidade e a complementariedade de cobrança por serviços prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, visando a garantia de acesso universal, igualitário, integral e gratuito a promoção, proteção e recuperação da saúde do cidadão catarinense.





METODOLOGIA

- Trata-se de pesquisa aplicada no campo da realidade social;
- Tendo por base os procedimentos de coleta de banco de dados, definindo-se como bibliografia documental, com uso de materiais científicos já elaborados (livros, manuais, dissertação, legislação...);
- Tendo por base os seus objetivos expostos, define-se como sendo exploratória e descritiva, pautada na observação sistemática.

PRODUTOS

- Confirmam que o problema é menos cognitivo e mais de falta de ética na condução da gestão do SUS;
- Realização de Cursos de Capacitação para Conselheiros Municipais de Saúde;
- Realização de Cursos de Capacitação para Gestores Públicos Municipais de Saúde através do Pólo de Educação Permanente para o SUS;
- Realização de Cursos de Auditoria de Gestão e Contas Públicas SUS – *latu-sensu* para a formação de autorizadores e auditores multiprofissionais para atuarem no âmbito dos componentes dos Sistemas Municipais e Estadual de controle, regulação, avaliação e auditoria através da UNIVILLE – Universidade da Região de Joinville;
- Realização de Cursos de Capacitação em Direito Sanitário e Legislação do arcabouço jurídico-legal do SUS para Promotores da Defensoria Pública do Ministério Público do Estado de Santa Catarina;
- Exigiu maior profissionalização e responsabilização na gestão, pois requisitos para gestores, tais como honestidade, padrão de probidade, moralidade pública, não se ensinam, se punem, já que estão no gênero do modelo de produção capitalista, centrado no protecionismo, individualismo, utilitarismo e liberdade sem limites;
- Está havendo uma mudança pequena, porém gradual para melhor, do perfil técnico profissional do Gestor Municipal do SUS em Santa Catarina.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O arcabouço jurídico legal hoje disponibilizado para a defesa dos direitos do cidadão constituem-se em:

Constituição Federal de 1988 – Seção II / Saúde Art. 196, 197, 198, 199, 200; Lei 8080/90; Lei 8142/90; Lei 8078/90; Lei 8689 /93. Art. 12º; Decreto nº 1651/95; Nob/96; Lei 9656/98. Art. 32º; Decreto nº 3266/98; Portaria nº 1069/GM/99; Resolução S.T.F. de 22/09/99; Lei 9961/2000; Portaria nº 319/SES/SC de 02/06/2000; EC. 29; Portaria nº 1112/GM de 29/09/2000; Portaria nº 401/GM de 29/03/2001; Resolução Nº 1614/01; CFM - Programa de Combate à abusividade de cobrança no Sistema único de Saúde do Estado de Santa Catarina

firmado em Dezembro de 2001 entre a Promotoria Pública Estadual, Secretaria de Estado da Saúde e Conselhos Profissionais – Parceria entre o Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Ministério Público Federal para capacitação de 1300 promotores e desembargadores de justiça na área da legislação do SUS e direito sanitário; Decreto nº 5831/2002 - SES/SC.

Os processos de descentralização, democratização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde demandam ações de uma ampla rede de parcerias constituída de usuários, gestores, profissionais de saúde, instituições, organizações não-governamentais, conselheiros de saúde e todos aqueles que podem intervir na formulação e fiscalização do SUS.

Os avanços na conquista dos direitos dos cidadãos brasileiros aos serviços de atenção à saúde promovidos pelo Sistema Único de Saúde, só se concretizarão com eficácia, se conduzidos com determinação, parceria e enfrentamento jurídico-legal, e sobretudo, com aplicabilidade de normas rígidas relacionadas à ampliação do controle social sobre a atividade gestora, utilizando-se de outros aparatos, que não sejam apenas as ações fiscalizadoras dos Conselhos de Saúde.

A participação ativa, informada e propositiva tem encontrado obstáculos: as informações acumuladas no SUS não são democratizadas, falta transparência nas ações governamentais; há desconhecimento pelos usuários da legislação do SUS e, conseqüentemente, dos próprios direitos e da possibilidade de recorrer ao Ministério Público para garantir o acesso e a qualidade do atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para se tornar os sistemas eficazes na defesa dos direitos do cidadão, principalmente no que tange ao acesso e garantia aos serviços de Saúde Pública, fatos novos em novos tempos terão que ser contextualizados, implantados e operacionalizados adequadamente.

Somados a esses fatores, teremos que considerar que a eficácia na defesa dos direitos dos cidadãos, não se efetivará se não promovermos:

- Uma necessária mudança, não só no sistema, mas em seus usuários, estes sim, às vezes, por seu comportamento passivo e de fácil cooptação, tornam-se também, responsáveis pela ruína de muitas iniciativas de interesse público;
- O entendimento e melhor compreensão dos governantes políticos por exata dimensão daquilo que vem a ser o SUS, entendendo a política pública de saúde como função social de relevância do Estado, devendo ser protegida de diferentes intervenções de interesse;
- A imprescindível valorização e responsabilização da atividade de



gestão, aliado ao papel do novo perfil do gestor Municipal / Estadual / Nacional de saúde que a sociedade contemporânea exige;

- A devida readequação dos compromissos e qualificação dos recursos humanos do setor público envolvidos no sistema de defesa dos direitos do cidadão, principalmente constituídos por auditores do SUS e promotores da defensoria pública;

- A necessária autonomia, valorização e implementação das ações dos Sistemas Municipais e Estaduais de controle, regulação, avaliação e auditoria do SUS;

- O efetivo e responsável entendimento e parceria com os órgãos públicos de controladoria externa e com o Ministério Público Federal e Estaduais, possibilitando a concretização e operacionalização de um SUS exequível.

O Sistema único de Saúde está e estará, para quem dele se fizer parceiro, seja gestor, conselheiro, profissional de saúde, auditor, promotor, prestador, instituição credenciada, tanto em deveres quanto em direitos, fulcrada em seus preceitos éticos e constitucionais. Não há mais lugar na saúde pública para a dupla militância. (SALLES, 2001).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. Manual de orientação ética e disciplinar. Florianópolis: Palloti, 2000.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Decreto n. 5831/2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A prática do controle social: Conselhos de saúde e financiamento do SUS. 2002.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Programa de combate à abusividade de cobrança no Sistema Único de Saúde – SUS. Coordenadoria de Defesa dos Direitos Humanos, da Cidadania e das Fundações – CDH, 2001.

SALLES, Dario F. O. Análise estratégica do perfil do gestor municipal do SUS no Estado de Santa Catarina. Programa de Mestrado em Saúde e Meio Ambiente. Joinville: Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, 2001 (Dissertação).

SANTOS, Lenir. Coletânea de leis e julgados da saúde: Sistema Único de Saúde. 2. ed. Campinas/SP: IDISA, 2003.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Legislação básica no SUS. Florianópolis. loesc, 2001.



DIRECIONALIDADE – PROPOSTA EM PROMOÇÃO EM SAÚDE PARA MELHORA DA QUALIDADE DE ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO

Autor principal: David Claret Bueno

Outros Autores: Vera Lúcia F. Gomes Drehmer; Jacqueline

Cardoso Durat; Rogéria Ribas Prestes

Instituição: SESA/ISEP

Município: Curitiba

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA, INDICANDO A SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO LOCAL

A Secretaria Estado do Paraná após a realização de um diagnóstico epidemiológico e estrutural (coordenação de dados compilados pelo DSV, Plano diretor de Regionalização, escolha de indicadores do SIAB e SIA-SUS, avaliação do incentivo estadual, e outros) apresenta 8 Linhas de propostas passíveis de intervenção ambulatorial e comunitária: Controle de doenças crônicas não transmissíveis- risco cardiovascular (1. Hipertensão Arterial, 2. Diabetes) Acompanhamento mais qualificado em : (3. Saúde do Idoso, 4. Saúde mental) Intervenções factíveis pela equipe SF em mortalidade específica: (5. Reduzir mortalidade materna, 6. Reduzir mortalidade infantil) Controle de doenças transmissíveis:(7. Tuberculose, 8. Hanseníase). A proposta preocupa-se com um enfoque político e técnico do processo saúde – doença – cuidado, como vem sendo caracterizado nos últimos 25 anos. (engloba aplicação de todos níveis de medidas da história natural das doenças) e do entendimento de saúde com múltiplas determinações sociais, econômicas, políticas, culturais, além da herança genética, biologia humana e fatores ambientais imediatos. Objetiva definir papel do governo estadual em relação à ESF e propõe o projeto de direcionalidade englobando as 8 linhas citadas para que possibilite desenvolver melhor as idéias dos enfrentamento aos desafios, levar a avanços para que haja a efetivação da ESF no SUS.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

O principal objetivo desta proposta é levar subsídios para os profissionais e equipe de saúde para uma melhora na qualidade do atendimento em atenção básica e também melhora do monitoramento e sistematização de informações que muitas vezes já existem nas unidades de saúde. Criação de uma rede em busca contínua da excelência na prática clínica com regras simples (recomendações para ajudar os profissionais de saúde nas suas

decisões sobre os cuidados mais apropriados) e onde todos os aspectos da qualidade possam ser enfocados e continuamente monitorados. Tornar transparente a performance clínica de indivíduos e equipes. Há uma preocupação que o material produzido proporcione uma melhora no atendimento mas também com uma preocupação em usar informações baseada em evidências e com os pactos de saúde.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

MÉTODO: Triangulação de método (Métodos e técnicas de pesquisa que se complementam)

A – Horizontalização do processo em sistema de saúde – Busca de outros atores) Reuniões com representantes do conselho estadual de saúde, técnicos da SESA, SPSFC, ABEN, COSEMS, ABRASCO. Para exposição da situação e estabelecer grupos técnicos compostos por representantes das entidades presentes para elaboração das propostas em cada linha.

A - Revisão crítica sistemática buscando a melhor evidência. Realizado através dos grupos técnicos C – Expertise dos atores praticantes – atuando na área- melhor ciência posta em prática (viável, adesão dos pares) D – Uso de parâmetros de monitoramento e avaliação do PROESF e Pactuações. Discutido na proposta pelos grupos técnicos e inclusão na proposta.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

O processo avançou com velocidade diferente nas diversas linhas, mas foi rico na troca das experiências entre os diversos atores que ficaram preocupados com a questão técnico-científica, operativa, sendo produzido materiais principalmente na visão de monitoramento e preocupação com as propostas, baseada em evidências e também utilização de mecanismos de avaliação que aproximam das metas proposta pela AMQ e



pactuações. Resultou na elaboração de uma matriz de direcionalidade onde o pensamento é de instrumentalizar o profissional de saúde ao assumir uma unidade de saúde saber qual é o seu papel frente cada linha desenvolvida e envolver a equipe no processo de acompanhar as ações propostas, e para os que estão trabalhando melhora da qualificação do atendimento e sistematização de informações que já são realizadas.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

O processo foi interessante devido a participação dos profissionais das entidades envolvidas e também pela procura de um linha de pensamento que afetasse á todas as linhas envolvidas. Dificuldades principalmente ce conciliar os horários para reunião dos profissionais envolvidos no processo e o tempo político que dificulta colocar o projeto em atividade devido dificuldades de financiamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esse processo o estado define um papel mais ativo na instrumentalização das equipes de saúde possibilitando uma melhora do atendimento das pessoas na atenção básica (neste caso atuando nas 8 linhas que refletem não só uma situação de monitorização Paraná como do Brasil) e também estimula que os municípios trabalhem mais om as questões de avaliação e regulação.

As linhas diretivas podem representar uma garantia da melhora da qualidade na atenção primária para os pacientes e consequentemente com impacto a nível estadual dos indicadores principalmente relacionados aos eixos eleitos como prioritários. Pois sumariza a evidência disponível nas pesquisas e expressa um consenso, relevância bem definida, combina informações científicas com experiencia clínica, concebida com a preocupação de garantir sua aplicabilidade, discutida e validada por diferentes grupos de profissionais, balanço entre o que é desejável e o que é viável, resultados da sua aplicação mensuráveis.

“Padrões de cuidados não é o mesmo que cuidados padronizados. Variedade na natureza do cuidado ofertado pode ser perfeitamente desejável, mas não existe valor na variedade da qualidade. Ninguém se beneficia por um cuidado pobre.” Field 1990.



DIRECIONALIDADE RISCO CARDIO VASCULAR - PROPOSTA PARA MELHORAMENTO DA QUALIDADE DE ATENDIMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE DO PSF PARANÁ

Autor principal: David Claret Bueno

Outros Autores: Angelmar Roman; Vera Drehmer

Instituição: SESA/ISEP PARANÁ/CASSI-CTBA

Município: Curitiba

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA, INDICANDO A SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO LOCAL

A Secretaria Estado do Paraná após a realização de um diagnóstico epidemiológico e estrutural do Estado do Paraná, apresenta uma proposta de intervenção em 8 Linhas : Controle de doenças crônicas não transmissíveis- risco cardiovascular (1. Hipertensão Arterial, 2. Diabetes) Acompanhamento em : (3. Saúde do Idoso, 4. Saúde mental) Intervenções em mortalidade específica: (5. mortalidade materna, 6. mortalidade infantil) Controle de doenças transmissíveis:(7. Tuberculose, 8. Hanseníase). A proposta preocupa-se com um enfoque político e técnico do processo saúde – doença – cuidado e do entendimento de saúde com múltiplas determinações sociais, econômicas, políticas, culturais, além da herança genética, biologia humana e fatores ambientais imediatos e levando em conta estes conceitos proporcionem uma melhora na qualidade das ações desenvolvidas pela equipes de saúde. A proposta de direcionalidade relativa à hipertensão e diabetes, evoluiu para uma abordagem do risco cardiovascular dando ênfase para a classificação de risco cardiovascular com uma preocupação com monitoramento e estímulo de uma posição pró ativa pelo indivíduo no controle de seus riscos.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

O objetivo desta proposta do controle de doenças não transmissíveis – risco cardiovascular é levar subsídios para os profissionais e equipe de saúde para uma melhora na qualidade do atendimento, acompanhamento, monitoramento e sistematização de informações em relação à hipertensão arterial, diabetes e outros fatores como tabagismo, dislipidemia.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

Triangulação de método (métodos e técnicas de pesquisa que se complementam)A – Revisão crítica sistemática, buscando a

melhor evidência, realizado através dos grupos técnicos em relação às melhores evidências em relação ao diagnóstico, conduta e monitoramento do risco cardio vascular.B – Expertise dos atores praticantes – atuando na área- melhor ciência posta em prática (viabilidade , adesão dos pares). C – uso de parâmetros de monitoramento e avaliação do PRROESF e Pactuações. Discutida na proposta de grupos técnicos que estimula as equipes a sistematizar as informações.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Criação de um material com uma proposta de auto monitoramento onde o próprio indivíduo começa a se apoderar do conhecimento do controle e consequências que pode causar a situação de risco que o afeta. Seria um envelope em que se distribuiria por cor para cada indivíduo de acordo com seu risco cardio vascular, classificado (alerta, moderado, baixo). Complementando este material existiria uma ficha semelhante ao envelope para o acompanhamento médico na unidade. Dentro do envelope seria disponibilizado material educativo com informações sobre alimentação, dm, has e outras. Para apoio da equipe foi produzido um instrumento para complementar as informações do envelope, no caso do médico, por exemplo, uma linha essencial de conduta que fornece subsídios sobre cada risco (hipertensão, diabetes, tabagismo) . Planilha para a equipe sistematizar as informações, onde estão sendo contemplados as avaliações do AMQ/PROESF e pactuações.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Dificuldades principalmente de conciliar os horários para reunião dos profissionais envolvidos no processo e o tempo político que dificulta colocar o projeto em atividade devido dificuldades de financiamento. Facilidades foi no início do processo quando observa-se o envolvimento das entidades para colaborar para melhora do atendimento e apoiar os seus profissionais.



Interessante foi apresentação da proposta nos diversos foros, camara técnica do cosem, reunião de diretoria com as regionais do estado, e a receptividade para a proposta, que fecha com a necessidade dos municípios

CONCLUSÃO

Criou-se um recurso que pode se tornar uma ferramenta potente para interferir na cultura institucional e mudar rotinas das unidades de saúde e procurar capturar a atenção das equipes e dos indivíduos para posição pró ativa para o autocuidado através da incorporação das informações através do envelope, e com uma preocupação de monitorização dos riscos e avaliação das unidades de saúde.



ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS ADMITIDOS NO SERVIÇO DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO ESTADO DA PARAÍBA

Autor principal: Dayse Gomes Sousa de Oliveira

Outros Autores: Mércia Gomes Oliveira de Carvalho; Gabriela Maria C. Costa

Instituição: Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

No Brasil inúmeros pais e/ou responsáveis, buscam assistência médica para suas crianças em serviços de urgência e emergência, situações estas que são definidas como críticas e que devem ser tratadas sem demora, grande parte das emergências são acidentes que poderiam ser evitados e que ocorrem freqüentemente em ambiente domiciliar.

Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE (Brasil, 2003) o período da infância está compreendido de zero a quatorze anos. De acordo com Del Ciampo e Ricco (1996, p. 193) "as crianças possuem características próprias que as tornam mais propensas ao acidente".

Conforme Troster e Carvalho (1999), sabe-se que a sobrevivência de paciente com ferimentos ou doenças agudas graves é diretamente influenciada pela facilidade de acesso aos recursos médicos, bem como pela qualidade do primeiro atendimento. É a linha de frente no atendimento do paciente pediátrico hoje está nos prontos atendimentos e nos setores de emergências nos hospitais.

Dentre as principais causas de internação em unidades de urgências e emergências pediátricas estão: quase afogamento, fraturas, traumatismos crânio-encefálico, politraumatismo, trauma de face, queimaduras e apendicite aguda.

OBJETIVO

- Analisar o perfil das crianças admitidas no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

METODOLOGIA

Neste estudo utilizou-se o método exploratório e descritivo que segundo Gil (2002), torna o documento mais explícito, ou seja, proporciona maiores informações sobre o tema estudado, resultando em aprimoramento de idéias, proporcionando maior familiaridade com o problema, descrevendo as características de uma determinada população ou estabelecendo relações entre

variáveis sem manipulá-las. Com base em Cervo e Bervian (1996), através do método de procedimento monográfico, procurou-se explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos.

O presente estudo foi realizado no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, hospital de referência estadual, sendo considerado de alta complexidade. O serviço de pediatria consta de dezesseis leitos, sendo quatro destes na Unidade de Terapia Intensiva. A amostra correspondeu a 630 prontuários de crianças que foram admitidas no serviço de pediatria no ano de 2002. Os dados foram coletados dos prontuários contidos no SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico). Os dados coletados destes prontuários foram sexo, idade, procedência, diagnóstico, data da internação, data de alta e tipo de saída. Todas as informações da coleta foram transcritas manualmente dos prontuários e manipuladas de forma padronizada em planilhas eletrônicas. Sendo os registros organizados em tabelas para análise estatística quantitativa em porcentagens, média, mediana e desvio padrão.

RESULTADOS

Apontamos como resultados do presente estudo os seguintes dados:

- Predominância do sexo masculino: 71,43%
- A faixa etária entre 3 e 9 anos de idade, exclusive, foi a mais atingida por patologias, em torno de 58,51% dos casos
- A principal causa de internação foi por queimaduras (17,94%) devido a líquido quente (água, café ou leite)
- 80% das patologias identificadas na pesquisa foram provocadas principalmente por acidentes, portanto poderiam ter sido evitadas
- Dos casos admitidos, o tempo de internação concentrou-se entre 1 e 9 dias.]
- Dos 630 casos admitidos 99 (16%) deram entrada na UTI e destes 17 fizeram uso de ventilação mecânica invasiva;
- Dos 17 casos que fizeram uso de ventilação mecânica, 6 casos (TCE), 6 (politraumatismo), 1 (quase afogamento) e 4 casos referentes a outras patologias;



- João Pessoa, a capital Paraibana, representou mais da metade da procedência dos casos. As cidades de Santa Rita, Bayeux e Cabedelo representaram juntas 14,92%, sendo estas, pertencentes a macroregião do núcleo de saúde da grande João Pessoa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo foi possível perceber que vários acidentes ocorridos na infância podem ser evitados através de uma intervenção primária de conscientização da necessidade de prevenção, principalmente as queimaduras. Pois estas representam um percentual bastante elevado.

Através destes dados pode-se avaliar prospectivamente acidentes e patologias atendidas em unidade hospitalar, determinando as causas mais freqüentes que levam a procura do serviço de emergência pelos pais e/ou responsáveis.



BEM-ESTAR DO TRABALHADOR NA GESTÃO PARTICIPATIVA

Autor principal: Débora Homem de Mello Nogueira

Outros Autores: Regiane de Sousa Lima

Instituição: Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/ Secretaria de Gestão Participativa

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Em janeiro de 2006, a Direção do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/DOGES/SGP, iniciou a discussão, em seu Colegiado, sobre a necessidade de desenvolver um trabalho direcionado à valorização do trabalhador e a solução de problemas que interferem no desenvolvimento do trabalho, como por exemplo a relação entre colaboradores. Considerando que o DOGES é composto por aproximadamente 270 colaboradores, em 03/02/2006, foi criado o Núcleo de Difusão Cultural/NDC, com o objetivo de refletir sobre a cultura organizacional e sobre as estratégias e políticas de recursos humanos que potencializam melhorias na qualidade de vida e no trabalho dos colaboradores. O Departamento já possuía duas equipes distintas, já existentes há mais de dois anos no DOGES, que foram incluídas no trabalho do Núcleo, sendo elas, a Equipe de Qualidade de Vida e o Grupo de Teatro Aautos. Juntamente com o NDC, foi criada a Equipe de Eventos que por meio do revezamento de seus integrantes de acordo com a atividade, planeja e executa os eventos do DOGES.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

O objetivo principal do Núcleo de Difusão Cultural é desenvolver atividades de valorização do trabalhador do DOGES e dessa forma auxiliar a gestão no desenvolvimento do trabalho.

METODOLOGIA

O Núcleo de Difusão Cultural conta com duas colaboradoras fixas que planejam e executam em parceria com os colaboradores do DOGES as atividades de interesse para o trabalho. Para o desenvolvimento das atividades é feito um estudo prévio de literatura aplicada ao tema ou pesquisas juntamente aos colaboradores para a definição das atividades. Esse processo conta com a criatividade e sugestões dos colaboradores. Geralmente o NDC lança uma proposta ao grupo de trabalhadores, identifica os que têm interesse de participar da organização, por meio de divulgação da atividade. Dessa forma, é montada a Equipe de

Execução que é incentivada a produzir e executar a atividade em questão, de forma inclusiva, isto é, abrindo a possibilidade de todos os colaboradores participarem, realizando ao final, a avaliação da tarefa.

PRODUTOS

Neste domínio foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Construção e aplicação do Questionário de Satisfação no Trabalho.
- Acompanhamento das equipes: Qualidade de Vida, Grupo de Teatro Aautos e Eventos.
- Planejamento do Informativo Mensal do Departamento.
- Organização e difusão de notícias internas via mural de informações.
- Planejamento e organização da Assembléia mensal.
- Organização da comemoração dos Aniversariantes do Mês.
- Planejamento da feira de artesanato "OuvidoriaMiX".
- Desenvolvimento de Trabalho Sócio Pedagógico e Organizacional com os colaboradores.
- Parcerias com os Programas MultiplicaSUS, DST/AIDS e Geração Saúde, tanto para a Educação em Saúde (Cursos (Re) Descobrimo o SUS e Capacitação Pedagógica de Multiplicadores) como atividades de valorização do trabalhador.
- Realização do Processo Seletivo de Teleatendentes em parceria com as equipes de Teleatendimento e de Administração do DOGES.
- Realização de Educação Continuada em parceria com as equipes de Análise e Tratamento de Demandas, Teleatendimento e Administração do DOGES.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O planejamento das atividades, para o bem estar do colaborador, deve ser realizado juntamente com o colaborador. Caso contrário o sucesso da atividade tende a ser um tanto quanto diminuído, pois a adesão fica prejudicada. O NDC tende a trabalhar a credibilidade, executando suas atividades de forma abrangente e inclusiva, considerando as especificidades de cada área do DOGES e suas características.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Núcleo de Difusão Cultural é uma iniciativa considerada acertada pela gestão atual do DOGES. Esta experiência vem trazendo a possibilidade de reflexão do trabalhador sobre sua atividade laboral, bem como a tentativa de melhorar a percepção sobre o ambiente, seus pares e sua participação na gestão. Contribui ainda para a resolução de conflitos e para a tomada de decisões políticas, por parte do gestor, com base na ampliação do conhecimento das experiências técnicas e o efeito mesmas no clima organizacional.



QUALIDADE DE VIDA E GESTÃO PARTICIPATIVA

Autor principal: Débora Homem de Mello Nogueira

Outros Autores: Jorge Brito; Ailton Passos Jardim Junior; Karina Silva; Luana Doroteu; Eloine Silva; Kellen de Sousa; Humberto Brito; Ana Beatriz Sousa; Caroline Oliveira; Layla Sousa; Liliane Bispo

Instituição: Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/

Secretaria de Gestão Participativa

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/DOGES é composto de aproximadamente 270 trabalhadores que necessariamente utilizam o computador e a digitação como ferramenta de trabalho. Após ter sido verificada, entre seus próprios trabalhadores, a necessidade de um trabalho para prevenir o absenteísmo, foi criada em novembro de 2002 a Equipe de Ginástica Laboral. Justificado ou não, o absenteísmo, geralmente foi identificado por motivos como: tendinites, cervicobraquialgia, síndrome do túnel do carpo, dentre outros. A falta de alongamentos, condição física adequada, rotina e movimentos repetitivos são fatores que acometem esse tipo de patologia apresentado no referido local de trabalho.

A Equipe de Ginástica Laboral composta por trabalhadores do DOGES, estudantes ou profissionais de Educação Física e Fisioterapia, tinham a função de instruir exercícios de alongamento, flexibilidade fortalecimento e relaxamento, ergonomia, correção postural e atividade física, visando à prevenção de Doenças Ocupacionais que acometem em especial essa classe de trabalhadores (Operadores de teleatendimento e digitadores).

Posteriormente verificou-se, por meio de uma pesquisa sobre condições físicas de trabalho no DOGES, que houve uma mudança no clima organizacional do departamento e o absenteísmo não mais era causado apenas por distúrbios osteomusculares, mas também por estresse e depressão.

Partindo-se do princípio que ao adoecer o indivíduo mobiliza a mente, o corpo e o espírito, foi verificado que a equipe deveria ampliar seu objetivo, adotando uma visão holística do homem, buscando atender a saúde do indivíduo em todas suas dimensões e levando em consideração os aspectos bio-psico-socio-cultural-espiritual para o desenvolvimento de suas atividades.

Dessa forma, a Equipe de Ginástica Laboral transformou-se na Equipe de Qualidade de Vida/EQV, incluindo novos integrantes, sendo eles, profissionais e estudantes de Psicologia e Enfermagem. Mais atualmente, a equipe está sob a responsabilidade

do Núcleo de Difusão Cultural do DOGES que por sua vez, é responsável pelas atividades de valorização do trabalhador nesse departamento.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

A Equipe de Qualidade de Vida tem por objetivo desenvolver atividades que enfoquem a qualidade de vida no trabalho e que promovam a diminuição do estresse característico da atividade dos trabalhadores do DOGES, que são em sua maioria operadores de tele atendimento.

METODOLOGIA

A Equipe de Qualidade de Vida é formada por seis trabalhadores por turno (matutino e vespertino) que têm por atividade principal a operação de teleatendimento. A equipe é responsável pela elaboração, planejamento e execução de atividades que durem aproximadamente 20 minutos. Em reuniões semanais é definida a atividade da semana, que é executada durante o período de trabalho, em grupos de seis a oito integrantes, coordenados por um componente da EQV. Todos os trabalhadores do Departamento são convidados a participar das atividades e sua liberação do trabalho é negociada com as chefias.

PRODUTOS

Atualmente são desenvolvidas pela EQV várias atividades a fim de atingir os objetivos propostos, como: Aulas de step, alongamento, flexibilidade, fortalecimento; Relaxamento, Caminhadas; Sessões de cinema (Cine-disque), Grupo de oração; Dinâmicas de grupo, Jogos, além de atividade de Ginástica Laboral no próprio local de trabalho.

De forma geral, os resultados alcançados incluem: a diminuição do número de atestados por LER e DORT; a motivação dos trabalhadores está aumentada; há também uma melhora na



auto-estima dos trabalhadores e no relacionamento interpessoal; além de maior produtividade.

APRENDIZAGEM COM A VIVÊNCIA

A vivência tem feito com que a criatividade dos integrantes da equipe tenha sido bem trabalhada, pois as atividades devem ser promovidas de forma a atingir o seu objetivo evitando as repetições, já tão presentes no trabalho.

O clima organizacional tem sido observado com maior frequência e as atividades precisam ser programadas de acordo com este indicativo. Por exemplo, os relaxamentos são mais indicados para o turno da tarde, enquanto que as atividades de raciocínio, como jogos, são definidas com maior frequência para o turno matutino.

Nem sempre o espaço-ambiente está disponível ou adequado para o desenvolvimento das atividades, mas há que se adequar à realidade de forma a não deixar de desenvolver o trabalho por falta de condições ideais. Na maioria das vezes, a adesão dos trabalhadores é total, tendendo em alguns casos a restringir-se por causa da demanda de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os processos de trabalho dependem do contato entre as pessoas, de seus conhecimentos técnicos, e no âmbito do DOGES é visto a partir de construções coletivas. Neste contexto, o trabalho da Equipe de Qualidade de Vida tem uma inserção importante no auxílio à gestão. É responsável por produzir um ambiente menos estressante e de maior participação, à medida que amplia as possibilidades do trabalhador para sentir-se parte integrante do processo, motivando-o para uma permanência mais agradável no trabalho e melhorando o seu relacionamento interpessoal. É importante destacar que esse trabalho conquistou, ao longo do tempo, um apoio institucional que valida e justifica a existência da EQV, sendo um facilitador da gestão.



CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA TRABALHADORES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor principal: Deise Rosa Ortiz

Outros Autores: Alisson Saggiomo Juliano

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande/RS

Município: Rio Grande

Estado: Rio Grande do Sul

No município de Rio Grande/RS a estratégia Saúde da Família expandiu muito nos últimos três anos. Atualmente Rio Grande conta com vinte equipes e duzentos trabalhadores no PSF.

Por outro lado à rede de Atenção Integral a Saúde Mental é ainda muito pequena e carece de recursos sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte...), econômicos (dinheiro, previdência ...), culturais, afetivos e de lazer. O programa municipal de Saúde Mental conta com uma coordenação, para planejamento e execução de ações; com um CAPS que possui uma equipe de dezessete pessoas, entre equipe técnica e de apoio que realiza ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde mental; e com ações de saúde mental desenvolvidas em Unidades Básicas de Saúde por três profissionais da área de psicologia, com ênfase na abordagem comunitária. Existe ainda no município um Hospital Psiquiátrico que reforça a cultura hospitalocêntrica como forma de tratamento do sofrimento psíquico.

Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde 3% da população necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes) e 9% (totalizando 12% da população geral do país, precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves).

Estima-se que uma grande parte das pessoas com transtornos mentais leves está sendo atendidas na Atenção Básica. A realidade das equipes de Atenção Básica demonstra que, cotidianamente elas se deparam com problemas de saúde mental, e que mais da metade das equipes de saúde da família desenvolvem alguma ação de saúde mental.

No município de Rio Grande, com uma população de quase duzentos mil habitantes, com poucos serviços especializados em saúde mental também são desenvolvidas ações nesta área pelas equipes do Saúde da Família.

No ano de 2004 quando foi realizado o I Seminário do Programa Saúde da Família, as equipes de PSF escolheram como tema Atenção em Saúde Mental. No ano de 2005 a equipe de saúde mental, com a intenção de organizar a rede de serviços sentiu a necessidade de uma maior articulação com a Atenção Básica para que as equipes do Saúde da Família, por sua

proximidade com as famílias e com a comunidade, possam enfrentar os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e as diversas formas de sofrimento psíquico. Começa então, a ser elaborado uma capacitação em saúde mental para estes trabalhadores partindo de suas próprias necessidades.

Em abril de 2006 tem início a capacitação em saúde mental para trabalhadores de saúde mental com objetivos de:

- Ampliar a atenção em saúde mental no nível local, visando a organização e incremento da rede integral em saúde.
- Incrementar as ações eficientes e resolutivas em saúde mental, enfatizando as contribuições dos novos dispositivos assistenciais implantados com a Reforma Psiquiátrica.
- Capacitar profissionais do programa saúde da família para diagnóstico, planejamento e execuções de saúde mental, de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

A capacitação está sendo realizada para duzentos profissionais do Programa Saúde da Família do Município de Rio Grande/RS, sendo dividido em quatro (04) turmas de quarenta (40) agentes comunitários de saúde e de auxiliares de enfermagem e duas (02) turmas de vinte (20) médicos e enfermeiros. A metodologia usada é aula expositiva, seminários e dinâmicas de grupo, leitura dirigida, trabalho prático, debates e etc. Os encontros estão sendo dirigidos por facilitadores, membros da equipe de saúde mental da SMS – Rio Grande e por consultores em saúde mental convidados atingindo uma carga horária de quarenta e oito (48) horas.

Como a Capacitação ainda está em andamento os resultados obtidos são parciais mas já podemos sentir que os trabalhadores do PSF estão sentindo-se mais motivados e respaldados pela equipe de saúde mental para desenvolver em seu território ações nesta área. Também está sendo proporcionado uma reflexão com o propósito de repensar sobre os conceitos e preconceitos estabelecidos em relação à loucura.

Como facilidades evidenciamos a relação positiva com a Coordenação do Programa Saúde da Família e disponibilidade dos trabalhadores para abordagem do tema. Sendo, que o maior desafio será a organização de equipe matricial, devido ao número de profissionais do programa de Saúde Mental, para a realização



do acompanhamento e supervisão das ações de saúde mental nas unidades Básicas de saúde do PSF.

Desse modo as equipes da Atenção Básica e a equipe de saúde mental compartilham a responsabilidade visando aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde. Assim, com o tempo estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe.



GRUPO DE AUTOMASSAGEM

Autor principal: Denize Santos da Silva

Outros Autores: Glice Barreira Amaral

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

O posto de saúde rural nº 01 de Brazlândia - DF, presta atendimento em saúde da família à população do Núcleo Rural do Incra - 8. Visando a reorganização das ações de saúde no atendimento básico com a comunidade, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientando aos pacientes (comunidade) a cuidarem de suas doenças já estaladas e a prevenção de outras, para evitarmos novos casos de doenças.

Preocupados com o alto índice de hipertensos, diabéticos e idosos, com a ociosidade, falta de perspectivas de uma vida saudável, resolvemos implantar nesta comunidade as Práticas das Técnicas da Medicina Tradicional Chinesa de auto cura (automassagem), criando assim a co-responsabilidade no cuidado a saúde desta comunidade, beneficiando e intervindo nos fatores de riscos aos quais a população esta exposta. Após os encontros realizamos outras atividades educativas, promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação, reabilitação e na manutenção da saúde da população, tudo isso com a participação de toda equipe e parceria com outros grupos da comunidade.

Segundo dados do SIAB em janeiro de 2006 a equipe do Programa Família Saudável do Núcleo Rural do Incra 8 haviam cadastrado 893 famílias e um total de 2.684 pessoas acima de 10 anos. Deste total, 293 ou seja, 12,32% são portadores de hipertensão arterial, 69 portadores de diabéticos num total 2,91%, principais agravos à saúde do Brasil que eleva o custo médico-social principalmente pelas suas complicações como: Doenças coronárias, doenças cérebro-vasculares, insuficiências renais crônicas, entre outras. Diante do quadro mostrado, temos a hipertensão arterial como um dos principais agravos à saúde que afetam a esta comunidade do incra 8.

Assim, em nossa visão as praticas de educação à saúde abordando temas como o uso correto da medicação, alimentação e as praticas de uma atividade física, devem fazer parte da estratégia de tratamento desses grupos.

Após esta avaliação os pacientes foram convidados a participarem do grupo de automassagem. Iniciamos o mesmo em 11 de janeiro de 2006, no horário de 8:00 as 9:00horas, com a presença de apenas 2 pacientes ambas hipertensas.

Nossa proposta é de promover nesta comunidade o bem-estar geral o autoconhecimento incentivando assim o cuidado da saúde de nossos pacientes.

O paciente aprende a praticar os exercícios físicos e respiratórios, que auxiliam muito em tratamentos como hipertensão, diabetes, problemas de coração, intestino, estômago, insanidade mental, coluna e outros.

As técnicas de automassagem orientadas nesta comunidade têm por objetivo ajudar o paciente a recuperar o seu equilíbrio energético nos aspectos fisiológicos, produzir um profundo bem-estar, melhorar quadros clínicos já existentes, prevenir instalações de doenças e conhecer o próprio corpo.

A técnica é indicada em pacientes que queiram ter melhor qualidade de vida possível, tanto em pacientes com doenças crônicas como nas prevenções das mesmas.

Os nossos pacientes tem participado e aceitado muito bem as orientações dessas técnicas, alguns já retornaram com respostas positivas ao tratamento. O interesse de cuidar de si mesmo tem aumentado muito dentro da nossa comunidade, tanto que o numero de pacientes que freqüentam o grupo elevou consideravelmente, começamos com apenas 2 pessoas e hoje temos atendido uma média de 12 pessoas por aula, os dias das praticas de automassagem são nas segundas, quartas e sextas-feiras no horário de 8:00 as 9:00 horas, no salão de festas da igreja do incra 8 ou na praça próximo da Unidade de Saúde.



CENTRO DE REFERÊNCIA EM DESENVOLVIMENTO INFANTIL FÊNIX

Autor principal: Denise Sayuri Maruo Meira

Outros Autores: Anna Elisa Scotoni; Ediana Roquete Loures

Instituição: Hospital Municipal Dr. Mario Gatti

Município: Valinhos

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O progresso tecnológico da medicina vem possibilitando a sobrevivência de recém nascidos (RN) prematuros extremos e crianças com intercorrências graves perinatais. Esses bebês necessitam de suporte especial no período neonatal e de puericultura, pois apresentam maior risco de lesões neurológicas, que poderão no futuro, ter grande impacto na qualidade de suas vidas e de suas famílias.

O CENTRO DE REFERÊNCIA EM DESENVOLVIMENTO INFANTIL – FÊNIX, criado em 2002, no Hospital Municipal Mário Gatti (HMMG), assegura à Maternidade de Campinas (maior da região metropolitana, com média mensal de 500 nascimentos) e à rede de saúde pública municipal assistência qualificada para seguimento destes bebês.

OBJETIVOS

- 1- Desenvolver ações preventivas e educativas junto à gestante,
- 2 - Detectar precocemente anormalidades no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM);
- 3- Planejar projeto terapêutico para os pacientes e suas famílias;
- 4- Ser campo de estágio para o aprimoramento de profissionais da área;
- 5- Desenvolver pesquisas em planejamento de assistência em saúde pública, prevenção, detecção e reabilitação de bebês de alto risco.

METODOLOGIA

Em 2001 planejamos a formação do Fênix, seguindo o modelo “Paidéia” e criamos equipe multidisciplinar para qualificar e sistematizar o atendimento destes bebês. Convidamos profissionais (voluntários ou vinculados à nossa instituição) e fizemos contato com outras equipes que realizavam trabalhos complementares aos nossos, porém de maneira segmentada. Em 2002 iniciamos o ano com equipe mínima multidisciplinar. Na seqüência, estabelecemos os critérios de inclusão dos bebês; garantimos o 1º vínculo com a gestante de risco, fortalecemos o incentivo ao aleitamento materno junto à maternidade, fizemos parceria com a fonoaudiologista e oftalmologista para garantir ao RN a triagem auditiva e visual.

A família e o bebê foram sendo recebidos, com dia e horário marcados desde a alta, (em tempo menor que 7 dias), pela pediatra,

que já havia constituído referência com as gestantes nos encontros no ambulatório de mães com gestação de alto risco. Ela se tornou responsável pela coordenação da assistência multidisciplinar, pelas reuniões técnicas e de planejamento da equipe, pelo seguimento clínico das crianças e desenvolvimento da interface com a unidade básica de saúde.

As consultas com os demais profissionais da equipe foram realizadas conforme um cronograma pré-determinado, com ênfase na detecção precoce de alterações no DNPM e no grau de risco.

O trabalho da equipe foi associado às consultas do pediatra, de modo que este fosse sempre a principal referência para os pais, diminuindo gastos com transporte e tempo para a família, além de favorecer a integração da própria equipe, dividindo conhecimentos e experiências profissionais.

Criamos o “CLUBE DOS PAIS”, onde promovemos a interação maior da equipe com as famílias, com oportunidade de compartilhamento de experiências, ajudando os pais a compreenderem as dificuldades de seus filhos e os apoiamos para que as superassem.

Fizemos parcerias com instituições de reabilitação para encaminhamento ágil, logo que identificado o desvio do DNPM.

A alta para a criança que teve bom desenvolvimento infantil foi dada após aquisição da linguagem e marcha. Utilizamos a contra referência para as creches, caso a criança a freqüentasse, mesmo antes da alta.

Mensalmente realizamos reunião com os membros da equipe e representantes usuários para reavaliação do projeto e discussão de ordem técnica e administrativa.

A equipe atualmente está constituída por assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudióloga, neuropediatra, pediatra, ultrassonografista, equipe de especialistas pediátricos do Ambulatório HMMG, e continua seguindo este modelo de assistência.

RESULTADOS ALCANÇADOS

(JAN DE 2002 A DEZ DE 2005)

- 689 casos novos: 427 RNPT e 262 RNT

- Retornos: 4886

- Encaminhamentos para reabilitação: 82 crianças (12%, antes dos 6 meses)



APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Hoje a equipe está ampliada e tem mais sustentabilidade, pois quase todos os membros têm vínculo institucional. Não tivemos necessidade de recursos econômicos adicionais, pois racionalizamos os recursos já existentes no município, exercitando a comunicação.

Reforçamos a importância de programas de acompanhamento multidisciplinar para RN de alto risco, desde o nascimento, pois o desenvolvimento neurológico é dinâmico e plástico, e só através de estimulações neuro-sensoriais será possível recuperar eventuais perdas. Encontramos dificuldades para completar equipe, encontrar espaço físico de ambiência agradável, mas, principalmente, de encontrar profissionais comprometidos com o SUS e que tivessem habilidade para trabalhar verdadeiramente em equipe.

Por outro lado, tivemos a satisfação de observar nossos esforços terem resultados positivos, através da modificação de nosso processo de trabalho para assistência multidisciplinar, de contar com parceiros de outras instituições, de exercitar a clínica ampliada, qualificada e humanizada!



Centro de Referência em Desenvolvimento Infantil Fênix

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O programa institucional de assistência aos recém-nascidos e lactantes de risco nasceu em 2003, através de uma parceria com o Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, visando a melhoria da assistência ao recém-nascido de alto risco, com o objetivo de garantir a sobrevivência e o desenvolvimento adequado desses bebês, visando a redução da mortalidade e da morbidade neonatal, bem como a melhoria da qualidade de vida dos pais e da comunidade.

OBJETIVOS

1. Realizar o acompanhamento e a assistência ao recém-nascido de alto risco, desde o nascimento até o desenvolvimento adequado do bebê, visando a redução da mortalidade e da morbidade neonatal, bem como a melhoria da qualidade de vida dos pais e da comunidade.



RESULTADOS ALCANÇADOS

100% de cobertura
(100 RNPT e 100 RNLT)
Atendimento 24h
Encaminhamentos para avaliação
92 encaminhamentos para avaliação
(12%, antes de 6 meses)



APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A equipe está ampliada e tem mais sustentabilidade, pois quase todos os membros têm vínculo institucional. Não tivemos necessidade de recursos econômicos adicionais, pois racionalizamos os recursos já existentes no município, exercitando a comunicação.

Reforçamos a importância de programas de acompanhamento multidisciplinar para RN de alto risco, desde o nascimento, pois o desenvolvimento neurológico é dinâmico e plástico, e só através de estimulações neuro-sensoriais será possível recuperar eventuais perdas. Encontramos dificuldades para completar equipe, encontrar espaço físico de ambiência agradável, mas, principalmente, de encontrar profissionais comprometidos com o SUS e que tivessem habilidade para trabalhar verdadeiramente em equipe.

Por outro lado, tivemos a satisfação de observar nossos esforços terem resultados positivos, através da modificação de nosso processo de trabalho para assistência multidisciplinar, de contar com parceiros de outras instituições, de exercitar a clínica ampliada, qualificada e humanizada!



SANATÓRIO CIDADÃO

Autor principal: Denise Soares Bastos

Outros Autores: Paulo César Garcia; Cláudia Magnus

Instituição: Hospital Sanatório Partenon

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

O Hospital Sanatório Partenon é uma instituição pública, pertencente à Secretaria da Saúde do RS, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde, servindo como pólo de educação continuada, pesquisa e referência estadual para ações de promoção e proteção à saúde no campo das doenças infecciosas crônicas e pneumopatias de interesse em saúde pública.

Dentro das premissas do Sistema Único de Saúde, particularmente a que concerne à organização de sistema de formação de recursos humanos e de programas de aperfeiçoamento permanente de pessoal, foi criada na instituição, em 2002, a Comissão de Treinamento e Qualificação de Pessoal, instância multidisciplinar e multissetorial, formada por servidores do hospital, com o objetivo de desenvolver um processo de educação continuada para os seus funcionários, somando-se às atividades de educação em saúde já desenvolvidas pela instituição, como a Residência Integrada em Saúde e a capacitação de recursos humanos da rede de controle da tuberculose no RS.

OBJETIVOS

O processo proposto e em desenvolvimento busca a identificação, promoção e a gerência dos saberes dos trabalhadores, bem como a ampliação de sua qualificação no âmbito técnico, ético, comunicacional e das relações interpessoais, visando como resultado a maior participação desses profissionais como sujeitos integrais dentro da instituição, a implantação de modelos de formação e gestão da força de trabalho baseados em competências profissionais, e a melhoraria da qualidade dos serviços prestados à população.

METODOLOGIA

A primeira fase de implantação do projeto consistiu no nivelamento de conhecimentos dos membros do grupo de trabalho. Para isso, foram formatados, junto à Fundação de Desenvolvimento de Recursos Humanos do Estado (FDRH), dois cursos de 40h/a cada para atender às necessidades específicas do

Projeto Sanatório Cidadão

Sanar, curar, cuidar...

Sanatório

doença: estigma

tuberculose

aids

pobreza
sub-moradia
família?
desemprego

O que fazer com os trabalhadores de saúde?
Capacitar, qualificar, humanizar!

grupo, conjunto, equipe, comissão: pessoas envolvidas com um mesmo propósito:

COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO DE PESSOAL DO HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON

o que está sendo feito?
trabalho de humanização do atendimento e capacitação profissional

como?
oficinas, cursos, teatro, filmes, debates

quais os resultados?

- maior integração entre os trabalhadores
- responsabilidade no trabalho
- conhecimento técnico
- valorização do funcionário como indivíduo e como profissional
- melhoria na relação entre atividade e serviço prestado à população
- maior resolutividade da atenção

Trabalho realizado pela Comissão de Treinamento e Qualificação de Pessoal - Hospital Sanatório Partenon - Porto Alegre - Secretaria da Saúde do RS
3,5 - Autores: Denise Soares Bastos, Cláudia Magnus e Paulo César Garcia - Contato: (51) 3001-1358 e-mail: memora@hsp.rs.gov.br

grupo: "Formação de Instrutores e as Competências para o Desenvolvimento de Recursos Humanos" e "Elaboração de projetos de capacitação como uma forma de pesquisa aplicada".

Ao final dessa capacitação, o grupo deu início à elaboração do projeto intitulado "Construindo um Sanatório Melhor", estruturado em módulos de qualificação profissional, organizados em dois momentos, iniciados no ano de 2003:

- módulos básicos (cinco temas considerados prioritários, diante do perfil da instituição): Biossegurança, Conhecendo o HSP (História da saúde e institucional), Legislação, Relações Interpessoais, Tuberculose e Aids;

- módulos específicos: realizados após a conclusão dos módulos básicos, a partir das necessidades dos serviços e dos interesses



dos trabalhadores e usuários: Humanização da assistência para profissionais de saúde, Qualificação do Atendimento, Ética profissional, Relações humanas, Acolhimento, Integração dos serviços, entre outros.

A etapa atual compreende atividades voltadas a profissionais ingressantes na instituição e aos serviços que necessitam de maior atenção, a partir de levantamento de necessidades feito com trabalhadores e usuários. Neste ano de 2006, o grupo investirá em dois eixos, igualmente importantes: 1. o aperfeiçoamento de indicadores e instrumentos de mensuração da qualidade dos serviços, como formas de melhor subsidiar as alternativas de atividades de educação em saúde e as práticas de trabalho e 2. a ampliação das instâncias de discussão entre serviços, gestores e usuários, fortalecendo o controle social sobre os serviços prestados.

RESULTADOS

Quantitativos:

- 35 atividades de capacitação, entre cursos, oficinas, palestras e outras;
- 1741 participações de funcionários.

Qualitativos:

- maior interação entre funcionários; valorização do funcionário como indivíduo e como profissional; alocação de conhecimento técnico; maior responsabilidade no trabalho; estabelecimento de relações mais empáticas; melhoria na relação entre atividade e serviço prestado à população; maior resolutividade da atenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de um projeto de educação permanente em saúde para os profissionais de uma instituição com características estigmatizantes, que envolve doenças como tuberculose e aids e problemas sociais como pobreza, falta de acesso à educação, desemprego e sub-moradia, tem-se mostrado tarefa difícil, porém exeqüível, considerando-se os resultados obtidos com o projeto desde 2002.

Para atingir a melhoria necessária nos serviços prestados pela instituição à população, que passa pela qualificação dos seus trabalhadores, os integrantes da Comissão de Treinamento e Qualificação de Pessoal apostam na ampliação do diálogo entre todas as instancias de trabalho e na criação e ampliação de fóruns com os usuários, buscando a obtenção dos elementos necessários para o estabelecimento de propostas pactuadas e de mudanças necessárias na relação entre profissionais de saúde e usuários, visando a ações éticas, integrais, responsáveis e comprometidas com a população.



OS DESAFIOS DO APRENDIZADO DE TECNOLOGIAS LEVES NA GESTÃO: EXPERIÊNCIA DA FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Autor principal: Denize Boutelet Munari

Outros Autores: Carla Natalina da Silva Fernandes; Marcelo Medeiros; Ana Lúcia

Queiroz Bezerra ; Elizabeth Esperidião Cardoso; Claci Fátima Weirch Rosso;

Maria Alves Barbosa

Instituição: Universidade Federal de Goiás / Faculdade de Enfermagem

Município: Goiânia

Estado: Goiás

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O processo de formação do enfermeiro para o desempenho do papel de gestor constitui-se em um grande desafio, uma vez que estamos diante de um momento histórico que aponta a necessidade urgente de rever os modelos de ensino que balizam a educação superior nas instituições formadoras. Embora as diretrizes nacionais curriculares que orientam a formação desse profissional indiquem a necessidade de capacitar os profissionais para que estes sejam capazes de desenvolverem seu trabalho no sentido de consolidar o SUS, nem sempre as unidades acadêmicas alcançam esse objetivo. Acreditamos que parte dessa problemática está relacionada ao enfoque dado ao processo de formação como um todo, ainda muito focado no modelo biológico que privilegia o conhecimento técnico e do pouco espaço dispensado ao aprendizado da dimensão relacional do trabalho. Por outro lado, o processo de gestão no setor saúde tem sido alvo de muitas discussões que indicam, sobretudo, a necessidade urgente de profundas mudanças para alcançar padrões satisfatórios de qualidade e eficiência. Essas discussões apontam para uma revisão das tendências nos modelos de gestão e avaliação dos serviços, tendo em vista a necessidade de buscar a melhoria da qualidade dos serviços, orientada para a satisfação dos clientes internos e externos, assim como o aperfeiçoamento do desempenho do gestor em diversos aspectos em particular que facilitem a consolidação do SUS.

OBJETIVO

Assim, o presente trabalho tem como objetivo apresentar a experiência da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás no processo de formação do enfermeiro para o desempenho do papel de gestor, que tem sido orientado para o desenvolvimento da capacidade de interação do profissional para

com a complexidade do contexto do trabalho em saúde, em particular, para o desempenho do papel de gestor do cuidado e das pessoas.

METODOLOGIA

Durante os últimos seis anos, temos vivenciado na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG) a experiência de trabalhar com alunos da última série do curso, buscando estratégias que desenvolvam habilidades para o desempenho do papel de gestor de grupos e equipes. A experiência é baseada na articulação de três áreas do conhecimento: a administração, a saúde mental e a filosofia, que oferece ao aluno condições de pensar, viver e re-significar o seu papel como gestor do cuidado, da equipe de enfermagem e como membro da equipe de saúde. A intenção em fazer essa articulação teve início da nossa observação da grande dificuldade enfrentada pelos graduandos do último ano, quando entram no estágio profissional, momento em que viviam conflitos e angústia para o desempenho das diversas tarefas do gestor. Essas, em geral, eram potencializadas em função da imaturidade dos alunos para lidar no campo das relações com a equipe de saúde e com os usuários, ou seja, no manejo das tecnologias leves. Assim, utilizamos o Modelo de Educação de Laboratório que se mostrou uma estratégia adequada para trabalharmos o desenvolvimento das habilidades interacionais e, com isso, abrimos a possibilidade do aluno enfrentar suas dificuldades integrando as dimensões teóricas e vivenciais do trabalho.

RESULTADOS

O processo de formação dos enfermeiros da FEN/UFG tem sido balizado por um modelo que articula o desenvolvimento de competência técnica especializada ao da competência interpessoal, articulando conhecimento de áreas estratégicas para a formação do



gestor, o que dinamiza o aprendizado do campo relacional do trabalho e do próprio processo de gestão. A grande vantagem do uso do Modelo de Educação de Laboratório é que ele permite ao aluno integrar o aprendizado nos níveis cognitivo, emocional, atitudinal e comportamental, o que exige da instituição que forma o aluno uma boa integração com os serviços utilizados como campo de prática. Esse processo tem nos permitido observar, principalmente, por meio de pesquisas de acompanhamento de egressos, que estes estão locados em postos estratégicos nos serviços de saúde pública e na rede privada. Embora não tenhamos no momento dados números exatos, é possível afirmar que muitos deles ocupam cargos de gestão em nível municipal, estadual e no setor privado, destacando-se pelas habilidades no campo das relações o que facilita a indicação destes para cargos de chefia e gerência.

APRENDIZADO COM A EXPERIÊNCIA

Ao longo desses seis anos de experiência, verificamos que foi necessário, primeiramente, um grande esforço do corpo docente no sentido de promover mudanças paradigmáticas no seu modo de pensar e ensinar Enfermagem. Assim, foi imprescindível a articulação harmônica das disciplinas que compunham a série, a revisão das estratégias de ensino e a abertura para novos experimentos no processo ensino-aprendizagem, ou seja, a resignificação do saber docente e das relações entre os mesmos. Esse movimento, por outro lado, fortaleceu o corpo docente que hoje trabalha mais integrado, aproximou os professores com os campos de prática possibilitando o desenvolvimento de projetos integrados e de parcerias com os serviços, o que passou a ser um excelente modelo de relações interpessoais para os alunos. Outro aspecto a ser destacado também, é que ao longo dos últimos seis anos, a FEN/UFG como um todo, passou pelo processo de reestruturação curricular, o que resultou em mudanças que foram acontecendo e acontecem ainda, no sentido de buscar estratégias de ensino mais adequadas para a formação de profissionais, de forma a atender as demandas preconizadas pelos Ministérios da Saúde e Educação, no que diz respeito ao perfil dos profissionais de saúde. O desfecho desse processo foi a aprovação do projeto PRÓ-SAÚDE que já teve início na instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que o grande desafio na formação do enfermeiro hoje esteja centrado na busca de estratégias que facilitem e instrumentalizem o profissional para que este seja capaz de transformar suas ações no contexto do trabalho em saúde tendo em vista os princípios universais do SUS. Para a garantia desses princípios, no entanto, é fundamental o aprendizado das tecnologias

leves que somente são possíveis pelo desenvolvimento de habilidades que valorizem e utilizem o campo relacional como base do cuidado. Ao finalizar, temos a certeza de que esse processo só será possível com uma atitude responsável e transformadora das universidades na busca por capacitar profissionais de saúde mais comprometidos com uma assistência mais humanizada e comprometida com a saúde como direito e motivo de dignidade do ser humano.



AVANÇOS ALCANÇADOS PELA EQUIPE DE SAÚDE APÓS IMPLANTAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO / ACOLHIMENTO NO PSF DE AGRO-CAFEIEIRA, NO MUNICÍPIO DE MATELÂNDIA – PARANÁ

Autor principal: Diana Mieke Kamei

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde/ Equipe de PSF Agro

Cafeeira- Matelândia- PR

Município: Matelândia

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF), proposto pelo Ministério da Saúde (MS), surgiu em 1994 como uma estratégia para reorganizar o modelo assistencial e inserir outros níveis de atenção em saúde. O PSF deslocou a atenção em saúde para a família e para o território, integrando um conjunto de ações básicas de prevenção, proteção e recuperação da saúde, valendo-se também do planejamento e da epidemiologia. Em 1 de junho de 1998 implantou-se a segunda Equipe de PSF, em Agro Cafeeira, com 793 famílias cadastradas (SIAB MUNICIPAL, 2005)¹.

Em janeiro de 2005, a equipe de PSF de Agro Cafeeira, iniciou um novo caminho, com a inclusão efetiva da Equipe da Saúde Bucal (ESB) e a implantação de uma nova visão de trabalho, caracterizada principalmente pela utilização com mais vigor, dos princípios do SUS e inclusão da Política Nacional de Humanização e Acolhimento em saúde. A reestruturação do trabalho da equipe do PSF de Agro Cafeeira teve como pressuposto fundamental que a Atenção Básica desempenha um papel estratégico no SUS e, no desempenho desse papel, o acesso aos serviços e o acolhimento se constituem em elementos essenciais para se incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade. Esses mecanismos, se bem estruturados e colocados em prática, favorecem a prestação de serviços com qualidade e possibilitam a criação de vínculos com a população atendida.

OBJETIVO

A implantação da proposta de humanização e acolhimento na UBS de Agro Cafeeira objetivou a facilitação do acesso aos serviços de saúde, a partir do pressuposto da necessidade de o usuário se relacionar com um trabalhador em saúde de forma individual, tendo em vista a possibilidade de se efetivar ações resolutivas mais dinâmicas e eficazes.

Os propósitos da ação humanitária e do acolhimento visam atuar sobre o campo das necessidades que se fazem presente em cada encontro que busca sempre fins que se imbricam no processo

de resolução e/ou manutenção de certo modo de como vive cada usuário (FRANCO, BUENO e MERHY, 2003).².

METODOLOGIA

Diversas ações foram planejadas e estão sendo efetivadas, tais como: reuniões semanais da equipe para troca de experiência, educação continuada através de oficinas de trabalho, ampliação do relacionamentos com a comunidade tornando os co - responsáveis pelas ações de saúde, visitas domiciliares, visitas a entidades educacionais, participação em eventos comunitários. Nesse ultimo ano realizamos para os adolescentes uma gincana de prevenção e combate as drogas, palestras com os diabéticos; no Dia do Combate ao Diabetes, visitas nas escolas e escola APAE; com atendimento clínico as crianças, encontro com gestantes , festa junina com os idosos do Clube do Vovô entre outras ações.

A avaliação das ações realizadas no período de fevereiro de 2005 a março de 2006, ocorreu através de uma pesquisa, que utilizou um questionário com perguntas abertas, com abordagem qualitativa focando na qualidade do atendimento ante e após a implantação da humanização e do acolhimento na UBS, buscando-se evidenciar o grau de satisfação dos usuários em relação a resolutividade dos problemas específicos de atenção básica em saúde.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Evidenciaram-se nas respostas obtidas que, a grande maioria não soube explicar o significado do PSF, mas entende que houve uma melhora significativa no atendimento, especificamente através da visita domiciliar da equipe multidisciplinar; houve considerável queda na demanda por consultas, 95% da população utilizam mais de um serviço prestado pela UBS; 99% atribuem melhorias na prestação de serviços a partir de 2005 e 97% da amostra não manifestaram descontentamento.



APRENDIZADO

Acolhimento e Humanização nos trabalhos em saúde é um fator essencial para prestação de serviços, e através dessa nova forma conseguimos sucesso nos atendimentos, reconhecimento da população e maior resolutividade das ações de saúde.

CONCLUSÃO

A partir da adoção da sistemática de trabalho na UBS com princípios humanitários exercitados especialmente através de acolhimento que se apresenta como uma experiência de inversão do modelo técnico-assistencial para a saúde, os resultados obtidos na avaliação referente à atuação da equipe multidisciplinar do PSF de Agro Cafeeira, são bastante animadores e incentivam a busca de reflexões e de melhorias contínuas em favor da acessibilidade aos serviços prestados, que se reverte em qualidade de vida da população.

¹ SIAB MUNICIPAL

– entende-se o Sistema de Informação da Atenção Básica, da Secretaria Municipal de Saúde.

² FRANCO, T. B; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. Acolhimento e os processo de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/inovador/betim.htm>> . Acesso em 16 maio 2003.



EM BUSCA DA CIDADANIA

Autor principal: Diléa Zanotto Manfio

Instituição: Conselho Municipal de Saúde

Município: Assis

Estado: São Paulo

A Constituição de 1988, denominada Constituição Cidadã, abriu as portas da redemocratização do país e nos tornou, enquanto cidadãos, elementos essenciais para a reconstrução da Nação.

Como decorrência do princípio da participação do cidadão, criaram-se os conselhos paritários, saídos com toda força do seu período de gestação, e afloraram e se disseminaram, por todo Brasil. Eis porque sua história se confunde com a da Constituição Cidadã.

Assim, as leis que se seguiram após 1988, em especial, às relativas à saúde, como 8080/90, 8142/90 e a Resolução CNSN. 333/03 vieram consolidar os conselhos de saúde, em todos os níveis, Nacional, Distrito Federal, Estadual e Municipal, além de ratificar a competência dos conselhos na ação de fiscalização e controle social, visto serem entidades de caráter permanente, deliberativo e fiscalizador, junto ao gestor público.

Provavelmente, reside na condição de co-gestão, o grande avanço na administração pública moderna, proporcionada pela Constituição de 1988.

A partir das reflexões expostas acima, pode-se afirmar que a realização da

I Conferência Municipal Integrada de 2005, proposta pelo Conselho Municipal de Saúde, resultou do processo de amadurecimento do Conselho Municipal de Saúde, aliado à nova concepção do que seja saúde.

De ações compartimentalizadas, passar-se-ia a uma ação conjunta, integrada, com o envolvimento de três secretarias; Assistência Social, Educação e Saúde, além de oito Conselhos Municipais ligados ou afetos a cada uma delas: Assistência Social, Educação, Saúde, Saúde Idoso, dos Direitos da Criança e do Adolescente, Tutelar, Pessoa Portadora de Deficiência e Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador.

A proposta provocou, num primeiro momento, apreensão e desconfiança, porém a necessidade de buscar novas formas de atendimento, de melhorar a prestação de serviços, de envolver a população numa discussão ampla e de encontrar meios e estratégias para uma efetiva ação de integração, sensibilizou conselheiros, secretários e usuários, e assim se construiu a I Conferência Municipal Integrada, cujo lema “Conselhos Municipais: construção da cidadania. A gente é quem faz”, foi o nosso norte, a nossa estrela guia, a nossa crença.

Portanto, a inserção no Eixo 2: Gestão e cuidado em Saúde, se justifica pelo “incentivo permanente à participação social na formulação e gestão das políticas públicas de saúde”, bem como pela necessidade de se articulá-la às políticas de assistência social e da educação, e aos seus respectivos conselhos, com a finalidade de aperfeiçoar a organização de serviços, as parcerias e fundamentalmente viabilizar a integração.

A concretização da conferência Integrada por meio das pré-conferências, permitiu uma aproximação dos usuários dos vários serviços prestados com os gestores, os professores, os trabalhadores, os profissionais e os prestadores de serviço. Ratificou a participação dos usuários da Zona Rural e dos alunos das escolas de ensino médio, mais especificamente dos segundos anos.

Todo esse universo pôde ser visualizado no item “Da participação”, que operou com os dados das 26 pré-conferências realizadas e viabilizou a construção de quadros gráficos, que tomaram por base a participação dos delegados eleitos (titulares e suplentes) e dos natos (titulares e conselheiros suplentes) na Conferência propriamente dita.

A participação efetiva-se, também, pela apresentação das 746 propostas oriundas das pré-conferências e que passadas pelo processo de sistematização resultaram em 281, posteriormente discutidas em grupo, durante a Conferência, e que levadas ao plenário para discussão redundaram em 242 propostas aprovadas.

Os itens “Das Propostas”, “Da Participação” e “Da Avaliação” foram objetos de análise e de interpretação graças aos dados levantados e organizados nos quadros e gráficos, além de abrirem espaço para sugestões, julgadas pertinentes ao problema ou ao fato constatado.

No item “Das Devolutivas”, encontra-se no Relatório Final, a indicação do que se concretizou, bem como o retorno de algumas reivindicações encaminhadas a “Outros Setores”, pois o processo da conferência aponta caminhos a serem seguidos, diretrizes a serem tomadas, em especial, para a elaboração do Plano de Saúde, de Assistência Social e da Educação.

O Relatório Final, objeto deste trabalho, pretendeu fornecer elementos de partida para uma discussão ampla e aprofundada dos resultados da Conferência, bem como subsídios para a realização da Conferência de 2007. Integrada? Eis uma das questões.



PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE DOURADOS - MS "AQUI VOCÊ SERÁ BEM CUIDADO"

Autor principal: Dinaci Vieira Marques Ranzi
 Outros Autores: Catia Paranhos Martins; Lucineide Francisco da Silva
 Instituição: Fundação Municipal de Saúde e Administração Hospitalar de Dourados - MS
 Município: Dourados
 Estado: Mato Grosso do Sul

O Hospital Universitário de Dourados - MS, administrado pela Fundação Municipal de Saúde e Administração Hospitalar de Dourados, iniciou suas atividades em 01/04/03 com o Ambulatório de Especialidades e Serviço de Diagnóstico e atualmente é referência na assistência à Saúde em média complexidade (cirurgias eletivas, atendimento médico em 22 especialidades e serviços de diagnósticos) para 34 municípios da região. Este é o único hospital geral 100 SUS% do município, com capacidade para 104 leitos de internação (em funcionamento desde julho/04), que tem o compromisso de desenvolver ações de ensino e pesquisa, efetivar a Gestão Descentralizada e Participativa e também contemplar a Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS com o Programa de Humanização e Acolhimento "Aqui você será bem cuidado".

O Programa de Humanização e Acolhimento "Aqui você será bem cuidado" busca melhorar a qualidade das relações entre usuário, funcionário e instituição, tomando-as mais democráticas e transparentes e, assim, consolidar o Acolhimento e a Humanização como norte da gestão. A gestão, portanto, é o elo da humanização através da estrutura organizacional que vem sendo construída de forma horizontalizada e participativa. É

uma aposta que traz a possibilidade de participação dos profissionais no cotidiano da instituição, possibilitando o exercício das decisões em conjunto através do Colegiado de Gerência, Gerências de Linha e Unidades de Produção e, também, incluindo o controle social, como princípio fundamental para a efetivação do SUS. O Programa de Humanização é composto por:

Acolhimento da Porta de Entrada: desenvolvido por 03 funcionários que recebem os usuários, esclarecem dúvidas e o direcionam ao setor competente. Visa organizar e agilizar os atendimentos no Ambulatório de Especialidades e nas Unidades de Internação. Em respeito à cultura indígena um destes funcionários do Acolhimento fala com fluência o guarani e foi cedido pela FUNASA para nos auxiliar na comunicação com os usuários indígenas.

Ouvidoria Hospitalar: um canal de comunicação para defender e representar os direitos do cidadão. Este serviço reconhece a diversidade de opiniões e preserva o direito de livre expressão. O usuário pode expor suas sugestões, elogios e queixas.

Questionário de Avaliação da Satisfação do Usuário: tem o objetivo de registrar a opinião do usuário ou familiar referente à atuação

Programa de Humanização e Acolhimento "Aqui você será bem cuidado"

Objetivo: Melhorar a qualidade das relações entre usuário, funcionário e instituição, tornando-as mais democráticas e transparentes e, assim, consolidar o Acolhimento e a Humanização como norte da gestão.

Atividades:

- Atividades de acolhimento e orientação aos usuários.
- Atividades de educação permanente para os funcionários.
- Atividades de controle social e participação da comunidade.
- Atividades de avaliação da satisfação do usuário.
- Atividades de comunicação e divulgação.

Organograma:

- Coordenador do Programa de Humanização e Acolhimento
- Gerentes de Linha
- Unidades de Produção

Fotoes:

- Atividade de acolhimento e orientação aos usuários.
- Atividade de educação permanente para os funcionários.
- Atividade de controle social e participação da comunidade.
- Atividade de avaliação da satisfação do usuário.
- Atividade de comunicação e divulgação.

Contato:

- Telefone: (51) 3411-1111
- E-mail: contato@fundasaodourados.ms.gov.br
- Site: www.fundasaodourados.ms.gov.br



dos profissionais, qualidade da assistência, instalações etc. O questionário e a uma para o depósito estão disponíveis nas recepções. As informações são periodicamente tabuladas e discutidas em reuniões do Colegiado de Gerência, com os Coordenadores e com os funcionários nas Unidades de Produção.

Humanização da Linha de Internação e Cuidados: visa minimizar o sofrimento do usuário decorrente dos problemas de saúde e valorizar não somente a técnica, mas também os relacionamentos interpessoais. Para tornar o hospital mais agradável há *música ambiente* (clássica) e, *brise-soleil* (janelas) e ventiladores foram colocados nos apartamentos. Para a promoção de vínculos, existem *Placas de identificação* nos leitos para o usuário ser tratado pelo nome. Há um *Solário* para maior conforto do usuário e seu acompanhante. Na Pediatria, as portas são em *tons pastéis*, painéis com *motivos infantis* decoram a unidade, há um quiosque e quadra de futebol na área de recreação e uma *Brinquedoteca*. Na UTI Pediátrica *Arco Íris* a equipe usa *avental decorado* e as mães podem permanecer por longo tempo com as crianças. *Visitas Orientadas à Pediatria* foram organizadas devido à curiosidade dos funcionários. Os *horários de visitas* são diários, em dois períodos e flexíveis proporcionando a manutenção da rede social do usuário e nas UTIs a visita é *in loco*. O *direito à acompanhante* aos idosos, crianças e casos excepcionais é garantido. Há também o projeto *Roda de Violão* que proporciona momentos musicais à comunidade hospitalar. E para diminuir o desconforto decorrente ao tempo de espera no Ambulatório, oferecemos um copo de *Leite com Chocolate*, bolachas e bolo diariamente aos usuários.

Acolhimento aos Funcionários Novos e Estagiários: destina-se a receber novos integrantes, apresentar o Programa de Humanização e regimento interno da instituição.

O Concurso "Frases Educativas" foi organizado para selecionar as melhores frases criadas pelos funcionários, com o tema Educação em Saúde, para decorar os bancos de concreto e educar toda comunidade hospitalar.

Capelania Hospitalar: são voluntários da comunidade que promovem ações que propiciam apoio espiritual aos funcionários, usuários e acompanhantes.

Comissão de Humanização: busca ampliar a participação dos funcionários no Programa de Humanização. Ações são promovidas pela Comissão, como por exemplo: Carnaval, Festa Junina, Festa do Dia da Criança, Oficinas para Ações Humanizadoras, comemoração ao Dia da Mulher e etc.

Sendo assim, pretendemos refletir sobre o processo de democratização neste serviço de saúde pública e coletivizar os avanços e desafios obtidos a partir da criação de espaços para o diálogo entre os funcionários, os usuários e a gestão da instituição. As ações do Programa de Humanização e a Gestão Descentralizada e Participativa

problematizam o paradigma saúde/doença produzindo novos modos de cuidar tendo o usuário como foco principal do trabalho em Saúde. Entendemos que humanização, acolhimento e cidadania são valores que estamos construindo e que precisam ser exercitados no cotidiano na atenção e na gestão.



PROGRAMA TERAPIA DA BELEZA

Autor principal: Dinilton Pereira da Costa

Outros Autores: ONG Alimentado Esperanças

Instituição: Hospital Universitário Clemente de Faria - UNIMONTES

Município: Montes Claros

Estado: Minas Gerais

IDENTIFICAÇÃO

O ser humano quando acometido por uma enfermidade fica vulnerável em sua auto-estima e necessita de calor humano além dos procedimentos terapêuticos tradicionais. Por isso que a ONG "Alimentando Esperanças" e o Hospital Universitário Clemente de Faria/HUCF, da Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES, estão desenvolvendo o Programa "Terapia da Beleza" fase II, ampliando as ações e as políticas de humanização da assistência à saúde.

JUSTIFICATIVA

Montes Claros é a cidade âncora do Norte do Estado de Minas Gerais, onde se concentra o aparelhamento público para a deliberação das questões sócio-econômicas e culturais da região, cuja economia consolida-se pela participação efetiva de atividades nos três setores (Agropecuária Indústria, Comércio e Prestação de Serviços). Porém, o município não tem estrutura para gerar postos de trabalho para a demanda da mão de obra existente.

O crescimento populacional é desordenado, em decorrência da emigração, uma vez que, a cada dia chegam em nossa cidade pessoas de outras regiões, em busca de trabalho e melhores condições de vida; aumentando o número de desempregados e a população carente. Além disso, contribui para a miséria e os graves grandes conflitos sociais existentes em na região.

Nesse contexto, percebe-se as dificuldades das instituições públicas, para o estabelecimento de um plano de desenvolvimento urbano sustentável. Com isso, vê-se o aumento nos índices de criminalidade e, sobretudo na questão da saúde; com o surgimento de novas endemias, epidemias.

Como consequência desta triste realidade, o ser humano fica susceptível a enfermidades; afeta a sua auto-estima e surge a necessidade do calor humano, além, dos procedimentos terapêuticos tradicionais.

Com isso, ONG "Alimentando Esperanças" em parceria com Programa de Humanização da Assistência à Saúde do HUCF, entende que o fator estético muito contribui para o resgate da auto-estima do ser humano. Como muitos dos seus usuários não têm

condições de cuidar da aparência, acredita-se que o Programa "Terapia da Beleza" será de grande importância no desenvolvimento no tratamento psicossomático, que além dos procedimentos de praxe, estará oferecendo novas técnicas que irão favorecer no resgate da auto-estima.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GERAIS

- Resgatar a auto-estima, a partir de cuidados com a aparência;
- Ampliar as ações do Programa de Humanização do HUCF;
- Capacitar usuários, funcionários, acompanhantes e outras pessoas para atuarem como cabeleiros.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Prestar serviços na área de estética, com cortes de cabelos, escovas, hidratação e alisamento.

METODOLOGIA

- Curso profissionalizante de caráter social, para servidores e usuários do HUCF;
- duração de 06(seis) meses;
- carga horária de 200 horas;
- taxa mensal de R\$ 25,00(vinte e cinco reais).

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

O Programa "Terapia da Beleza" será coordenado pela equipe da ONG "Alimentando Esperanças" e servidores do HUCF.

ESTRUTURA FÍSICA

O HUCF ficará responsável pelo local adequado para a realização do programa.

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

- Corte, escova, hidratação e alisamento de cabelos;
- cuidados com as unhas;



- maquiagem.

OPERACIONALIZAÇÃO

- A prestação de serviços e a mão de obra serão de responsabilidade da equipe da ONG "Alimentando Esperanças";

- O cronograma das aulas práticas será elaborado, conforme a rotina do HUCF.

PRODUTOS

- Curso de cabeleireiro para 24 alunos, sendo atendidos no HUCF cerca de 520 usuários/acompanhantes/funcionários do SUS.



HUMANIZANDO AS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO DA CASA DE SAÚDE MILTON MARINHO

Autor principal: Divaneide Ferreira de Souza

Instituição: Casa de Saúde Milton Marinho

Município: Natal

Estado: Rio Grande do Norte

INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta uma experiência que está sendo vivenciada no cuidado com os portadores de transtorno mental e seus familiares na Casa de Saúde Milton Marinhos (CSMM) no município de Caicó/RN. Visando romper com paradigmas relacionados a preconceitos e exclusão enfrentados pelos mesmos na sociedade e no local de tratamento. Apesar dos avanços alcançados na área de saúde mental, advindos da reforma psiquiátrica, ainda existem serviços que não se adequaram a estas mudanças, conservando um modelo de assistência hospitalar com características asilar a exemplo da CSMM.

Quando a Secretaria Estadual de Saúde/RN (SES) assumiu a gerência da CSMM em 3/11/05, devido a uma ação civil pública impetrada contra a mesma em consequência de suas precárias condições de funcionamento pela insuficiência de funcionários, ausência de projeto terapêutico, falta de equipamentos e existência de espaços restritivos-punitivos (celas) entre outros, tinha como responsabilidade adequá-la aos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, proporcionando um atendimento humanizado aos pacientes e seus familiares buscando reintegrá-los ao convívio familiar e sociedade, bem como dar início, ao processo de construção de uma rede de atenção de saúde mental para a região do Seridó.

OBJETIVOS

- 1) Estabelecer uma assistência psiquiátrica humanizada e de qualidade aos pacientes e seus familiares, promovendo sua integração e inserção ao convívio familiar e social, preservando seus direitos e resgate da cidadania;
- 2) Desencadear o processo de desospitalização de forma gradativa adequando os serviços a um centro psicossocial, com atendimento 24 horas.

METODOLOGIA

Esta proposta que incorpora a elaboração e desenvolvimento de um projeto terapêutico pautou-se nos princípios da democracia e participação para o exercício de sua gestão, iniciando

suas atividades de maneira sistemática, com discussões envolvendo todo o corpo técnico e administrativo do hospital, que resultaram em uma pauta de ações já em operacionalização. As atividades são desenvolvidas por equipe multiprofissional através de uma assistência integral com diagnóstico, tratamento e reabilitação. Dentre estas atividades destacam-se as Epidemiológicas, Médicas, Psicológicas, Pedagógicas, Pesquisa de avaliação e as Informativas, utilizando-se de exames epidemiológicos, clínicos e laboratoriais, consultas, vivências em grupo, exercícios lúdicos, físicos e cognitivos, visitas domiciliares, aplicação de questionários, elaboração de material informativo, intersetorialidade e multidisciplinariedade. A gestão vem estabelecendo parcerias para o pleno desenvolvimento desta proposta.

PRODUTOS

Elaboração do projeto terapêutico; Estabelecimento de novas rotinas, como retirada dos cadeados das portas; Mudanças nas condutas farmacológicas dos pacientes; Ampliação da equipe multiprofissional com mais psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos clínicos e psiquiátricos e técnicos em terapia ocupacional; Realização de acolhimento diário com pacientes em grupo, utilizando dinâmicas de conversas, visando integrá-los a práticas de sociabilidade e linguagem; Realização de atividades para estimular a capacidade física e cognitiva, através da prática de esportes, domínio, baralho e oficinas de artes incluindo a tapeçaria, música, dança, pintura, bordado, modelagem com gesso; atos religiosos, festas comemorativas e culturais; Instituição de um cronograma de visitas domiciliares por equipe multiprofissional, nas quais é discutida a nova proposta de trabalho, informações sobre a história de vida do paciente e orientações dos procedimentos de cuidados e inserção no convívio familiar e social; Realização de exames clínicos, pós internação, para diagnóstico e tratamento, quando necessário dos pacientes; Realização de uma pesquisa, substanciada em 03 campos de ação: Avaliar a cobertura assistencial dos quadros típicos; Avaliar a conduta dos casos atípicos; Avaliar o perfil institucional objetivando identificar avanços na proposta. Sensibilização dos secretários de saúde da região, mídia, Ministério Público e demais instituições públicas e privadas e adesão à nova proposta; Assistência humanizada ao paciente e familiares; Profissionais mais qualificados para o cuidado; Maior sociabilidade



dos pacientes internos e externos; Familiares mais sensíveis no acolhimento e aceitação de seus entes; Melhoria no quadro psíquico dos pacientes com redução do seu tempo de permanência no hospital, como resultado das novas condutas farmacológicas; Redução do N° de internações; Melhor conhecimento do quadro clínico dos pacientes, para maior segurança no seu tratamento; Maior interação da equipe multiprofissional no desenvolvimento das suas ações.

APRENDIZADO COMO VIVÊNCIA

Adesão do corpo técnico e de apoio administrativo do hospital na implantação da nova proposta; Apoio da unidade regional administrativa de saúde e das secretarias municipais de saúde. Resistência por parte dos auxiliares de enfermagem à incorporação das novas práticas; Resistência por parte de alguns familiares na aceitação do paciente no seu retorno pós alta; Dificuldade da sociedade em aceitar o paciente com transtorno mental; Inadequação da estrutura física do hospital para o desenvolvimento da proposta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constata-se uma boa aceitação desta proposta por parte dos profissionais, pacientes, familiares, instituição e sociedade, pela integralidade das ações, por diminuir o tempo de permanência no hospital, pela reintegração ao convívio familiar e social, por oferecer uma melhor assistência, por visualizar um trabalho de forma mais harmoniosa, demonstrando que o caminho da humanização e estabelecimento da cidadania a estes pacientes é o mais adequado.



A CLÍNICA DO FAZER - A POSSÍVEL CONVIVÊNCIA COM A LOUCURA

Autor principal: Dorian Rojas

Outros Autores: Edson Kazuo Matsumoto e Professores da Equipe: Douglas

Feliz; Daniela Araujo Santos; Ricielli Marques; Sérgio Cardoso Florindo

Instituição: CAPS II Centro de Atenção Psicossocial

Município: Santos

Estado: São Paulo

JUSTIFICATIVA

O presente trabalho tem como eixo temático "Gestão do Cuidado em Saúde" Trata-se da vivência transformadora que vem ocorrendo no Programa de Saúde Mental do Município de Praia Grande, que tem na afetividade e no saber técnico os pilares estruturais.

Praia Grande é um município com cerca de 210 mil habitantes, localizado no litoral sul do Estado de São Paulo. Até 2003 liderava o ranking, na região, das internações prolongadas. Internações em Hospitais Psiquiátricos, verdadeiros depósitos, nos quais se confinava a loucura distanciando o indivíduo da sociedade. Neste ano, inicia-se uma Política de Saúde Mental que fortalece a proposta substitutiva e cria-se o CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Apresenta-se como VIVÊNCIA INOVADORA à experiência iniciada em 2005. A Equipe Interdisciplinar efetiva a parceria com a Secretaria Municipal da Educação que contratou três professores das disciplinas de Educação Física e Educação Artística. Inova pela visão educacional com sua organização pedagógica se imiscuindo à visão da saúde, incorporando e (re)formando uma nova forma de tratar.

OBJETIVOS

- Transformar a cultura vigente da internação fortalecendo uma sociedade sem manicômios.
- Integrar e acolher aqueles que são estigmatizados visando a humanização e socialização dos tratamentos.
- Provocar possibilidades de mudanças possíveis e passíveis de produção, independente do grau e gravidade da patologia mórbida.
- Implementar uma política de assistência em Saúde Mental que efetive a inclusão, possibilitando um novo lugar social para loucura.

METODOLOGIA

PALAVRAS CHAVES: Loucura–Desconstrução–Construção – Educação – Inclusão.

A experiência cotidiana de um CAPS para desconstruir o mito do modelo manicomial tem como metodologia não se ter mais

uma crise psicótica aguda como uma necessidade de internação, mas como um início de um verdadeiro tratar pela equipe interdisciplinar que estuda, avalia sob aspecto bio-psico-social do momento de quebra do sujeito e traça o início da trajetória terapêutica, um contrato individual que se transforma no decorrer do processo evolutivo de cada um. No caminho terapêutico *o professor* é um agente transformador. A partir das oficinas terapêuticas/educativas inaugura-se a "Clínica do Fazer" que se estabelece a partir das possibilidades do indivíduo, tanto na arte como na educação física fortalecendo o ser autêntico e a convivência em espaço aberto consolidando o processo de reabilitação no CAPS.

DIFICULDADES

- O engessamento da estrutura e o modelo aprendido.

FACILIDADES

- Maior desenvoltura e autonomia dos usuários
- Diminuição das Internações.
- Manutenção da Parceria Educação/Saúde.
- Credibilidade por parte do Gestor na proposta

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Vivência Inovadora dá-se no CAPS –Unidade do Sus do Programa de Saúde Mental do Município de Praia Grande. A equipe do CAPS inicia a desconstrução do modelo histórico/cultural da internação psiquiátrica e conseqüente idéia de isolamento. Avança com a parceria Educação/Saúde e inaugura a "CLÍNICA DO FAZER" substituindo o ócio pela movimentação. "Como Fazemos" equipe e usuários vivem o que se é. Se (re)conhecem pelos vínculos afetivos, pela capacidade e possibilidades estruturando o SER.

O SER transcende o interno e ganha o espaço público, a inserção social e o político.

Na "CLÍNICA DO FAZER" Saber e Fazer aproxima a esperança de uma sociedade sem manicômios, pois é possível CONVIVER COM A LOUCURA.



ACSs ALQUIMISTAS

Autor principal: Dulce Maaria Matos de Souza

Outros Autores: Perciliana de Paula; Clessia Nunes; Elizete Greseli;

Rosimere Peres dos Santos; Janice Tengaten e Marcio Mesquita

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

PROCESSAMENTO DAS PLANTAS MEDICINAIS E AROMÁTICAS.

Iniciativa com ACSs (Agentes Comunitários de Saúde) após cursos ministrados pelo SEMAR em parceria com a EMATER-DF e PSF – Tabatinga que consiste em confeccionar, distribuir e ensinar a comunidade o processamento de receitas caseiras como xaropes, pomadas, xampus e sabonetes medicinais, temperos, etc.

Os ACSs passam nas casas fornecendo amostras e receitas dos produtos, que são de fácil confecção pela população, uma vez que as matérias primas são as plantas típicas do próprio ambiente natural da comunidade.

O Agente Comunitário de Saúde fornece somente o primeiro produto e ensina como fazer e como e quando usar. Tudo obviamente com supervisão do médico e do restante da Equipe de Saúde da Família.

Após o início do projeto observamos a prevenção e diminuição de danos causados principalmente por infecções respiratórias e pediculose, além de resgatar o hábito de utilizar recursos naturais (sem ônus) disponíveis e incentivar o auto-cuidado das pessoas da comunidade.



HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR SOB A ÓTICA DO FISIOTERAPEUTA

Autor principal: Dulcemere da Silva Diniz

Outros Autores: Mércia Gomes Oliveira de Carvalho

Instituição: Hospital de Emergência e Trauma Humberto Lucena

Município: João Pessoa

Estado: Paraíba

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A humanização, tema bastante discutido pelos profissionais da saúde, sobretudo pelos profissionais que buscam uma melhor qualidade da assistência ao usuário, resgatando o respeito à vida humana, considerando suas condições sócio-econômica-culturais, éticas e psíquicas. Humanização definida como a busca dos valores humanos no atendimento, levando em consideração o ecossistema que, segundo Santana (2004), representa tudo o que envolve o cliente, como o local onde vive, sua profissão, família, cultura e o desequilíbrio que apresenta. Porém, é notório as barreiras encontradas neste resgate, visto que o avanço tecnológico não valoriza o ser humano. A fisioterapia não foge a regra e necessita urgentemente sensibilizar-se, promovendo assim uma maior conscientização dos profissionais.

A nova Política Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar, criada pelo Ministério da Saúde/MS, destaca como objetivo central desta política a conscientização dos profissionais da saúde, para que os mesmos incorporem uma atitude ética de respeito às necessidades dos usuários. Segundo Betts (2003)

Por isso o interesse na realização desta pesquisa, visto que a saúde do ser humano, segundo a Organização Mundial da Saúde (BETTS, 2003), não é somente a ausência de doenças, mas, principalmente, um conjunto de bem-estar físico, psíquico, social e espiritual e que o próprio ser humano é um ser vivente especial, com valores indiscutíveis; portanto é necessário resgatar o valor humanístico no atendimento no âmbito hospitalar para a melhoria da qualidade do sistema de saúde.

OBJETIVOS

Investigar qual a percepção dos profissionais fisioterapeutas quanto à humanização no âmbito hospitalar, mostrando quão importante se apresenta essa contextualização.

METODOLOGIA

A realização deste estudo apoiou-se no método de abordagem indutivo, buscando avaliar a percepção dos profissionais

acerca da temática, generalizando o resultado para esta classe, caracterizando uma conexão ascendente (LAKATOS E MARCONI, 2001); no método de procedimento monográfico, que de acordo com Cervo e Bervian (1996), procura explicar um problema a partir de referências bibliográficas, tratando-se de um tema específico com valor representativo; e estatístico, através da análise de dados colhidos com a pesquisa de campo. Estudo caracterizado como do tipo exploratório, permitindo uma maior familiaridade com o tema, e descritivo, expresso pela observação dos fatos, registro, análise, classificação e interpretação dos dados levantados na pesquisa através do questionário aplicado aos fisioterapeutas do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena/HETSHL.

O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Foi aplicado um questionário aos 29 fisioterapeutas do HETSHL, através do método direto, sendo fornecidos aos participantes da pesquisa as informações sobre os objetivos do estudo, assegurando o anonimato, sendo assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, respeitando assim as normas estabelecidas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Após a coleta dos dados, obtida através do questionário, compilou-se as questões fechadas em gráficos realizando uma análise quantitativa e, a partir das questões abertas, uma análise qualitativa à luz da literatura selecionada.

- A idade dos participantes variou de 23 a 45 anos;
- De acordo com o sexo, houve uma prevalência de gênero feminino;
- Quanto a religião, a maioria denominou-se católico;
- Ao conceituar a humanização, todos se mostraram sensíveis ao tema;
- Mais da metade dos pesquisados não tiveram oportunidade de discutir sobre a temática no período acadêmico;
- Quase todos (96,6%) consideraram sua prática profissional humanizada, enfatizando a importância da mesma;
- Sobre o PNHAH, apenas 17,2% conheciam esta política.

Apesar da dificuldade, devido à escassez de material sobre a temática, o estudo ofereceu uma vasta compreensão sobre a



humanização para que os leitores mergulhem na sua dimensão e despertem para a importância da humanização na sua atuação profissional, tornando-se praticantes absolutos dessa nova política humanística.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho foi possível perceber a importância da humanização em saúde, sobretudo na assistência hospitalar, para melhorar a qualidade no atendimento. Podemos dizer, a partir da pesquisa de campo realizada com os fisioterapeutas, que a maioria dos pesquisados não tem uma compreensão ampla acerca do assunto, apesar de considerarem sua importância. Sabemos que a Fisioterapia é uma área em que o profissional mantém contato direto com o paciente, tendo como principal instrumento de trabalho as próprias mãos, permitindo o toque, que muitas vezes é capaz de atingir as dimensões mais profundas de um ser atuando em seus sentimentos, compartilhando muitas vezes suas aflições. E para que um hospital se torne humanizado, é necessário uma mudança nas estruturas que regem as atuais instituições, como também, é preciso que todos entendam a importância do PNHAH para que o processo se consolide como uma mudança de prática institucional.



METODOLOGIA DE AÇÃO EM REDE - METAREDE

Autor principal: Edinei João Garcia

Outros Autores: Fernando Luiz Zanetti; Fabiano Alcantara dos Santos

Instituição: Centro de Referência em Saúde do trabalhador CRST - Assis - SP

Município: Assis

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Circus tem como missão social gerir a construção, junto com a comunidade, de ações orientadas para a administração coletiva de questões locais. Com intuito de criar ou intensificar um Circuito de Interação de Redes Sociais que promova a melhoria das condições de sustentabilidade econômica, cultural e ambiental das comunidades.

Considerando a mecânica de fluxo estabelecida no circuito de referência/contra-referência; recepção – diagnóstico - curativo/ tratamento; notificação - vigilância da Rede SUS; ou seja, todo o percurso do usuário do SUS, bem como as informações de sua passagem, com a comunicação entre os setores centralizada e não integrada, o serviço prestado torna-se oneroso e dispersivo, o que provoca uma sangria de recursos, má qualidade dos atendimentos e incoerência no tratamento das demandas dos usuários do SUS.

Considerando ainda a dimensão geográfica da região da DIR-VIII, que é extensa – 210 km as cidades extremo – e que as culturas de produção aqui instituídas são diversificadas.

Em vista da proposta da RENAST, de incorporar em todos os níveis do SUS às ações de Saúde do Trabalhador, a CIRCUS propõe como estratégia de trabalho, uma ação em Rede entre os Servidores que trabalham nos municípios da região de abrangência da DIR VIII.

Com isto a referência em Saúde do Trabalhador, para quem é atendido e do servidor que atende, tornar-se-á mais acessível. Neste formato, os profissionais envolvidos estarão em constante troca de experiências com outros profissionais de outras realidades e áreas de trabalho, mas também, a sua atuação estará focada em sua localidade.

OBJETIVOS

Fomentar a cultura do trabalho em rede com o desenvolvimento de uma estratégia de ação em Rede que envolve os servidores do SUS dos 25 municípios da região de abrangência da DIR VIII, com a finalidade de estruturar um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador com a participação mais efetiva de todos os municípios envolvidos. A esta metodologia chamamos de METAREDE – Metodologia de Ação em Rede.

METODOLOGIA

A ação da equipe do CRST – Assis foi estruturada em atividades de referência e também por atividades de Educação Permanente em 3 setores da rede SUS – Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Programa de reabilitação. Entendemos por atividades de referência o suporte técnico para as práticas em Saúde do Trabalhador; e por atividade de educação permanente a criação de espaços para reflexão, capacitação, criação de instrumentos e estratégias de trabalho. Estas ações educativas\referência, funcionam de forma coetânea e complementar, pois os problemas encontrados em trabalhos de campo referenciados (uma vistoria, por exemplo) serão depois debatidos nos espaços de Educação Permanente. A esses espaços denominamos Roda de Educação Permanente.

Para melhor visualização da sistemática de trabalho, dividimos em 3 fases: *Integração, Interação e Instituição*. A interação acontece em determinados encontros dos atores envolvidos no processo, e estes encontros acontecem em determinados *contextos e territórios*. O papel da CIRCUS é criar *contextos* e diversificar *territórios*.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Composição da equipe de profissionais referencia do CRST-Assis com a participação de profissionais de 5 Municípios. Promoção de 4 seminários. Elaboração de Roteiro de Inspeção de Ambiente de Trabalho. Realização de 5 Conferências Municipais de ST e a Conferencia Regional, bem como participação dos delegados nas etapas: Estadual e Nacional. Implementação da ficha de notificação compulsória em Assis e Ourinhos.

FACILIDADES E DIFICULDADES

Neste percurso ficou clara a demanda do servidor público por uma educação permanente, a necessidade de atualizarem - se é visceral. Logo a participação nos eventos é maciça. Isto permitiu que permeássemos em todas as instancias da rede os conceitos de ST na perspectiva da atenção integral.



O maior dificultador está em de fato os gestores locais apoiarem as iniciativas de seus servidores. A ST ainda é desconhecida pelos gestores de nossa região.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como a equipe a ser disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde não se efetivou de forma integral, a equipe da CIRCUS acabou por responder sobre o CRST - Assis em todos os seus aspectos. Esta situação gera uma problemática que contradiz aos princípios da CIRCUS e da própria RENAST, pois conota uma terceirização das ações do CRST - Assis pela equipe da CIRCUS.

O Controle Social, neste caso a CIST, teve uma atuação tímida, mas consistente. A formação desta comissão é um processo lento que, infelizmente dependeu de forma excessiva da participação da CIRCUS em suas reuniões, dada à ausência de informação e iniciativa na busca das mesmas pelos membros da CIST.

Vale salientar que este ano de atuação junto a SMS foi de extrema aprendizagem e realização profissional para a equipe da CIRCUS, mas é imprescindível para a continuidade dos trabalhos que a SMS tenha profissionais que respondam de forma integral pelo CRST – Assis.



CONSTRUÇÃO COLETIVA DO PLANO DE AÇÕES DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DA SERRA A PARTIR DO ANO DE 2004

Autor principal: Edleusa Gomes Ferreira Cupertino

Outros Autores: Bernadete Coelho Xavier; Karla Binotte Costa

Instituição: Secretaria de Saúde do Município da Serra

Município: Serra

Estado: Espírito Santo

INTRODUÇÃO

O Município da Serra-ES possui uma extensão territorial de cerca de 547 km², equivalente à 12% do território estadual, com uma população de aproximadamente 364.840 habitantes em 2004, (394.370 habitantes em 2006), segundo o IBGE, correspondendo a 10 % da população do Estado e está dividido em 07 (sete) regiões de saúde. Nas últimas décadas, devido ao desenvolvimento do seu polo industrial, a taxa de crescimento médio foi de 4,9% aa, sendo que a média nacional girou em torno de 1,9% aa. Tal explosão demográfica ocasionou um crescimento desordenado da cidade e sérios problemas sociais relacionados à saúde, tais como: aumento da sífilis congênita, tuberculose, hanseníase e violência, sendo considerada a cidade mais violenta do país no ano de 2004 e 2005. Considerando sua extensão territorial e o índice populacional, o acesso à saúde ficou consideravelmente prejudicado. Como consequência, alguns indicadores importantes como a pactuação da sífilis congênita que seria de 01 caso para cada 1.000 nascidos vivos, foi registrado 09 casos em 2003, entre outros fatores importantes como, aumento da gravidez na adolescência e aumento exagerado de homicídios, sobretudo na faixa etária de 15 a 49 anos. Essa situação foi amplamente estudada pelo Núcleo de Planejamento da SESA e levantado algumas hipóteses, dentre elas estava a necessidade de maior envolvimento de outros atores, de se ouvir mais e diversificar essa escuta até aos usuários e principalmente à equipe de ponta das Unidades de Saúde, no planejamento das ações de intervenção buscando causar impacto a curto, médio e longo prazo. Assim, buscou-se envolver novos participantes, na construção do Plano de Ação da Saúde Municipal, tais como a ouvidoria municipal, o conselho municipal de saúde, sobretudo o segmento usuário, os gerentes de Unidade de Saúde, referências técnicas, representantes das comunidades locais e profissionais de saúde de várias categorias que atuam diretamente na assistência (assistente social, enfermeiros, médicos, psicólogos, farmacêuticos, etc). A ferramenta utilizada foi o PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL, conduzido pela equipe do Núcleo de Planejamento da SESA.

OBJETIVOS

Ampliar e garantir espaço para a participação social no planejamento de ações efetivas que realmente teriam impacto na melhoria dos serviços prestados à população, visando superar a pactuação dos indicadores feitos junto ao Ministério da Saúde.

METODOLOGIA

As estratégias utilizadas para a aplicação do PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL foram:

- Disponibilização de um espaço de escuta, discussão e construção coletivas de ações para a intervenção nos serviços de saúde municipal, por meio da ferramenta Planejamento estratégico Situacional, sob a orientação da equipe do Núcleo de Planejamento da SESA;
- Construção coletiva das possibilidades de solução dos problemas apontados;
- Responsabilização dos atores pela execução das soluções propostas;
- Acompanhamento e gerenciamento das ações propostas no Plano de Ação 2004.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

As propostas resultantes do Planejamento Estratégico Situacional foram incorporadas nos Planos de Ação dos anos de 2004, 2005, 2006. Dentre elas estavam: ampliar o investimento na capacitação dos profissionais, melhoria no banco de informações dos servidores e maior controle social. No ano de 2004, foi criado uma referência interna na saúde para educação continuada que fez parceria com o Núcleo de Treinamento da Prefeitura ampliando o número de vagas nos diversos cursos para os servidores da saúde. Foi atualizada e disponibilizada cópia para cada Unidade de Saúde, sobretudo para as Assistentes Sociais, da Carta de Serviços de Saúde do Município e acrescidos nela, uma série de protocolos de acesso de pacientes para tratamento de Tuberculose, Hanseníase, DST/AIDS e outros programas para melhorar o nível de informação ao paciente. Além disso, foram instituídas reuniões mensais entre o Departamento e os diversos administradores, bem como reuniões bimestrais entre as referências técnicas para troca de



informações. Em 2005, foram capacitados 98% dos servidores da saúde na qualidade do atendimento, bem como foram realizadas várias jornadas científicas com os profissionais médicos (ginecologistas, pediatras e generalistas) para atualização do conhecimento científico. E ainda em 2005, foi colocado em funcionamento o Projeto “Posso Ajudar” que visa disponibilizar servidores bem informados, capacitados e estrategicamente colocados dentro das Unidades de Saúde, sobretudo as de maior movimento, para fornecer informações à população em geral, principalmente no horário de maior fluxo. Foram criados Conselhos Gestores em 70% das Unidades de Saúde, garantindo maior participação social na gestão pública. Está previsto uma II Oficina de Planejamento Estratégico Situacional para o corrente ano.



SEMANA DO HOMEM – RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (RURAL) NO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO – SP

Autor principal: Edson Aguilar Perez

Instituição: Secretaria de Saúde do Município de São Bernardo do Campo

Município: São Bernardo do Campo

Estado: São Paulo

Por solicitação da população masculina adscrita na USF Núcleo Santa Cruz, decidimos implantar a Semana do Homem, a exemplo do que já é feito para as mulheres. Essa primeira experiência ocorreu na 3.ª semana de junho de 2005.

Nosso objetivo era o de detectar novos casos de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, alterações prostáticas e de disfunção erétil nessa população, assim como incluir no agendamento rotineiro esses novos casos e encaminhar todos os que apresentassem patologias urológicas.

Como não dispúnhamos de um modelo pré-estabelecido de trabalho, decidimos utilizar os questionários da Sociedade Brasileira de Urologia de Avaliação Urológica e de Disfunção Erétil, criarmos um fluxo que atendesse nossa demanda e que fosse de operacionalização viável. Os Agentes Comunitários de Saúde, do sexo masculino, aplicaram esses questionários durante essa Semana, Auxiliares de Enfermagem da USF verificaram níveis pressóricos, pesaram e mediram os participantes, que também receberam solicitações de exames laboratoriais. Todos os homens acima de 40 anos de idade foram convocados a comparecer na última sexta-feira dessa semana para o Exame do Toque Retal, realizado por Urologista.

Utilizamos os softwares Epidata para a criação do banco de dados e do EpiInfo 6.04 para a avaliação dos dados digitados.

Como resultados temos que compareceram à USF 192 homens, com mediana de idade de 52,31 anos, tendo sido submetidos ao Toque Retal 121 participantes (63,02%).

Detectamos 14 novos casos de Hipertensão Arterial, e 1 paciente diabético que não apresentava adesão ao tratamento. De 129 exames de glicemia (em jejum) observamos que 25 participantes que referiam não serem diabéticos, apresentavam glicemia maior que 100 mg/dl. e 7, na mesma situação, com glicemia superior à 126 mg/dl.

Em 43,8% dos examinados observou-se a próstata aumentada, 6,6% com consistência alterada e 6,6% apresentando nódulos à palpação. Observou-se correlação entre a dosagem do PSA, alterações prostáticas e pontuação no questionário.

Pelo grau de procura da população e pelos resultados obtidos, concluímos que a implantação da Semana do Homem se

faz necessária em nossas Unidades de Saúde. Em relação ao custo-benefício temos que se trata de atividade com cunho preventivo e que leva à detecção precoce de sérias patologias, com melhora na qualidade de vida da população e diminuição dos gastos com medicamentos e procedimentos terapêuticos de alto custo.



PROGRAMA DE VISITA ÍNTIMA

Autor principal: Edson Jose Biondi

Outros Autores: Eugênia Maria Martinho Midlej; Andréa Telles Rosa

Instituição: Superintendência de Saúde - Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

O Rio de Janeiro, dispõe de uma rede de 07 hospitais e 35 ambulatorios, onde são desenvolvidos as Ações e Projetos em Saúde Penitenciária, sob a Coordenação e Supervisão da Superintendência de Saúde da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária.

A visita ao cônjuge, instituída como direito previsto na Lei de Execução Penal em seu artigo 42, inciso X, sempre foi alvo de preocupação, do ponto de vista da saúde. Em 1996, a Superintendência de Saúde, baseada em uma resolução interna, instituiu um Programa para instrumentalizar o processo de concessão de Visita Íntima para além da exigência legal do atestado de boa saúde, antevendo este momento como adequado para o desenvolvimento da educação como estratégia de gestão em saúde além de contribuir para o fortalecimento da articulação dos serviços de saúde da rede penitenciária. Visando desenvolver a dimensão cuidadora dos profissionais de saúde, por meio do acolhimento, da criação e estreitamento dos vínculos com a clientela, foram instituídas palestras para os internos (as) e companheiros (as), candidatos à concessão do benefício de Visita Íntima, como parte do Programa de Prevenção e Tratamento em DST/Aids, desenvolvido pela Divisão de Programas Especiais, da Superintendência de Saúde da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro.

JUSTIFICATIVA

A Visita Íntima, demonstra-se como uma oportunidade de manter e estreitar os laços afetivos entre os internos e suas famílias, tornando menos árduo o cumprimento da pena, a despeito das condições de convívio e da angústia pela privação de liberdade. Observando a questão sob a ótica do Serviço de Saúde, a Visita Íntima torna-se um excelente momento de disseminação de informações e esclarecimento de dúvidas sobre saúde para dois grupos distintos, candidatos à concessão do benefício: os internos, que podem contribuir para a diminuição da promiscuidade e da transmissão de doenças por via sexual, e aos cônjuges e companheiros, que podem, por consequência, multiplicar estas informações em suas comunidades

de origem, o que reafirma o compromisso e o comprometimento não só em relação à população carcerária, mas como também à sociedade livre, por extensão.

OBJETIVOS

Favorecer a adoção de práticas sexuais seguras para os internos e companheiras em processo de concessão de Visita Íntima; possibilitar a aquisição/revisão de conhecimentos relacionados ao próprio corpo, aparelho reprodutor, higiene, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e sua prevenção; valorizar o papel da mulher enquanto pessoa, companheira, chefe de família e seu direito à saúde; destacar a importância da maternidade/paternidade responsáveis, contribuindo indiretamente para a redução do número de gravidezes indesejadas e abortos provocados; promover uma maior articulação entre os Programas e Ações desenvolvidas pela Superintendência de Saúde.

METODOLOGIA

O ponto de partida para a realização do Programa, foi a inclusão na portaria interna que trata da concessão da Visita Íntima, da exigência da frequência dos candidatos à palestra oferecida pela Superintendência de Saúde e assinatura de Termo de Responsabilidade que ateste a frequência e a ciência dos conteúdos nela ministrados. Foram criados formulários específicos para documentação das ações desenvolvidas e cumprimento às exigências formais para a concessão do benefício. Os internos (as) e companheiras (os) passaram a ser agendados mediante lista fornecida pelo serviço social da Unidade Prisional, encarregada do acompanhamento dos processos, para palestras nas próprias Unidades ou no auditório do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, respectivamente, com duração variável entre duas e três horas, dependendo do grau de participação da clientela. Um material informativo específico, foi elaborado especialmente para o Programa, em linguagem de fácil entendimento e forte apelo visual para melhor aproveitamento do conteúdo, com cartilha, vídeo e álbum seriado.



O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Somente entre os anos de 2001 e 2005, foram realizadas 390 palestras com a participação de 3068 internos (as) e 145 palestras com a participação de 2749 companheiras (os). O grande resultado obtido, entretanto, foi o aumento acerca da conscientização sobre a importância das práticas sexuais seguras, traduzido pelo aumento expressivo da demanda por preservativos e um maior grau de informação sobre os assuntos abordados. Foi possível perceber que, muitas das vezes, esta foi a única oportunidade em que os vários mitos e crenças relativas às práticas sexuais e ao conhecimento do próprio corpo, bem como a saúde enquanto direito foram discutidos.

FACILIDADES E DIFICULDADES

Como todas as Ações em Saúde em ambientes Prisionais, em que a atividade-fim é a custódia e a prioridade é a disciplina, a grande dificuldade, ainda hoje, é a sensibilização permanente sobre a importância de trabalhos desta natureza, o que precisa ser diuturnamente reafirmado, utilizando como argumento principal a conseqüente melhoria das condições de trabalho em função de uma clientela mais saudável. Entre as facilidades, destacam-se o interesse da clientela sobre os temas abordados, a oportunidade de aproximação com o serviço de saúde e a integração entre o Programa de Visita Íntima e as demais Ações e Projetos em Saúde Penitenciária, desenvolvidos pela Superintendência de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O gratificante é, com toda segurança, a contribuição para a diminuição de transmissão de doenças e agravos à saúde, a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços oferecidos e a percepção do aumento da consciência da saúde enquanto responsabilidade individual e direito de todos, em um momento de acolhimento e participação ativa dos atores envolvidos.



PROJETO MONITORES DE SAÚDE

Autor principal: Edson Jose Biondi

Outros Autores: Eugênia Maria Martinho Midlej; Andréa Telles Rosa

Instituição: Superintendência de Saúde - Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

O Rio de Janeiro, dispõe de uma rede de 07 hospitais e 35 ambulatórios, onde são desenvolvidos as Ações e Projetos em Saúde Penitenciária, sob a Coordenação e Supervisão da Superintendência de Saúde da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária. O Projeto Monitores de Saúde, desenvolvido pela Superintendência de Saúde desde 2002, serviu como base para os Agentes Promotores de Saúde, previstos no Plano Nacional de Saúde Penitenciária, instituído pela Portaria Interministerial 1777/03 e tem como objetivo principal a formação de pessoas presas para atuação junto ao Serviço de Saúde, ampliando seu alcance e contribuindo, desta forma, para a universalização do acesso, em reforço aos princípios do Sistema Único de Saúde.

JUSTIFICATIVA

A clientela atendida pelos Serviços de Saúde Penitenciária, apresenta entre suas características o reduzido grau de informações em saúde, o desconhecimento do funcionamento da rede interna de atendimento e uma desconfiança natural acerca das informações obtidas pelos funcionários, o que pode dificultar o trabalho de prevenção desenvolvido pela equipe técnica. A Superintendência de Saúde, como forma de ampliar o acesso e desenvolver a educação permanente como estratégia de gestão, desenvolve, desde 2002, o Projeto Monitores de Saúde, no qual os internos são selecionados, treinados e permanentemente reciclados para atuação junto ao Serviço de Saúde. Este trabalho auxilia na melhoria das relações de trabalho entre a clientela e a equipe multiprofissional, valorizando seus conhecimentos e formas peculiares de expressão, estimulando a auto-estima, a liderança natural positiva e a autonomia relativa dos usuários.

OBJETIVOS

Realizar um treinamento permanente para um grupo de internos do Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro, para que, por meio da informação horizontal, seja possível contribuir para a redução

de doenças transmissíveis, adoção de hábitos mais saudáveis de vida, identificação e comunicação aos Serviços de Saúde, dos agravos e doenças detectados, acompanhamento e verificação da adesão, abandonos e inadequações de casos de longa duração.

METODOLOGIA

No desenvolvimento do trabalho, foram necessários a seleção e treinamento dos internos para o trabalho de prevenção, detecção e acompanhamento, já descritos, junto aos técnicos de saúde da Divisão de Programas Especiais e da Divisão de Enfermagem; vinculação do trabalho diário dos internos aos técnicos dos Ambulatórios de Saúde, localizados nas Unidades Prisionais; sensibilização dos diretores de Unidades Prisionais e coordenadores de segurança para a importância do trabalho a ser desenvolvido, facilitação da circulação interna dos Monitores e permissão para inclusão deste trabalho como forma de remissão de pena; planejamento conjunto e execução supervisionada de atividades direcionadas aos internos e familiares; participação nos Programas e Projetos em desenvolvimento pela Superintendência de Saúde; avaliação participativa e contínua do trabalho desenvolvido. Foram produzidos, para o treinamento, cartilhas de fácil entendimento e formulários para quantificação, acompanhamento e avaliação do trabalho desenvolvido.

O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Foi possível treinar uma primeira turma de Monitores em aproximadamente 40% das Unidades Prisionais entre 2002 e 2005. Cada turma foi formada com 10 a 15 internos, o que chegou a totalizar 120 Monitores. Durante a execução do trabalho, foi possível perceber um salto de qualidade em relação à ampliação do acesso dos internos ao Serviço de Saúde, uma detecção mais precoce de agravos e doenças, um melhor acompanhamento da adesão ao tratamento e dos casos crônicos. Além do despertar do interesse dos Monitores pelo trabalho em Saúde, a valorização dos saberes individuais, das formas próprias de expressão e da liderança positiva, teve como reflexo, para muitos, o desejo de continuarem, depois do



cumprimento da pena, a tarefa de multiplicadores, favorecendo a reinserção destas pessoas em suas comunidades de origem.

FACILIDADES E DIFICULDADES

Entre as facilidades, podem ser citados o apoio permanente da Superintendência de Saúde, suas Divisões e Coordenações e o empenho dos técnicos em saúde na execução do projeto. Entre as dificuldades, podem ser listados a desconfiança inicial tanto por parte dos internos quanto da Segurança em suas várias instâncias e como ponto principal a carência de recursos humanos para o prosseguimento do trabalho. Apesar do crescimento vertiginoso do número de internos sob a responsabilidade da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária nos últimos dez anos, o quantitativo de técnicos em saúde diminuiu consideravelmente, o que determinou a paralisação das atividades de seleção e treinamento. Além disso, com a movimentação freqüente dos internos entre as Unidades Prisionais e saídas por liberdade, o grupo de Monitores foi se reduzindo e perdendo a unidade de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da estagnação atual deste projeto, foi possível perceber que o investimento no envolvimento da clientela com o Serviço de Saúde, a valorização da atuação do interno como importante para a universalização do acesso e melhoria dos Serviços oferecidos, bem como o desenvolvimento da educação permanente como estratégia de gestão são extremamente benéficos, a despeito de todas as dificuldades enfrentadas.

Espera-se que, com o estímulo a projetos como este, por meio do Plano Nacional de Saúde Penitenciária, seja possível em um futuro próximo, a retomada e o incremento das atividades do Projeto.



O MODELO DE ASSISTÊNCIA DA EQUIPE MATRICIAL DE SAÚDE MENTAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autor principal: Eduardo Galvão Barban

Outros Autores: Angélica Aparecida Oliveira

Instituição Secretaria Municipal de Saúde e Higiene de São José do Rio Preto - SP

Município: São José do Rio Preto

Estado: São Paulo

O Programa Saúde da Família (PSF) é um modelo de assistência na atenção básica que vem sendo implantado no município de São José do Rio Preto. As equipes de saúde têm, em suas atribuições, a busca ativa e as visitas domiciliares. Foi detectada a necessidade de assessoria e capacitação em Saúde Mental dos profissionais das Unidades de Saúde, para lidar com vários problemas que emergem na prática do programa.

A Secretaria de Saúde e Higiene de São José do Rio Preto vem contando com a experiência adquirida nos últimos quatro anos por dois profissionais de Saúde Mental (psiquiatra e psicóloga), com contrato de trabalho de 20 e 40 horas, respectivamente. Esta equipe construiu modelos de atuação e instrumentos para auxiliar no trabalho de assessoria e capacitação dos profissionais da Unidade de Saúde.

Na prática, percebemos uma visível diminuição do estresse das equipes. A atuação em co-responsabilidade entre a equipe de saúde mental e os profissionais da unidade vem possibilitando a condução dos problemas de Saúde Mental que até então eram repassados ao serviço secundário, o que, de modo geral, causa a superlotação e a cronificação dos transtornos mentais. Com o estímulo ao trabalho em equipe e à intersetorialidade, vem ocorrendo um processo de transferência para a comunidade da responsabilidade social pelo seu bem-estar, diminuindo a sobreposição de atuações e atitudes assistencialistas.

Para o profissional da área de saúde mental, abre-se um novo campo de atuação na prevenção e no monitoramento dos transtornos mentais na atenção básica.

Este é um momento histórico para a política de saúde mental, na cidade de SJRPreto. Outras ações vêm acontecendo em paralelo com esse trabalho:

Fórum de discussão dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS: espaço de discussão que permite a reflexão do agente comunitário enquanto sujeito desse processo, capaz de intervir nas situações observadas, a partir das visitas domiciliares, levando às unidades de saúde seu olhar, enquanto profissional da área da saúde, e também morador da comunidade. Esse Fórum também é utilizado como espaço de capacitação em temas específicos, a partir das necessidades dos profissionais. O ACS é o único profissional da

equipe de saúde da família que não tem uma formação anterior na área da saúde e, dessa forma, o Fórum de discussão do ACS se converte em espaço de troca de experiências entre as diferentes unidades de saúde, com aprofundamento nas discussões sobre organização do processo de trabalho, trabalho em equipe, atribuições específicas e, ainda, para compartilhar sentimentos que emergem no desenvolvimento do trabalho cotidiano.

Coordenação das atividades: enfermeira coordenadora da Saúde da Família, psicóloga da Faculdade de Medicina de SJ Rio Preto – FAMERP e apoio da aprimoranda de Psicologia da Saúde – FAMERP. Encontros mensais com 8 horas de duração.

Atividades de desenvolvimento de equipes - enfoque no trabalho em equipe:

- realizadas a partir de diagnóstico situacional e com acompanhamento sistemático, de acordo com o processo de desenvolvimento e reorganização do método de trabalho das equipes;
- reuniões de equipe semanais, quinzenais e mensais, conforme programação pactuada entre equipe de coordenação e equipe Saúde da Família;
- coordenação das atividades: coordenadora da Saúde da Família, psicóloga da Faculdade de Medicina de SJ Rio Preto - FAMERP e psicóloga da equipe de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene;

Reuniões intersetoriais - a partir de evento sobre Política Intersetorial para Atenção à Saúde Mental da Infância e Adolescência, o que vem facilitar a articulação da rede intersetorial da área de abrangência das Unidades de Saúde. O município vem trabalhando na lógica do Programa Saúde da Família, para tanto foi dividido em territórios de abrangência de cada uma das 23 Unidades Básicas de Saúde. Há algumas Unidades que seguem o modelo da Saúde da Família e outras estão em implantação seguindo com modelo misto. As reuniões intersetoriais são mensais em cada território, onde se discute os problemas mais complexos que devem ser abordados entre os diferentes segmentos. É um espaço coletivo de construção de cidadania e de autonomia.

Convênio entre a Secretaria de Saúde de S. J. Rio Preto e a FAMERP (Faculdade de Medicina de Rio Preto/Psiquiatria – com



finalidade de regulamentar a integração entre estas instituições visando favorecer a proposição, a promoção, a difusão e o desenvolvimento de atividades de assistência científica, de pesquisa, didático pedagógicas, ética-humanísticas e de extensão à comunidade, em consonância com as diretrizes, objetivos e metas do SUS (lei 8080/80). Tem por objetivo o desenvolvimento de estágio curricular do Curso de Graduação em Medicina dos alunos do 5º ano, nos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (CAPS cria) da região norte e centro, no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad) e nas atividades da Equipe Matricial de Saúde Mental na Atenção Básica.

Qualificação das ações de psicologia e assistência social nas unidades básicas de saúde da família para sua atuação na rede de saúde mental – estes profissionais estão sendo capacitados e sensibilizados pelos profissionais que estão atuando nas unidades com o modelo de matriciamento de saúde mental.

RESULTADOS

Nº DE FAMÍLIAS DETECTADAS POR UNIDADE:

UNIDADE DE TALHADO: 32 FAMÍLIAS REGISTRADAS

UNIDADE DE GONZAGA DE CAMPOS: 41 FAMÍLIAS REGISTRADAS

UNIDADE DO RENASCER: 36 FAMÍLIAS REGISTRADAS

UNIDADE DO CIDADANIA: 46 FAMÍLIAS REGISTRADAS.

TOTAL DE FAMÍLIAS: 156

Mais de 30 visitas domiciliares e 25 consultas compartilhadas.

Número médio de supervisões para cada família = 3

PRINCIPAIS condições de risco POR FAMÍLIA.

- em 18%, há sofrimento devido ao abuso de álcool;
- em 10%, há abuso de drogas como principal fator de desestruturação;;
- 43%, há forte estresse familiar com situações frequentes de agressão, negligência e maus tratos em seu ambiente;
- 36% das famílias estão com um ou mais familiares com sintomas depressivos e ansiosos pronunciados;
- 20% das famílias têm um familiar com história de internação psiquiátrica;
- 48% das famílias relatam o uso de psicotrópicos, mas somente 30% realizam tratamento psiquiátrico e 9% psicológico.

O nível secundário está sendo ampliado com mais um CAPS adulto, a partir da reorganização dos serviços de saúde mental do município.

Somos atores e protagonistas dessa transformação. O modelo de Equipe Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica está sendo proposto na reorganização da atenção básica, no município de SJRPreto. É a saúde mental no SUS, em busca por um novo modelo.



PLANO DE COMUNICAÇÃO COM JOVENS E ADOLESCENTES DO ADOLESCENTRO PAULO FREIRE

Autor principal: Eduardo Rodrigues da Rocha

Outros Autores: Marcio Alexandre Baptista; Ricardo Ferreira Guedes; Simone

Silva de Paiva; Sueli Louviz de Azevedo Hingel e Vera Regina Lembo

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde - Rio de Janeiro

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

Este plano consiste no trabalho apresentado para conclusão do Curso de Especialização em Comunicação e Saúde/CICT/FIOCRUZ.

Com base na teoria da semiologia dos discursos sociais abordamos a comunicação como processo de intervenção social, com vistas a inovar na busca de estratégias comunicacionais nas quais os destinatários sejam protagonistas de suas ações.

Tem o objetivo de desenvolver ações de comunicação e saúde que considere o lugar de interlocução do outro, seus conhecimentos, seus contextos e não simplesmente selecionar os conteúdos supostamente úteis para proporcionar melhor qualidade de vida ou promover mudanças de atitudes, em contraponto ao processo de verticalização das estratégias de comunicação e saúde com os jovens do Adolescentro.

Este trabalho se pauta na metodologia participativa, como forma de garantir a fala dos jovens em todas as etapas do processo. É a partir da realidade por eles vivenciada, expressa em suas dúvidas, divergências, dificuldades e experiências, que se desenvolve o debate e a construção do conhecimento. Trabalhamos com dinâmicas, textos, vídeo-debates que garantam a participação de todos.

Através de oficinas, elaboramos um mapa simbólico que nos oportunizou conhecer a vasta rede de produção de sentidos dos nossos destinatários. Essa rede, em que eles se apropriam das informações e as fazem circular, certamente, tem influenciado o agir, o pensar e o estilo de vida deles

Os esforços empreendidos para a elaboração de um plano de comunicação que contemplem os lugares de interlocução a partir do processo embrionário de planejamento, aproximam todos os elementos envolvidos no processo comunicacional, aumentando a probabilidade de êxito das ações propostas e intervenções que se destinam alcançar. Estes lugares de interlocução valorizados nas estratégias de comunicação em saúde, colaboram para uma efetiva participação e legitimação de vozes subjugadas nos modelos tradicionais.

Perceber a comunicação dentro de uma instituição é tentar avaliar seu limite, contextos e sentidos. É observar sua forma e direção e, ao intervir, temos a pretensão da mudança, de tomar melhor e igual

ao que acreditamos ser um discurso horizontal, cujo protagonismo é inerente a cada ator crítico e social.



O EMPREGO DE UMA CADEIRA PARA DEMONSTRAR COMO É FEITO O TRATAMENTO INTERATIVO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Autor principal: Eduardo Ruszczyk

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

ÀREA DE ATUAÇÃO

Comunicação Social e Saúde.

PÚBLICO ALVO

Palestras para pacientes hipertensos.

Comunicações pessoais a estes pacientes.

DURAÇÃO DO TEMA LIVRE EM AUDITÓRIO : 20

minutos.

Presta-se também para Stand de feiras se for acompanhado de banners.

PROGRAMA DE IMAGENS : Durante o tema podem ser apresentadas uma série de IMAGENS que apresentam cadeiras que tenham importância na arte e cultura como por exemplo : A cadeira de Van Gogh , Magrite , Bauhaus , trono de D. Pedro II .

OBJETIVOS

O EMPREGO DE UMA CADEIRA PARA DEMONSTRAR COMO É FEITO O TRATAMENTO INTERATIVO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.

“Mais vale uma Imagem do que mil palavras”

Provérbio Chinês.

MÉTODO EXPOSITIVO

Entre os temas das PALESTRAS COMUNITÁRIAS desenvolvidos pelo PSF a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) já tem o seu lugar e valor devidamente estabelecidos. Serve tanto para os profissionais de todas as áreas do quadro cumprirem seus propósitos de diálogo e informação com a comunidade como para os pacientes do nosso Grupo 4 de trabalho trazerem seus retornos quanto aos sucessos e dificuldades dos seus tratamentos. A idéia principal é que a mensagem deve ser entendida e assim ser assimilada no contexto comunitário.

Chega a hora do comunicador apresentar seu exemplo prático e matérial , agora possível , do que seja um tratamento multi-diciplinar . Por ser de fácil assimilação ele será entendido



pela sua população de trabalho. Já podemos colocar a cadeira sobre a mesa do locutor.

A presença de uma cadeira sobre a mesa de conferência já começa tomar valor quando vamos entrar no elemento DIAGNÓSTICO. Tão evidente como esta cadeira estar sob a mesa é sabermos que o nosso caso trata-se de HAS. Esta é a certeza real do nosso problema pois ele existe e assim deve ser tratado e não ignorado. Não podemos negar que a cadeira está sob a mesa. Não podemos negar que somos hipertensos já que nossos sintomas ,cifras e exames levam a este diagnóstico. Sabemos todos que a cadeira não ficará para sempre nesta mesa, pois como ela a Hipertensão pode ser afastada e tudo é



transitório. Baseados nestes fatos agora mais reais passaremos abordar o assunto

TRATAMENTO

A CADEIRA E O TRATAMENTO INTERATIVO :

Quanto ao tratamento eficiente, as quatro pernas da cadeira representam os quatro elementos que devem interagir :

1. Medicação e controle assistencial.
2. Dieta .
3. Convívio com o Stress .
4. Exercícios ativos de caminhada.

Nem um pé da cadeira é maior ou mais importante que o outro, se não ela não se sustentaria . E sob a cadeira está o paciente buscando o seu equilíbrio. Todas as quatro bases do tratamento devem ser valorizadas e assim pensadas em conjunto. A cadeira já foi testada pelo seu fabricante e o tratamento também . Este método de tratar está sempre provando a sua eficácia todo o dia. O Médico deixa de ser um simples repetidor de receitas pois passa a avaliar a Dinâmica do quadro Hipertensivo. Vai explicar aos pacientes que hipertensão é fase e não rótulo e as fases mudam. Na medida que outros pés da cadeira ajudarem na busca do Equilíbrio do sistema Cardiovascular menos medicação poderá ser utilizada. A alimentação deve ter sua qualidade melhorada e a quantidades de sal e óleo reduzidas . A paz é possível (e o bom sono é a sua recompensa) e a caminhada já pode ser iniciada com desenvoltura. Converse com o Doutor sobre o seu sono e dúvidas . Tudo interage ,e a prova do bom resultado está ali do lado do comunicador, a cadeira útil e bem centrada.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Durante a Palestra Comunitária podem ser lembrados os seguintes fatos :

Devemos lembrar que tudo busca um Equilíbrio. Isto aqui é uma cadeira equilibrada e portanto eficiente. Vamos assumir esta verdade e começar a trabalhar por nós mesmos.

Utilizar só remédios é como querer que a cadeira funcione com um pé só. Sem medicação faltaria um pé da cadeira.

Reduzir óleo e o sal são tão importantes que vem á seguir na sustentação do móvel. Redução ponderal também devem fazer parte deste passo onde também vai agir a redução do componente stress, tanto laborativo , familiar e pessoal.

O Hipertenso deve selecionar o que come e deve buscar o bom sono . A inversão da noite pelo dia afeta o seu humor e mais adrenalina é produzida a partir desta alteração. Vamos sorrir mais e quem sabe até de nós mesmos. A Hipertensão também tem seu lado emotivo a tratar.

Visitem-se mais , saiam mais . Menos televisão e poltrona , mas continuem pensando nesta cadeira . Haverão risos , por certo e esta é uma boa hora para encerrar a palestra deixando a cadeira sobre a mesa.

RESULTADOS

A Cadeira foi aplicada muitas vezes em palestras e em diálogos com os pacientes e temos a idéia que somos entendidos. Os próprios pacientes fazem referência ao exemplo para se expressar com o Corpo Assistencial.



ACOLHIMENTO AO CLIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE E AGILIZAÇÃO DO ATENDIMENTO EM UNIDADE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autor principal: Eduardo Sergio Marques Lazzaro

Outros Autores: Gariela Soares Portela; Celina Maria da Trindade;

Arnaldo Almendros Mello

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde e Higiene

Município: São José do Rio Preto

Estado: São Paulo

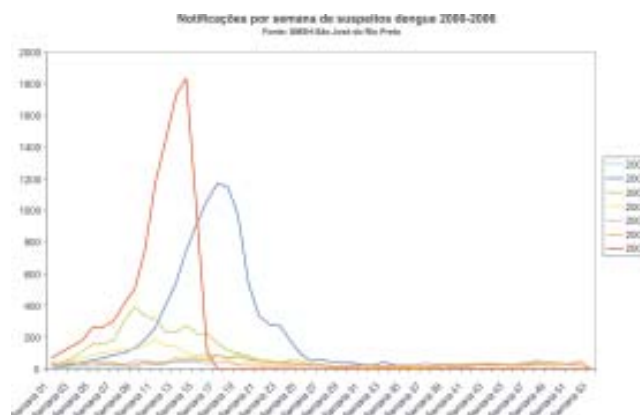
INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A dengue representa hoje o maior problema de saúde pública em São José do Rio Preto. A partir de 1990, data do 1º caso autóctone, notamos um aumento progressivo das incidências que atingiu os maiores valores no período de 2000-2001, além do aumento progressivo do número de meses com transmissão. Estes fatos permitiram caracterizar o processo denominado de endemização do dengue. O grande problema recente é a ocorrência de casos de dengue hemorrágico, pois já temos circulando no município os vírus tipo 1, 2 e, desde dezembro de 2005, também o vírus tipo 3. Com a entrada em circulação do vírus 3, houve um aumento acentuado das notificações de suspeitos e de casos confirmados, como podemos observar no gráfico abaixo. Por outro lado, desde a detecção do vírus 3, as campanhas de esclarecimento à população e de eliminação de criadouros foram ainda mais intensificadas, além de ter sido oferecido um treinamento intensivo para todos os profissionais da rede de assistência do município visando a detecção precoce dos casos de dengue e de suas complicações. Como consequência, houve um grande aumento da demanda de pessoas procurando as unidades de saúde acarretando transtornos no atendimento. A Policlínica Ipê Branco é referência de pronto-atendimento 24 horas para as UBS/USF do pólo II da cidade, com uma população aproximada de 130.000 habitantes. Neste local foi desenvolvida esta proposta de acolhimento diferenciado aos clientes com suspeita de dengue.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

Apresentar uma nova abordagem no atendimento ao paciente suspeito de dengue, realizado pelo enfermeiro e técnico em enfermagem, visando o aumento da resolutividade nos casos leves com diminuição no tempo de espera.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA



Foi realizado um treinamento com os profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem) que trabalham no pronto-atendimento da Policlínica Ipê Branco, com o objetivo de capacitá-los no manejo do paciente com sintomas de dengue seguindo o protocolo estabelecido pela SMSH (abaixo), que foi submetido à apreciação e autorizado pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN. O técnico em enfermagem trabalhou junto com a equipe da recepção, com o objetivo de acolher os pacientes com suspeita de dengue, assim como direcionar de maneira rápida e

PACIENTE SUSPEITO DE DENGUE		VERIFICAR SINAIS DE ALERTA OU CHOQUE
Aponte com histórico de febre de até 7 dias e pelo menos duas das seguintes manifestações:		
Febre +	01. Dor retro-orbitária	01. Dor retro-orbitária intensa e contínua
	02. Dor muscular	02. Vômitos persistentes
	03. Dor articular	03. Hiperemia conjuntival
	04. Exantema	04. Hiperemia arterial
	05. Manifestações hemorrágicas	05. Presença de hemorragia menor que 2mm ³
	06. Linfopenia	06. Hipertransaminasemia
	07. Proteinúria	07. Trombocitopenia
Notificar imediatamente: preencher ficha SINAN		08. Exantema febril clássico
Identificação: cor, peso		09. Acumulo de secreções respiratórias
Manifestações clínicas: realizar que atenda ao cliente com atenção		10. Diminuição ou ausência de temperatura
		11. Diminuição de diurese
		Compre os dados e verificar sinais de alerta

adequada os demais pacientes. Os pacientes com suspeita de dengue eram então, encaminhados ao enfermeiro para a verificação dos sinais e sintomas. Se constatado estritamente dengue grau I (A1), o enfermeiro fazia as orientações necessárias, utilizando impresso próprio, e dispensava o "kit dengue" contendo 01 frasco de dipirona



ou paracetamol gotas, 24 comprimidos de paracetamol e 03 envelopes de sais para reidratação oral. Os demais casos como grau I (A2), com sinais de alerta ou que não apresentavam sinais e sintomas de dengue, eram encaminhados ao médico.

CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE (OMS)

Tabela 1		
Estatos # Paciente com dengue, mas sem manifestação hemorrágica espontânea (prova do laço positiva)		
A1 – Sem fator de risco (70% dos suspeitos) Prova do laço negativa	Coletar sorologia para dengue após o 6º dia do início da febre	a) TRD 50 mg/kg/dia (1/5 SRO e 2/3 líquidos) b) Medicamento sintomático para as queixas c) Retorno 24 horas ou no 1º dia sem febre, com orientação sobre sinais de alerta d) Repete exame físico e complementar à história clínica
A2 – Com fator de risco: prova do laço positiva, criança com menos de 1 ano, gestante, idosa, HA, anemia falciforme, asma, DM, DPOC, alergias, osteoporose, uso de terapia péptica, etc.	Coletar sorologia para dengue no 6º dia após o início da febre Coletar hemograma com contagem de plaquetas: resultado em até três horas	a) TRD 50 mg/kg/dia (1/5 SRO e 2/3 líquidos) b) Medicamento sintomático para as queixas c) Retorno 24 horas, com orientação sobre sinais de alerta d) Avaliar resultados dos exames de acordo com B1

PRODUTOS

O atendimento realizado pelo enfermeiro melhorou a resolutividade da unidade de saúde como um todo, considerando a qualidade do atendimento prestado com escuta qualificada por profissional capacitado, bem como a rapidez no atendimento quando comparado ao tempo de espera por consulta médica.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Observou-se também que os usuários demonstraram satisfação em receber o “kit dengue” do próprio enfermeiro, o que evitou que o paciente enfrentasse nova fila para retirar os medicamentos na farmácia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto a epidemia persistir, devemos procurar novas alternativas de abordagem ao paciente com suspeita de dengue, visando à humanização do atendimento.



GRUPO DE HIPERTENSO E DIABÉTICO DO MUNICÍPIO DE SANTA ALBERTINA

Autor principal: Eliana Pereira Chumilhas

Outros Autores: Angela Vanessa Sansão

Instituição: Pronto Socorro Municipal de Santa Albertina

Município: Santa Albertina

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Os Profissionais de Saúde do município de Santa Albertina, em parceria com a Prefeitura Municipal está desenvolvendo ações em grupo com a sua população portadora de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, afim realizar um tratamento não-medicamentoso, com o objetivo principal de diminuir a morbidade por meio de modificação no estilo de vida e acompanhamento sistemático dos participantes. Dentre as ações realizadas estão o estímulo a aderência ao tratamento, a realização de exercício físico regular, estímulo da redução do peso corporal, orientação e estímulo a uma alimentação saudável, estímulo da redução na ingestão de sódio, estímulo ao abandono ou redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e abordagem dos temas de interesse do grupo.

Essas atividades estão sendo desenvolvidas desde novembro de 2005 e conta com uma equipe multidisciplinar, afim de melhor atender os interesses do grupo.

OBJETIVOS

Estimular a aderência ao tratamento, conhecimento sobre a patologia, prevenção de complicações e abordar temas de interesse do grupo, como: atividade física, auto-estima, alimentação adequada, etc.

METODOLOGIA

O convite para a participação no grupo foi realizado através de divulgação por rádio, cartazes e convite em consultas médicas e de enfermagem.

Foi realizada a Sistematização da Assistência de Enfermagem com todos os participantes do grupo, pela enfermeira responsável.

As atividades em grupo são realizadas mensalmente, onde feitos o controle da pressão arterial e glicemia capilar, através de sua aferição e anotação em impresso próprio. São oferecidas a esse grupo debates, palestras, e orientação sobre promoção e

prevenção à saúde. Além do tratamento não medicamentoso realizado, durante as atividades em grupo também é desenvolvido atividades de entreterimento e ressocialização, através de gincanas, bingos, passeios, caminhadas na cidade, comemoração de datas festivas, como dia das mães, festa junina, dentre outros.

Duas vezes na semana, durante o período matutino, são oferecidas atividades físicas, desenvolvidas pelo fisioterapeuta. Essa atividade recebeu o nome de "Saúde, fonte de vida", escolhido pelos seus participantes.

PRODUTO

Ainda não conseguimos reduzir de maneira significativa os índices de pressão arterial sistêmica e glicemia capilar entre os participantes, mas apontamos como resultados positivos a significativa adesão voluntária de novos participantes, pois desde a sua implantação até o momento atual houve um aumento de 80% dos integrantes.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Após quatro meses de trabalho podemos notar que é fundamental a construção de um consenso de natureza político-adminstrativa e técnico-científica que sustente o trabalho em parceria entre os profissionais de saúde e os gestores de saúde do município, identificando responsabilidades e necessidades de apoio mútuo.

As dificuldades encontradas durante este trabalho está na captação de pacientes portadores de diabetes e/ou hipertensão que não tem interesse pessoal de freqüentar o grupo, pois apenas 11% das pessoas portadoras desses agravos, residentes no município, participam do grupo, este dado pode ser explicado pelo fato deste trabalho não estar vinculado a medicação, e ser acesso livre. Também se vê como ponto negativo, a não existência do Programa de Saúde da Família (PSF) no município, a fim de ajudar na captação da clientela.

Apesar das dificuldades mencionadas, um dos pontos positivos adquiridos com este trabalho, está a significativa adesão



dos pacientes, visto que o grupo em quatro meses teve um aumento estimado de 80% dos seus freqüentadores, e também a existência de participantes que não portadores de doenças crônicas não transmissíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O município de Santa Albertina nunca havia contado com um trabalho específico para atender diabetes e hipertensão, e o início de um trabalho como este, foi muito bem aceito pela população, profissionais e os gestores de saúde.

Ainda estamos em busca de melhorar a assistência prestada a esse grupo, sempre buscando a da qualidade de vida e o bem estar bio-psico-social, e a humanização no atendimento.

Este trabalho, apesar de estar ainda engatinhando, tem um potencial de ajuda aos pacientes muito significativo, e só através de um trabalho sério e contínuo é que conseguiremos resultados positivos.



ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL

Autor principal: Eliane Luz Rosa Cogo

Outros Autores: Suzete Marchetto Claus

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul

Município: Caxias do Sul

Estado: Rio Grande do Sul

O Programa de Saúde da Família (PSF) desde 1994 e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 vem sendo implantados em todo o Brasil como uma importante estratégia para reordenação da atenção à saúde. No contexto da Secretaria Municipal da Saúde-SMS de Caxias do Sul existem atualmente 155 Agentes Comunitários de Saúde-ACS, visitando aproximadamente 100.000 pessoas, com uma previsão de triplicar o número até 2007. Neste cenário e considerando a relevância do trabalho de ACS no contexto das mudanças das práticas de saúde e seu papel junto à população, fica evidente a necessidade de encarmos o desafio de qualificação desse trabalhador. A definição de necessidades de qualificação, pautada entre outros aspectos, num diagnóstico realizado com todos os trabalhadores da rede da SMS, que buscou identificar necessidades técnicas de cada trabalhador, de qualificação das condições de trabalho e do cuidado de si, bem como das relações nos processos de trabalho em equipe. Essas informações, a Constituição Federal de 1988, as Leis 8080/90 e 8142/90 que definem um conceito ampliado de saúde, para além da dimensão setorial dos serviços, e um conjunto de princípios centrados na integralidade, universalidade, equidade da atenção, e o controle social, serviram de marco referencial para a construção do protocolo de ACS, que parece ser uma boa alternativa para qualificar a produção do cuidado em saúde. Também com essa iniciativa aumentar a autonomia dos ACS - tanto no que diz respeito ao domínio do conhecimento técnico científico, da capacidade de planejamento, de gerenciamento do tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, reforçar muito o trabalho em equipe, interagir com usuários, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho. Para a construção do protocolo que iniciou em julho de 2005, foi definida uma metodologia de inclusão de todos os trabalhadores da SMS com momentos de concentração e dispersão dos profissionais. Para tanto foram definidos cinco subgrupos de trabalhos para realização da construção local e participativa dos protocolos. Esses subgrupos de trabalho foram organizados com caráter representativo e segundo o critério de territorialização para facilitar os encontros dos participantes. Essa representação foi definida de comum acordo entre os serviços. A cada grupo foi definida uma temática: 1º grupo -conhecendo o

trabalho do ACS (atribuições, o que é SUS e seus princípios, registros, implicações éticas...), e os grupos subsequentes divididos por ciclo vital: 2º grupo -gestante; 3º grupo- criança e adolescente; 4º grupo-adulto e 5º grupo idoso. E em cada um dos ciclos a abordagem perpassa por todas as ações desenvolvidas na SMS como: saúde bucal, saúde mental, nutrição, assistência farmacêutica, aspectos jurídicos... Essa construção ocorre com reuniões sistemáticas dos subgrupos com trabalhadores locais e com diferentes periodicidades (momento de dispersão). Semanalmente, em momento de concentração reúne-se o grande grupo para a socialização das produções e realização de afinamentos e ajustes necessários, reforçando a produção do coletivo, segundo uma base de formatação definida pelo grupo condutor. Esse trabalho está em fase de finalização para posterior revisão e publicação. Essa trajetória além de atender aos objetivos propostos possibilitou perceber que o próprio processo mostrou-se um potente dispositivo de valorização dos profissionais envolvidos nessa atividade para consolidar a educação permanente em saúde na rede e para oportunizar aos indivíduos se perceberem com sujeitos da construção da política de saúde da SMS.



DEIXANDO MARCAS

Autor principal: Eliane Rodrigues de Andrade Ferreira
Instituição: Associação de Mulheres de Nazaré da Mata
Município: Nazaré da Mata
Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

O movimento social a partir da década de oitenta, partiu para a defesa de modelos diferenciados de intervenção. Discussões sobre temas, até então, censurados se tornaram bandeira de luta pela formação para cidadania. Organizações Não Governamentais investiram na formação de educadores sociais e na formulação de projetos mobilizando recursos públicos para o desenvolvimento de propostas inovadoras, com base no protagonismo.

JUSTIFICATIVA

O princípio de Intersetorialidade revela a necessidade da articulação de ações e integração de equipes nos vários processos de intervenção social. O conjunto de demandas que cercam os sujeitos está para os contextos sociais, políticos e econômicos, o que de certa forma, exige dos profissionais que atuam nas diversas áreas compromisso a revisão de metodologia de atendimento e possibilidades existentes para a resolutividade das questões problemas. A disseminação desses processos é um compromisso de todos(as) que acreditam na educação popular como ferramenta para qualificar os serviços públicos. O Projeto deixando Marcas, uma articulação da Associação de Mulheres de Nazaré da Mata / PE, com a financiadores internacionais, possibilitou a articulação de nove municípios da zona da Mata de Pernambuco oito num processo de capacitação de equipes intersetoriais para a abordagem interdisciplinar sobre o tema sexualidade.

OBJETIVO GERAL

Fortalecer a família enquanto núcleo social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Capacitar profissionais das diversas áreas para uma abordagem interdisciplinar sobre a temática; promover discussão intersetorial sobre alternativas que viabilizem processos de intervenção; realizar intercambio de experiências; disseminar metodologias.

METODOLOGIA

A partir de demandas e características comuns de cada Município, foi elaborado o projeto. A metodologia participativa pautada na teoria construtivista transformou o processo de implementação num processo de capacitação sistemática. Os atores sociais envolvidos direta e indiretamente na concepção e desenvolvimento da proposta se dispuseram a rever sistematicamente a metodologia, considerando como indicativo o estudo diagnóstico.

PRODUTO: ATIVIDADES REALIZADAS

Divulgação da proposta, pactuação de compromissos para parcerias; realização de oficinas com os profissionais, realização de oficinas com adolescentes e respectivas famílias; seminários de avaliação.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

O Projeto deixando Marcas propiciou vivências: ora avaliadas como dificuldades, ora avaliadas como facilidades. As facilidades, relacionadas a motivação para aprendizagem, contribuiu para o estímulo e a mobilização das equipes. É importante salientar que as marcas culturais que pesam sobre a abordagem da temática contribuíram de forma significativa para a interface das discussões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a AMUNAM, socializar a experiência com outras equipes, em cenários com realidades diferentes, é realimentar a construção do movimento sobre a educação integral. A trajetória da AMUNAM é uma amostra das possibilidades de estarmos juntos (políticas sociais básicas e movimentos sociais) na defesa dos direitos já conquistados. Entre eles, o direito a informação livre de preconceitos e estigmas que fortalecem a exclusão social.



GRUPO DE APOIO A FAMILIARES DE PORTADORES DE DEMÊNCIA

Autor principal: Eline Neves Cruz

Outros Autores: Jucilene Andrade Rocha; Nuno Antônio Moreira Lages

Instituição: Centro de Referência em Reabilitação "Anderson Gomes de Freitas"
Betim/MG

Município: Betim

Estado: Minas Gerais

APRESENTAÇÃO DO PROJETO

Em todo mundo, tem-se observado um aumento significativo da população idosa. De acordo com a ONU, em apenas 60 anos, a população mundial crescerá 2 vezes e meia, enquanto a geriátrica crescerá quase 4 vezes. Ainda de acordo com a Entidade, no Brasil, os idosos aumentarão 208% (quase 3 vezes o aumento da população total) fazendo com que, em 2025, o país ocupe a 6ª posição entre os países de maior população geriátrica.

Com o aumento de idosos na população, aumenta também o contingente de pessoas passíveis de contrair uma doença crônica, como a Demência. A prevalência de 5 dos indivíduos com mais de 65 anos e 20% daqueles com mais de 80 anos apresentam um quadro demencial.

Esta realidade demográfica obriga a uma redefinição de prioridades de atendimentos, na busca para equacionar questões relativas ao envelhecimento e, em especial, aos portadores de Demência.

JUSTIFICATIVA

A Proposta de começar um grupo de apoio voltado para familiares de portadores de Demência Surgiu a partir da observação do aumento do número de pessoas inscritas no setor de Neurologia Adulto do Centro de Referência em Reabilitação com tal Diagnóstico.

O atendimento a pessoas com Demência deve ser centralizado na família, uma vez que a maioria destes pacientes é tratada em casa. Além disso, problemas de memória e suas conseqüentes mudanças de comportamento são os problemas mais difíceis de administrar pelas famílias no cuidado de idosos.

OBJETIVOS

O grupo visa oferecer ao familiar/cuidador do portador de Demência a chance de compartilhar experiências e ajuda prática para as dificuldades cotidianas, a fim de melhorar a

qualidade de vida do paciente e seu familiar. Além disso, o grupo busca informar sobre distúrbio, esclarecendo mitos, favorecer a integração entre os participantes e oferecer oportunidades/atividade que proporcionem lazer e melhora da auto-estima do familiar/cuidador.

PÚBLICO ALVO

Familiares/cuidadores de portadores de Demência.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Durante as reuniões do grupo, são feitas reflexões, discussões acerca do ato de cuidar, das dificuldades cotidianas do cuidado do paciente, palestras sobre temas específicos, saídas externas (passeios, visitas, etc).

AÇÕES

O grupo acontece semanalmente, sendo que cada reunião tem duração de 1 hora e meia.

Cada encontro tem início, meio e fim, não tratando de assuntos seqüenciais, o que permite que novos integrantes entrem em qualquer época. Não havendo número limitado de participantes.

Os temas a serem abordados são levantados junto aos participantes.

RECURSOS LOGÍSTICOS NECESSÁRIOS

- Sala Ampla com Cadeiras, ventiladores;
- Kit multimídia;
- Carro para transporte (para saídas externas);
- Material informativo.



INTERSETORIALIDADE À SAÚDE DA CRIANÇA NOTIFICADA EM DESNUTRIÇÃO GRAVE NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ - SC

Autor principal: Elinia da Silva Mateus

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí

Município: Itajaí

Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO

A desnutrição pode ser definida como uma condição clínica decorrente da deficiência, relativa ou absoluta, de um ou mais nutrientes essenciais, podendo apresentar caráter primário ou secundário, dependendo da causa que a promoveu. É considerada uma doença multicausal, podendo ser conseqüente de fatores orgânicos, sociais, culturais, econômicos e políticos, devendo ser trabalhada de forma integral e intensiva. A desnutrição agrava o curso de outras doenças, prolonga o tempo de internação e resulta em seqüelas para o desenvolvimento mental, podendo aumentar os índices de mortalidade infantil. Em Santa Catarina, a desnutrição grave foi estabelecida como agravo de notificação compulsória, através da Lei nº 10.867 de 07/09/98. No município de Itajaí, todas as crianças notificadas em desnutrição grave recebem tratamento integral, em consonância com as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição, instituída pela Portaria nº 710 de 10/06/99. No tratamento da desnutrição grave são envolvidas outras Secretarias e até mesmo outros setores da sociedade.

OBJETIVOS

Promover a recuperação do estado nutricional de crianças de 0 a 6 anos, acompanhadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e notificadas em desnutrição grave; Colocar em prática a Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Investigar e diagnosticar as causas envolvidas na desnutrição de cada uma das crianças notificadas; Acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças com desnutrição grave; Prestar orientações aos responsáveis, referentes ao aleitamento materno, desmame saudável, alimentação balanceada na infância, dietas específicas no tratamento da desnutrição e demais enfermidades associadas, técnicas culinárias saudáveis, aproveitamento integral dos alimentos e controle higiênico-sanitário dos produtos alimentícios; Promover a educação sanitária e reeducação alimentar de toda a família; Fortalecer o vínculo mãe-filho; Fornecer subsídios para a família ter acesso à alimentos adequados do ponto de vista quantitativo e qualitativo; Estabelecer parcerias e fortalecer a intersectorialidade na busca de soluções para a prevenção, detecção precoce e tratamento da desnutrição infantil;

Melhorar a qualidade de vida e promover a inclusão social de todas as pessoas envolvidas com as causas da desnutrição.

METODOLOGIA

Através das consultas de pediatria e puericultura, são identificadas as crianças com idade de 28 dias até 5 anos 11 meses e 29 dias, e diagnosticadas com peso muito baixo (relação peso/idade menor que percentil 0,1), conforme classificação preconizada pelo Ministério da Saúde, sendo, então, notificadas em desnutrição grave. As notificações são repassadas aos Departamentos de Vigilância Epidemiológica (DVE) Municipal, Regional e Estadual, sendo encaminhada cópias para o Departamento de Atenção Integral à Saúde (DAIS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e às autoridades representantes do Ministério Público (MP) e Conselho Tutelar Municipal. O MP despacha Medida de Proteção em favor da criança notificada em desnutrição grave, e requisita ao Gestor Municipal o acionamento de diversas Secretarias, visando à recuperação nutricional da criança. A Nutricionista do DVE da SMS realiza a investigação do agravo notificado e repassa à Nutricionista do DAIS que, juntamente com a equipe do Programa Saúde da Família (PSF), realiza visita na residência da criança desnutrida, onde presta todas as orientações necessárias e procede as intervenções e encaminhamentos adequados ao caso. As crianças com a saúde bucal comprometida são encaminhadas para tratamento odontológico, sendo o agendamento prioritário, e as crianças que apresentam disfagia são encaminhadas para fonoaudiólogo. As famílias com problemas sócias são visitadas pela Assistente Social da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, e após o diagnóstico da situação, são cadastradas nos Programas Bolsa-Família e Cartão-Cidadania, sendo que, os familiares desempregados são encaminhados à Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Geração de Emprego e Renda. Todas as ações desenvolvidas são apoiadas pelo Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMUSAN).

RESULTADOS

Integralidade e humanização no atendimento prestado ao usuário durante as visitas domiciliares, estabelecendo-se vínculo de



amizade e co-responsabilidade entre a família e a equipe de saúde na recuperação da criança desnutrida; Desenvolvimento de ações de Educação em Saúde; Aumento do período de aleitamento materno; Mudança de hábitos alimentares inadequados; Fortalecimento das ações intersetoriais no tratamento da desnutrição infantil. Em longo prazo espera-se recuperar o estado nutricional de todas as crianças notificadas em desnutrição grave.

DIFICULDADES/FACILIDADES

Dentre as dificuldades encontradas, observou-se a burocracia dos processos licitatórios para aquisição de equipamentos para avaliação antropométrica e materiais educativos, além da inexistência de profissionais Nutricionistas, Fonoaudiólogos e Assistentes Sociais inseridos nas equipes do PSF. Entretanto, algumas ações foram facilitadoras, destacando-se o apoio do Gestor Municipal, das demais Secretarias envolvidas, do MP e do COMUSAN.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas ações paralelas foram desenvolvidas, visando à segurança alimentar e nutricional, como atividades de Educação em Saúde, através de palestras, *folders* e eventos da SMS, e arrecadação de alimentos em eventos culturais, com a posterior distribuição para as famílias em riscos sociais e nutricionais. Enfim, as parcerias intersetoriais estão fortalecendo e legitimando as ações do Sistema Único de Saúde, propiciando o acesso aos alimentos e garantindo a proteção, promoção e recuperação da saúde das crianças desnutridas.



ACAMADOS

Autor principal: Elisângela Lúcia de Matos

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

Através do cadastramento feito pelo ACS, são colhidos dados importantes, dentre eles estão a situação das pessoas acamadas que na maioria das vezes além de serem idosas são também Hipertensas e Diabéticas.

Os ACS juntamente com a enfermeira atuam como canal de comunicação entre as equipes de saúde e as famílias assistidas.

O objetivo do projeto família saudável é:

- Promover o conceito de saúde como um direito de cidadania e como qualidade de vida.
- Promover a família como núcleo básico da abordagem no atendimento a saúde da população num enfoque comunitário.
- Prevenir as doenças e identificar os fatores de risco aos quais a população está exposta.

Realizamos um trabalho que visa o total restabelecimento do paciente ou melhor qualidade de vida para o próprio.

Na área de abrangência, do setor oeste e setor sul, existem 26 acamados, podemos citar como exemplo os irmãos Paulo e Cristina, eles possuem os membros inferiores e superiores atrofiados, impossibilitando a locomoção de ambos. Além de se tratar, de uma família carente necessitando de uma atenção maior.

Através da visita domiciliar do Agente juntamente com a Enfermeira são realizados alguns procedimentos:

- Troca de sonda nasogástrica;
- Aferir pressão;
- Pedidos de exame ;
- Encaminhamento ambulatorial;
- Orientação quanto alimentação e higiene em geral.

Além disso tudo, a equipe sempre que possível contribui com:

- Cesta básica;
- Leite ;
- Fraldas;
- Roupas.

A dedicação que dispomos a estas famílias é muito gratificante, pois o retorno é ainda maior porque crescemos profissionalmente e nos tornamos pessoas melhores e mas humanizadas.



LAZER E SEXUALIDADE NO ENVELHECER HUMANO

Autor principal: Elisângela Martins da Silva
 Outros Autores: José Marcos Ribeiro Dantas; Marta Carvalho Loures
 Instituição: Casa do Idoso da Vila Mutirão- Goiânia - Go
 Município: Brasília
 Estado: Distrito Federal

O envelhecimento é um processo natural da vida humana, trazendo consigo uma série de modificações biopsicossociais, que alteram a relação do homem com o meio no qual esta inserido RODRIGUES, et al (1996). O processo de envelhecimento é muito pessoal, ele constitui uma etapa da vida com realidade própria e diferenciada das anteriores, limitada unicamente por condições objetivas externas e subjetivas. FERRARI (1999)

Para BUTLER (1985) o sexo após os sessenta anos não acabou, pesquisadores demonstraram que pessoas idosas, relativamente saudáveis, que gostam de sexo, são capazes de aproveitá-lo freqüentemente até uma idade consideravelmente bem avançada. Tanto os homens como as mulheres se preocupam por se “desgastarem” fisicamente. Querem saber quais mudanças devem esperar em um envelhecimento normal, se há uma razoável esperança de terem um bom estado de saúde e uma vida sexual ativa, e se o sexo continuará a ser tão bom como quando eram jovens. Segundo TRIMMER (1980), para a sociedade as pessoas mais idosas não deveriam Ter qualquer comportamento sexual, ou seja não se espera dos idosos demonstração de interesses e manifestações de expressão sexual.

A terceira idade é freqüentemente retratada como um período no qual a doença, a dependência, a solidão, a pobreza, a fraqueza e o isolamento prevalecem, todavia muitos idosos têm potencial para levar uma vida social ativa, independente e vigorosa, sendo que muitos idosos têm a

habilidade, à vontade e a oportunidade de praticar novas atividades de lazer. Em nosso país o idoso apresenta uma realidade sobre lazer preocupante, pois nesta idade a interação social é diminuta como já foi evidenciado, então muitos idosos acabam na inatividade, sendo pequena a proporção de idosos que participam de movimentos relacionados a terceira idade, isto acontece devido serem pouquíssimas as alternativas de lazer que a maioria dos idosos tem acesso, onde, para muitos as opções de lazer não passam de uma ida a igreja ou levar o neto à escola, pois as opções como: viagens, passeios, e ida ao teatro são onerosas e de difícil acesso para a realidade financeira de nossa população idosa, e devido o baixo poder aquisitivo desta faixa etária, o idoso em nossa sociedade é encarado com um não consumidor, com isso o mercado financeiro

não se entusiasma em investir na área de lazer relacionada a 3º idade.

É preciso que a terceira idade se integre às demais “idades” e vice-versa, está na hora de começar a encarar a vida de modo integrado e não como sendo composta de “tempos” ou de “idades”, a que as pessoas tenham que se enquadrar, e que a sociedade venha a se livrar de preconceitos, “rótulos” que reprimam a qualidade de vida do idoso.

Este trabalho é uma tentativa de apresentar os preconceitos e “tabus” que envolvam a sexualidade na terceira idade, e a carência e dificuldade de reintegração social, e o lazer como uma opção de preenchimento do tempo livre que gera a ociosidade; sendo justificada pelo aumento do crescimento da população idosa no último século, e da necessidade de conhecimento minucioso desta área,

The image shows the front cover of a book titled "LAZER E SEXUALIDADE NO ENVELHECIMENTO HUMANO". The cover is primarily blue and white with orange accents. At the top left, there is a logo for "Secretaria de Saúde do Distrito Federal" and "GDF". The title is prominently displayed in large, bold, yellow and white letters. Below the title, the authors' names are listed: "DANTAS, Elisângela Martins", "DANTAS, José Marcos Ribeiro", and "LOURES, Marta Carvalho". The cover includes several sections of text: "Introdução", "A Sexualidade na Terceira Idade", "Objetivo", "Material e Método", and "Conclusão". There are also several small images and charts, including a photograph of an elderly couple embracing and several bar and pie charts. At the bottom, there is a logo for "Secretaria de Saúde do Distrito Federal" and a small graphic of a person.



possibilitando melhor assistência dos profissionais, particularmente os da saúde.

O objetivo é a investigação dos idosos residentes em uma instituição asilar que abriga 36 famílias no sistema casa-lares, averiguar como vivenciam a sua sexualidade e atividades de lazer, seus relacionamentos, anseios, angústias, que permeiam as rotinas destes idosos em seu cotidiano.

A pesquisa foi realizada utilizando a abordagem quantitativa; sendo descritiva e exploratória. Foram sujeitos da pesquisa 30 idosos que residem na instituição asilar onde realizamos o trabalho, Houve predomínio do sexo masculino e a faixa etária variou de 70 a 80 anos.

Foi proposto um questionário contendo perguntas semi-abertas e fechadas Os dados obtidos foram agrupados de acordo com sua especificidade e em função de sua preferência absoluta e dos índices percentuais. Sendo analisados de forma quantitativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade possui vários sentimentos e preconceitos que isolam milhares de idosos. O volume de tabus e preconceitos persuadiu a todos e colocou o idoso na perspectiva de “espera da morte”. Os preconceitos de concepção da sociedade acabam por restringir os idosos de varias questões coma sexualidade e o lazer.

A sexualidade esta presente em todas as fases da vida humana, sendo seu desenvolvimento relacionado aos valores morais que constitui o sujeito.

O lazer é uma oportunidade de se fazer o que sempre se desejou, mas nunca houve oportunidade de faze-lo. Para o idoso é um fator importante por proporcionar novas oportunidades, devido ao poder que o lazer tem de reintegrar o idoso a sociedade, aumentando a satisfação para com a vida, a independência, momentos de alegria, conforto e bem estar enfim pode aumentar significativamente a qualidade de vida.



PROJETO BOM DE BOCA

Autor principal: Elizabeth Corrêa de Souza

Outros Autores: Adriana Prestes do Nascimento Palú; Simone

Regina Gonçalves Jost

Instituição: Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana

Município: Apucarana

Estado: Paraná

O projeto “Bom de Boca” é uma atividade desenvolvida pelas Equipes de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como atores sociais os 9949 alunos do ensino fundamental das 37 escolas públicas municipais de Apucarana. Buscando objetivos comuns sobre a prevenção e manutenção da saúde bucal foi estabelecida uma parceria com a Secretaria de Educação e atuando junto à comunidade escolar. Os objetivos do projeto foram sensibilizar os alunos para a necessidade do auto cuidado, promovendo a valorização da prevenção e reduzindo a busca pelo tratamento curativo. Adotando uma forma dinâmica, envolvendo toda a comunidade escolar e obtendo dados clínicos que subsidiem o planejamento estratégico das atividades odontológicas anuais a serem cumpridas pelas equipes de saúde bucal, podendo eleger as prioridades durante o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde de acordo com as demandas observadas em cada escola, tornando o atendimento resolutivo, de acordo com os recursos disponíveis. Na primeira fase, no início do ano letivo (mês de março), foi realizado um levantamento rápido de doença cárie nos alunos apresentados por cada escola. Foram detectadas as experiências de cárie dos alunos usando, como recurso material, espátula de madeira e luvas descartáveis, examinado sob luz natural. Neste exame clínico foram registrados os procedimentos odontológicos já realizados e as necessidades existentes. Esses dados levantados de maneira simples e de baixo custo serviram para o planejamento estratégico das atividades clínicas dos profissionais da equipe de saúde bucal e para a priorização das escolas quanto à orientação sobre o assunto. Na segunda fase foi realizado novo exame clínico para efeito de comparação, sob as mesmas condições de exame e pelos mesmos profissionais examinadores na primeira fase. Obteve-se uma lista com os nomes dos alunos que alcançaram a manutenção de sua saúde bucal, isto é, não tiveram novas experiências de cárie, realizando os procedimentos odontológicos necessários ao restabelecimento e/ou manutenção de sua saúde bucal. O segundo exame foi realizado em setembro, e os alunos que alcançaram a manutenção da saúde bucal receberam certificados de “Aluno Bom de Boca”, entregues aos alunos pelas Equipes de Saúde Bucal, em evento programado por cada escola. Todas as formas de educação em saúde e estímulo ao auto cuidado refletem de maneira positiva na manutenção da saúde bucal. O estabelecimento de estratégias

intersetoriais fortalecem as ações em saúde, qualificam o trabalho em saúde bucal e fortalecem as relações entre os envolvidos. Assim, este projeto busca, em sua simplicidade, obter dados que subsidiem o planejamento em saúde bucal e, ao mesmo tempo, oferecer estratégia de ações intersetoriais que desenvolvam efetivamente a autonomia dos sujeitos sociais.



A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: CONTRIBUIÇÕES DO REFERENCIAL ÉTICO-HUMANISTA PARA A GESTÃO NO SUS

Autor principal: Elizabeth Esperidião

Outros Autores: Denize Bouttelet Munari

Instituição: Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás

Município: Goiânia

Estado: Goiás

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Diante do acelerado processo de modernização científica e tecnológica que vivenciamos atualmente, somos impulsionados a protagonizar novas formas de construção do conhecimento e de empreender mudanças também no âmbito da formação profissional. Assim, as instituições de ensino superior, responsáveis pela formação de recursos humanos para a área da saúde, são desafiadas a dar respostas para além da capacidade técnica especializada, buscando eixos e estratégias que direcionem a prática pedagógica ao atendimento dos princípios filosóficos e doutrinários do SUS. O presente estudo foi pensado a partir da consideração de que, em todo o Brasil, estão ocorrendo reformas curriculares nos cursos de graduação, com vistas a formular projetos políticos pedagógicos que atendam as orientações da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, (CES/CNE) pertencente ao Ministério da Educação. No tocante à enfermagem, dada a insatisfação com o atual processo de formação do enfermeiro, há algum tempo existe uma mobilização nacional por parte de órgãos estatais, de suas entidades de classe e das instituições de ensino, buscando possíveis transformações, de forma a acolher as novas propostas das políticas de saúde, ensino e modelos assistenciais, levando-se ainda em conta a importante inserção do profissional enfermeiro no SUS, tanto em atividades assistenciais como no papel de gerente, nas diversas esferas de gestão nos serviços de saúde públicos e privados. O enfoque ao pressupostos ético-humanísticos na formação do enfermeiro e suas possíveis contribuições na gestão do SUS deve-se ao fato de seguirmos as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, constantes na Resolução nº 3 CES/CNE de 2001, que mantêm na sua essência, o referencial ético-humanista na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

OBJETIVOS

Aprender a compreensão dos docentes acerca dos princípios ético-humanistas voltados à formação do enfermeiro, na

gestão do SUS; descrever o processo de construção de tomada de consciência dos docentes em relação aos princípios ético-humanistas para a implementação do projeto político pedagógico; identificar as práticas docentes necessárias para a implementação do projeto político pedagógico fundamentado no referencial ético-humanista.

RECURSOS METODOLÓGICOS

Pesquisa-ação realizada com o corpo docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Tal estratégia orienta objetivos de transformação e prevê uma interação entre o pesquisador e os participantes do estudo, que conjuntamente procuram encontrar ações possíveis na resolução das dificuldades a fim de que alcancem a mudança desejada. O processamento e análise dos dados não se constituíram num momento único e foram feitos tendo como base a articulação entre a metodologia da pesquisa-ação, no sentido de trabalhar a problemática posta e o referencial teórico do pensamento humanista. Realizamos encontros grupais para a obtenção dos dados, cujo processo foi facilitado por meio de observação participante, além do uso da sucata como recurso auxiliar da comunicação, que se complementaram trazendo elementos importantes para a análise. Os conteúdos que emergiram da coleta dos dados, por sua própria natureza e subjetividade, foram analisados qualitativamente na medida em que esse procedimento favorece o conhecimento do significado além das palavras, tais como aparecem na fala, mas contextualizadas na vivência do sujeitos.

RESULTADOS

Os resultados deste trabalho foram desenhados a partir da descrição do processo de conscientização do grupo durante o aprendizado de apreender e viver a ética humanista. Foram seis encontros com o corpo docente, cujo foco foi a identificação dos aspectos significativos em relação às práticas docentes necessárias para a operacionalização das propostas contidas no seu projeto político pedagógico, construído em consonância aos princípios do SUS. Dentre os resultados, ressaltamos que, apesar das amplas discussões no processo de reforma curricular, os docentes não tinham muita clareza



sobre o significado do referencial ético-humanista e suas implicações para a prática pedagógica.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Durante todo o transcorrer do estudo, por cerca de dois anos, vimos um movimento de conscientização coletiva compreendendo que as ações pedagógicas precisam se amparar nos conhecimentos de saber aprender, saber fazer, saber ser e saber conviver, onde os aspectos da interação humana são fundamentais, se quisermos preparar os enfermeiros para serem gestores dos serviços do SUS, em pertinência aos princípios da gestão de pessoas. Foi possível compreender que a formação do enfermeiro presume uma aproximação com o processo de clareamento do próprio grupo acerca das suas relações, da relação professor-aluno, cujas características ficam impressas em todo o universo acadêmico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa-ação trouxe uma grande contribuição para o alcance dos objetivos, pois favoreceu a sensibilização dos envolvidos na problemática posta, mantendo-os engajados com o que foi produzido, renovando a necessidade de mudança e vontade de concretizá-la. Sabemos que para um profissional ter competência ético-humanista precisa desenvolver o conhecimento, habilidades e atitudes, pois apenas o conhecimento não garante o desenvolvimento das suas atitudes e habilidades desejáveis na gestão de recursos humanos; ele pode ter o saber, mas desconhece como saber fazer e o saber ser. Finalizamos o estudo com algumas sugestões de encaminhamento procurando extrapolar o discurso teórico do currículo, em particular na instrumentação dos professores com vistas a subsidiar sua prática pedagógica no referencial ético-humanista, especialmente quando se objetiva preparar o enfermeiro na implementação da assistência humanizada à saúde, em pertinência as orientações do Ministério da Saúde.

UMA EXPERIÊNCIA EM PROMOÇÃO DE SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: GRUPO DESCONTRAÇÃO E SAÚDE

Autor principal: Ellen Tahan

Outros Autores: Carmen Lúcia Cardoso; Gilda Aparecida

Cremones Tahan; Daniel Vanucci Dóbies

Instituição: Núcleo de Saúde da Família II ligado a Faculdade de

Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Município: Ribeirão Preto

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994, é uma estratégia de efetivação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O programa está inserido no nível de atenção primária a saúde, desenvolvendo, assim, atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família.

O PSF procura aproximar o serviço de saúde da comunidade, de forma a torná-lo mais humanizado e acolhedor, visando a capacitação da população para atuar na melhoria de sua própria saúde e da qualidade de vida.

Neste contexto, busca-se aqui relatar uma forma de intervenção no PSF, estruturada em um Núcleo de Saúde da Família (NSF) da cidade de Ribeirão Preto (SP).

Acredita-se que essa experiência tem possibilitado colocar em prática as novas propostas do sistema de saúde com foco na promoção da saúde.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência do Grupo Descontração e Saúde como uma forma de intervenção em promoção de saúde no contexto do PSF.

METODOLOGIA


Será utilizada a análise qualitativa de 5 entrevistas feitas com integrantes do grupo.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

A intervenção no NSF inicia-se com um estágio oferecido a alunos do quarto e quinto ano do curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP – USP), o qual proporciona reflexões sobre a atuação em nível de atenção

primário, trabalho em equipe e a elaboração de propostas de intervenção com a comunidade.

Assim, a partir das visitas domiciliares, reuniões de família e consulta aos prontuários, foram levantadas necessidades da comunidade adscrita na área, identificando-se a predominância de pessoas idosas, que, na sua maioria, moravam sozinhas e mantinham poucos relacionamentos interpessoais. A principal queixa desses idosos era de solidão e abandono, apontando para a necessidade e o desejo de estabelecer novos vínculos.



UMA EXPERIÊNCIA EM PROMOÇÃO DE SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: GRUPO DESCONTRAÇÃO E SAÚDE

Ellen Tahan; Carmen Lúcia Cardoso; Gilda Aparecida Cremones Tahan; Daniel Vanucci Dóbies
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo; Núcleo de Saúde da Família II;
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Hospital das Clínicas

INTRODUÇÃO

- O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia de efetivação das diretrizes do SUS;
- O PSF desenvolve ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família;
- Procura aproximar o serviço de saúde da comunidade
- O PSF foi iniciado na cidade de Ribeirão Preto-SP no ano de 2001.

OBJETIVO

Relatar a experiência do Grupo Descontração e Saúde como uma forma de intervenção em promoção de saúde no contexto do PSF.

METODOLOGIA

- Abordagem qualitativa - através da análise de conteúdo de cinco entrevistas feitas com integrantes do grupo;

Estratégias de Intervenção

- Levantamento de necessidades da comunidade através de visitas domiciliares, reuniões de família e prontuários;
- Predominância de pessoas idosas, isolamento social, poucos relacionamentos interpessoais;
- Propostas de intervenções em promoção de saúde voltadas para tal clientela - reuniões de equipe;
- Uma dessas propostas foi a construção do **Grupo Descontração e Saúde**:
 - início em fevereiro de 2003;
 - objetivo geral: promover saúde; integração; fortalecer vínculo com a equipe; rede de apoio mútua;
 - expressão de sentimentos, resgate das histórias pessoais e da comunidade, proporcionar momentos de distração e convivência, facilitar novos relacionamentos, conhecer lugares e quebra da rotina;
 - Metodologia do grupo: atividades lúdicas, discussões de temas e passeios;
 - grupo aberto - uma vez por semana - duas horas - média de dez participantes;
 - Coordenação: uma agente comunitária de saúde e dois estagiários de psicologia.

RESULTADOS

- Novos relacionamentos entre os participantes, momentos de distração e convivência;

"Porque a gente ... distrai lá ... e tem amizade com todo mundo, entende? ... e antigamente não ... eu não conhecia ninguém" (Júlio, 77 anos)

"e as amizades que a gente fez, né, que a gente não tinha, fez amizade, que nem, cé vai no bairro, cé vai no supermercado, cé encontra um, "oh, como que foi?" (Clárisse, 57 anos)
- Conhecer lugares e novas pessoas

"Agora eu tô conhecendo os lugar ... olha se eu fui, se nesses trinta anos se eu fui no cinema acho que foi uma vez ou duas só ... agora passeamos bastante, viu ..." (Ana, 79 anos)
- Percepção de melhoras em relação à saúde

"eu tinha uma dorzinha no joelho corria lá ... agora, quanto tempo que eu não vou mais no médico?, meu médico é esse, esse grupo que eu tô indo, é isso que tá sendo" (Paulo, 82 anos)
- Ampliação da relação do serviço de saúde com os usuários e a criação de vínculo

"antes eu ia no Posto e não conhecia ninguém, agora eu até brinco com o Doutor A" (Ana, 79).

CONCLUSÃO

Os resultados apontam para a formação de uma rede de apoio mútuo, recuperação da auto-estima, ganhos de autonomia e um maior vínculo com a equipe, além da troca de experiências e da auto-percepção das conquistas referentes à saúde em aspectos físicos, psicológicos e sociais.



Diante disso, em 2002, foram realizadas reuniões com a equipe, com participação ativa das agentes comunitárias de saúde e dos estagiários de Psicologia, nas quais foram gestadas propostas de intervenções em promoção de saúde voltadas para tal clientela. Uma dessas propostas foi a construção do Grupo Descontração e Saúde. O grupo teve início em fevereiro de 2003. Atualmente é realizado em uma sala cedida pela Paróquia do bairro.

O grupo tem como objetivo geral promover saúde através da integração entre os participantes e fortalecer o vínculo com a equipe, visando a longo prazo a formação de uma rede de ajuda mútua. Além disso, busca-se a expressão de sentimentos, o resgate das histórias pessoais e da comunidade, proporcionar momentos de distração e convivência, facilitar novos relacionamentos, conhecer novos lugares propiciando a quebra da rotina.

Para cumprir tais objetivos são desenvolvidas atividades lúdicas, discussões de temas e passeios. Todas essas atividades são planejadas em conjunto com os participantes.

O grupo é aberto, realizado uma vez por semana, durante duas horas, com uma média de dez participantes. A coordenação é composta por uma agente comunitária de saúde e dois estagiários de psicologia, que se reúnem para planejamento, discussão e avaliação do grupo.

RESULTADOS

A interação promovida pelo espaço grupal propiciou novos relacionamentos entre os participantes, além de possibilitar momentos de distração e convivência. O relato de um dos participantes, um senhor de 77 anos ilustra tal afirmação: *“Porque a gente ... distrai lá ... e tem amizade com todo mundo, entende? ... e antigamente não ... eu não conhecia ninguém”*.

Uma outra participante, 57 anos, diz: *“e as amizades que a gente fez, né, que a gente não tinha, fez amizade, que nem, cê vai no bairro, cê vai no supermercado, cê encontra um, “oh, como que foi? ... cê já conheceu mais pessoas, fez amizades ...”*.

O grupo também proporcionou aos participantes a possibilidade de conhecer lugares que até então eles desconheciam ou nunca tinham tido a oportunidade de visitar, dentro da própria cidade. Segundo uma integrante de 79 anos: *“Agora eu tô conhecendo os lugares ... olha se eu fui, se nesses trinta anos se eu fui no cinema acho que foi uma vez ou duas só ... agora passeamos bastante, viu ...”*. Nota-se que com isso, muitos participantes passaram a mobilizar-se para conhecer novos lugares e novas pessoas, conforme relata um participante de 82 anos: *“agora a pouco tempo que eu comecei me expandir assim, freqüentar, eu gosto de dança, de viajar, mas, comecei nesse grupo, então eu me sinto cada vez melhor ...”*.

Os integrantes perceberam melhoras em relação à saúde, conforme descreve um participante: *“eu tinha uma dorzinha no joelho*

corria lá ... agora, quanto tempo que eu não vou mais no médico?, meu médico é esse, esse grupo que eu tô indo, é isso que tá sendo”.

Percebeu-se a ampliação da relação do serviço de saúde com os usuários e a criação de vínculo. O relato de uma participante descreve essa situação: *“antes eu ia no Posto e não conhecia ninguém, agora eu até brinco com o Doutor A”*.

A maior dificuldade encontrada refere-se a excessiva carga de trabalho das agentes comunitárias de saúde, que muitas vezes acaba por inibir a participação na coordenação dos grupos. Outro aspecto relevante é a dificuldade de mostrar para os demais membros da equipe a importância do trabalho realizado, muitas vezes decodificado como fora do âmbito das ações da Unidade, centradas ainda no modelo biomédico de compreender a saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os resultados apontam para a formação de uma rede de apoio mútuo, recuperação da auto-estima, ganhos de autonomia e um maior vínculo com a equipe, além da troca de experiências e da auto-percepção das conquistas referentes à saúde em aspectos físicos, psicológicos e sociais. Os participantes estão conhecendo lugares, estabeleceram novas amizades e têm um contato com a equipe de saúde para além da doença.

SAÚDE PARTICIPATIVA: IMPLANTAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE PARTICIPAÇÃO POPULAR QUALIFICADA NO SUS NA CIDADE DE GUARULHOS

Autor principal: Emília Estivalet Broide

Outros Autores: Paulo Capucci; Patrícia Maris de Souza Martino

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos

Município: São Paulo

Estado: São Paulo

As políticas públicas devem estar cada vez mais voltadas para a busca da qualidade de vida da população. A discussão sobre a qualidade de vida envolve necessariamente, como estratégias indissociáveis, a participação popular e a intersetorialidade. Esta última, considerada como o envolvimento dos segmentos de governos e sua articulação em redes sociais locais e regionais. Nessa perspectiva, a cidade de Guarulhos desenvolve desde 2001 o Orçamento Participativo. Nele, o prefeito e secretários prestam contas à população dos investimentos feitos e esclarecem os projetos de Governo para o período. Através do Orçamento Participativo, também, a população estabelece as prioridades e os investimentos que julga necessários para a região da cidade na qual vive e mora.

Em 2005, Guarulhos agregou à experiência dos Orçamentos Participativos, as “Plenárias de Saúde Participativa” que em seu formato, concepção e estrutura se basearam nesta experiência anterior, estabelecendo a partir de então, no âmbito da saúde, um modo inovador e democrático de comunicação com a população, principalmente com os usuários dos serviços públicos de saúde, que em Guarulhos chega a cerca de 80% da população total do município, segundo estimativa da Secretaria Municipal da Saúde.

Nas “Plenárias de Saúde Participativa” houve o envolvimento de todo o governo local: prefeito, secretários municipais, vereadores e lideranças comunitárias. A presença do

poder público local nestas ocasiões afirma, diante da população, o compromisso por parte dos gestores, em considerar e tratar as questões de saúde à luz dos determinantes sociais, históricos, políticos, econômicos e culturais que organizam a vida na cidade e condicionam os níveis de saúde e doença da população nos diferentes espaços urbanos da grande cidade.

A população, por sua vez, através das “Plenárias” identifica prioridades de ação em saúde, deixa registradas as suas reivindicações

e debate as suas idéias e questões com o prefeito, com o secretário da saúde e com os diretores das regionais de saúde. Este canal de diálogo entre o poder público local e a população denomina-se “Fala Povo”. As considerações feitas através do “Fala Povo”, mediante análise de pertinência e viabilidade, passam a articular-se às agendas de políticas de saúde para o município.

De junho a agosto de 2005 ocorreram 23 “Plenárias de Saúde Participativa” em distintas regiões da cidade, seguindo o calendário e a distribuição por zonas estabelecidas pelo Orçamento Participativo. Cada uma das regiões abrange distintas redes de serviços de saúde (Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Pronto Atendimentos, Hospitais, Ambulatórios de Especialidades, Centros Odontológicos e Centros de Controle de Zoonoses) havendo, portanto, a necessidade de pensar

as demandas e as carências específicas de cada região, mas sem perder a perspectiva que os problemas, e alternativas de solução,

SAÚDE PARTICIPATIVA
É a população na construção das políticas públicas de saúde na cidade de Guarulhos.

23 plenárias de Saúde Participativa em diferentes regiões da cidade.
& Para fortalecer o controle social, foram feitos 11032 cursos de capacitação.

Fala Povo! Importante Canal de comunicação das demandas e opiniões da população no processo de implementação e construção dos serviços de saúde.

Saúde Participativa estimula a responsabilidade compartilhada de trabalhadores, usuários dos serviços e do governo local para o enfrentamento dos determinantes sociais de vida e saúde.

445 UBS



devem envolver a complexidade da cidade. Nesse sentido, as “Plenárias” constituem um movimento estratégico de estímulo à organização social e à inclusão das demandas populares na atenção e na gestão da Saúde em Guarulhos.

Nas “Plenárias” houve, ainda, o fortalecimento do Controle Social através da indicação e da eleição dos Conselheiros Gestores do segmento dos usuários de todas as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família existentes no município. Os Conselhos Gestores constituídos, após o movimento das “Plenárias”, foram compostos por 50% de representantes dos usuários, 25% do segmento dos trabalhadores da saúde e 25% do segmento dos gestores. Foram eleitos, ao todo, 1032 conselheiros. Como meta de qualificação dos conselheiros, durante os meses de dezembro de 2005 a junho de 2006 eles devem participar de cursos de capacitação para o exercício do Controle Social, através de um convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Um dos principais desafios que se colocam no desenvolvimento do Projeto Saúde Participativa é, além do incremento dos canais de comunicação e controle de serviços de saúde, a consolidação da co-responsabilidade dos trabalhadores, usuários dos serviços e do governo local para o enfrentamento dos determinantes sociais que agravam as condições de vida e de saúde no município. Influir, portanto, de forma significativa para que a saúde possa ser pensada como um bem pessoal e social que possibilita a criatividade e a inventividade de sujeitos e coletividades na busca permanente de soluções para conflitos e dificuldades, bem como para realização de suas aspirações e desejos.



GRUPO DE ADOLESCENTES “OS MENINOS DA PRAÇA”

Autor principal: Enoque de Souza Barros Junior

Outros Autores: Glice Barreira Amaral

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

Após 1 ano de atendimento nesta área rural do Incra 8 em Brazlândia, percebi que havia muitos adolescentes ociosos nas ruas, esta situação é peculiar nas periferias de nossos satélites, preocupado também com o alto índice de gravidez na adolescência, eu juntamente com a equipe resolvemos criar o grupo “meninos da praça”, pois viviam em grupinhos conversando o batendo bola em uma praça próximo ao local onde estamos com a Unidade de Saúde instalada. A idéia foi levada ao grupo e aceita com entusiasmo, começou-se então a discutir vários assuntos inerentes a idade e aos interesses desses jovens, percebi que os mesmos eram assíduos as reuniões que ocorrem nas 1ª quartas-feiras de cada mês, com uma média de 18 pessoas, onde se abordam temas como: paternidade responsável, o uso de álcool e drogas e suas conseqüências, DST, relacionamento intrafamiliar, cuidados com o corpo, dengue e outros de interesse do dia a dia, tudo isso em clima de descontração e sem nenhum constrangimento. Sempre que possível faz-se à distribuição de preservativos masculinos aos inscritos.

Propõe-se aplicar um questionário de avaliação ao grupo para medir a satisfação do mesmo após um ano.



PROJETO CAMINHADA

Autor principal: Erineia Maria de Moraes Lobo

Outros Autores: Leila Rodrigues da Silva

Instituição Prefeitura Municipal de Sorocaba - São Paulo

Município: Sorocaba

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Dados de morbimortalidade do município apontavam as doenças cardiovasculares como principal causa de óbito.

OBJETIVO

Combate ao sedentarismo, estimulando mudança no estilo de vida com a prática da atividade física Caminhada, e, Melhorar a qualidade de vida da população.

Público Alvo: Toda a população de Sorocaba.

ESTABELECIMENTO DE PARCERIAS

Com os meios de comunicação, escolas, faculdades, igrejas com grandes empresas do município, com todas as secretarias municipais.

ATIVIDADES REALIZADAS

O Projeto Caminhada foi lançado oficialmente em abril de 2001. Entretanto, desde agosto de 2000 começamos a desenvolver ações para sua concretização:

Sensibilização e aperfeiçoamento técnico para os profissionais das Unidades Básicas de Saúde – UBS - (auxiliares de enfermagem, enfermeiras, médicos, auxiliares administrativos, agentes de saúde etc, assim como de lideranças da comunidade), sobre atividade física e seus benefícios, assim como de professores, diretores das escolas municipais, pais de alunos; de professores e alunos das Faculdades de Sorocaba, nossas parceiras.

Divulgação do Projeto na mídia escrita, falada e televisiva na época de seu lançamento. Todas as Unidades Básicas de Saúde receberam faixas que foram colocadas na parte externa dos prédios, convidando a população para a Caminhada, assim como banners com posições de alongamento. Criação de Grupos permanentes de Caminhada nas UBS. Divulgação da frase “Viva melhor, Caminhe trinta minutos todos os dias”, nas contas da CPFL dos munícipes sorocabanos, assim como nos holerites dos funcionários públicos municipais de Sorocaba. Cartazes em elevadores, escadas do Paço

Municipal, mostrando a importância da atividade física, sugerindo que se use a escada. “Caminhada 24 horas” em comemoração ao Dia Mundial da Saúde e da Atividade Física em abril, com mobilização de vários segmentos da sociedade: durante 24 horas, grupos organizados das instituições caminham em revezamento. Incentivam a atividade física Caminhada e mostram seus benefícios. “Caminhe e conheça os Parques da cidade”: grupos de Caminhada das UBS visitam parques municipais, recebendo orientação sobre meio ambiente. “Caminhão da Caminhada”: Caminhão equipado com aparelhagem de som percorre as ruas dos bairros da cidade, sempre acompanhado de um grupo de Caminhada da UBS, mostrando a importância da prática da atividade física Caminhada. Agita Galera em parceria com as Escolas Municipais e Estaduais e Programa Agita São Paulo.

Desfile Comemorativo ao Dia de Sorocaba e Desfile Cívico de 7 de Setembro. Comemoração do Dia Mundial da Caminhada, do Dia Mundial de Combate à AIDS. Criação de página do Projeto Caminhada na Home page da Prefeitura: sorocaba.sp.gov.br/ e do e-mail: projetocaminhada@sorocaba.sp.gov.br. Supervisão diária dos grupos de Caminhada nas UBS, circuitos de rua com técnicos das Secretarias da Saúde e do Esporte e Lazer.

MELHOR EXPERIÊNCIA

Criação dos grupos permanentes de Caminhada nas UBS. A Caminhada foi usada como estratégia de controle no tratamento de hipertensos, diabéticos, obesos, na melhoria da qualidade de vida dos idosos e dos pacientes com componente depressivo e de mudança de modelo de saúde, trabalhando o comportamento (estilo de vida) e promoção à saúde. Os grupos tem rotina estabelecida e atualmente, tem grande autonomia.

MELHOR ESTRATÉGIA

Criação de Pistas de caminhada. Foram criadas cinco grandes Pistas de Caminhada na cidade, que gerou mudança no ambiente urbano. Pistas de Caminhada tem sido uma das reivindicações mais constantes da população, o que mostra uma assimilação e apropriação na cultura da população da importância da atividade física para melhoria da qualidade de vida.



I SEMANA INTERNACIONAL DE CULTURA

Autor principal: Eugenio Luiz Lazarotto

Outros Autores: Marlise Diefembach; Inelvels Dall Onder

Instituição Secretaria Municipal de Saúde de Barracão PR

Município: Barracão

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Na região Sudoeste do Paraná, fronteira com a Argentina, bem como o extremo oeste catarinense, as origens histórica e cultural andam esquecidas, desvalorizadas, desconhecidas. Fatos históricos relevantes ficaram guardados com aqueles que os vivenciaram, como a situação ímpar da tri-fronteira seca, ente Barracão (PR), Dionísio Cerqueira (SC), e Bernardo de Irigoyen (Misiones – Argentina), divididos por linhas divisórias imaginárias, definidas pelos corredores das águas das chuvas por laudo arbitral do presidente dos Estados Unidos Grover Cleveland, há mais de 100 anos, ou a passagem das tropas da coluna Prestes por este local.

Analisando os efeitos sócio-culturais deste desconhecimento, surge o rebaixamento da auto-estima da população, desacreditando suas próprias capacidades e potencialidades, o que indiretamente leva à baixa da imunidade, e a alguns mal-estares físicos e, especialmente, psicológicos.

Considerando-se o conceito de saúde da OMS (Organização Mundial de Saúde), que se refere ao bem estar físico, psíquico e social do ser humano, é essencial resgatar a auto-estima e autoconfiança da população para a dinamização de seu desempenho econômico e social, melhorando assim a qualidade de vida de toda a população.

Como a problemática enfrentada é semelhante em todos estes municípios, e embasando-se na experiência anterior de comemoração do centenário da demarcação desta fronteira, em que os municípios desde Dionísio Cerqueira-SC até Foz do Iguaçu-PR, uniram-se em festividades e numa Cavalgada da Integração, repetiu-se a experiência de união destes municípios, no intuito de valorizar seu povo e otimizar as relações inter e intrapessoais, que contribuem para a manutenção dos índices de saúde geral.

OBJETIVOS

O objetivo principal deste projeto é a integração dos municípios da faixa de fronteira entre Brasil e Argentina, no intuito de resgatar a cultura, a memória histórica e os talentos naturais da população. Paralelamente, este trabalho artístico e cultural, objetivou aumentar a auto-estima e autoconfiança das populações dos

municípios envolvidos, permitindo maior valorização de seus próprios talentos e a percepção mais aguçada de seus potenciais criativos e de trabalho.

METODOLOGIA

Reuniu-se representantes de todos os municípios envolvidos (no lado paranaense: Capanema, Planalto, Pérola D'Oeste, Pranchita, Santo Antonio do Sudoeste, Bom Jesus do Sul e Barracão. Do lado Catarinense, Dionísio Cerqueira. E do lado argentino: Andresito, San Antonio e Bernardo de Irigoyen) para o planejamento das ações.

Na I Semana Internacional de Cultura, ocorreram encontros em cada um dos municípios paranaenses citados, sendo a participação dos municípios catarinense e argentinos em conjunto com o município que lhe faz divisa - Capanema e Andresito, Santo Antonio do Sudoeste e San Antonio, e Barracão, Dionísio Cerqueira e Bernardo de Irigoyen - com apresentações culturais locais durante o dia e à noite uma apresentação de cada município participante do evento, que prestigiaram as apresentações dos outros, numa verdadeira integração. Foi também inaugurado o Museu Internacional, onde constam dados referentes aos 11 municípios que integram este grupo de parceiros.

A divulgação ocorreu em toda a região brasileira e Argentina, através dos meios de comunicação disponíveis, como emissoras de rádio e tv, jornais, etc. Após o término, a equipe organizadora, composta de representantes de todos os municípios, reuniu-se para avaliação dos resultados.

RESULTADOS DO PROJETO

A partir da realização do evento, percebeu-se maior integração entre as populações das cidades envolvidas, tendo significativa participação da II Semana Internacional de Cultura, no ano seguinte (2005) e as previsões são boas para a III Semana em 2006. Desta I Semana, resultou a I e II Rodadas de Negócios Internacional (2004 e 2005), em parceria com autoridades argentinas, com a Associação Comercial e Agroindustrial (ASCOAGRIN) de Dionísio Cerqueira e Barracão e com a FAF –



Faculdade da Fronteira. Resultou também o I Congresso de Saúde no Coração do Mercosul, I Congresso de Odontologia no coração do Mercosul, e várias outras ações integradas, especialmente entre Brasil e Argentina, cursos e seminários com os outros municípios da região. As exposições no Museu Internacional também são importantes para a integração e desenvolvimento de todo potencial turístico, religioso e cultural da região, sendo que as visitas de outros municípios, iniciadas a partir da divulgação na I Semana da Cultura, trazem a valorização de nossas raízes culturais e de nosso potencial enquanto propagadores de saúde e qualidade de vida.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A experiência deste evento foi essencial nas negociações posteriores de integração entre Brasil e Argentina, e dos municípios da faixa de fronteira do sudoeste paranaense, pois mostrou a concretude da integração e conseqüente força da união no trabalho em prol das comunidades. A integração e unicidade de objetivos no planejamento das atividades também são essenciais para a plena realização dos objetivos propostos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação efetiva de todos os municípios envolvidos trouxe a certeza da capacidade de planos ainda maiores no intuito de integrar esta região para que unidos possam alcançar o pleno desenvolvimento econômico, social e cultural de suas populações.



A MUDANÇA DE PERFIL DOS HIPERTENSOS DA EQUIPE DO PFS VEREDAS II DE BRAZLÂNDIA

Autor principal: Eunice Ramos Ventura

Outros Autores: Adriana de Jesus Figueredo; Grazielle Andrade de Sousa

Instituição Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

Em janeiro de 2006 foi implantado o programa Família Saudável que busca atender regularmente as famílias cadastradas por nós, agentes comunitários de saúde das quadras 01 e 04 do setor Veredas, Brazlândia e pelos profissionais da saúde, identificada como equipe Veredas II.

Tivemos resistência da comunidade em relação ao programa, a qual nos motivou ainda mais a trabalhar para mudar a opinião dessas pessoas. Constatamos a grande quantidade de pacientes sem acompanhamento médico, que descobriram a patologia por se sentirem mal e consultarem no Hospital Regional de Brazlândia. Esses pacientes encontravam dificuldades para trocas de receitas, pois o Centro de Saúde a algum tempo não oferece o atendimento clínico, sobrecarregando o Pronto Socorro, gerando assim stress por parte dos pacientes, os quais tinham o valor de sua pressão arterial alterado, não sendo atendidos como deveriam dentro dos princípios do SUS, que defende o atendimento integral, vendo o paciente como um todo.

Constatamos ainda que além de não tomarem a medicação, eram pessoas sedentárias e que não faziam dieta por falta de orientação. Observamos também um número de pessoas alcoólatras e fumantes.

OBJETIVO

Oferecer atendimento médico para todos esses pacientes, mas acima de tudo, orientar sobre a importância de acrescentar ao tratamento atividade física e dieta alimentar, não esquecendo o uso correto da medicação. Buscar também ajuda para os pacientes alcoólatras e tabagistas.

METODOLOGIA

Através de entrevista com os 176 hipertensos, podemos verificar a quantidade de pacientes não eram acompanhados por médicos, que usavam medicações de forma errada, não faziam atividades físicas, dietas, que fumavam, bebiam e também avaliamos o grau de conhecimento sobre a patologia.

Levantando esses dados podemos priorizar alguns pacientes que mais precisavam de consulta médica, fizemos palestras educativas e visitas domiciliares com os demais integrantes da equipe.

RESULTADOS

Assim foi feito e aos poucos a equipe está atendendo as particularidades de cada paciente.

Com um mês de atendimento médico na unidade, já foram encaminhados 48 pacientes hipertensos que estão aceitando e aderindo ao tratamento. Esses pacientes participaram de palestras educativas sobre hipertensão, diabetes e odontologia. Os demais que ainda não foram consultados estão sendo orientados a respeito da doença e da importância da dieta e atividade física, com a criação de um grupo de caminhada e auto-massagem.

Com esse resultado, podemos concluir que o trabalho em equipe pode mudar hábitos errados, desenvolvendo e proporcionando melhor qualidade de vida para a comunidade.



EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO POSTO DE SAÚDE RURAL NÚMERO 01 DE PLANALTINA

Autor principal: Ewerton Fonseca e Mendes

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

O Posto de Saúde Rural Nº 01 de Planaltina-DF, Posto de Saúde Rural Taquara, presta atendimento em Saúde da Família à população do Núcleo Rural Taquara. Os programas de Saúde da Família visam à reorganização das ações de saúde no atendimento básico, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças, criando co-responsabilidade no cuidado à saúde da população beneficiária, intervindo nos fatores de risco aos quais a comunidade atendida está exposta. Além disso, realiza atividades de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação, reabilitação e na manutenção da saúde da comunidade.

Segundo dados do SIAB em novembro de 2005 a equipe do Programa Família Saudável do Núcleo Rural Taquara tinha cadastrado, 570 famílias e um total de 2208 pessoas. Deste total, 185 ou seja, 8,38% eram portadores de Hipertensão Arterial, um dos principais agravos à saúde no Brasil, que eleva o custo médico-social, principalmente pelas suas complicações como: Doença Arterial Coronariana, Doenças Cérebro-Vasculares, Insuficiência Renal Crônica, entre outras.

Diante do quadro mostrado, temos a hipertensão arterial como um dos principais agravos à saúde que afetam a comunidade da Taquara.

Assim, em nossa visão, práticas de educação à saúde, abordando temas como o uso correto de medicamentos, alimentação e atividades físicas, deve fazer parte da estratégia de tratamento de hipertensos.

A modalidade de pesquisa utilizada neste projeto foi o estudo de caso, estudo profundo e exaustivo de poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento.

Após uma avaliação inicial os pacientes foram convidados a comparecer ao posto de saúde, a cada quinze dias, durante quatro meses, onde participaram de grupo educativo cujos temas foram definidos de acordo com as necessidades identificadas após a primeira avaliação.

O estudo ainda está em andamento, porém resultados preliminares mostram redução dos níveis pressóricos em 65 por cento dos pacientes que participaram de pelo menos 5 palestras.

Diante desses resultados podemos afirmar que implantação de um programa de educação que vise o auto-cuidado é importante e eficaz no controle da hipertensão arterial.





EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO NA CIDADE DO RECIFE

Autor principal: Fabiana de Albuquerque Camarão

Outros Autores: José C. Cazumbá;Alexsandra P. C. Serrano;João A. Nascimento

Júnior;Augusto César de O. Rodrigues;Tereza M. Lyra;Sinara Batista da Silva;Suzanne B.

Diniz;Kleriston S. CostaMadeline B. Bezerra

Instituição: Centro de Vigilância Ambiental; Secretaria de Saúde de Prefeitura de Recife

Município: Olinda

Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Entrecortada pelos rios Capibaribe, Tejiptió e Beberibe, a cidade do Recife ocupa 219 km² com uma população de 1.422.905 (IBGE, 2000). É dividida em 94 bairros e no caso da gestão de saúde em 06 Distritos Sanitários (DS). Possui características ambientais diversificadas, onde há grandes desigualdades sociais. No tocante à cidade, 88% dos domicílios são ligados à rede de água, 9,6% são abastecidos por poços ou nascentes, 2,4% por outras formas e recebe em média 7,6 m³/economia/mês. Quanto ao esgotamento sanitário 42,9% são ligados à rede de esgoto ou pluvial, 46,6% à fossas sépticas, 7,8% à fossas rudimentares e 2,7% sem tratamento (IBGE, 2000). Neste contexto, o Programa de Saúde Ambiental (PSA), tendo como atores 768 Agentes de Saúde Ambiental (ASA), atua implantando/operacionalizando uma política guiada pelos princípios e diretrizes do SUS da Universalidade, Equidade e Integralidade, que envolva o planejamento, a execução e a avaliação de serviços e ações dirigidas ao ambiente com o propósito de promover e proteger a saúde na população do Recife. Sendo assim estabeleceu-se como estratégia de gestão, um processo de educação em saúde permanente na implementação das ações de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VQACH), como uma rotina desenvolvida, de um lado, pelos Agentes de Saúde Ambiental nos domicílios e por outro, pelos técnicos dos DS e nas escolas, comunidades e na própria capacitação contínua dos ASA.

OBJETIVOS

O Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental relacionado à qualidade da água para consumo humano (Vigiágua), implementado no Brasil, contém as diretrizes e princípios norteadores do SUS, com sua execução descentralizada, respeitando as peculiaridades político-administrativas e diferenças socioeconômicas e culturais. O AGENTE DE SAÚDE AMBIENTAL, diariamente, durante suas visitas, e dos técnicos dos DS, no tocante a VQACH – PSA, tem

como objetivo avaliar e gerenciar o risco à saúde que as condições sanitárias das diversas formas de abastecimento de água ocasionam, e ainda, monitorar sistematicamente a qualidade da água consumida pela população, nos termos da legislação vigente, além de desenvolver ações de educação em saúde e mobilização social. A preocupação com a questão da água também deve abranger o seu uso racional.

METODOLOGIA

Com a finalidade de se redirecionar as ações dos ASA previamente distribuídos e territorializados na cidade e dos técnicos dos DS, construiu-se o Mapa de Riscos à Saúde Relacionados com a Intermittência da Água na Cidade do Recife com o objetivo de identificar as áreas com a maior proporção de tempo sem abastecimento de água no ciclo médio de 72h. Nestas áreas, pela necessidade de se armazenar água, haveria um maior risco de contaminação da mesma. Construiu-se também 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. Nos domicílios, através dos ASA, verificaram-se as condições prediais de água e o cloro residual nos reservatórios e na entrada da água, na rede interna

De posse destes indicadores sócio-ambientais, epidemiológicos e de qualidade da água do Sistema de Abastecimento de Água e das Soluções Alternativas Individuais e Coletivas, além da qualidade da água armazenada, bem como do desperdício observado nos domicílios e arredores, os ASA e técnicos distritais, puderam desenvolver ações rotineiras de educação em saúde nos mais diversos ambientes.

PRODUTOS

Nos subsistemas está sendo aferido o cloro residual semanalmente pelos técnicos e diariamente nas residências, através dos ASA, sendo realizada uma orientação aos moradores quanto ao correto acondicionamento e desinfecção da água, bem como dos



reservatórios. Nas áreas de Muito Alto Risco e Alto Risco foram intensificadas as ações de prevenção das doenças de veiculação hídrica, com a distribuição de 400.000 bisnagas de hipoclorito de sódio e adesivos sobre “Cuidados Básicos Sobre o Tratamento da Água no Domicílio”. Sendo assim, foram realizadas em 2005: cerca de 1.500.000 de visitas aos domicílios (06 ciclos/ano); 487 coletas no Sistema de Abastecimento Água (SAA), com redução de 50% no percentual de C. termotolerantes, com relação a 2004; e 371 coletas nas Soluções Alternativas. Nos quatro anos de atividades da VQACH, foi realizado: 01 Curso para os Técnicos; 30 Capacitações para os ASA; 03 Oficinas de Avaliação e Planejamento; 48 Reuniões de Análise e Encaminhamento; bem como Palestras e outras atividades nas escolas, creches e comunidades em todos os DS, inclusive no Dia Mundial da Água.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Apreende-se deste processo de educação permanente, partindo do fato dos ASA estarem vinculados a um território definido, sendo a realidade percebida por eles e pela comunidade, que o êxito das ações de prevenção à saúde são extremamente significativas, tendo em vista que a confiança, primordial elemento do processo da aprendizagem, é estabelecido a partir da realidade que os envolve. No entanto, o “limite”, aí entendido como “até onde cada um pode fazer” para resolver os problemas ambientais, surge como um elemento angustiante diante das inúmeras questões que o indivíduo e o poder público são chamados a responder. Entretanto a complexidade é inerente ao processo e só o executando é que se pode avançar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Faz-se necessário ainda, intensificar as ações intersetoriais e multidisciplinares, através de programas e projetos no campo das políticas públicas, quanto ao ambiente e educação em saúde, no intuito de prevenir ou eliminar os riscos e agravos à saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população.



A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS DESENVOLVIDO NA MATERNIDADE DO HEPII

Autor principal: Fabiana Felix Ribeiro

Outros Autores: Michele Rose Larrubia Barreto; Ocimara Machado Reis.

Instituição: Hospital Estadual Pedro II

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa sistematizar novas experiências de atuação do Serviço Social junto a equipe de saúde e usuárias que recebem resultado de teste rápido para HIV positivo (não confirmatório), na maternidade do HEPII.

O HEPII está localizado no bairro de Santa Cruz, zona oeste da cidade do Rio de Janeiro. Durante o ano de 2005 realizamos uma pesquisa sobre o aconselhamento em HIV/AIDS com puérperas em duas situações: teste rápido para HIV positivo descoberto na nossa maternidade e mulheres que chegam já com resultado, orientadas e tendo iniciado a profilaxia ou não em unidades básicas da região.

OBJETIVOS

O trabalho tem como objetivo traçar alguns pontos de reflexão sobre o atendimento realizado às mulheres que chegam a nossa maternidade com resultado HIV positivo e também aquelas que devido a dificuldades de acesso ao serviço de pré-natal ou ingresso tardio no mesmo, acabam por não obterem o resultado de tal exame, ou seja, analisar os registros (fichas sociais) dos aconselhamentos feitos pelo serviço social durante o ano de 2005 de modo que possamos nos aproximar do contexto de vida dessas usuárias e verificarmos as questões que envolvem o aconselhamento antes e após o parto.

METODOLOGIA

Utilizamos como instrumento de registro a ficha de atendimento do Serviço Social composta de itens (abertos e fechados) como nome, idade, cor de pele, endereço, bairro, cidade, telefone, escolaridade, dados sobre situação funcional, habitação e composição familiar. A Pesquisa foi realizada com 14 mulheres, e foram acrescentadas as informações relativas aos aconselhamentos nas fichas sociais, que caracterizam as particularidades e as diversidades presente em cada caso atendido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa aponta que gradativamente vem aumentando a captação em início de gestação para o pré-natal, assim como o acesso das entrevistadas aos resultados de exames fundamentais como o HIV, desta forma a profilaxia pode ser iniciada ainda durante a gestação, fator que contribui para a redução da transmissão vertical.

Esse dado é significativo em nossa pesquisa, quando 6 mulheres (quase 50% do total entrevistado) chegaram durante o ano de 2005 já encaminhadas pelos postos de saúde com a profilaxia já iniciada e devidamente orientadas.

Observamos que há um avanço significativo no ano de 2005 de mulheres que já chegam a nossa maternidade com essa abordagem e orientação, esse número ainda não é o ideal, de acordo com o que é preconizado em termos de profilaxia, mas expressivo se comparado há períodos anteriores.

Verificamos através da pesquisa e dos atendimentos realizados (através das falas registradas) que a profilaxia quando iniciada desde a gestação torna o momento do parto e pós- parto mais confiante para a mulher que já foi orientada e conhece o significado desse processo em termos da redução da transmissão vertical.

Esse resultado aponta para a crescente necessidade de investirmos em ações conjuntas entre unidades básicas e unidades hospitalares em relação a profilaxia da transmissão vertical, o que perpassa atendimento ambulatorial e hospitalar.

AValiação DO Perfil DOS Pacientes Portadores DE Diabetes ACOMPANHADOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO DIABÉTICO

Autor principal: Fabiana Giriboni Rodrigues de Nadai
Outros Autores: Ivete Mariko Miura; Cláudia Maria Reimon Bastos; Márcio Silvério Alves
Instituição: Secretaria de Saúde do Município de Cerquillo
Município: Cerquillo
Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é considerado um dos mais sérios problemas de saúde na atualidade, tanto em termos do número de pessoas afetadas, incapacitações e mortalidade prematura, como de custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações. Segundo a OMS, a projeção mundial de portadores de DM em 2030 é de 366 milhões de pessoas afetadas, sendo 11 milhões somente no Brasil.

O DM mal-controlado é responsável por várias complicações agudas e crônicas. No Brasil, é a quarta causa básica de mortalidade; a quinta de internação hospitalar; a principal de cegueira adquirida e de amputações de membros inferiores; e responsável por 30% das

internações nas unidades de terapia intensiva por dor precordial e por 26% dos casos de insuficiência renal.

As justificativas médicas, sociais, econômicas e políticas para criação de um Programa de Referência aos portadores de diabetes são:
- Aumento da prevalência de DM e tolerância a glicose diminuída na população urbana;
- Apenas 50% dos portadores de DM não têm conhecimento da doença, uma vez que evolui silenciosamente, e 25% da população diabética não faz nenhum tratamento;
- Estima-se que na população brasileira existam cerca de 5 milhões de portadores de DM, dos quais 2,6 milhões são pacientes do Sistema Único de Saúde.

OBJETIVOS

1) Melhorar o controle metabólico para diminuir a incidência de complicações agudas ou crônicas, e assim reduzir os custos diretos e indiretos associados ao tratamento do DM; 2) Incentivar iniciativas relacionadas a modificações do estilo de vida, como combate ao sedentarismo, tabagismo e obesidade; e 3) Melhorar a qualidade de vida dos portadores de DM e oferecer educação aos pacientes para controle glicêmico e prevenção de complicações do diabetes.

MATERIAL E MÉTODOS

Avaliamos 445 portadores de diabetes atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Cerquillo (SP). Em maio de 2005, foi criado um Programa de Referência aos Portadores de Diabetes (PRD), com a inclusão de um endocrinologista e um nutricionista ao grupo de médicos de família, enfermeiros e agentes de saúde, com o objetivo de acompanhar os pacientes diabéticos de difícil controle metabólico. Neste período foi realizado um curso de capacitação para os enfermeiros e nutricionista para o melhor atendimento do diabético, com posterior educação dos pacientes.

No PRD estão sendo acompanhados 119 portadores de DM, (Grupo 1), e os demais 326 portadores de DM são acompanhados com médicos de família (Grupo 2).

This document was created with FREE version of Easy PDFCreator software. For more details visit http://www.easypdf.com



EFEITOS IMEDIATOS NO PERFIL DOS PACIENTES DIABÉTICOS COM A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO DIABÉTICO

F.A.B. Nadai, C.M.R. Bastos, C.G. Reimon, M.S. Alves, M.M. Miura
Secretaria Municipal de Saúde, Cerquillo, SP

ABSTRACT

O objetivo do trabalho foi avaliar os efeitos imediatos da implantação do Programa de Referência aos Portadores de Diabetes (PRD) em maio de 2005, em Cerquillo (SP). Foram avaliados 445 pacientes diabéticos atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) antes e depois da implantação do PRD. Os dados foram coletados por meio de questionários aplicados aos pacientes e aos profissionais de saúde. Os resultados mostraram que, após a implantação do PRD, houve uma redução significativa na taxa de controle glicêmico, passando de 50% para 45%. Além disso, houve um aumento na taxa de controle da pressão arterial, passando de 60% para 70%. Houve também uma redução na taxa de controle do colesterol total, passando de 40% para 35%. Os resultados sugerem que a implantação do PRD pode ter contribuído para a melhoria do controle metabólico dos pacientes diabéticos.

INTRODUCTION

The objective of this study was to evaluate the immediate effects of the implementation of the Reference Program for Diabetic Patients (PRD) in May 2005, in Cerquillo (SP). We evaluated 445 diabetic patients treated in Basic Health Units (UBS) before and after the implementation of the PRD. Data were collected through questionnaires applied to patients and health professionals. The results showed that, after the implementation of the PRD, there was a significant reduction in the glycaemic control rate, from 50% to 45%. In addition, there was an increase in the blood pressure control rate, from 60% to 70%. There was also a reduction in the total cholesterol control rate, from 40% to 35%. The results suggest that the implementation of the PRD may have contributed to the improvement of the metabolic control of diabetic patients.

RESUMO

O objetivo do trabalho foi avaliar os efeitos imediatos da implantação do Programa de Referência aos Portadores de Diabetes (PRD) em maio de 2005, em Cerquillo (SP). Foram avaliados 445 pacientes diabéticos atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) antes e depois da implantação do PRD. Os dados foram coletados por meio de questionários aplicados aos pacientes e aos profissionais de saúde. Os resultados mostraram que, após a implantação do PRD, houve uma redução significativa na taxa de controle glicêmico, passando de 50% para 45%. Além disso, houve um aumento na taxa de controle da pressão arterial, passando de 60% para 70%. Houve também uma redução na taxa de controle do colesterol total, passando de 40% para 35%. Os resultados sugerem que a implantação do PRD pode ter contribuído para a melhoria do controle metabólico dos pacientes diabéticos.

INTRODUÇÃO

O objetivo do trabalho foi avaliar os efeitos imediatos da implantação do Programa de Referência aos Portadores de Diabetes (PRD) em maio de 2005, em Cerquillo (SP). Foram avaliados 445 pacientes diabéticos atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) antes e depois da implantação do PRD. Os dados foram coletados por meio de questionários aplicados aos pacientes e aos profissionais de saúde. Os resultados mostraram que, após a implantação do PRD, houve uma redução significativa na taxa de controle glicêmico, passando de 50% para 45%. Além disso, houve um aumento na taxa de controle da pressão arterial, passando de 60% para 70%. Houve também uma redução na taxa de controle do colesterol total, passando de 40% para 35%. Os resultados sugerem que a implantação do PRD pode ter contribuído para a melhoria do controle metabólico dos pacientes diabéticos.



No Grupo I, foram analisados 108 DM2 e 11 DM1, onde 83 portadores de diabetes (70%) faziam uso de insulina exógena os seguintes parâmetros foram analisados: tempo de diabetes (TD), presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e insuficiência renal (IR), índice de massa corpórea (IMC), pressão arterial diastólica (PAD) e sistólica (PAS), glicemia de jejum (GJ), hemoglobina glicosilada (HbA1c), uréia (Ur) e creatinina (Cr), colesterol total e frações (CT, HDL, LDL), e triglicérides (TG). No Grupo II, foram avaliados a GJ, HbA1c, IMC, PAS e PAD.

RESULTADOS

No Grupo I, houve predomínio do sexo feminino em relação ao masculino (86:33), com idade média de 58 ± 13 anos ($F=58 \pm 14$ e $M=44 \pm 21$), $TD=11 \pm 8$ anos, $IMC=31 \pm 5$ Kg/m², $GJ=148 \pm 61$ mg/dL, $HbA1c=7,4 \pm 1,5\%$, $Ur=45 \pm 28$ mg/dL, $Cr=1,1 \pm 0,5$ mg/dL, $CT=198 \pm 52$ mg/dL, $HDL=42 \pm 11$ mg/dL, $LDL=116 \pm 37$ mg/dl e $TG=180 \pm 90$ mg/dL. A HAS estava presente em 91% dos diabéticos ($PAD=134 \pm 18$ e $PAS=81 \pm 11$ mmHg) que estavam em uso de anti-hipertensivos, e a insuficiência renal em 35% dos pacientes avaliados.

No Grupo 2, houve predominância do sexo feminino em relação ao masculino (248:78), com idade média foi de 61 ± 12 anos, $IMC=30 \pm 6,5$ kg/m², $PAS=130 \pm 19$ mmHg e $PAD=84 \pm 5$ mmHg. A GJ foi de 157 ± 64 mg/dL e $HbA1c$ de $7,4 \pm 2,3\%$, entretanto apenas 161 pacientes tinham este exame.

DISCUSSÃO

A importância deste estudo baseia-se no papel que a assistência médica adequada e o controle metabólico rigoroso podem prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do DM, através de medidas preventivas e curativas relativamente simples. Estatísticas comprovam que, quando tratado e controlado adequadamente, o DM pode se traduzir em melhor qualidade de vida, deixando de provocar a invalidez precoce do indivíduo e o aumento nos custos médico-hospitalares.

Estudos prospectivos randomizados como o DCCT e o UKPDS têm mostrado que um controle glicêmico intenso está associado com uma diminuição da incidência de complicações como a retinopatia, nefropatia e neuropatia diabética. O UKPDS mostrou que para cada redução de 1% nos níveis de HbA1c, há uma redução de 35% das complicações microvasculares e 18% na incidência do IAM, com significativa diminuição da mortalidade e morbidade vasculares.

CONCLUSÃO

Embora em ambos os grupos tenham apresentado um bom controle glicêmico ($HbA1c=7,4\%$), a $HbA1c$ dos pacientes que utilizam a insulina exógena (IE), esta foi maior no Grupo 2 em relação ao Grupo 1 ($9,4 \pm 2,4\%$ para $7,5 \pm 1,2\%$), provavelmente devido à uma maior necessidade no controle da dieta, do peso (dose de insulina ajustada de acordo com a quantidade de carboidratos ingeridas e peso corpóreo) e ocorrência de hipoglicemias com constantes ajustes na dose de IE. Uma alta prevalência IR e HAS foi observada no Grupo 1, indicando um risco aumentado para insuficiência renal terminal.

A auto-monitorização da glicemia capilar realizada em 152 diabéticos em uso de IE, reduziu os episódios hipoglicêmicos, melhorou o controle glicêmico e a qualidade de vida destes pacientes diabéticos.

Atualmente estamos realizando a avaliação da presença de retinopatia (fundo de olho) e a avaliação função renal (*clearance* de creatinina e proteinúria de 24 horas) em todos os pacientes com $HbA1c < 7,5\%$.



ACUPUNTURA AUXILIANDO NO TRATAMENTO DE DOR LOMBAR AGUDA

Autor principal: Fabíola Herbst Rodrigues

Outros Autores: Daniel Rogério Petreça

Instituição: Clínica de Reabilitação de Mafra - SC

Município: Mafra

Estado: Santa Catarina

A Dor Lombar ou Lombalgia tem grande importância em virtude de sua frequência e dos seus efeitos incapacitantes, limitação de atividade e perda econômica. A dor nas costas não é uma doença por si só, mas um sintoma, são dores que têm causas relativamente diversas. No Brasil, 50 milhões de brasileiros por ano apresentam tal queixa. Segundo dados do INSS, é a primeira causa de aposentadoria, segunda causa de consulta médica e, também, a segunda causa de falta ao trabalho. Apesar de ser considerada uma nova alternativa no ocidente, a acupuntura tem sido praticada na China há mais de 2.500 anos. Durante o tratamento, agulhas muito finas são inseridas levemente na pele em determinados pontos para aliviar a dor ou outros objetivos. Vários trabalhos científicos têm demonstrado ser a acupuntura uma opção para o tratamento da dor. A acupuntura parece ter seus resultados baseados em mecanismos biológicos, experimentos realizados em seres humanos e em animais, demonstram que a acupuntura atua sobre o sistema simpático, via hipotálamo e tronco cerebral, gerando efeitos inibitórios nos centros vaso motores.

Foram atendidos 20 pacientes com dor nas costas aguda, na clínica de reabilitação do município com diagnóstico médico de lombalgia aguda, os quadros agudos dentro da medicina chinesa são provenientes de Umidade – Frio ou de Estagnação de Qi e Sangue na região. Os pontos utilizados foram específicos para cada paciente de acordo com a localização da dor. Em todos os tratamentos foi usado o seikuro com sinal 3.

Dos 20 atendimentos tivemos 2 desistências, e os 18 restantes que tinham nota da dor no início do tratamento uma média de 8 ao fim de 6 sessões a nota foi 3, as sessões foram realizadas 2 vezes na semana durante 1 mês.

A dor tem sido estudada amplamente e já mostra vários resultados positivos, a pesquisa em acupuntura é importante não apenas para elucidar os fenômenos associados ao seu mecanismo de ação mas também pelo potencial para explorar novos caminhos na fisiologia humana ainda não examinados de maneira sistemática.

Embora a Medicina Chinesa trate cada indivíduo com um todo em vez de tratar as “doenças”, e analisa os padrões de desarmonia, estilo de vida, ambiente, situação familiar, vida emocional,

dieta, hábitos sexuais, rotina de trabalho e exercício num determinado cliente, é ainda importante discutir o tratamento de doenças individuais, uma vez que as técnicas de tratamento variam enormemente. Somente através da compreensão das características das patologias e etiologias nós podemos aconselhar o paciente sobre o seu estilo de vida mais adequado para a sua patologia. Os pontos de acupuntura usados no trabalho não são fórmulas, mas apenas pontos prováveis que, a partir dos quais o profissional poderá escolher o uso de um determinado tratamento de acordo com o cada paciente. A escolha dos pontos hoje é feita a partir de estudos, embasamentos científicos e da prática clínica que confirmam a indicação já feita pelos chineses a milhares de anos.



ANÁLISE DAS ATIVIDADES DE SAÚDE REALIZADAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE AMPARO / 2005

Autor principal: Fátima Livorato

Outros Autores: Aparecida Linhares Pimenta; Eliana Rocha de Lima; Juliana C. Gabriel; Marcelo B. Coimbra.

Instituição Secretaria Municipal de Saúde de Amparo

Município: Amparo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Desde 1995, a Atenção Básica-AB em Amparo é organizada através da Estratégia de Saúde da Família - SF. Em 2005 havia 15.930 famílias e 58.268 pessoas cadastradas, com cobertura de 89% da população. As equipes de SF contam com: ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiro, médico, ACD, dentista, psicólogos e apoio matricial de nutricionista. Essas desenvolvem várias atividades de saúde, no sentido de oferecer atenção integral aos usuários das unidades. Segundo Roseni Pinheiro, atividade de saúde pode ser conceituado como "ações voltadas para a melhoria na qualidade de vida que não demandam intervenção externa (medicamentosa), e possibilitam transformações no comportamento individual e coletivo". Atividades de saúde são: grupos de diabéticos, hipertensos, gestantes e outros; atividades físicas, tais como caminhadas, ginástica e exercícios; grupos para discutir hábitos alimentares; interações sociais; atividades de trabalho e atividades alternativas. Ainda segundo a autora, o ponto de partida dessas atividades de saúde não é a doença, mas sim a saúde, o bem estar, o desejo de mudança para uma condição melhor. Em 2005 a SMS investiu na educação permanente dos profissionais visando capacita-los para as ações de educação em saúde.

OBJETIVOS

Analisar as atividades de saúde com grupos, desenvolvidas pelas equipes, que contribuam para a autonomia dos usuários e atenção integral; verificar se as equipes estão conseguindo oferecer cardápio de ações voltada para a construção de autonomia dos usuários e implementar as atividades de educação em saúde.

METODOLOGIA

O levantamento das atividades de saúde foi feito através de roteiro, preenchido pelas equipes locais. Foram considerados os trabalhos com grupos, atividades físicas, orientações sobre hábitos alimentares, atividades de lazer, reuniões com comunidade, ações inter setoriais e outras atividades. A análise foi feita pela equipe central

da SMS e o relatório discutido no colegiado de coordenadores e nas equipes locais.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Em 13 unidades são desenvolvidos 79 grupos. Em 2005, 2.055 usuários das USF participaram de atividade de saúde realizadas através de grupos. Os dados revelam que as atividades de saúde atingem um número muito menor de usuários que as atividades tradicionais, mas quando comparado com o ano de 2000, houve um aumento extraordinário, pois o número de grupos aumentou 15 vezes.

CONCLUSÃO

A oferta de ações fora do cardápio do modelo tradicional tem como objetivo o processo de desmedicalização, que é demorado e complexo. A mudança do processo de trabalho que as equipes estão fazendo tem como objetivo o cuidado integral e a construção de vínculos entre a equipe e as famílias assistidas. A produção do cuidado se dá através do acolhimento e responsabilização pela saúde dos usuários.

GEOGRAFIA SANITÁRIA URBANA E RURAL: A SAÚDE A PARTIR DO REFERÊNCIAL GEOGRÁFICO SOCIAL, CULTURAL E INFORMACIONAL

Autor principal: Fatima Teresinha dos Santos

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

Este estudo analisa a relação da geografia humana, cultural e informacional no contexto urbano e rural das pessoas com 60 anos e mais que participaram da política de vacinação contra a gripe no município de Viamão em 2002. O município escolhido, apresenta interessantes atrativos para a pesquisa como subsídios para uma política de saúde, por congregarem em seus limites: população urbana cidadina, população urbana de vilas populares de rápido crescimento e precárias condições infra-estruturais e sócio econômicas; áreas agrárias próximas do núcleo urbano e com baixos índices dos fluxos e condições de acesso em relação a este, propriedades agrárias de dimensões diversificadas e diferentes condições sócio-econômicas. Este fato justifica a abordagem de uma geografia humana interpretativa, criando modos mais criticamente reveladores a fim de examinar a combinação de tempo e espaço, história e geografia, período e região, sucessão e simultaneidade, integrando esses elementos na noção de espaço geográfico. Identificar o que influencia a aceitação e/ou rejeição à vacina, avaliar sua repercussão, subsidiar políticas para a tomada de decisão e contribuir com produção de conhecimentos sobre a temática do idoso, em relação as suas condições sócio-geográficas. Para fins deste estudo, optou-se por uma metodologia quanti-qualitativa de pesquisa, obtendo-se dados a partir das diferenças espaciais e sociais, que não se limitavam à aceitação ou rejeição à vacinação, como também, de um intrincado processo de aproximação e distanciamento da saúde, entre outras coisas, como o nível de saúde associado a condições

materiais. Elaborou-se um questionário com a finalidade de esclarecer ou aprofundar certas respostas ou quadros de referência de respostas. As entrevistas foram realizadas no período de 19 a 26 de abril de 2002. Os questionários foram aplicados nos postos de saúde localizados na área rural, Capão da Porteira, Vila Santa Isabel, e centro de Viamão em cotas iguais de vinte questionários. Embora a pesquisa seja de caráter exploratório, procurou-se captar a percepção do entrevistado referente à vacina sem a preocupação de generalizar os resultados; os métodos empíricos pecam em projetar o comportamento da sociedade a partir da simplicidade dos registros quantitativamente analisados, sem garantia da neutralidade axiológica de informações quando o momento da observação não foi problematizado na sua dimensão social. Observou-se que os moradores da área urbana estão expostos a indicadores de risco diferentes dos moradores da área rural, apesar de que, em algumas circunstâncias, os problemas estão os problemas são similares para ambos os grupos. Nesta pesquisa, os resultados evidenciaram que, entre os entrevistados, 83,3% eram alfabetizados e 16,7% não alfabetizados. Cerca de 93,3% dos moradores da área urbana e 84% na área rural possuíam casa própria. O estudo mostrou baixa densidade habitacional nas três áreas pesquisadas, nas quais 21,7% moram sozinhos e 36,6% residem com outra pessoa. No centro e vila, 56,7% utilizam água tratada; na área rural, 28,3% utiliza poço artesiano e 15,0%, poço simples. Quanto ao destino dos dejetos, 56,7% dos moradores do centro e vila e 76,0% na área rural usam o sistema de fossa. Na assistência





médica, 73,7% do total recorriam ao posto de saúde e 65,0% afirmaram boa localização e acesso. Em relação ao ranking de prioridades de gastos domésticos, foram considerados seis itens básicos de gasto domiciliar que são: saúde, habitação, alimentação, ajuda familiar, remédio e vestuário; onde a cada um destes itens, o entrevistado deveria enumerar de 1 a 6, na ordem de classificação dos gastos. As três áreas estudadas elegeram alimentação como prioridade número 1 nos seus gastos, o remédio foi o 2º e a saúde, a 3ª prioridade. O meio de comunicação mais lembrado na divulgação da campanha foi a televisão; do total amostrado, cerca de 88,3% compreenderam os objetivos da política de imunização. Podemos aferir que é de fundamental importância que os profissionais da saúde forneçam dados precisos e criteriosos com informações pedagogicamente qualificadas sobre os efeitos benéficos e adversos da vacina. Ademais, é necessário que o poder público conheça as peculiaridades locais para a eficiência das políticas públicas. As três amostras de diferentes espaços geográficos evidenciaram uma homogeneidade no que refere à utilização dos serviços públicos. O isolamento das pessoas com sessenta anos ou mais foi observado nas três áreas estudadas, sendo possível prever indicadores de risco à saúde como a solidão, o desânimo e a depressão. A área rural apresentou boa localização e acesso ao posto de saúde, situado em um local de intensos fluxos de relações sociais comunitárias, o que pode estar associado com o *pensar em saúde* por parte dos gestores; apresentou, também, uma peculiaridade importante de relações interpessoais entre familiares e vizinhos na socialização da informação sobre a campanha da vacinação, o que foi diferente da área urbana. A amostra da área rural apresentou precárias condições no acesso a bens e serviços básicos de infra-estrutura como água tratada e esgoto sanitário. Ressaltou-se aqui o papel da mídia na aceitação, adesão e mobilização popular à campanha de vacinação contra a gripe na população-alvo. Partindo do pressuposto de que a construção e a representação do espaço decorre de vários condicionantes que resultam na qualidade ou na precariedade da vida; é possível se avaliar todos esses condicionantes interdisciplinarmente, como um sistema de relações articuladas às relações físico-sociais, condicionadoras da existência humana. A identificação das diferenciações na distribuição populacional no espaço geográfico, assim como as desigualdades é fundamental para o adequado processo de tomada de decisão no planejamento e avaliação de políticas públicas. A avaliação das políticas de saúde, desta forma, ainda não é uma prática institucional, pois a sua efetivação depende da participação da sociedade através do controle social. Portanto, este foi um caminho de ensaios nem sempre bem sucedidos, mas de qualidade profundamente provocativa e desafiadora, porque consistiu em desbravar, engendrar, buscar novos horizontes para ampliar o conhecimento da ciência da saúde subsidiada à luz da geografia.



PROGRAMA DE QUALIDADE DE VIDA - RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Autor principal: Fausto Rodrigues Oliveira

Outros Autores: Marisa Santos Irala

Instituição: Ministério da Saúde - Núcleo Estadual em São Paulo

Município: São Paulo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O Núcleo Estadual do Ministério da Saúde, em São Paulo, está localizado à Avenida Nove de Julho, nº 611, bairro Bela Vista.

Sua estrutura atual é formada pela Divisão de Convênios (DICON), pela Divisão de Auditoria (DIAUD), pela Seção de Fomento e Cooperação Técnica (DATASUS) e pela Divisão de Administração (DIAD), em que está inserido o Serviço de Pessoal Ativo (SEPAT).

Entre outras atividades desenvolvidas, como manutenção de cadastro e pagamento, concessão de benefícios e realização de exames periódicos, o SEPAT implantou o Programa de Qualidade de Vida para os servidores do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde, em São Paulo, no ano de 2003. Seguindo o que preconiza o Programa de Qualidade do Serviço Público, o SEPAT buscou adotar práticas sistemáticas de promoção do bem-estar e satisfação dos servidores. Trata-se de um programa desenvolvido para proporcionar aos funcionários uma melhoria na qualidade de vida em seu ambiente de trabalho. A Política Nacional de Humanização também valoriza estas ações, quando defende que para sua efetiva consecução é preciso “implementar um sistema de comunicação e informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde”, se fazendo necessária a “promoção de ações de incentivo e valorização da jornada..., do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação...”.

JUSTIFICATIVA

O indivíduo é o ponto central de uma administração que pretende garantir a qualidade de vida das pessoas. Sem qualidade de vida as pessoas trabalham desmotivadas e o resultado disso é visível nos níveis de produtividade, nas perdas registradas, nos trabalhos que precisam ser refeitos. Esses indivíduos devem ter responsabilidade pessoal no trabalho, mas a instituição deve proporcionar-lhes um ambiente favorável para a obtenção de bons resultados. Trata-se de um trabalho contínuo, cujo objetivo é tornar a cultura da instituição cada vez mais voltada para o conceito de

excelência em qualidade de vida, que vai proporcionar uma elevação da qualidade da atividade produtiva desenvolvida.

OBJETIVOS

- Desenvolver ações com vistas à melhoria da qualidade de vida e preparar o servidor para a jornada de trabalho, sensibilizando-os para que se comprometam com o programa, devido à sua importância;
- Possibilitar a cada um dos participantes, pelo caráter do trabalho realizado, o desenvolvimento do espírito de equipe, estimulando a participação no planejamento e desenvolvimento das ações programadas bem como na análise dos resultados obtidos, fazendo de todos agentes ativos e co-responsáveis pelo programa implantado.

Programa de Qualidade de Vida - Recursos Humanos em Saúde
 Autores: Fausto Rodrigues Oliveira; Marisa Santos Irala
 Ministério da Saúde - Núcleo Estadual em São Paulo
 Divisão de Administração - Serviço de Pessoal Ativo

1. Introdução
 Em 2003, o Serviço de Pessoal Ativo (SEPAT), do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde, em São Paulo, que desenvolve atividades como manutenção de cadastro e pagamento, concessão de benefícios e realização de exames periódicos, implantou o Programa de Qualidade de Vida para os servidores do Núcleo Estadual, inicialmente com o apoio de **dois grupos** (Terapia Complementares). No decorrer desse trabalho foram desenvolvidas ações como as demandadas por cada grupo. Trata-se de um programa desenvolvido para proporcionar aos funcionários uma melhoria na qualidade de vida em seu ambiente de trabalho, com a adoção de práticas sistemáticas de promoção do bem-estar e satisfação dos servidores.

2. Objetivos
 Desenvolver ações com vistas à melhoria da qualidade de vida do servidor e prepará-lo para a jornada de trabalho.
 Possibilitar a cada um dos participantes, pelo caráter do trabalho realizado, o desenvolvimento do espírito de equipe, estimulando a participação no planejamento e desenvolvimento das ações programadas bem como na análise dos resultados obtidos, fazendo de todos agentes ativos e co-responsáveis pelo programa implantado.

3. Metodologia
 Elaboração de projeto para o desenvolvimento de várias ações, com indicação de justificativa, objetivos, metodologia, público-alvo, prazos e responsáveis, incluindo as de Capacitação. Todas as atividades são desenvolvidas por servidores capacitados para essa finalidade, com a formação de equipes de trabalho.

4. Projetos implantados

Grupos de Trabalho	Objetos de Ação	Órgão de Destino
Grupos de Trabalho	Grupos de Trabalho	Grupos de Trabalho
Método do Servidor	Ciclo de Trabalho	Pre-Apresentação
Serviço Ativo do Servidor	Comissão de Estudos	Comissão de Trabalho
Terapia Complementares	Comissão de Coleta de Dados	Comissão de Avaliação

5. Resultados

Método de atendimento realizado até maio de 2003	1480
Quantidade de servidores que usam o Programa de Qualidade de Vida	119
Tempo de queda de índice de atendimento *	10%

* Análises de resultados de atendimento por departamento e unidade, por meio de indicadores de trabalho.

6. Aprendizagem com o trabalho
 Realizar como é importante a valorização do servidor pela instituição, incentivando a capacitação, e a chance oferecida pelo Programa, a cada um dos agentes atuando para que desenvolvam suas habilidades e aptidões, possibilitando um crescimento pessoal e profissional.



METODOLOGIA

Inicialmente, elaboração de projeto para o desenvolvimento de várias ações buscando a valorização do servidor, incluindo o levantamento de Necessidades de Capacitação. Todas as atividades são desenvolvidas por servidores capacitados e/ou com formação nas suas áreas de atuação.

PRODUTOS/PROJETOS IMPLANTADOS

· Grupo de Terapias Complementares: a massoterapia é um sistema para melhorar a saúde por meio da remoção dos elementos causadores da fadiga. Modalidades: massagem relaxante, cromoterapia, quick massage, shiatsu, reiki, radiestesia, tuiná, drenagem linfática corporal, reflexologia podal, feng shui, massagem bioenergética.

· Grupo Serviço Social do Servidor: programa de atendimento ao servidor que busca identificar fenômenos psicossociais que estejam interferindo em sua vida funcional, causando problemas de relacionamento no ambiente de trabalho, inassiduidade, baixa produtividade, etc.

· Grupo Ginástica Laboral: programa desenvolvido para levar ao ambiente de trabalho práticas preventivas que visam reduzir o índice de doenças ocupacionais usando, para isso, técnicas de relaxamento, alongamento e flexibilidade, todas voltadas para a atividade laboral.

· Grupo Médico do Servidor: Programa desenvolvido para prestar acompanhamento e orientação médica aos servidores, no controle de doenças crônicas, medicina preventiva, casos de doença na família e para aqueles com comportamento de risco (fumo, alcoolismo, sedentarismo, má alimentação). Equipe de trabalho formado por médico clínico, médico homeopata, médico acupunturista e nutricionista.

· Comissão de Coleta Seletiva: desenvolve atividades de divulgação, orientação e desenvolvimento de ações voltadas ao programa de coleta seletiva, de preservação do meio-ambiente, reaproveitamento de material reciclado e educação ambiental.

· Comissão de Eventos: criada para subsidiar, por meio de captação de recursos e promoção de eventos, a busca pelo estímulo e desenvolvimento da relação interpessoal entre os servidores, como alternativa para a melhoria da qualidade de vida na instituição.

· Oficinas de Arte: programa que tem como objetivos desenvolver a concentração e o raciocínio lógico, mediante atividades lúdicas; despertar as capacidades criativa, reflexiva e introspectiva, pelas artes plásticas; aprimorar a cultura geral e propiciar o desenvolvimento da autodisciplina e do espírito de equipe.

· Cido de Palestras: palestras voltadas para orientação sobre cuidados com o corpo, alimentação e envelhecimento saudável bem

como relacionadas com motivação, trabalho em equipe, gestão participativa, qualidade e ética no serviço público, etc.

· Oficina de Canto Coral: grupo formado por 40 participantes, em que cada um aprende a dominar a própria voz, além de propiciar o desenvolvimento do raciocínio lógico, da concentração, da percepção, da autodisciplina e do trabalho coletivo.

· Oficina Teatral Permanente: atividade que proporciona a cada participante a experiência e contato com o processo de vivência do ator, desenvolvendo as técnicas necessárias para um bom desempenho cênico, além de oferecer a oportunidade de criação e exposição de trabalhos artísticos com temas institucionais, de enfoque educativo.

· Grupo de Voluntariado: programa criado com o objetivo de estabelecer as bases para o desenvolvimento de ações voltadas para a valorização do ser humano, por meio do trabalho voluntário.

· Grupo Pré-aposentadoria: programa que busca preparar os servidores que se encontram próximos da aposentadoria ou recém aposentados para uma nova fase da vida, com participação em atividades culturais, artísticas, sociais, educacionais e técnicas.

RESULTADOS

Segundo o último levantamento realizado, tivemos uma diminuição de 20% na taxa de absenteísmo, por ausências decorrentes de licença-médica por doenças relacionadas a atividades profissionais ou acidentes de trabalho.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Perceber como é importante a valorização do servidor pela instituição, fomentando a capacitação, e a chance oferecida pelo Programa, a cada um dos agentes atuantes, para que desenvolvessem suas habilidades e aptidões, possibilitando seu crescimento pessoal e profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Qualidade de Vida iniciou suas atividades com as ações de somente um grupo (Terapias Complementares). No decorrer desses três anos novas atividades foram incorporadas, de acordo com as demandas percebidas.

É importante frisar que o processo de capacitação é contínuo e que as equipes tem desempenhado várias de suas atividades em intercâmbio permanente com os demais grupos que compõem o Programa de Qualidade de Vida. As atividades já não são desenvolvidas somente na sede do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde em São Paulo; temos levado o grupo para atuar em unidades do Estado que contam, em seu quadro, com



funcionários descentralizados pelo MS e orientado estas unidades, sempre que solicitado, na montagem de seus programas de qualidade de vida, levando em conta suas particularidades.

Vale ressaltar que o nosso público-alvo, originalmente composto somente por servidores ativos, lotados no NUESP, hoje é formado também por servidores do Ministério da Saúde/SP descentralizados, que atuam em outras unidades do âmbito municipal, estadual e federal, e por servidores aposentados.

Como último destaque, lembramos que os servidores pertencentes aos grupos Terapias Complementares, Comissão de Coleta Seletiva, Comissão de Eventos, Oficinas de Arte, Oficina de Canto Coral, Oficina Teatral Permanente e Voluntariado têm atribuições administrativas de rotina e dedicam, voluntariamente, parte de seu tempo, fora de seu horário de trabalho, para o desenvolvimento das atividades do Programa de Qualidade de Vida.



DIA-A-DIA COM DIABETES

Autor principal: Fernanda Castelo Branco

Outros Autores: Adriana Alves

Instituição: Associação de Diabetes Juvenil - ADJ

Município: São Paulo

Estado: São Paulo

O Dia-a-dia com diabetes é um programa educativo realizado na Associação de Diabetes Juvenil – ADJ, criado em 1999. O projeto propicia a vivência de um dia do cotidiano da pessoa com diabetes, de maneira bastante interativa.

As pessoas com diabetes participantes chegam em jejum, fazem um teste de glicemia capilar, aplicam sua insulina ou tomam seu medicamento e realizam o café da manhã.

Há ainda mais dois lanches e o almoço, uma aula com a nutricionista sobre alimentação, um curso de auto-aplicação, a prática de exercício físico, cuidado com os pés, saúde bucal e curso de automonitoramento. Essa programação é supervisionada e orientada por uma equipe multiprofissional.

Antes das principais refeições, da atividade física e depois desta, são realizados testes de glicemia capilar. No final do programa é fornecido um relatório aos pacientes para ser encaminhado ao médico assistente.

O programa reúne em torno de 20 pessoas por edição, de diferentes faixas etárias, (crianças, adolescentes e adultos), além dos profissionais da área de saúde, que acompanham toda a atividade, como forma de treinamento.

Ele acontece às segundas e quartas das 8h às 17h30, sem custo para os participantes. Para a sua realização contamos com a equipe multidisciplinar da ADJ, enfermeiros, voluntários (dentistas, profissionais de Educação Física e médico) e conta com apoio de diversos laboratórios e empresas.

Os participantes são estimulados a continuar participando das atividades educativas da ADJ, bem como dos grupos de apoio. Muitas vezes são encaminhados para acompanhamentos individuais nas diversas áreas.

Hoje, o programa tem sido utilizado como treinamento para profissionais de saúde, que são pré-agendados, sempre em no máximo 2 em cada edição. Estes participam durante todo o dia acompanhando de perto as dúvidas dos pacientes e familiares, fazendo todos os testes e se alimentando junto com eles.

COMO SURTIU A IDÉIA DO DIA A DIA COM DIABETES

Havia bastante tempo que a ADJ mantinha cursos mensais

ou quinzenais sobre auto-aplicação, automonitorização, nutrição, além dos grupos de apoio, culinária e as palestras mensais.

Começou-se a observar que para que as pessoas participassem de todas as atividades durante um mês, teriam que vir até a ADJ, mais do que uma vez por semana, sem contar os atendimentos individuais. O que levaria mais de três meses, fazendo com que as pessoas desistissem de participar.

Foi criada a sala de auto-aplicação e automonitoramento, para as primeiras informações, enquanto aguardavam passar pelos programas, pois a programação em grupo ainda se mostrava mais rica e produtiva.

Da experiência adquirida nos vários anos de trabalho realizado no acampamento de férias em que os jovens com diabetes trocam informações entre si e com uma equipe multidisciplinar surgiu a idéia de concentrar os diversos programas num só dia.

O projeto piloto iniciou em 25 de novembro de 1999 com 8 participantes com apoio financeiro da iniciativa privada. Após as primeiras adaptações o projeto foi definitivamente implantado em 16 de dezembro de 1999.

DIA-A-DIA COM DIABETES HOJE

Início do dia:

O enfermeiro responsável pela aula inicia a atividade a coletando os dados sobre dose de insulina, tipo e disponibiliza os monitores de glicemia para realização dos testes;

Orienta que as pessoas façam como em casa a aplicação de insulina ou uso de medicamento;

Café da manhã:

É servido o café da manhã, neste horário a nutricionista acompanha junto a culinária.

1º aula - Auto aplicação de insulina:

Tipos de insulina, medicação oral, tempo de absorção, conservação, transporte, preparo da insulina, misturas de insulina, utilização de canetas de aplicação, locais de aplicação e prática de aplicação.

2º aula - Nutrição

A nutricionista orienta quanto à alimentação saudável, esclarecendo sobre os mitos e tabus na alimentação.

Lanche Manhã:



A nutricionista/ culinária prepara os itens a serem levados para a atividade física, (torrões de açúcar, biscoitos salgados, água, monitor de glicemia, tiras reagentes, lancetas e algodão com álcool) para eventuais correções da glicemia.

3º aula - Atividade física:

Os assuntos abordados:

Benefícios do exercício leve e moderado e manutenção da glicemia;

Exercício intenso e hiperglicemia;

Exercício e cetose;

Relação do exercício e horário da ação da insulina;

Relação do local de aplicação de insulina e exercício;

Importância de não realização de exercício sem companhia;

Aula prática

Almoço

4º aula - Saúde Bucal:

Ao iniciar a aula o dentista deverá acompanhá-los na escovação dos dentes

Temas abordados:

Quais as diferenças do cuidado da saúde bucal em pessoas com diabetes e pessoas sem diabetes;

Frequência de escovação dos dentes;

Relação dos alimentos e saúde bucal;

Orientações da compra de escovas, pastas de dente, fio dental e enxaguatório bucal;

Breve relato sobre desenvolvimento de cáries e doenças periodontais

5º aula - Pés:

Importância do cuidado com os pés, métodos de se examinar os pés, dicas de calçados e meias adequadas, utilização de talcos e cremes para os pés e a prática de exame dos pés.

6º aula – Monitorização:

Resumo do dia;

Métodos disponíveis para monitorar a taxa de açúcar no sangue;

Tipos de monitores ;

O que fazer com os resultados;

Avaliação:

Entrega dos relatórios

Agendamento de outras atividades

Avaliação do dia

Lanche da Tarde:

Após todo o dia o nutricionista oferece o cardápio do dia oferecido com o cálculo de calorias e carboidratos.

Conversa com o médico:

Encerramento do dia.

No ano de 2005 participaram dessa atividade 1031 pessoas, sendo 335 adultos, 108 crianças, 106 adolescentes, 132 profissionais e 350 acompanhantes.



CONVIVENDO SAUDAVELMENTE COM O DIABETES MELLITUS

Autor principal: Fernanda de Souza

Outros Autores: José Maria Alves Pereira; Wesley

Antônio de S. Cardoso; Viviane Moraes Alves

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, o Diabetes Mellitus vem aumentando sua importância pela crescente prevalência na população. A maioria das pessoas desconhecem o que leva o indivíduo a se tornar diabético, e seu autocontrole e cuidado. A assistência ao diabético tem como a construção de práticas educativas, fundada na convivência entre o saber popular e o saber científico. Assim, em uma discussão ampla dos profissionais do PACS 397, foi montado um projeto de sensibilização dos diabéticos, com exercícios físicos, orientações nutricionais, estímulo ao autocontrole e cuidado. Promover o conhecimento, dinâmica e o entrosamento entre os Agentes Comunitários de Saúde do PACS 397 e os diabéticos da sua área de abrangência. Analisar e refletir sobre as complexidades de ações que envolvem tanto o tipo de diabetes quanto o tratamento prestado pelos profissionais de saúde. Discutir junto ao grupo a implantação e implementação de assistência domiciliar. Discutir sobre alimentação saudável e exercícios para o diabético. Foram montadas reuniões de grupos tanto para palestras sobre a doença como para bate papo entre os mesmos. Foram realizadas visitas domiciliares aos mesmos e controle de glicemia. Avaliação contínua da metodologia e da dinâmica para alcançar os objetivos propostos. O Diabetes Mellitus é uma doença que pode ser considerada grave se não levada a sério, mas também é de fácil controle com uma boa reeducação de hábitos alimentares.



TODO DIA É DIA "D" DE COMBATE A DENGUE

Autor principal: Fernanda Dotto

Outros Autores: Miriam H. Campos

Instituição: Prefeitura Municipal de Lucas do Rio Verde

Município: Lucas do Rio Verde

Estado: Mato Grosso

INTRODUÇÃO

Trabalho realizado pela equipe de Agentes de Saúde Ambiental modificando a relação dos profissionais de saúde e usuários onde a equipe procurou desenvolver o senso de responsabilidade e educação em saúde da população. Trabalhando na conscientização, prevenção e promoção em saúde pública buscando a multidisciplinariedade nas ações para obter um resultado positivo e satisfatório.

JUSTIFICATIVA

A Campanha do dia "D" de combate a dengue visa mobilizar a população no intuito de chamar a atenção para a responsabilidade da mesma enquanto usuário do sistema público de saúde e como cidadão. Assim, é de suma importância que a equipe seja composta por multiplicadores de vários níveis da hierarquia municipal, onde cada um pode contribuir para melhor informar e educar a população para ser um cidadão consciente das suas responsabilidades.

OBJETIVOS

- Conscientizar a população das suas responsabilidades enquanto cidadãos;
- Mobilizar equipes ligadas à educação e cultura, meio ambiente e agricultura, ação social e obras e infra-estrutura.
- Criar formas alternativas de chamar a população a dividir a responsabilidade com os órgãos públicos.
- Formar parcerias com entidades como Associação de Bairros, Igrejas, Clube dos Idosos, APAE, escolas e Programa Saúde da Família.
- Capacitar as crianças para que sejam multiplicadores de educação em saúde, trabalho de prevenção tornando-se formadores de opinião

METODOLOGIA

Palestras educativas em escolas com exposição de slides e material educativo como cartilhas e folder.

Também, gincana educativa estimulando o aprendizado dos alunos da rede pública e privada.

Todo dia é dia "D" combate a dengue

Evolution da Dengue em Lucas do Rio Verde:

Ano	População	Casos	IP (%)
1999	17.041.000 hab.	1.000 casos	IP = 5,8%
2000	17.041.000 hab.	1.000 casos	IP = 5,8%
2001	17.041.000 hab.	1.000 casos	IP = 5,8%
2002	17.041.000 hab.	1.000 casos	IP = 5,8%
2003	17.041.000 hab.	1.000 casos	IP = 5,8%
2004	17.041.000 hab.	1.000 casos	IP = 5,8%
2005	17.041.000 hab.	1.000 casos	IP = 5,8%
2006	17.041.000 hab.	1.000 casos	IP = 5,8%
2007	17.041.000 hab.	1.000 casos	IP = 5,8%
2008	17.041.000 hab.	1.000 casos	IP = 5,8%
2009	17.041.000 hab.	1.000 casos	IP = 5,8%

Equipe de Agentes de Saúde Ambiental e Agentes Mirins

Autores: Fernanda Dotto / Co-Autor: Miriam H. Campos

PLANO DE AÇÃO

- Palestras educativas em escolas, Entidades, Associação de Bairros;
- Participação efetiva dos Postos de Saúde da Família.
- Utilização de Cartilhas e Folder's.
- Campanha "Bairro Limpo";
- Participação dos Agentes de Saúde Ambiental;
- Participação dos Agentes de Saúde Comunitária;
- Limpeza de Quintais com distribuição de "Big Bags";
- Limpeza e Conservação de terrenos baldios.
- Campanha Nacional de Combate a Dengue;
- Gincana educativa entre Escolas Municipais, Estaduais e Particulares;
- Provas e brincadeiras direcionadas ao aprendizado e conscientização de jovens e adolescentes;
- Premiação aos participantes e vencedores
- Colaboração do comércio local, Secretarias Municipais, departamento de Cultura (peças de teatro) cooperativas e meios de comunicação;
- Integração da Equipe de Agentes de Saúde Ambiental com a Comunidade.
- Limpeza e manutenção das " bocas de lobo ";
- Parceria com Secretaria Municipal de Obras;
- Equipe exclusiva de trabalho de supervisão em calhas;
- Inspeção periódica em calhas, orientação quanto ao correto escoamento das águas oriundas das chuvas;
- Pesquisa Entomológica.

Utilização de formas criativas de exposição do problema, como teatro da Secretaria de Educação e Cultura, reforçando a equipe multidisciplinar.

PRODUTO

Gincana de Combate a Dengue, Campanha do Bairro Limpo e Capacitação de Agentes de Saúde Ambiental Mirins.

Grandes conquistas foram alcançadas como redução da proliferação do *Aedes aegypti*, redução de casos notificados, bem como casos confirmados, maior adesão da população na prevenção evitando a formação de criadouros. Grande contribuição dos Agentes



mirins na multiplicação das informações e formação de opinião em população com faixa etária compatível.

APRENDIZADO

Dificuldades – A maior resistência veio da população no que diz respeito responsabilidade enquanto cidadão consciente.

Vivência – Apoio incondicional da Secretaria Municipal de Saúde dando suporte para o desenvolvimento dos trabalhos e disposição das demais secretarias, Educação e Cultura, Meio Ambiente e Agricultura, Obras e Infra-Estrutura e Ação Social no decorrer dos trabalhos desenvolvidos. Agentes mirins como multiplicadores de educação em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento de um trabalho baseado na integração de forças do poder público e da população observamos que os resultados foram satisfatórios e animadores. Sabemos que é um trabalho contínuo com resultados a médio prazo, pois a prevenção deve ser exercitada constantemente.

Hoje verificamos diminuição nos casos de dengue e índices de infestação do mosquito em nosso município, uma população mais consciente de seus deveres e obrigações. O poder público integrado em busca de um objetivo: cuidado em saúde.



PROGRAMA AMASS SAUDÁVEL

Autor principal: Fernando Henrique Vital

Instituição: AMASS

Município: Uberlândia

Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO

A prática de assistência “in loco” é amplamente utilizada em todo o mundo. No Brasil, assume o nome de programa Saúde da Família. Cada qual personaliza e modela esse Programa de acordo com a realidade. A AMASS atribuiu essas ações in loco como Projeto Médico no local de trabalho, uma vez que associou a prática de ações preventivas aos seus associados e instituíram nos próprios locais de trabalho, facilitando o acesso aos serviços e evitando deslocamento dos associados, uma vez que estes só vão quando estão doentes.

Nesse sentido, a AMASS caminha em favor de prática de saúde saudáveis, não se preocupando apenas com os aspectos mercantilistas.

OBJETIVOS

Promover práticas preventivas em associados a AMASS, facilitando seu acesso aos serviços preventivos, assim como reduzir custos administrativos com doenças de fácil prevenção.

MÉTODOS

Equipe composta por Médico Clínico Geral, enfermeira e atendente mapeiam os locais de trabalho e realizam atendimento de todos os servidores associados nos locais de trabalho

RESULTADOS

Mapeamento da situação de saúde de todos os locais onde o Projeto passou, assim como encaminhamentos para especialidades, controle de doenças não transmissíveis como HAS e diabetes. Somado a isso, os chefes de cada sessão têm um mapeamento da real situação de seus funcionários, diminuindo faltas ao trabalho.

CONCLUSÃO

Percebe-se que atitudes preventivas são fundamentais para o bom funcionamento de serviços de saúde, seja no campo público como no privado. Mudanças de hábitos, acompanhamento de doenças crônicas que aumentarão os custos hospitalares são propostas viáveis para a saúde dos planos de saúde complementar.



ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS CRÔNICOS DE ANTIDEPRESSIVOS E ANSIOLÍTICOS PELA EQUIPE VEREDAS II DO PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL DE BRAZLÂNDIA –DF

Autor principal: Flavia de Oliveira Gontijo Assis

Outros Autores: Valéria Nunes Paz; Janai Vieira de Carvalho; Celma de Carvalho Moura

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

O Setor Veredas faz parte da Regional de Brazlândia, cidade satélite do Distrito Federal. Nossa equipe, Veredas II, foi implantada em Janeiro de 2006, atendendo as quadras 01, 02 e 04 do Setor. Tendo 748 famílias cadastradas contando com o atendimento de 05 agentes comunitários de saúde (ACS), 02 auxiliares de enfermagem, 01 enfermeiro, 01 médica, 01 dentista, 01 técnico de higiene dental, 01 auxiliar de consultório dentários.

Terminado o cadastramento em Março de 2006, foi constatado um grande número de usuários crônicos de medicações controladas, entre anti-depressivos e ansiolíticos. Ao analisar os dados foram encontradas 28 pessoas, destas, 22 são mulheres e 06 são homens. Quatro pessoas encontram-se na faixa etária de 20 a 30 anos, 07 de 30 a 40 anos, 11 de 40 a 50 anos e 06 de 50 a 66. Entre os usuários crônicos dessas drogas, 16 são desempregados ou “do lar”, 12 estão trabalhando (06 homens e 06 mulheres). Constatamos assim que a maioria se trata de mulheres jovens que não trabalham fora e dedicam sua vida somente às atividades domésticas.

Levantamos a questão de que a ociosidade e a rotina do dia-a-dia muitas vezes levam estas pessoas a perderem a auto-estima, a integração com a família, ocasionando diversos conflitos familiares e, conseqüentemente, danos morais, físicos e psicológicos que levam as mesmas a procurar “solução” nas medicações controladas.

OBJETIVO

Integrar os usuários crônicos de anti-depressivos e ansiolíticos no convívio familiar e social, fazendo com que os mesmos diminuam o uso ou abandonem, de forma supervisionada, a medicação.

METODOLOGIA

Através de visitas domiciliares, começamos a interagir com essas pessoas e suas famílias, convidando-as a participarem, na unidade básica de saúde, de atividades como: palestras educativas, grupos de

caminhadas e auto-massagem. Encontramos na própria comunidade pessoas com habilidades artesanais que se ofereceram como voluntários para ensinarem ao grupo a fabricar diversos artesanatos, servindo como distração e atividade econômica.

Em associação a essa terapia ocupacional, oferecemos consultas médicas para reavaliação do quadro clínico e conduta, na tentativa da redução gradativa da dosagem em uso.

RESULTADOS

O grupo se interagiu muito bem; já foram realizadas diversas palestras, peças de teatro e dinâmicas. A auto-massagem e as caminhadas realizam-se semanalmente juntamente com os grupos de diabéticos e hipertensos. Já foram ensinados vários artesanatos, os quais estão servindo até mesmo como fonte de renda para algumas mulheres.

Já conseguimos diminuir a dosagem de medicação usada por algumas pessoas, e até mesmo pudemos acompanhar a retirada a medicação de pessoas que perceberam que sua tristeza e ansiedade eram causadas unicamente pela solidão e falta de interação social. Aquelas com quadros clínicos mais delicados, com a depressão realmente já instalada, continuam sendo acompanhados com mais cuidado. Aguardamos a criação da equipe multidisciplinar na Regional e acreditamos que, com mais apoio, principalmente da Psicologia, possamos obter maiores resultados.

Esperamos com esse trabalho junto à comunidade oferecer a cada um desses pacientes a recuperação da auto-estima, do sentimento de competência e importância como pessoa integrante de uma família e uma sociedade. Acreditamos que, com essa realização pessoal, esse grupo possa reconquistar credibilidade, confiança e amor próprio, obtendo assim, a real cura para quadros ansiosos e/ou depressivos com o mínimo de medicação possível e uma vida mais feliz, produtiva e saudável.



FORMAÇÃO DE GRUPO ESPECÍFICO (GESTANTE) DENTRO DA ESTRATÉGIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor principal: Flávia Iora Stock

Instituição: Unidade Básica de Saúde de Vila Pazza

Município: Matelândia

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO

Segundo MS (2005) o Programa de saúde da família é uma estratégia que visa ações que abrangem promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos indivíduos. A partir daí o programa incentiva a formação de grupos específicos como gestantes, hipertensos, diabéticos entre outros.

Com base neste princípio é que trabalharemos neste projeto, formando o grupo das gestantes, oferecendo assistência multiprofissional durante o período gestacional e atendimento integral ao bebê.

O projeto tem também o caráter de formar vínculo com as gestantes no intuito de que elas depositem maior confiança na equipe para que possamos dar continuidade na assistência no puerpério, planejamento familiar, atendimento ao bebê na imunização, puericultura, consulta pediátrica, assistência odontológica na bebê clínica e acompanhamento do crescimento das crianças realizado pelas ACS juntamente com a Pastoral.

O propósito será atingir o maior número de gestantes da área de abrangência do PSF. O público alvo necessita de informações sobre saúde, neste ponto procuraremos despertar as mães através das palestras que serão realizadas para que tragam seus filhos para serem acompanhados pelos programas municipais oferecidos na unidade de saúde (puericultura, bebê clínica, atendimento pediátrico) e pelo governo estadual (imunização, leite das crianças) e federal (bolsa família, PETI, BPC (benefício prestação continuada) de acordo com a idade das crianças.

OBJETIVO GERAL

Desenvolver um trabalho voltado para as futuras mães para que elas tenham a oportunidade de melhorar e ampliar seus conhecimentos sobre saúde e prevenção de doenças, e com isso tentar fazer com que elas apliquem as orientações repassadas para o seu dia a dia melhorando assim sua qualidade de vida, do seu filho e conseqüentemente de toda a família. Neste ponto enfoca-se o princípio do SUS que é a integralidade, pois pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade e não como um recorte de ações ou enfermidades.

METODOLOGIA

O grupo será formado por gestante independente da idade cronológica e/ou gestacional. O curso de formação para gestante será desenvolvido nas dependências da UBS - Vila Pazza com duração de seis dias, sendo uma vez por semana; os encontros se darão nas terças feiras no período da tarde das 14:00 às 16:30 horas.

Durante o curso será realizada uma visita do grupo ao hospital e maternidade Nossa Senhora do Caravaggio acompanhada pela enfermeira da equipe e pela obstetra, proporcionando orientações para conhecimento da rotina feita na admissão de pacientes, quais os documentos necessários, etc, conhecer o centro cirúrgico, para que a gestante sinta mais confiança e segurança na hora que for dar entrada na maternidade. Importante salientar que o profissional obstetra que fará a primeira palestra do curso, é o mesmo que faz acompanhamento do pré-natal e parto.

As gestantes também serão encaminhadas para o trabalho realizado pelo Profam, onde as mesmas aprenderão a confeccionar seu próprio enxoval, e também receberão um Kit no final.

Ao término do curso, a gestante que apresentar 90% de freqüência receberá um certificado e um Kit para o bebê doado pela secretaria municipal de saúde (1 bolsa para ser levada para a maternidade contendo 1 sabonete, 1 shampoo, 1 babita, 1 pacote de fraldas e cartão da criança), esse kit será entregue no último mês de gestação.

Serão oferecidas 6 palestras no total .

- 1ª aula – participação de um obstetra

Tema: anatomia feminina, pré-natal, desenvolvimento da gestação, parto natural, cesárea, métodos contraceptivos.

- 2ª aula – participação da enfermeira

Tema: higiene da mãe, banho do bebê e aleitamento materno, imunização.

- 3ª aula – participação do dentista.

Tema: orientações sobre os cuidados com os dentes e alimentação durante a gestação, higiene bucal da gestante e do bebê.

- 4ª aula – participação da psicóloga.

Tema: auto estima na gestação e, como lidar com a situação da chegada de um novo membro da família principalmente quando se tem outro filho.



5ª aula – participação da assistente social.

Tema: convívio familiar – estrutura da família enquanto sustentação familiar, direitos das gestantes, estatuto da criança e estimulação da criança.

6ª aula – participação de um convidado que poderá ser: uma farmacêutica, pediatra, pastoral da criança e nutricionista, fisioterapeuta, professora de artes e clube de mães (para ensinar artesanatos com produtos recicláveis utilizados no dia a dia); veterinária da vigilância sanitária, estagiárias do curso de assistência social, fonoaudióloga e voluntários que se interessarem.

Todas as gestantes receberão atendimento odontológico.

Ao término do curso com a entrega do certificado será dado um intervalo de 2 ou 3 meses dependendo da demanda para a formação de mais um grupo com novas gestantes.

Haverá uma comunicação direta com a maternidade, com informações das gestantes da área do PSF internadas para ganhar bebê, e esta gestante receberá ainda na maternidade a visita do ACS que fará o agendamento da vacina BCG, hepatite B, puericultura, e consulta de puerpério para a mãe.

RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados serão monitorados e avaliados no decorrer do curso, observando a adesão das gestantes e, também pela própria equipe que fará visitas domiciliares constantes para lembrar as mães das datas de retorno à UBS, e anotando o comparecimento dela ou não. Espera-se que 100% das mães compareçam na UBS sempre com a carteira de vacinação sua e de seu filho em dia, participem das pesagens realizadas pelas ACS e Pastoral da Criança e tragam a criança para acompanhamento com enfermeiro, pediatra e dentista.



PORTAL DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DE SANTA CATARINA

Autor principal: Flávio Ricardo Liberali Magajewski

Outros Autores: Sonia Regina Linzmayer; Loudes de Costa Remor; Karla Cristina Leite

Instituição: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

Município: Florianópolis

Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O controle social está garantido na Constituição Federal e se constitui em um dos princípios fundantes da gestão do Sistema Único de Saúde. Além da sua dimensão gerencial, o controle social é um valor democrático que exige permanente afirmação e estímulo.

O portal do controle social em saúde de Santa Catarina, assim entendido, foi concebido pela Secretaria de Estado da Saúde para abrigar um espaço ampliado da participação social a partir de um site dinâmico que armazena os instrumentos de gestão do SUS, legislação, composição e funcionamento dos Conselhos de Saúde, com as suas respectivas atas e resoluções. Dessa forma, se permite o monitoramento do funcionamento das instâncias municipais, estadual e nacional de controle social, os conselhos de saúde de forma direta a partir do acesso de qualquer usuário do SUS.

A construção desse portal deu-se devido a necessidade de transformação dos documentos físicos em meio digital, facilitando a sua publicação e divulgação, reforçando assim, para além do controle meramente cartorial e burocrático, a função propriamente dita de controle social, em substituição aos arquivos físicos existentes na Secretaria Estadual de Saúde, até então inacessíveis e pouco utilizados.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

O portal do controle social em saúde de Santa Catarina objetiva o acompanhamento e a divulgação dos instrumentos de gestão do SUS pela sociedade e tem o propósito de legitimar o controle da gestão municipal e estadual pelos conselheiros de saúde e tornar público a gestão da saúde.

Além disso, assume o papel de espaço de troca de experiências e de divulgação de notícias e assuntos de interesse dos conselheiros e gestores do SUS.

METODOLOGIA

Com a idéia de fortalecer o controle social no Estado de Santa Catarina, o projeto foi inicialmente apresentado e aprovado no Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina.

A seguir, criou-se a estrutura do portal no sistema gerenciador de conteúdos Mambo.

Depois de criada a estrutura de conteúdos, iniciou-se a etapa de alimentação das informações dentro do portal a partir do chamamento dos gestores municipais e da Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde.

Esse processo foi inicialmente assumido pela SES – SC, enquanto a própria aproximação dos gestores e conselheiros não for efetiva e pedagógica no sentido de garantir autonomia para cada conselho ser editor do próprio conteúdo associado a cada conselho.

O próximo passo, em fase de implementação, é a descentralização da alimentação das informações futuras, pelos próprios gestores e instâncias de controle social a partir das suas respectivas esferas de governo.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

O produto resultante desse projeto é o Portal do Controle Social em Saúde de Santa Catarina, que está em fase de alimentação dos dados e acessível pelo endereço <http://controlesocial.saude.sc.gov.br>.

Como o projeto não chegou a sua fase final, ainda não dispomos de uma avaliação plena dos seus resultados, mas observamos o interesse e a mobilização dos municípios para disponibilizar os seus conteúdos no portal, assim como o interesse gradativo em acessar atas, resoluções, notícias e atividades desenvolvidas pelos conselhos que já alimentaram o sistema. Sendo assim, as perspectivas quanto aos resultados são de ampliação do acesso à informação para gestores e instâncias do controle social assim como o monitoramento mais efetivo do funcionamento das instâncias do controle social em Santa Catarina, responsabilidade desenvolvida pela SES - SC.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

O aprendizado do projeto até o momento é o de que, na era do conhecimento, informações no papel são de pouca utilidade



prática, diante das dimensões do estado e o volume de informações associadas às atividades dos conselhos de saúde.

As dificuldades podem ser resumidas em dois tópicos: dificuldades de acesso a equipamentos ligados à internet por pequenos municípios e na escolha da ferramenta a ser utilizada para a criação da solução que resultou no portal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Portal do Controle Social em Saúde de Santa Catarina já é uma realidade a serviço da democracia no Sistema Único de Saúde.



MULHER NEGRA: INFORMAÇÃO E ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

Autor principal: Francisca Izabel da Silva Buenor

Outros Autores: Maria Cristina Silva de Souza; Anair da Silva da Rosa

Instituição Associação Cultural de Mulheres Negras

Município: Passo Fundo

Estado: Rio Grande do Sul

A Associação Cultural de Mulheres Negras-ACMUN, com sede em Porto Alegre no Rio Grande do Sul, criada em 1994 é uma organização não governamental, autônoma, sem fins lucrativos, importantes referencial de organização de mulheres negras. Tem a cinco anos um grupo em Passo Fundo, cidade que dista de Porto Alegre 280Km, com aproximadamente 190.000 habitantes, localizada na região do Planalto Médio. Ao longo dos anos tem sido referência nacional na área de saúde, uma vez que abriga o maior complexo de saúde do interior do estado. Se de um lado saúde é referência, a saúde pública deixa a desejar, as políticas de inclusão sobrevivem graças aos esforços e lutas constantes do Conselho Municipal de Saúde, Fórum Municipal de Saúde e o trabalho de voluntário (as) e ONGS.

Também destacamos o cultivo das tradições gaúchas, este processo é importante para reforçar a identidade cultural de um povo, por outro lado, uma das características histórica da cultura gaúcha é a dificuldade de dialogar com a diversidade de cultura, especialmente com a cultura negra.

Sendo uma preocupação o alto número de pessoas identificadas como soro positivo, ou portadoras do vírus, e os dados estatísticos não apontarem negros (as) como portadores do vírus, situações estas que se justificam pela historicidade do povo negro; justificamos nosso trabalho voluntário na prevenção de DST/HIV e AIDS, promoção à saúde, garantia de direitos sexuais e reprodutivos, direitos humanos, elevando a auto estima, qualificando para o trabalho, apoiando o processo ensino/aprendizagem e resgate de valores culturais.

Iniciamos nossas atividades no ano de 2000 em Passo Fundo, com três mulheres voluntárias, sendo duas jovens, com o Projeto Sala da Vida que prestava assistência em DST/AIDS em uma sala de espera no Posto de Saúde na Vila Luiza, bairro caracterizado como de alta incidência do povo negro, logo com índice de pobreza e outras dificuldades, o atendimento era individualizado.

Também outro grupo trabalhava como Multiplicadora/ Agente de Promoção a Saúde, onde desenvolvíamos ações de prevenção na comunidade, especialmente nos domicílios, buscando atingir as famílias excluídas do acesso a bens e serviços.

Estes dois projetos nos deram visibilidade e responsabilidade além da confiança que a população depositou em cada uma das mulheres multiplicadoras. Este compromisso social legítima a continuidade nosso trabalho hoje, tendo apenas os preservativos que nos são repassado pela Secretaria Estadual Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde desenvolvemos ações domiciliares, em grupos, nas escolas e em diferentes momentos, onde utilizamos recursos tais como: palestras, filmes, encontros para formação, mas principalmente a distribuição e orientação para o uso correto

do preservativo feminino e masculino, e se necessário encaminhamento para diferentes atendimentos.

Temos em mente além do compromisso social:

Criar um campo em saúde voltado para a população negra, especificar o campo da saúde da mulher negra como viés necessário





e dar visibilidade à vulnerabilidade que a população negra esta exposta. Conscientizar a população para a importância da ação de cada uma como multiplicadora no processo de prevenção de DST/HIV e AIDS. Estabelecer o diálogo entre diferentes atores sociais (o SUS inclusive) em ações de promoção e prevenção à saúde da população negra.

A intenção é aplicar a metodologia da problematização para que haja um desenvolvimento da consciência crítica e fomento aos valores da participação democrática, contemplando aspectos das gestões e a discussão de temas e conteúdos.

Se de um lado o avanço e a transformação da epidemia exigem atualização do conjunto de responsabilidades que fazem o enfrentamento do novo contexto e desdobramento da epidemia. De outro lado cria-se estratégias que exigem articulação e respostas permanentes de ações que identifique a condição étnica-racial da população negra.

Historicamente sabemos que a população negra concentra-se em larga escala entre aquele extrato social que vive a margem do sistema e tem sua condição de cidadania distanciada da realidade. Trazer a cena à informação dessa condição étnica é elemento imprescindível para que os gestores de saúde tenham a dimensão da representatividade dessa população, o reconhecimento de suas especificidades e, sobretudo importância no cenário social.

Temos como princípio nortear a desconstrução do preconceito racial e a reafirmação de uma auto-estima positiva da população negra. Com isto ensinamos a aprender na diversidade, propomos situações desafiadoras que ampliaram nossos conhecimentos, desconstruindo imagens e crenças baseadas no preconceito e na discriminação.

Foi necessário o enfrentamento das adversidades como falta de medicamentos em postos de saúde, ausência de atendimentos em hospitais, entre outros fatores, a fim de que se tenha êxito na missão de resgate da cidadania da auto-estima e da saúde da população negra.

Transformar a realidade é uma tarefa árdua e bastante instigante para as multiplicadoras, mas já temos alguns avanços garantidos com recorte de gênero, raça e etnia em programas de saúde pública a nível municipal, mas ainda temos demanda que precisam ser superadas.

Queremos possibilitar a reflexão a respeito da convivência das pessoas. As reações podem continuar as mesmas, a diferença é que aprendemos a crescer, falar de sexo e sexualidade, uso de drogas, perdas e morte.

A AIDS fez com que muitas de nós reconhecemos à importância dos diálogos, conversas apoio e solidariedade.

É necessário desconstruir a idéia de que são naturais as desigualdades entre homens e mulheres e entre negros (as) e não negros (as) captando as expressões da vida cotidiana contraditórias e

múltiplas, as dimensões que refletem as tradições do passado as normas do presente e as esperanças do futuro. É importante à articulação entre as atividades de organização e formação, bem como a construção de uma, abordagem política e metodológica que procure garantir a implantação de políticas públicas de saúde contemplando três dimensões, a saber: gênero, raça e classe.

Embora não existam dados "reais" do Ministério da Saúde sobre o número dos infectados por raça ou cor, temos informações de alguns estados que comprovam a incidência com a população negra. Gestores públicos apropriados da relação, da informação étnica para o direcionamento e adoção de políticas públicas para o enfrentamento da epidemia de AIDS, conscientes da importância da adoção de ações e estratégias que desdobrem essa informação e identifique positivamente onde estão e como estão sendo assistidos (as) os (as) usuários (as) da população negra dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, tendo como base os princípios do SUS, que determina dentre outros a garantia da equidade na superação das desigualdades, articular projetos e ações de saúde pública que respeitem esse princípio, principalmente a realidade desses grupos destituídos para aumentar suas habilidades de proteção e ajudar na diminuição de suas vulnerabilidades.

Temos como princípio nortear a desconstrução do preconceito racial e a reafirmação da auto-estima, garantindo desta forma o pleno exercício da cidadania com autonomia e respeito.

MOMENTO DA MULHER

Autor principal: Francisca M^a Alves Cunha
 Instituição: Fundação Zerbini
 Município: Brasília
 Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

Vivenciando mais de perto a realidade das famílias da comunidade da Vila Estrutural, que vivem em um contexto de grande pobreza. Foi verificado a grande incidência de depressão associado à alguns agravos tais como: hipertensão, diabetes e sobre peso.

Foi iniciado em março de 2005, um projeto social intitulado "Momento da Mulher". Este trabalho conta com oficinas de artesanato e expressão corporal, com encontros semanais, que são realizados em espaço cedido pela comunidade, às Terças-Feiras no período vespertino.

O grupo é composto por cerca de 30 mulheres onde é observado desde então a melhora dos agravos de saúde, proporcionando uma socialização com melhora até mesmo da auto-estima.

OBJETIVO PRINCIPAL

Proporcionar socialização e melhora da auto-estima desse grupo de mulheres.

PROPÓSITO

Realizar conscientização de cada mulher enquanto indivíduo e cidadã desenvolvendo suas peculiaridades e competência.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

A metodologia é pautada em encontros semanais onde são realizadas oficinas de trabalhos manuais, tais como: ponto cruz, vagonite, crochê e etc.

São confeccionados: pano de prato, jogos de cama, toalhas, almofadas, quadros e etc.

Nas sessões de expressão corporal é realizado exercícios de relaxamento que desempenham um papel importante, pois aumentam a capacidade respiratória e alívio dos sintomas causados pelas complicações da depressão, obesidade, hipertensão, aumentando o bem-estar e melhorando a qualidade de vida,

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

PROJETO PROMOÇÃO DA SOCIALIZAÇÃO MOMENTO DA MULHER

CURSINA, Francisca Maria Alves

Introdução

- Este trabalho é um projeto social que foi iniciado em março de 2005, intitulado "Momento da Mulher".
- Conta com oficinas de artesanato e expressão corporal. O grupo é composto por mulheres da comunidade da Vila Estrutural.

Objetivo

Proporcionar socialização e melhora da auto-estima desse grupo de mulheres, realizando conscientização de cada mulher enquanto indivíduo e cidadã desenvolvendo suas peculiaridades e competências.

Metodologia

- A metodologia é pautada em encontros semanais onde são realizadas oficinas de trabalhos manuais, tais como: ponto cruz, vagonite, crochê e etc.
- Nas sessões de expressão corporal são realizadas exercícios de relaxamento que desempenham um papel importante, pois aumentam a capacidade respiratória e alívio dos sintomas causados pelas complicações da depressão, obesidade, hipertensão, aumentando o bem-estar e melhorando a qualidade de vida, transformando-as em mulheres saudáveis, tornando assim uma família saudável.

Produtos

- Foi detectada melhora de relacionamento interpessoal, e conscientização enquanto mulher cidadã desenvolvendo suas peculiaridades e competências no contexto social e cultural. Houve uma melhora no quadro de saúde das integrantes como: o controle da hipertensão, peso, diabetes e diminuição do uso de medicações tais como psicotrópicos.
- Foi observado uma melhora na auto-estima, onde há aumento das habilidades que interferem nos trabalhos artesanais, considerando assim uma certa autonomia financeira.

Aprendendo com a vivência: Facilidades e dificuldades

Aprender a respeitar as diferenças, de opiniões, a criar e melhorar ideias, e compreender e desenvolver habilidades, trabalhar em equipe, e trabalhar as famílias psico-sociais, devolutivas e culturais.

Considerações finais

- Este projeto teve uma boa adesão da comunidade onde a comunidade fez o grupo, e observou em seus resultados positivos.
- O trabalho continua em andamento sendo que o mesmo ainda depende de apoio financeiro para ampliação das oficinas.

transformando-as em mulheres saudáveis, tornando assim uma família saudável.

PRODUTOS: O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Foi detectadas uma melhora de relacionamento interpessoais, e conscientização enquanto mulher cidadã, relacionando com a sua importância no contexto social e cultural. Houve uma melhora no quadro de saúde das integrantes como: o controle da hipertensão, peso, diabetes e diminuição do uso de medicações tais como psicotrópicos.



Foi observado uma melhora na auto-estima, onde foi aflorado suas sensibilidades que refletiam nos trabalhos confeccionados, conquistando assim uma certa autonomia financeira.

Algumas mulheres estão trabalhando em parceria com o SEBRAE e outras associações de costura e artesanato e em exposições em feiras.

APRENDENDO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Aprendi a respeitar as diferenças, as opiniões, a ouvi, a respeitar limites, a compreender, a descobrir aptidões, trabalhar em equipe, a transpor as barreiras psico-sociais, econômicas e culturais.

FACILIDADES - A boa participação da comunidade, pois a mesma cedeu o espaço físico, a baixa evasão e o respeito mútuo.

DIFICULDADES - Falta de patrocínio, local adequado, falta de materiais.

Dificuldades estas, que estão sendo superadas dia após dia apenas pelo desejo de aprender, crescer e de estar inserida num grupo solidário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto teve uma boa adesão da comunidade visto a assiduidade nos grupos, o interesse e os seus resultados positivos.

O projeto continua em andamento sendo que o nosso maior desejo é o apoio financeiro para ampliações das oficinas.

BIBLIOGRAFIA

1. Cuidados de Saúde da Mulher – Secretaria de Saúde GDF
2. Guia Básico para Alimentação do Hipertenso – GDF
3. Guia Básico para Alimentação do Diabético – GDF



CONSELHOS POPULARES DE SAÚDE - COPS

Autor principal: Francisco das Chagas de Lima Matos

Outros Autores: José Antonio Cordovil

Instituição: Secretaria de Saúde do Estado do Acre

Município: Rio Branco

Estado: Acre

INTRODUÇÃO

Os COPS - Conselhos Populares de Saúde, são iniciativas democráticas do Governo do Estado do Acre, que através da Secretaria de Estado de Saúde e execução da gerência dos COPS têm a missão de democratizar a gestão do SUS, garantindo a participação popular nas decisões da política de saúde, gerando inclusão social e ampliação da cidadania. Essa participação visa o fortalecimento de práticas inovadoras da gestão na saúde, que acompanhando, avaliando, discutindo e reformulando a política de saúde, estabelece uma instância popular e permanente de controle social do SUS, cuja sua composição se dá através da representação da gestão, dos trabalhadores em saúde e representantes da sociedade civil organizada, se constitui como referencial dos serviços de saúde pública oferecidos à população de uma determinada unidade de saúde, seguindo as diretrizes e princípios norteadores do Sistema Único de Saúde – SUS.

JUSTIFICATIVA

Os COPS – Conselhos Populares de Saúde são estratégias de ampliação e fortalecimento da política de controle social no Acre, com o objetivo de estabelecer ruptura do modelo gerencial vigente e centralizador. Com essa nova política local estamos desenvolvendo a Co-gestão das unidades de saúde entre o Estado e a sociedade civil, contribuindo para a uma nova prática de re-construção e re-elaboração do processo de participação popular direta, na busca da efetivação da política de controle social a partir do local ou área de abrangência de cada unidade de saúde.

Nesse contexto a implantação dos Conselhos Populares de Saúde, vem estabelecer um processo constante e permanente de discussão na construção dos vários conselhos, onde o voluntariado estabelece a valorização da participação popular no sentido de assegurar seus direitos a partir das realidades locais, se constituindo como referenciais de discussão, avaliação e elaboração da política de saúde, sendo de fundamental importância no fortalecimento dessa nova forma de participação popular, onde aos poucos vão se consolidando e se legitimando nos espaços de deliberação das políticas públicas de saúde, contribuindo assim para a construção de uma nova cultura participativa.

OBJETIVOS

Fortalecer a política de Controle Social do Sistema Único de Saúde no Estado do Acre discutindo, avaliando, identificando problemas e propondo melhorias nos serviços das unidades de saúde, através de reuniões e plenárias, sendo as negociações sempre concensuadas.

Atuar na formulação de estratégias como espaço de participação e democratização da gestão e no controle da execução da política de saúde, inclusive, nos aspectos econômicos e financeiros.

METODOLOGIA

A construção do COPS se dá a partir do diagnóstico local das lideranças populares, em seguida a realização de plenárias ampliadas com a rede comunitária do SUS, trabalhadores da unidade de saúde para sensibilização e apresentação da proposta do COPS e o exercício do controle social como prática de cidadania. Em seguida reunião com a direção da unidade de saúde, para sensibilização da implantação do COPS.

Plenária conjunta: Representantes dos usuários – representantes dos trabalhadores e representantes da gestão, (eleição dos representantes).

REALIZAÇÃO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Com a instalação e consolidação dos COPS – Conselhos Populares de Saúde, nas unidades de saúde, se estabeleceu a co-gestão das unidades de saúde, visando uma gestão democrática e participativa na saúde do Acre, Com essa nova política a secretaria está promovendo a descentralização dos recursos financeiros direto para as unidades de saúde. Assim os COPS passaram a administrar os recursos e os serviços com maior rapidez. Além de fortalecer a política de controle social na unidade de saúde, percebendo-se a melhoria no faturamento, transparência na aplicação dos recursos, auto-estima dos profissionais de saúde, melhorias no abastecimento e na assistência prestada pela unidade hospitalar, dentro outros avanços.



APRENDIZADO COM A VIVENCIA FACILIDADES

Capacidade política da maioria dos gestores de entendimento da implementação desse novo modelo de gestão do próprio Estado, que através da gerência dos COPS (GCOPS) vem modificando a concepção tradicional de gestão e transformá-la em administrações democráticas que além da gestão coletiva (gestores, trabalhadores e comunidade) atenda também a população com eficiência e eficácia.

Uma vez apresentada a proposta de implementação dos COPS para os segmentos que os constituem, observamos um claro comprometimento destes para com o fortalecimento do Controle Social no SUS.

DIFICULDADES

Por ser inovadora a política dos COPS, nem todos os gestores têm a compreensão dessa nova estratégia de gestão, dessa maneira a gerência do COPS tem dificuldades de construir com maior intensidade essa nova política.

Um outro fator a ser considerado é a excessiva jornada de trabalho esta, associada a baixos salários e a precarização dos serviços, contribuem de forma negativa para a não participação dos trabalhadores em saúde no sentido de construir esse novo ideário.

Vale a pena citar que, apesar do ato voluntário dos representantes da sociedade civil organizada em contribuir com o controle social, ainda temos dificuldade de sensibilização e mobilização desse segmento para uma participação efetiva na co-gestão do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que, com a iniciativa do governo em fomentar o Controle Social a partir da gestão, dos trabalhadores e da comunidade nas unidades de saúde ou área de abrangência, são iniciativas democráticas de gestão que ao longo do tempo a população poderá se apropriar dessa política pública no SUS e ao mesmo tempo mensurar o grau de satisfação quanto ao atendimento que está sendo oferecido na rede pública de saúde do Estado, gerando assim a completa efetivação do controle social na saúde, onde a comunidade passará a conhecer melhor os seus direitos, construindo assim o exercício da cidadania.



A APLICAÇÃO DAS METODOLOGIAS ABC E XYZ NA GESTÃO LOGÍSTICA DE SISTEMAS DE SAÚDE

Autor principal: Francisco Edinaldo Lira de Carvalho
Outros Autores: Giselle Medeiros Pignolati
Instituição: Fundação de Hemoaterapia e Hematologia do Amazonas - FHEMOAM
Município: Manaus
Estado: Amazonas

RESUMO

Considera-se o conjunto de recursos, pessoas e equipamentos que visam consolidar a prática preventiva e curativa da saúde, Sistemas de Saúde. Temos como exemplo a instituição Fundação Hemoam, que possui pela natureza de sua operação e particularidades da Abordagem Sistêmica, pois é responsável pelo abastecimento de hemocomponentes do sistema de saúde, onde se observa as particularidades dos métodos necessários para gestão logística de sua cadeia de abastecimento. Partindo deste fato, estabeleceu-se como objetivo analisar a aplicação de métodos para a gestão logística, escolha que se justifica, pois qualidade de atendimento e racionalização de recursos é um fator crítico de sucesso para as organizações.

Palavras chave: Métodos ABC, Métodos XYZ, Logística, Sistemas de Saúde

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por finalidade desenvolver de forma científica uma análise da aplicação do método ABC e método XYZ para a gestão logística do abastecimento de unidades de sistemas de saúde. Para desenvolvimento deste projeto, o autor utilizou as duas metodologias de gestão logística junto ao processo de abastecimento da Fundação Hemoam, que representando uma unidade de sistema de saúde, permitiu o desenvolvimento da análise de seu processo de produção de hemocomponentes, operação a qual foi acompanhada e diagnosticada para a realização deste artigo durante os últimos seis meses do ano de 2005, conforme veremos a seguir.

METODOLOGIA

Como método, primeiramente foi realizado a pesquisa bibliográfica, com base em material publicado, fornecendo o embasamento para próxima etapa da pesquisa que visou avaliar a aplicação das metodologias de gestão logística no processo de produção de hemocomponentes, onde iniciamos com a Curva ABC,

para avaliar quais os itens geravam impacto financeiro no processo e Metodologia XYZ, para os itens relevantes quanto criticidade e imprescindibilidade, obtendo como resultado uma análise do uso combinado destas duas metodologias junto ao processo de produção de hemocomponentes.

Para desenvolvimento do estudo, analisaram-se todos os materiais que compõem a produção de hemocomponentes, realizando uma amostragem processual dentro de um período de tempo considerado no último semestre de 2005, segregando e identificando os itens, bem como suas quantidades médias consumidas neste período, seus valores monetários movimentados pelos itens para realizar a Análise ABC e suas características de imprescindibilidade e substitubilidade dos itens para a Análise XYZ.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Considera-se o conjunto de recursos, pessoas e equipamentos que visam consolidar a prática preventiva e curativa da saúde da população como Sistemas de Saúde. Constata-se então com esta afirmação que o conceito moderno de Organização ligado a Saúde deve possuir uma perspectiva organizacional de caráter sistêmico.

Conforme Maximiliano (2004) a abordagem sistêmica, é a idéia de que é um processo composto de elementos que interagem e formam conjuntos para atingir um objetivo comum.

Atualmente, é confirmado que os resultados obtidos pelas organizações da Saúde que utilizam a abordagem sistêmica, como a integração, os intercâmbios internos e externos, o foco na sinergia, levam ações de saúde reconhecidas com grande satisfação ao público usuário, ou seja, confirma sem dúvidas que um ambiente de comportamento Sistêmico para a Saúde é uma excelente ferramenta de Gestão.

Musgrove (2001), reafirma esta importância do comportamento sistêmico na Saúde, quando identifica que dentre os vários objetivos de um Sistema de Saúde esta o de melhorar a saúde da população também de maneira sistêmica, um objetivo que, pela



sua clareza, parece de fácil alcance, entretanto de difícil execução na prática, principalmente quando é utilizada solução de maneira isolada.

Historicamente, evidenciamos através de Fernandes (2001), que a preocupação com a qualidade dos serviços remonta ao tempo em que o homem em si era a prioridade da saúde, inexistindo a preocupação com os contextos e os resultados do serviço para a sociedade.

Com o decorrer dos tempos, surge o serviço considerado de Referência, com as escolas gregas de assistência e com o trabalho expressivo de Florence Nightingale, no século XIX, que lançou as bases do atual programa de assistência e enfermagem (FERNANDES, 2001).

Fernandes (2001), salienta ainda que neste momento histórico, a excelência nos Sistemas de Saúde passou por três origens, que são o método científico, as associações profissionais e os modelos industriais.

Partindo destes pressupostos, identificamos que os Sistemas de Saúde são compostos pelas Unidades de assistência pré-hospitalar (APH), centrais de regulação, Hospitais, Prontos Socorros, Unidades de referência, unidades básicas, Universitárias e de capacitação em serviços de saúde, dentre outros serviços.

Como principal elemento para a excelência em saúde pode-se enumerar a manutenção do alto nível de excelência nos serviços, o uso eficiente de recursos e o alto grau de satisfação dos pacientes.

Esta análise detalhada, possibilitou o autor a identificar o fato que os Serviços de Referência do Amazonas se diferem do restante das unidades do Sistema do estado, devido a estas organizações possuírem como estratégia e a constante busca da excelência dos serviços prestados e eficiência em seus modelos de gestão.

Este diferencial gera qualidade na assistência ao ser humano, entretanto, percebe-se que não existe perenidade, pois a inconstância do ambiente saúde torna frágil o equilíbrio dos modelos de gestão, principalmente quanto ao controle e utilização dos recursos organizacionais, ricamente descritos por Chiavenato (2002) como Recursos Financeiros, Humanos, Materiais, Patrimoniais, Tecnológicos e de Mercado, são o combustível necessário para operacionalização de qualquer organização.

Buscando objetividade, o autor em sua rotina junto a Fundação Hemoam, identificou um momento favorável para uma análise da utilização destes recursos, principalmente no caso dos Recursos Materiais, cujas interrupções de abastecimento esta empacando no processo de produção de hemocomponentes, tornando-se necessária a análise mais objetiva, como através de um Estudo de Caso, buscando identificar oportunidades de melhorias..

Todo serviço de saúde conta com as oportunidades versus necessidades, pois são atividades que necessitam de uma perenidade ininterrupta, se fazendo necessário também uma abordagem com o conceito de Desenvolvimento.

É claro para os autores que a interação das organizações deve ser encarada como uma das melhores formas de desenvolvimento, principalmente no caso de Empresas que produzem um serviço que não esta apenas para ser consumido e esquecido, como o caso do serviço de saúde, pois possui a característica de continuidade e de relacionamento, agindo diretamente no futuro e no favorecimento dos clientes.

Borba (1989), nos empresta o entendimento que Desenvolvimento em saúde não é quantitativo, mas sim crescimento qualitativo, com agregações de valores na qualidade do serviço e no bem estar dos clientes, onde ele salienta que “Desenvolvimento de um país é acima de tudo qualidade vida que se expressa na área de saúde, com maior e melhor expectativa de vida, erradicação de moléstias, bem estar físico, mental, promoção e acesso á saúde”.

Partindo do entendimento quanto à necessidade deste Desenvolvimento sustentável, estabeleceremos uma ligação ao conceito de Estratégia, onde tradicionalmente é estabelecido como forma e conteúdo que os caminhos e planos de ação que devem ser seguir alcance dos os objetivos e desafios estabelecidos.

A estratégia está relacionada à arte de utilizar, adequadamente, os recursos físicos, financeiros e humanos, tendo em vista a minimização dos problemas e a maximização das oportunidades.

Porter (2000), um dos autores mais aclamados de estratégia, salienta que uma estratégia empresarial é, em essência, o desenvolvimento de uma fórmula ampla para o modo como uma empresa irá competir, através da elaboração de suas metas e a adoção de políticas necessárias a levá-las adiante. Desta forma, a estratégia nasce de uma combinação dos fins (metas) e dos meios (políticas) pelos quais a empresa está buscando chegar a algum lugar (resultado).

Para esta análise do Processo de Suprimentos da Fundação Hemoam, é necessário o pleno entendimento da Logística relacionada à produção de Hemocomponentes do sangue, com suas etapas e componentes logísticos.

Estes componentes se explicam com o conceito da Abordagem Logística, que teve sua origem no âmbito das organizações militares, onde seus resultados na questão de desenvolvimento e competitividade, levaram a alinhar-se junto às estratégias das organizações empresariais, passando a ser considerada a melhor alternativa para o desenvolvimento de estratégias competitivas no mundo globalizado.

Martins (2000) indica ainda que as organizações procurem delinear hoje os objetivos, as ferramentas e os componentes estratégicos, táticos e operacionais no chamado jogo logístico, desassociando o termo logístico do tradicional transporte e tomando-o a uma fonte de vantagem competitiva.



Desta forma, a Abordagem Logística se tornou nas organizações à área responsável pelo planejamento, operação e controle de todo o fluxo de mercadorias e informações, atuando desde o fornecedor até o cliente, utilizando conceitos e princípios dos estudos das teorias Sistêmica e de Produção da Administração e da Engenharia, possuindo como foco principal o atendimento e a satisfação de clientes, buscando constantemente um comportamento comprometido com a competitividade, influenciando o âmbito interno e externo das organizações.

Com o esforço, as organizações chegam ao Gerenciamento Logístico Integrado, que consiste em projetos e administração de sistemas para o controle do fluxo de materiais, os estoques em processo e os produtos acabados, com o objetivo claro de fortalecer as estratégias competitivas das empresas, proporcionando desta forma um nível de serviço desejado pelos clientes, ao melhor custo e qualidade possíveis, através de uma rede integrada que busca a sincronização de ações, responsabilidades e informações, envolvendo todo o chamado fluxo logístico, do início do processo junto ao cliente, passando pelo processo produtivo e fornecedores voltando aos clientes novamente, abrangendo e comprometendo toda a empresa.. O caminho para a empresa alcançar a competitividade através do gerenciamento de seus processos logístico está baseado na integração estratégica das etapas de sua cadeia de abastecimento e de distribuição, onde de acordo com Bowersox (2001), uma ampla gama de fatores deve ser sincronizado em ações que criem uma estratégia integrada de criação de valores a todo projeto, demonstrando ainda que o princípio básico desta busca de competitividade e uma nova forma de pensar, agindo no gerenciamento da cadeia e baseado na convicção de que a eficiência pode ser melhorada através da integração de informações, objetivos claros e planejamento.

Martins (2000), define que todo Sistema Logístico possui uma Cadeia Estratégica, que inicia no Planejamento, tomando por base a oferta e a demanda do mercado, seguindo para o Gerenciamento da Cadeia das Fontes de Suprimentos, que passa a ser processado por uma Cadeia Produtiva e posteriormente transportado é distribuído por uma Cadeia de Distribuição que também é uma fase de relacionamento com cliente, podendo também ser resumida pelas ações de Planejar, Comprar, Fazer, Mover e Vender.

Destas ações, objetivamos neste Estudo de Caso a análise dos fatores que impactam, negativamente no desempenho em uma das etapas da Cadeia da Fundação Hemoam, que é a fase de Suprimentos.

Como conceito de Suprimentos, emprestamos também de Martins (2000), que registrou que Gerenciamento de Suprimentos, nada mais é do que administrar no sistema logístico integrado na empresa, ou seja, planejar e controlar uma complexa

rede de fatores visando produzir e distribuir produtos e serviços para satisfazer os clientes, onde esta cadeia de suprimentos gerenciada terá como objetivo satisfazer os clientes rapidamente, minimizando os custos, diminuindo desperdícios e evitando atividades que não tragam competitividade à empresa e valor ao produto, como espera, atrasos, faltam de controles, transportes, falhas no armazenamento etc.

Para a questão da Administração logística na área hospitalar, Barbieri (2006), cita que em qualquer organização tem por objetivo primário disponibilizar o material certo, na quantidade certa e no tempo certo para o seu usuário, seja ele um cliente interno ou externo.

Em relação escolha do material certo, o autor cita ainda que se torne necessária à realização de um conjunto de atividades, que são cabíveis nas etapas de seleção e classificação de materiais, entretanto, para atividades de planejamento, controle, organização e coordenação, são necessários ferramentas que propiciem uma análise técnica e científica dos materiais a serem administrados no processo produtivo.

Dentre estas ferramentas, o autor escolheu duas estratégias muito utilizadas pelas empresas privadas em busca de produtividade, que hoje estão sendo paulatinamente utilizadas nas empresas publicas, que são a análise ABC e a análise XYZ, que segundo Barbieri (2006) nos ensina que classificação ABC, também conhecida como classificação de Pareto, é o procedimento que visa identificar os produtos em função dos valores que eles representam e, com isso, estabelecer formas de gestão apropriadas importância de cada item em relação ao valor total considerado, gerando desta forma a seguinte classificação:

– Itens classe A - pertencem a esta classe os poucos itens que representam parcela substancial do valor total considerado, por exemplo, ao consumo de um determinado período. Estes itens devem receber atenção especial dos administradores mediante planejamento e controle mais rigoroso;

– Itens classe B - são os itens em número e valor intermediários e que devem receber um tratamento menos rigoroso que os da classe A;

– Itens classe C - nesta classe, entram os numerosos itens de pouca importância em termos de valor. Devem receber um tratamento menos rigoroso que os itens da classe B.

Quanto a XYZ, Barbieri (2006), nos empresta o conceito de uma classificação técnica que hoje esta trazendo competências para a instituição de saúde, que é a Classificação XYZ, Essa classificação tem como critério o grau de criticidade ou imprescindibilidade do material para as atividades em que eles estarão sendo utilizados e quando faltam, provocam a paralisação de atividades essenciais e colocam em risco as pessoas, o ambiente e o patrimônio da organização. Esses são itens classe Z, os mais



críticos. São materiais imprescindíveis para a organização e que na sua falta não podem ser substituídos por outros similares em tempo hábil para evitar transtornos. Os itens classe Y apresentam um grau de criticidade médio, pois, embora sejam vitais para as atividades da empresa, podem ser substituídos por equivalentes com relativa facilidade. Os itens X podem faltar sem acarretar prejuízos ao funcionamento da empresa, nem tanto pelo fato de não serem críticos para as atividades, mas principalmente pela possibilidade de serem substituídos com bastante facilidade. Peças de reposição de equipamentos críticos, combustíveis para as caldeiras e oxigênio são exemplos de itens Z de um hospital. Gêneros alimentícios, materiais de limpeza e de escritório geralmente pertencem à classe X.

Com a análise conjunta das duas Metodologias, teremos a determinação do grau de criticidade de um determinado material, bem como a representatividade financeira para a operação.

RESULTADOS DA ANÁLISE ABC

Com este pressuposto, iniciamos com apresentação dos resultados da classificação ABC, onde o gráfico abaixo demonstra a distribuição orçamentária dos itens que fazem parte do processo de produção de hemocomponentes.

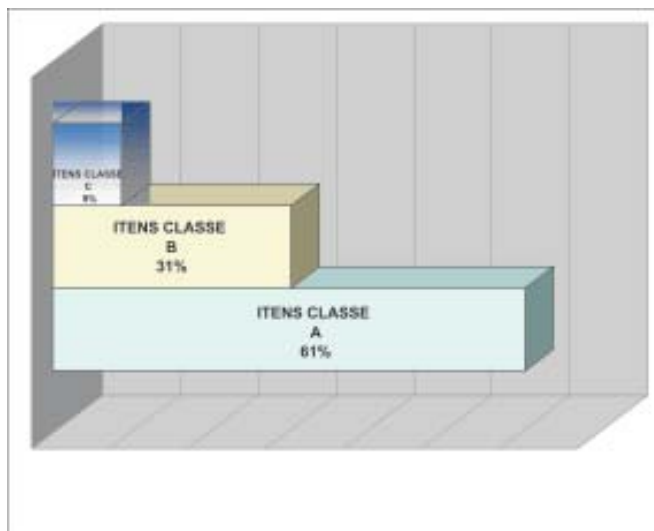


Figura 1 – Gráfico de distribuição orçamentária de acordo com a metodologia ABC dos itens do processo de produção de hemocomponentes da Fundação Hemoam

Dando continuidade com a análise ABC dos Itens, temos a tabela com os cálculos e os itens analisados no processo de produção de hemocomponentes da Fundação Hemoam:

Quadro 1 – Tabela com os cálculos e os itens analisados no processo de produção de hemocomponentes da Fundação Hemoam

DESCRIÇÃO	Quantidade	Unidade	Valor Unit.	Valor Total	Porcentagem	CLASSIFICAÇÃO ABC
...	A
...	B
...	C

Como podemos destacar nos dados acima, percebemos que cerca de 61% do orçamento de produção de Hemocomponentes esta em apenas cinco itens, respectivamente os itens Bolsa de Coleta de Sangue e nos Testes Laboratoriais para HIV, HTLV e HCV.

RESULTADOS DA ANÁLISE XYZ

De acordo com a Metodologia XYZ, realizamos uma análise dos itens relevantes quanto criticidade e imprescindibilidade, os quais chegam ao resultado demonstrados na tabela abaixo:

DESCRIÇÃO	Quantidade	Unidade	Valor Unit.	Valor Total	Porcentagem	CLASSIFICAÇÃO XYZ
...	XZ
...	YZ
...	XY

Quadro 2 – Análise de acordo com a Metodologia XYZ – criticidade e imprescindibilidade

Como Podemos Observar nos dados levantados, temos vários itens classificados como Z ou seja de alta criticidade e



imprescindíveis, que podem causar as paradas em processo, colocando em risco os clientes do Hemoam.

O destaque especial é dos itens Bolsas de Coleta e testes laboratoriais que realizam o teste do sangue que será processado, fracionado e extraído os hemocomponentes.

CONCLUSÃO DOS RESULTADOS DA COMBINAÇÃO DOS MÉTODOS ABC E XYZ NA GESTÃO LOGÍSTICA DO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES DA FUNDAÇÃO HEMOAM.

O objetivo deste estudo foi demonstrar os resultados encontrados da aplicação de métodos ABC e XYZ para a gestão logística, que se consolidou através dos resultados acima descritos.

Quando da aplicação da forma combinada dos métodos, ficou claro os itens que são prioritários e relevantes, tanto a nível de custo e por fatores qualitativos.

Estes itens são que correspondem ao processo de coleta – Bolsas - e os itens de análise do sangue – Testes de Laboratórios - que estão classificados como itens AZ e BZ, sinalizados nas tabelas acima.

Com este resultado, possibilitaram para a Fundação Hemoam uma nova abordagem para a gestão dos itens, colaborando nos aspectos de planejamento, organização e controle.

Outra colaboração que esta pesquisa trouxe, foi tornar possível uma triagem para identificar os itens mais importantes do processo de produção de hemocomponentes, o que trará a os subsídios para uma nova pesquisa que buscará analisar os fatores que impactam negativamente no desempenho da cadeia de suprimentos do processo de produção de hemocomponentes da Fundação Hemoam.

REFERÊNCIAS

Ballou, Ronald H. - Logística Empresarial I: Transporte, Administração de Materiais e Distribuição Física. São Paulo: Atlas, 1998.

Barbieri, José Carlos – Logística Hospitalar – São Paulo – Saraiva 2006.

Bowersox, CLOSS-Logística Empresarial. São Paulo: Atlas, 2001.

Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Para Entender a Gestão do SUS-Ministério da Saúde-CONASS-2001.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação-2002.

Cavallini, Miriam Elias, Bisson, Marcelo Palcove - Farmácia hospitalar um enfoque em sistemas de saúde – 1ª. Edição – Editora Manoli Ltda-São Paulo – 2002

Chiavenato, Idalberto – Iniciação à Administração Geral – Makron Books – 3ª. edição – São Paulo – 2001;

Costa, Marco Antonio F.da – Metodologia da Pesquisa: Conceitos e Técnicas-Editora Interciencia – Rio de Janeiro 2001;

Dias, Marco Aurélio P. – Administração de Materiais – Uma Abordagem Logística – Saco Paulo - 1993



LEGITIMAÇÃO DO SABER POPULAR EM SAÚDE ATRAVÉS DA GESTÃO PARTICIPATIVA DO PROJETO DE CULTIVO COMUNITÁRIO DE PLANTAS MEDICINAIS E ALIMENTARES JUNTO AO PSF

Autor principal: Gabriel de Arruda Barbosa Lima

Outros Autores: Helena Regina Castello de Luca

Instituição Fundação Zerbini/PUC-SP

Município: São Paulo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O presente projeto está sendo realizado com usuários e profissionais vinculados à UBS Vila Penteado, na região da Vila Brasilândia em São Paulo. Na periferia da cidade essa é uma área de com população baixa renda. A UBS Vila Penteado atende 24.190 pessoas (SIAB). Nos centros urbanos, essa população pobre vive um processo de sobreposição e/ou desvalorização cultural. Esses usuários são expostos a contextos de inter-relação social nos quais na maioria das vezes os saberes tradicionais são desvalorizados, inclusive por profissionais da saúde, numa relação vertical saber/poder. Essa situação é geradora de baixa auto-estima, sentimento de desamparo e distanciamento de usuários e profissionais da saúde, enfraquecendo as possibilidades de controle social e participação coletiva nos processos de gestão dos serviços de saúde. A alienação no cuidado consigo mesmo, vivida por muitas pessoas, aumenta a frequência de filas desnecessárias, faz com que certos agravos de saúde só venham ser tratados muito tardiamente ou leva ao uso desnecessário de medicação. Em metrópoles, como São Paulo, práticas de “medicina caseira” são ignoradas pelo serviço público de saúde, as comunidades por sua vez, deixam de ter o respaldo e orientação do SUS. Neste sentido perde-se uma rica oportunidade de incorporá-las como práticas complementares na produção da saúde.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

Elevar a auto-estima; resgatar o processo histórico da comunidade através da história de vida de cada um dos envolvidos; empoderar gestores, profissionais e usuários através da gestão participativa do projeto para o controle social dos serviços públicos de saúde e promover a incorporação da fitoterapia no dia a dia do SUS. Trabalhar os aspectos subjetivos envolvidos nos processos de produção e promoção de saúde, inclusive as concepções de saúde e sua interdependência com alimentação e meio ambiente.

METODOLOGIA

Para realizar o cultivo comunitário de plantas medicinais e aromáticas integrando profissionais de saúde e usuários do SUS, a metodologia adotada caracterizou-se pela participação ativa de usuários e profissionais de Unidade, interessados no tema. Houve um convite aberto às pessoas e a primeira reunião mobilizou 32 profissionais de saúde entre agentes comunitários, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogas e médico. O grupo, de maneira coletiva deu direção ao trabalho nessa reunião. Já na segunda reunião, membros da comunidade construíram junto com o pessoal do PSF as estratégias de levantamento do conhecimento em plantas medicinais na região. Os agentes comunitários de saúde interessados aplicaram os questionários levantando as plantas mais usadas na região e convidando os sujeitos para uma reunião interinstitucional. Na reunião formou-se uma parceria entre a Secretaria Municipal do Verde e do Meio Ambiente, uma escola vizinha e UBS para a realização de um curso de cultivo de plantas medicinais com caráter de mútuo aprendizado. Para a confecção de exsiccatas das plantas levantadas pela população como sendo de interesse foram feitas visitas domiciliares. Foi feita também com o Jardim Botânico de São Paulo uma parceria para a identificação das exsiccatas coletadas na área.

PRODUTOS

Através dessas ações foi possível promover a aproximação dos gestores, funcionários e usuários, em um contexto de relações horizontais, onde muitas vezes os usuário eram referência de saber no uso de plantas medicinais para o cuidado com a saúde. Construiu-se, dessa forma uma rede social na comunidade envolvida na gestão do projeto, e parcerias interinstitucionais entre a SVMA, EMEF Theo Dutra e UBS. Buscou-se a Valorização dos envolvidos, através do resgate da história de vida e legitimação do saber popular em saúde; foi dado apoio para às pessoas que já realizavam o cultivo de plantas medicinais e, por fim, promoveu-se a sensibilização das instituições parceiras.



APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

É importante destacar a criação de um espaço para se construir de forma conjunta uma concepção mais ampla sobre saúde. Existe grande interesse das pessoas mais velhas e principalmente das mulheres da comunidade por programas que valorizem suas raízes. No caso dos profissionais de saúde, observou-se que foram os mais jovens que aderiram ao projeto. O tema Plantas Medicinais é disparador de relatos de histórias de vida, e legitimação do saber popular em saúde. As redes com participação popular, construídas anteriormente são facilitadoras da mobilização. Pode-se perceber também uma dificuldade em encontrar-se ambientes saudáveis e propícios para o cultivo comunitário de plantas medicinais e alimentares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão sobre formas tradicionais de trato com a saúde contribuiu para a troca de experiências entre profissionais de saúde, usuários e gestores que nessa intervenção ocorreu em co-participação e co-responsabilidade entre os participantes, cada um contribuindo com seu saber específico. As parcerias interinstitucionais, além de serem uma forma de potencializar o projeto, sensibilizaram os especialistas de cada área sobre a inter-relação dos problemas a serem enfrentados na produção de saúde. Plantas medicinais, alimentação saudável, educação e meio ambiente são assuntos que se interpenetram sendo todos fundamentais na produção de saúde.

A incorporação da forma participativa no uso e manejo de plantas medicinais como prática complementar de saúde, no âmbito do SUS, além de contribuir para a produção de saúde, promove a produção de sujeitos que valorizam o brasileiro.



CASH - CENTRO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO HOMEM

Autor principal: Galeno Taumaturgo Lopes
Instituição: Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Município: Fortaleza
Estado: Ceará

INTRODUÇÃO

O Centro de Atenção a Saúde do Homem surge como exigência no que refere a saúde masculina com ênfase maior as doenças da próstata a disfunção erétil e as doenças sexualmente transmissíveis.

JUSTIFICATIVA

A incidência do câncer de próstata continua aumentar nos países ocidentais.

O número de casos novos diagnosticados a cada ano aumentaram mais três vezes nos últimos 07 anos, o que em grande parte é um reflexo do emprego generalizado, a partir de 1990, um dos melhores marcadores tumorais descobertos até agora, que é o PSA.

Antes da era PSA em que a biopsia era indicada diante do toque suspeito, há estudos mostrando que apenas cerca de 30% dos pacientes apresentavam doenças localizadas, caracterizada através de exames patológico, no momento do diagnóstico. O rastreamento com o PSA alterou este perfil com o emprego deste marcador a incidência histologicamente localizada corresponde a 60 – 70% dos casos. Nos portadores de câncer, a doença é localizada em 87% dos casos quando o PSA é menor do que 4ng/ml e em 56% quando o nível do PSA é maior.

Assim, o rastreamento para o diagnóstico precoce do câncer prostático é importante por causa de incidência elevada e porque permite a detecção de um percentual relativamente alta com doenças localizadas o que levaria a adoção do tratamento definitivo que oferece a chance da cura. Seria uma analogia ao que se refere, sobretudo há mais tempo com os tumores de colo uterino e de mama. Há basicamente 02 tipos de rastreamento: o empírico e o programado. O empírico é feito em consultório em pacientes entre 40 ou 50 anos e 70 ou 75 anos de idade e que procuram o médico com queixas de prostatismo ou para avaliação periódicas. A investigação em pacientes menores de 50 anos estaria indicada especialmente naquele com antecedentes familiares de adenocarcinomatose de próstata ou se forem de cor negra. O limite superior de idade para investigação estaria condicionado a expectativa de vida maior do que 10 anos.

O primeiro passo do rastreamento empírico consiste na dosagem do PSA total e no toque/retal. O pedido de ultrassom na consulta inicial seria discutível os pacientes com toque suspeito de concinoma, independente do valor do PSA e PSA menor que 10 são aconselhados a fazer a US-trans-retal e biopsia em sextante. Os pacientes com toque de HPB ou normal e PSA entre 4 e 10ng/ml são inválidos com outros recursos para aumentar a sensibilidade e especificidade do PSA, tais com livre e densidade do PSA, além de velocidade do PSA.

O rastreamento programado lida com a população inteira de uma localidade ou região. Os homens de uma determinada faixa etária (geralmente entre 50 e 70 anos) são expostos à mídia para conscientização da frequência e o perigo que representa o câncer prostático e são convidados a se submeterem os testes. Estes podem ser executados num dia determinado, ou dependendo da infra-estrutura e de norma estimada para atendimento, num intervalo de tempo maior. É necessários planejamento / organizar os meios de transportes.

O PSA total maior que 10ng/ml indica que a biopsia será positiva para câncer de próstata em mais de 50% dos casos.

E na informação não é nova, mas o curioso é que ninguém questiona a mamografia, recomendada anualmente para as mulheres, apesar de ter sensibilidade e especificidade muito menor.

O surgimento do câncer prostático está marcado a alterações genéticas, alguns transmitidos por herança e outras decorrentes do envelhecimento, bem como fatores ambientais. A constituição genética varia de um país para outro assim como as condições ambientais, de modo que não se devem transplantar automaticamente os dados de um país, para outro. A miscigenação em nosso país certamente é diferente dos países nórdicos, onde procedem as maiorias dos dados. Deve-se alertar também que em países continentais como o Brasil os dados de uma região podem não ser reais para outros.

OBJETIVOS

Geral: Doenças da próstata – O cash fará prevenção anual para câncer de próstata com homens a partir de 40 anos com história familiar da doença e em todos com idade igual ou



superior a 50 anos. Bem como o diagnóstico mais precoce e que propicia a escolha de terapias alternativas e de tratamento da doença.

Objetivos específicos: prevenção da próstata DST – consulta e exames laboratoriais em pacientes com queixa de uretrite em sintomas com o serviço de vigilância epidemiológica.

Disfunção erétil: A investigação mínima deveria ser suficiente para esclarecer uma série de situações específicas de disfunção erétil, abrir possibilidades diagnósticas e orientar e identificar diferenças entre doenças psicogênicas e orgânicas.

CONCLUSÃO

O CASH funciona anexo do Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura - HDEAM sendo composto por uma sala para consulta e sala de exames. Sala de espera disposta de vídeos educativos sobre a saúde do homem.

I. Recursos humanos representados por:

- 03 médicos urologistas
- 01 enfermeira
- 01 auxiliar de enfermagem

2. Recursos técnicos:

- Laboratório com realização de exames de PSA, microbiológicos e sorológicos.

3. Aparelhos US:

- Centro cirúrgico para realização de procedimentos cirúrgicos.



HOMEOPATIA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: UM ESPAÇO POSSÍVEL

Autor principal: Gil Moreira Neto

Instituição: Faculdade de Saúde Pública - USP-SP

Município: São Paulo

Estado: São Paulo

Este estudo descreve os resultados do atendimento homeopático realizado no período de novembro de 1994 a dezembro de 1996, em uma unidade básica de saúde, Centro de Saúde Escola “Geraldo Paula Souza”, localizada em área urbana de uma grande metrópole, São Paulo.

Neste período, 165 pessoas tiveram pelo menos uma consulta perfazendo um total de 631 consultas. O estudo clínico foi realizado com um grupo de clientes que tiveram um mínimo de 3 consultas, 94 pessoas, com um total de 532 consultas nesta amostra e uma média de 5,7 consultas por cliente.

Foram utilizadas metodologias quantitativa e qualitativa. Os dados quantitativos foram obtidos através da Ficha Clínica Homeopática empregada no serviço e os qualitativos através de questionário semi-estruturado, aplicado em uma amostra intencional de 9 indivíduos.

Os dados mostraram uma predominância do sexo feminino, correspondendo a 66% e da faixa etária até os 19 anos com 45,8% do total de clientes. Com relação à indicação, 54,3% delas foram feitas por funcionários do próprio CS e da FSP. Os motivos de consulta de maior frequência foram os de Doenças do Aparelho Respiratório com 33,0%, e Problemas Gerais e Inespecíficos com 25,5%, os dois somando 58,5%.

Os diagnósticos de maior frequência foram as Doenças do Aparelho Respiratório com 47,8%, Problemas Gerais e Inespecíficos com 10,6% e os Transtornos Mentais com 10,6% perfazendo um total de 79,7%.

Foi observada resolutividade clínica em 70% dos diagnósticos realizados, com uma baixa frequência de encaminhamentos para outros serviços (1 para cada 41 consultas). Foram solicitados exames laboratoriais fácil execução em somente 3,2% das consultas, a um custo de R\$ 0,50/consulta. Utilizou-se de recursos materiais e humanos do próprio serviço. Os custos de implantação, medicamentos e laboratorial estão adequados à realidade sócio-econômica do país. O custo médio por medicamento foi de R\$ 2,89 (Dois reais e oitenta e nove centavos) para cada uma das consultas realizadas.

Foi prescrito um único medicamento por vez para cada cliente, abordagem unicista, obtidos através da técnica de repertorização. Os medicamentos mais utilizados foram os “policrestos”.

Os motivos que levaram a clientela a escolher esta UBS foram: localização, econômico e confiança no médico e no serviço. A opinião

sobre o tratamento foi positiva e também relacionada ao tema “confiança”. Os clientes perceberam que a homeopatia possui uma visão integral e holística do ser humano, ao se conscientizarem dos vários fatores que podem desencadear uma doença.

Em relação à alopatia, ficou claro para os clientes que a medicina homeopática é diferente, que os remédios são diferentes, sua abordagem é diferente e que existe um maior diálogo entre o médico e o paciente.

O resultado do tratamento foi sentido não só na melhora da saúde, como também na mudança do comportamento e na tomada de consciência do indivíduo no seu processo de cura.



PROGRAMA SAÚDE NA FEIRA - UMA AÇÃO INOVADORA NO SUS DE PERNAMBUCO

Autor principal: Gilberto Abrantes Formiga

Outros Autores: Andrea de Andrade Vasconcelos ; Maria Tereza da Cunha Bezerra Maia

Instituição: Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco

Município: Recife

Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Programa Saúde na Feira é o nome popular de uma ação estratégica do Governo de Pernambuco, ligado ao Programa de Educação e Promoção à saúde e Prevenção às doenças da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco. Trata-se de um programa pioneiro em todo o Brasil, com as ações e atividades nele desenvolvidas, principalmente porque está voltado para as pessoas mais necessitadas do Estado.

Em sua fase de implantação, em 1999, eram discutidos e pactuados com os gestores municipais, coordenadores de PACS e PSF, Gerentes Regionais de Saúde e a Gerência do Programa, de que forma viabilizar-se-ia a capacitação dos multiplicadores de saúde, as oficinas de arte, teatro, outras manifestações culturais e principalmente a oferta dos exames de prevenção de câncer de colo uterino, mama e próstata, além dos exames oftalmológicos, glicemia, VDRL, etc.. Para a referência e contra-referência dos pacientes foram realizadas reuniões com os diretores dos hospitais e médicos responsáveis pelos setores especializados bem como os médicos auxiliares e médicos residentes. Foi então pactuado o fluxo de marcação de consultas e os encaminhamentos dos pacientes que apresentavam alterações nos exames de prevenção de colo, mama e próstata.

O Estado de Pernambuco possui 184 municípios e 1 distrito Estadual, contando com uma população estimada em 8 milhões e 161 mil habitantes (IBGE : julho /2005), localizado na região nordeste do Brasil, onde se convive com doenças típicas dos países desenvolvidos e ao mesmo tempo com doenças decorrentes do subdesenvolvimento, do atraso das políticas sociais, da má qualidade de vida, do desemprego, da baixa renda per capita que tanto maltrata essa região do Brasil. A melhoria da qualidade de vida passa inevitavelmente pela focalização a grupos mais vulneráveis, pelo melhoramento da saúde ambiental e pela permanente promoção da saúde para todos os segmentos da população.

OBJETIVOS

Estimular a promoção da saúde formando multiplicadores com conhecimentos básicos de prevenção e

educação em saúde e meio ambiente, e oferecer exames de média complexidade aos usuários do SUS com vistas a prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero, mama e próstata..

Ação 530804 –ampliação de acesso da população do interior do Estado a exames clínicos oftalmológicos, com a finalidade de reduzir a cegueira por consequência da catarata e outros.

Ação 530806 – capacitação de pessoal para promoção à saúde e prevenção às doenças.

Ação 530807 – ampliação de acesso da mulher aos exames de prevenção de câncer, com a finalidade de prevenir a incidência de câncer de mama em mulheres a partir de 40 anos de idade e de câncer de colo uterino em mulheres acima de 15 anos de idade.

Ação 530824 – articulação com instituições governamentais e não governamentais para o desenvolvimento das ações de Promoção à Saúde.

Ação 530871 – ampliação de acesso do homem aos exames de prevenção de câncer de próstata e prevenção ao diabetes, acima dos 40 anos de idade.

Ação 530840 – Realização de oficinas e campanhas educativas e de promoção à saúde.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste projeto foi a coleta de dados e informações obtidos através de relatórios, entrevistas, análise de dados, avaliação de exames, ao longo dos 6 anos de funcionamento do programa, desde 1999 até janeiro de 2006. Foram analisados relatórios, acompanhamento de pacientes, avaliação da qualidade dos exames através de instituição pública - A Universidade de Pernambuco. Os resultados das entrevistas são mostrados e avaliados em 2 quadros inseridos no trabalho, onde mostra que 60% dos usuários classificaram o programa como excelente e 30% como ótimo. Durante os 6 anos de realização do programa, foram atendidos 112 municípios e realizados 172 feiras de saúde, pois em alguns municípios o programa foi executado mais de 1 vez, sendo que para prevenção



de câncer de mama o total de atendimentos foi de 99.853 pacientes acima de 40 anos de idade, dentre as quais foram realizadas 78.875 ultra-sonografias de mama e 46.688 mamografias. No caso de próstata, foram atendidos 87.228 homens, realizadas 86.144 ultra-sonografias da pelve e próstata, 21.097 exames de PSA, sendo que do total 15,8% dos exames que realizaram PSA tinham valores igual ou maior que 4 ng/ml, todos sendo encaminhados para prosseguimento diagnóstico com especialista em Recife. No mesmo período foram realizados 30.329 exames de Papanicolau, 22.435 exames oftalmológicos, além de várias outras atividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados encontrados e de vários outros fatores diagnosticados, recomenda-se neste trabalho que seja aumentada a oferta de exames preventivos para a população do Estado, principalmente nas áreas carentes e de difícil acesso, maior intensificação do programa ou ações semelhantes no sertão do Estado e zona da mata, monitoramento e avaliação permanentes do programa como um todo, dos exames, dos resultados e tratamentos realizados, aumentar o número de profissionais de saúde para controle e avaliação, ampliar a oferta de hospitais de referência. Por fim, enfatizamos o valor e a importância desta ação pioneira no Brasil, que vem ajudar a consolidação do atendimento aos usuários do SUS, e pode servir de exemplo para outros Estados e Municípios que queiram seguir o exemplo e a nossa experiência com este programa.



INICIATIVA PROMOTORA DE PRÁTICAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS NO ESTADO DE SERGIPE

Autor principal: Gildenae Araujo de Chagas Jaguar

Outros Autores: Valdemar Alves de Araujo Filho; Carlos França de Melo Moraes

Instituição: Secretaria de Estado de Sergipe

Município: Aracaju

Estado: Sergipe

INTRODUÇÃO

A alimentação adequada e a nutrição são requisitos básicos e fundamentais para promoção, proteção, e a recuperação da saúde, possibilitando um crescimento e desenvolvimento integral dos indivíduos, para uma melhor qualidade de vida.

JUSTIFICATIVA

Partindo das prioridades da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE), através da Coordenação de Alimentação e Nutrição em parceria com o Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional de Sergipe, elaboraram um Plano Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional. Como estratégia principal foi instituída em 2003 a Semana Estadual de Alimentação Saudável. Anualmente tem sido realizada e constituído como um conjunto de ações eficiente na mobilização social.

OBJETIVOS

- Estimular e apoiar órgãos, instituições e entidades na realização de atividades de Segurança Alimentar e Nutricional.
- Divulgar e direcionar as experiências exitosas para utilização em outras instâncias.
- Divulgar o Dia Mundial da Alimentação para sensibilização sobre a dimensão da fome e da insegurança alimentar e nutricional na nossa população.
- Estimular as escolares no desenvolvimento de trabalhos relacionados a alimentação e nutrição.
- Desenvolver o estímulo à agricultura familiar visando a manutenção dos hábitos alimentares regionais e o consumo de alimentos da safra.

METODOLOGIA

Houve a formação de equipe interinstitucional com realização de reuniões mensais com os representantes dos órgãos envolvidos (Secretarias de Estado da Saúde, de educação, da

agricultura, do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional de Sergipe (CONSEAN/Se) e Universidade Federal de Sergipe (UFS). A linha seguida foi da metodologia participativa onde a troca de experiências intersetorial foi valorizada, tomando-se as exitosas como base para as atividades propostas. Dentre as atividades desenvolvidas em 2005, destacou-se a I Feira da Agricultura Familiar com exposição e venda de produtos regionais por pequenos produtores. Outras atividades desenvolvidas foram: Oficina sobre aproveitamento integral dos alimentos para profissionais do PSF, professores e profissionais de nutrição, atividades pedagógicas foram desenvolvidos por alunos de 30 escolas públicas, do ensino fundamental e médio, integrantes das 10(dez) diretorias regionais, culminando em trabalhos onde os três (3) primeiros colocados de cada escola foram premiados com medalhas ouro, prata e bronze e as escolas com troféus, Oficina de culinária com elaboração e preparo de receitas saudáveis, nas escolas públicas por alunos e merendeiras, criação de músicas com letra relativa a alimentação, construção de poesias, elaboração de historinhas em quadrinhos, peças de teatro encenadas por alunos, participação de Nutricionista em programa de TV local – Estação Agrícola com elaboração ao vivo de uma receita regionalizada enfatizando o valor nutritivo dos alimentos.

CONCLUSÃO

A Utilização dos meios de comunicação para a educação alimentar e nutricional assim como a adequação de conhecimentos básicos sobre consumo alimentar são importantes para promover alimentação mais saudável e dar suporte a não adesão às “modas alimentares” tão prejudiciais a uma boa nutrição. Comprovamos que é de fundamental importância para o desenvolvimento de hábitos saudáveis a mudança de técnicas inadequadas no aproveitamento integral dos alimentos. As ações propostas obtiveram sucesso uma vez que houve grande repercussão, receptividade e motivação por cada parceiro e pela população. O alcance dos objetivos evidenciou-se através do grande número de trabalhos apresentados, demonstrando apropriação de conhecimento específico permitindo assim o repasse para outros grupos.



EDUCAÇÃO E SAÚDE: A BUSCA PELA TRANSFORMAÇÃO SOCIAL

Autor principal: Gilson Pereira de Araújo

Outros Autores: Clécio Daniel Pereira Machado; Edmar Pereira da

Silva; Nadjane Arcanjo Neves

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde do Paudalho

Município: Paudalho

Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

O trabalho com educação em saúde destina-se a melhorar este quadro e os serviços ofertados a população beneficiária do SUS local, no âmbito da atenção básica, bem como estimular práticas democráticas e de participação comunitária e inclusão social na gestão da saúde, buscando o fortalecimento dos conselhos municipais e distritais de saúde e representações dos movimentos sociais e entidades da sociedade civil com vista a garantir o controle social como preconiza o SUS em torno das ações de promoção a saúde com um recorte em gênero e masculinidade.

Também temos desenvolvido experiências com escolas no campo da qualidade da atenção básica é oriunda da falta de processos de formação dos trabalhadores, do desconhecimento dos diferentes papéis dos serviços de saúde e da pouca visibilidade da atenção básica. Também falta material educativo, e junta-se a isso a frágil participação dos usuários no fortalecimento de experiências de cuidado a partir das práticas populares em saúde. Isso termina justificando a necessidade de investimentos e intervenções nas áreas de formação e educação voltados para os profissionais da Atenção Básica de Saúde, Líderes Comunitários, Conselheiros de saúde e usuários(as) do serviço de saúde com a intenção de qualificar serviços e incorporar novas tecnologias no cuidado e educação em saúde.

Este projeto foi construído de forma participativa revela que, é necessário construir um a proposta de intervenção que tem três grandes desafios: desenvolver novas habilidades de trabalho com os profissionais, dar visibilidade ao SUS e ao modelo de saúde baseada na atenção básica como porta de entrada de saúde, incorporando nestes processos as práticas populares de cuidado, de formação e de comunicação em saúde

A importância deste projeto se justifica na medida que busca qualificar o trabalho seguindo os princípios da integralidade na saúde, articular um a proposta de educação que seja significativa e aconteça a partir das experiências dos serviços articulados com as teorias da educação permanente e da educação popular em saúde para o fortalecimento integral do SUS, melhoria da situação de saúde e a qualidade de vida.

JUSTIFICATIVA

O município de Paudalho tem uma população que convive com indicadores de violência, desemprego e miséria gerando um cotidiano de grandes desigualdades sócio-econômico. A política oligárquica e mesquinha de grupos conservadores da política local nos últimos anos inviabilizou uma melhor distribuição das riquezas e dos serviços públicos, bem como da costura de um plano de desenvolvimento social justo e voltado para inclusão social das parcelas menos favorecidas da populações, de forma articulada entre o conjunto de moradores do município. Este cenário tem sofrido alterações devido a emersão política de novos grupos comprometidos a gestão popular, assumindo projetos que buscam re-significar e radicalizar a participação democrática dos trabalhadores (as) como forma de combate a exclusão social no município.

Como tantos outros municípios nacionais desenvolve-se de forma desordenada sem um projeto claro de desenvolvimento social e sustentável para sua população, esta situação agravou-se nos últimos trinta anos devido os insuficientes investimentos aplicados pelo poder público na infra-estrutura no município, bem como pelo empobrecimento regional gerada pela crise no mercado açucareiro. Marcada por onda migratória que transferiu populações vindas da zona rural fígidas das pobreza da seca e da monocultura da cana, que buscam na zona urbana espaço de sobrevivência e de melhores condições de vida, gerando uma contradição quanto a busca de oportunidade versus qualidade de vida desta população.

O governo municipal a partir de 2003 fez investimentos ampliada a população usuária do sistema de saúde básica local, funcionando com equipes constituídas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliar de enfermagem e ACS.

Apesar dos grandes investimentos do executivo local que ampliaram a capacidade de cobertura, o município continua apresentando deficiências no campo da abordagem clínica para controle de agravos e doenças, dentre elas: altos índices de adoecimento e morte por hanseníase, tuberculose pulmonar e câncer de próstata. E ainda uma debilidade na qualidade da participação da sociedade civil nas ações de controle social promovida junto aos conselhos. O último relatório de gestão da saúde do município revela um crescimento



significativo doenças relacionadas Às condições sanitárias, alimentares e de higiene nas áreas de baixa renda que passa necessariamente pelas ações de prevenção e promoção da saúde, com principal situação de agravamento no público masculino adulto.

OBJETIVO

Desenvolvimento de educação permanente, articulada com os princípios da educação popular em saúde e contribuir para o fortalecimento do SUS, no que se refere À gestão, formação, trabalho e participação popular, visando à redução dos indicadores de agravos e possibilitar a integrabilidade do SUS buscando-se estruturar um espaço permanente de cuidados para a promoção do controle dos agravos de doenças e melhoria da qualidade de vida da população e dos serviços prestados na atenção À saúde.

PRPÓSITOS

- Promoção de processos de capacitação e formação dos profissionais da Atenção Básica, Lideranças Comunitárias e Conselheiros Municipais de Saúde, na compreensão do SUS;
- Melhorar a qualidade e a eficácia do atendimento dos serviços de saúde;
- Reduzir os indicadores de agravos À saúde;
- Fortalecer o controle social a partir da formação de conselheiros e usuários;
- Dar visibilidade ao SUS e ao modelo da atenção básica a saúde;
- Construir um espaço de mobilização, articulação e organização popular, através do apodrecimento pela comunidade do espaço de cuidado;
- Utilizar as manifestações culturais locais para o desenvolvimento de práticas saudáveis de cuidados para a população, possibilitando o resgate e o fortalecimento das raízes culturais da comunidade;
- Atuar como espaço de formação de educadores populares em saúde estimulando a mobilização social.

PRODUTOS E RESULTADOS ALCANÇADOS

PRODUTOS

Programa de rádio & Informativo escrito Bimestral (entrevistas com profissionais de saúde interativas com perguntas da população em tempo real)

Feiras de saúde : cuidados para a saúde (entre outros: corte de cabelo, aplicação de flúor, limpeza de pele e corte de unhas)

Palestras e projeções de vídeos educativos

Rodas de conversa

Sensibilização (panfletagens, visitas domiciliares, fachas nas ruas, carros de som, teatro de rua, Caminhadas,...)

Exposição dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde
Capacitações

RESULTADOS ALCANÇADOS

Alcance auditivo e visual da grande parcela da população divulgando o funcionamento dos serviços municipais de saúde e prestação de contas de contas dos mesmos.

Maior acesso da população aos serviços de saúde oferecidos pela secretaria de saúde municipal de forma itinerante nas comunidades absolutamente gratuito. Mudanças de hábito para as melhores condições de higiene pessoal

Estimulou a conscientização

Troca de experiências e dúvidas sanadas originando grupos de discussão permanente

População sensibilizada para as mobilizações de transformação social levando em consideração as melhorias da qualidade de vida.

Divulgação das ações municipais de saúde desenvolvidas pelos departamentos

Reciclagem dos profissionais e formação para usuários, destacando grupos docentes, entidades não governamentais, donas de casa,...

METODOLOGIA

Obedecendo aos princípios da educação popular em saúde de forma participativa, crítica, dialógica, propositiva, construída coletivamente e que garanta a troca de experiências e a pluralidade cultural dos diversos atores sociais envolvidos.

É também do desejo de todos/as que a mística e o lúdico sejam o cerne de insiração e condução das vivências permitindo assim que, o prazer e alegria estejam nos processos de reflexão e proposição para uma nova fase das práticas de saúde e de educação popular em saúde na formulação das políticas públicas, a partir dos seguintes elementos: Processo de articulação inter-institucional e intersetorial; processos de formação; processos de articulação, mobilização e organização de movimentos e de redes locais; organização de rodas de discussões. Isto utilizando-se das seguintes vivências: Estudo em grupos; Oficinas temáticas; Rodas de Conversa; Técnicas de animação de grupo; Plenárias de Socialização das Oficinas; Seminários Temáticos; Sistematização e relatoria de Experiências.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES

Gestor comprometido com as ações de transformação em saúde para melhoria da qualidade de vida numa forma participativa.



Conscientização de boa parte dos líderes comunitários em relação à necessidade de discussão de políticas públicas

DIFICULDADES

Quebra de paradigmas
Poucos recursos financeiros
Sociedade civil desorganizada
Falta de consciência do indivíduo como ator social diante do cenário de transformação.
Pouco material didático disponível
Escassez de recursos áudio-visuais



PAUSA SAUDÁVEL

Autor principal: Gislene Moreira Alves

Outros Autores: Selma G. Donadelli; Marcio P. do Prado

Instituição: Prefeitura Municipal de Santo André

Município: Santo André

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Desde de 2005 a Secretaria da Saúde do município de Santo André enfatiza as ações da Política Nacional de Humanização na rede de Saúde, principalmente no três serviços de atendimento Pré-hospitalar fixo e também no móvel (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência). Observamos que nesses serviços havia comprometimentos negativos na questão da Ambiência, nas condições de trabalho e no atendimento ao público. Estabelecia-se uma relação de tensão e um grau excessivo de estresse vivenciado pelos profissionais da saúde x usuários; uma dificuldade de estabelecer relações profissionais saudáveis e produtivas e também um desgaste físico dos profissionais por atividades com esforço repetitivo. Percebemos que essa relação entre os profissionais de diversos setores e também com os usuários deveria melhorar, propiciando estabelecimento de vínculos solidários, saudáveis e com qualidade de vida. Desta forma, implantamos o Projeto "Pausa Saudável" que consiste em atividades físicas diversificadas, para os funcionários desses serviços, durante a jornada de trabalho. Atividades realizadas: Ginástica Laboral, Lian Gong: ginástica terapêutica baseada em artes milenares chinesas e Danças Circulares.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

Cuidar dos cuidadores: realizando exercícios leves, através de alongamentos, melhorando a flexibilidade muscular e amplitude articular. Desenvolver a consciência corporal, trabalhar a reeducação postural, como: caminhar, sentar corretamente ou levantar de uma cadeira, porém devido aos confortos da vida moderna estas atividades, tornam-se a cada dia mais incomuns entre nós. Acabar o emocional, melhorar a concentração e a memória. Favorecer a integração entre os diversos grupos. Facilitar a mudança de mentalidade, propiciando uma participação ativa e responsável na recuperação da saúde e do bem estar. Realizar seqüências de exercícios diários, no ambiente de trabalho, para compensar o estresse, esforços e sobrecargas osteomusculares durante um dia de trabalho. Portanto, a realização dessas práticas favorecem a promoção da saúde.

METODOLOGIA/ PRODUTO

Antes de iniciar as aulas de ginástica laboral, foi aplicado questionários individuais para todos os funcionários do período diurno. Nele, consta também, um desenho da figura humana, para que eles possam assinalar dores localizadas ou desconforto físicos freqüentes e também, questões sobre a existência de doenças crônicas, hábitos e dados pessoais. O projeto conta com três professores. As aulas de ginástica laboral acontecem de segunda à sexta-feira, em dois períodos, com turmas de seis a dez pessoas, sendo quatro aulas de vinte minutos no período da manhã /tarde. O Lian gong e as danças circulares acontecem semanalmente, com duração de 30 minutos em dois serviços de Pré-atendimentos hospitalares fixos, com média de quinze participantes.

As aulas de ginástica laboral são divididas em : parte *inicial* : movimentos multi-articulares de grande amplitude, com duração de cinco minutos, promovendo o aquecimento e preparando a musculatura a ser trabalhada; *principal*: trabalha a força localizada, flexibilidade, equilíbrio, concentração, respiração e técnicas de massagens, com duração de dez minutos; *final*: técnicas de relaxamento induzido acompanhado de música, para auxiliar na tomada de consciência do seu corpo físico, da sua função respiratória e acalmar seu emocional trabalhando sua concentração, com duração de cinco minutos.

As aulas de Lian gong: ginásticas terapêutica chinesa, são divididas em 18 terapias, acompanhadas de música instrumental chinesa, especialmente composta para essa prática, dispostas em duas partes: 1 - prevenção e tratamento de dores nas regiões dos ombros, pescoço, região das costas e lombar; 2 - trabalha: articulações, tendões e ligamentos dos membros superiores e inferiores. É uma terapia de exercícios leves, acessíveis a pessoas de todas as idades e fáceis de serem executadas.

Danças circulares: são danças de roda, acompanhadas de música de vários povos. Tendo formato de círculo ou fileira, com passos coreografados.

No período de 15 de Junho/05 a meados de abril/06, realizamos 81 encontros de práticas Lian gong/danças circulares, com 1215 participações. As atividades de ginástica laboral iniciaram



e em 24/01/06. Foram realizadas até meados de abril: 87 aulas, com 1586 participações.

No final do sexto mês dessas práticas, realizaremos uma avaliação junto aos funcionários, com o objetivo de caracterizar os resultados obtidos e quais serão os próximos passos

RESULTADOS

Constatamos uma adesão de 90% de participações de funcionários (diurno) dos três serviços de atendimento Pré-Hospitalar fixo e 35% do SAMU. Essa adesão vem aumentando gradativamente, após a implantação da ginástica laboral.

Observamos mudanças positivas como: maior disposição para o trabalho, alívio de tensões individuais e coletiva, melhora na concentração, integração e maior sociabilização. São resultados qualitativos através de depoimentos espontâneos e direcionados.

Principais dificuldades: reunir os grupos nos horários propostos, espaços adaptados e desvalorização das atividades por parte dos que não aderiram ao projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É muito prazeroso oferecer uma Pausa Saudável dentro de um ambiente tão tenso, com uma demanda grande de atendimentos, onde a Urgência está estabelecida. Essa ação inovadora de implantar essas atividades promovem a saúde dos cuidadores, propiciando assim, o cuidar de quem cuida, com ênfase na política nacional de humanização.



CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA NA EFETIVIDADE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Autor principal: Gladys Amelia Vélez Benito

Outros Autores: Marisa Schwabe Franz

Instituição: Universidade do Vale do Itajaí

Município: Itajaí

Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Em fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde através da Portaria nº 198 institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde-EPS como estratégia do SUS, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde, integrando o ensino com as práticas dos serviços da atenção básica. Nesta conjuntura, a EPS, objetiva mudança nas práticas diárias, tendo como eixo norteador os princípios do SUS, estabelecendo processos de transformação das práticas de saúde e na produção de conhecimento. Desta forma, a instrumentalização da EPS se apresenta como perspectiva para o redimensionamento de práticas dos profissionais de saúde, levando a promover uma interação efetiva entre a população e profissionais, ampliando desta forma a incorporação de novas atitudes, isto é, o pensar, o saber, o fazer, o interpretar e o construir juntos.

PROPÓSITO

O presente artigo, pretende socializar umas reflexões sobre a contribuição da pesquisa qualitativa na consolidação da política de EPS.

METODOLOGIA

Pretende-se apresentar, através de uma proposta reflexiva, o contexto de instrumentos metodológicos científicos, que podem estar contribuindo com as possibilidades de aquisição de competências (conhecimento, habilidades e atitudes) através da participação em pesquisas de cunho qualitativo onde o eixo metodológico de coleta de dados considere a participação ativa dos sujeitos objeto de pesquisa. produtos, o que foi realizado e resultados alcançados

DESENVOLVIMENTO/PRODUTOS

Historicamente a educação esteve atrelada ao binômio professor-aluno. Quem ensina e quem aprende. O ato de aprender

teria espaço só na sala de aula de instituições de ensino. Este processo vem mudando abruptamente. Hoje o processo ensino aprendizagem quebra esta tradição com o surgimento de novas tecnologias de ensino, surgimento de tecnologias de informação e o processo de desenvolvimento político e social. Trabalhar com



Saúde tem se tornado atualmente um desafio para os profissionais de saúde. Na medida em que surgem novas doenças, paralelamente são criadas: novas formas de cuidado e desenvolvimento organizacional e tecnologias de saúde. Neste sentido, fica evidente a importância do papel da equipe multidisciplinar que trabalha com saúde. Os profissionais de saúde têm evidenciado que, a cada dia



precisam estar revendo seus significados. Não podemos mais ser profissionais "inertes" ou "estáticos" precisamos re-significar nossa atuação e concepções sobre como trabalhar com saúde. A educação permanente vem como resposta a esta grande necessidade, uma vez que só a partir do reconhecimento educativo poderemos exercer uma práxis mais real. Mudança de condutas/comportamento é o desafio maior desta educação e como tal deve se transformar no instrumento norteador das práticas do profissional de saúde. Neste sentido, ao se desenvolver pesquisa junto a um grupo de pessoas, das mais variadas etnias, modos de pensar, culturas; estamos diante de um grupo que, uma vez aceito a participação, potencialmente rico em poder ser entes modificadores de condutas. Quando nos deparamos com pessoas abertas à mudança, temos que ter o olhar educativo e transformador. A cada semente que seja deixada, em forma de informação, ou através de um ato educativo pode-se dizer que constantemente estamos perante a um cenário educativo transformador. É neste sentido que se acredita que a pesquisa venha a contribuir com a transformação e/ou desenvolvimento de competências que não necessariamente sejam o foco da pesquisa, mas que contribuem com a EPS.

FACILIDADES E DIFICULDADES

Os diversos momentos vivenciados têm mostrado que o ato educativo durante o desenvolvimento da pesquisa é um grande desafio enfrentado pelo pesquisador que nem sempre está preparado para estar executando-o como ato transformador; isto, porque as vezes não ficou claro para ele que este momento iria surgir durante o desenvolvimento da pesquisa. Geralmente o pesquisador é visualizado pela comunidade objeto de pesquisa, como uma pessoa inerente a ser um educador/docente/professor com competências pedagógicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas vivências em pesquisa nos levam as reflexões que não ficam longe do compromisso educativo, que muitas vezes se apresenta misturado ou como pano de fundo que nem sempre fica transparente ou visível para o próprio pesquisador. É a partir de algumas vivências do processo de desenvolvimento de pesquisa com abordagem qualitativa que foram feitas estas reflexões que com certeza têm um fundo real e autêntico que pode ser resgatado por alguns pesquisadores durante o desenvolvimento de pesquisas que tenham um prisma educacional junto a grupos que atuam na área da saúde em nosso país.

PALAVRAS CHAVES: Educação Permanente, Processos Educativos, Interação.

REFERÊNCIAS

- CECCIM, M.R.B. FEUERWERKER, L. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* (RJ), 14(1): 41-65, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Gestão da Educação na Saúde para a Política de Educação na Saúde. Brasília, 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS/ Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2004.
- KNECHTEL, M. R. Educação Permanente: da reunificação alemã e reflexões e práticas no Brasil. 3ª ed. Curitiba, 2001.
- MATURANA R. Humberto. Emoções e Linguagem na Educação e na Política. Belo Horizonte: UFMG, 1998.

ATUAÇÃO HUMANIZADA DO ENFERMEIRO NA UNIDADE MATERNO INFANTIL

Autor principal: Gláucia Maria Escobosa Parron de Souza
Instituição: Hospital Santa Lucinda
Município: Sorocaba
Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Unidade Materno Infantil do HSL, seguindo as prerrogativas do Ministério da Saúde, está preparada para receber o binômio mãe e filho, objetivando diminuir o risco de infecção hospitalar, evitar as complicações maternas e do Rn, incentivar a lactação e o aleitamento materno e desta maneira favorecer o relacionamento entre o binômio por profissionais da equipe multiprofissional.

Nesta unidade a atenção materno infantil inicia-se no último trimestre do pré-natal, sendo as gestantes convidadas a participar de encontros mensais onde são feitas orientações quanto à gestação, alimentação, dúvidas, ansiedades, medos, cuidados com os dentes, quando e onde procurar assistência, pródromos do trabalho de parto, trabalho de parto, tipos de partos, anestésias, puerpério, família,

cuidados com o Rn, alojamento conjunto, aleitamento, enxoval, visita virtual e local iniciando-se pela recepção até a alta hospitalar.

Ao ser admitida a gestante é recebida por uma Auxiliar de Enfermagem da unidade que ela já visitou, encaminhada a uma sala onde é examinada por uma Enfermeira Obstetra, e em casos necessários, internada e alojada em um quarto de pré-parto com dois leitos individualizados com direito a acompanhante, onde irá desenvolver todo o trabalho de parto com acompanhamento direto e partograma.

Na sala de parto a gestante pode contar com a presença de um acompanhante, a enfermeira ou médico obstetra, o pediatra, as auxiliares de sala de parto e da sala do Rn.

Após o parto, o Rn em boas condições de vitalidade é colocado em contato pele a pele com a mãe, e após os primeiros cuidados e identificação, é estimulada a amamentação na sala de parto, tudo isto com o consentimento materno. O Rn é então examinado, medido, pesado, higienizado e vacinado, colocado junto à mãe e encaminhado para o alojamento conjunto desde que tenha mais de 2 Kg, mais de 35 semanas, APGAR maior que 6 no 5º minuto, tenha capacidade de sucção e controle térmico, segundo critérios do pediatra na sala de parto.

No alojamento conjunto o binômio permanece em quartos suítes com dois leitos obedecendo ao padrão de 3 m² por binômio e recebe assistência integral 24 horas por dia da equipe de enfermagem, sendo esta composta por funcionários da maternidade e da unidade neonatal. A mãe é orientada e auxiliada nos cuidados pessoais e do RN; a equipe fornecerá as orientações como banho, peso diário, cuidados com o coto, amamentação, troca de fralda e higienização, agendamento do exame do pezinho, colhido de forma humanizada a além dos demais cuidados. A mãe e a família são informadas da presença do cartório no interior do HSL para realização do registro gratuitamente, além de receber uma foto do Rn no cartão de bebê fornecida pelo hospital. O programa Bebê Saudável faz o agendamento do acompanhamento para o binômio na UBS nos primeiros 15 dias.

Além das orientações pessoais nos quartos a equipe materno infantil fornece orientações em grupos onde o manual de orientação é entregue as mesmas e as dúvidas existentes são esclarecidas.





OBJETIVOS

Esclarecer curiosidades, medos, inseguranças, preocupações. Contribuir para o aprendizado, estimular a participação, preparar, apoiar e humanizar a assistência ao binômio. Estimular e motivar precocemente o aleitamento materno e consequentemente fornecer ao binômio as grandes vantagens que traz para ambos. Fortalecer os laços afetivos entre o binômio e também da família. Diminuir os riscos de infecção hospitalar.

METODOLOGIA

Este trabalho está sendo desenvolvido no Hospital Santa Lucinda – CCMB- PUC Sorocaba, na unidade materno infantil localizada na enfermaria do 2º andar.

As Coordenações das cinco UBS referenciadas participam indiretamente deste projeto convidando as gestantes e familiares para as aulas realizadas todas as primeiras terças-feiras de cada mês.

PRINCIPAIS RESULTADOS

A participação inicial foi frustrante, porém agora estamos conseguindo gradualmente maior participação às aulas e clientes mais orientadas para o pré, parto e pós-parto. As Enfermeiras Obstétricas acompanham e orientam todas as gestantes tendo participado ou não das aulas.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Facilidades: familiarização com o local e a equipe; colaboração durante o período de internação; melhor assimilação das orientações.

Dificuldades: adesão das clientes e dos profissionais envolvidos;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início do trabalho programou-se encontros semanais, destinando-se uma semana para cada Centro de Saúde referência, mas devido à pequena adesão, inclusive de profissionais que julgam “não dar certo”, insistimos porque acreditamos no programa e nos reprogramamos para um encontro mensal com todas UBS referenciadas ao HSL.

Estamos estudando possibilidade de aumentar o incentivo à adesão das gestantes utilizando por exemplo a retirada de uma foto da mãe que será anexada ao cartão do Rn e identificada como a foto do dia da visita ao hospital.



PROJETO CAMOR - CUIDANDO DE ARAGUAÍNA COM AMOR

Autor principal: Graziela Carvalho Piva

Outros Autores: Paulo Renato Zurita Coelho; Áurea Maria Casagrande da Luz;

Valderez Castelo Branco Martins

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura Municipal de Araguaína

Município: Araguaína

Estado: Tocantins

O Ministério da Saúde tem apresentado importantes mudanças no que diz respeito à intensificação de estratégias de humanização no serviço de saúde, como necessidade veemente de implantar o “acolhimento” aos usuários do SUS. Partiu-se da proposta de melhoria na qualidade de atendimento instituindo o HUMANIZASUS.

O Estado do Tocantins passa por um período de transição, tendo em vista a modificação de “Mudança no Fluxo de Referência e Contra Referência” para que os usuários do SUS consigam melhores oportunidades de atendimento. Em meio a essas mudanças houve uma intensificação em desenvolver estratégias de escuta desenvolvida nas reclamações dos gestores, da população e do desejo dos funcionários de serem capacitados, chegou-se à decisão de TREINAR e CAPACITAR os funcionários da Rede Básica Saúde que “representam nosso serviço”, visando melhoria na qualidade de atendimento, instituindo o acolhimento como importante estratégia de humanização aos usuários do serviço.

O Município de Araguaína possui uma população de 129.500 habitantes segundo IBGE atualizado em 2005, um dos principais Municípios do Estado do Tocantins, constituindo-se como um Pólo Regional de Saúde, sendo referência na região Norte do Estado atendendo 49 municípios, comprometido com a atenção básica e tendo suporte na média e alta complexidade de atendimento e também das regiões sul do Pará e do Maranhão. Estas características fazem com que sua população flutuante gire em torno de 70.000 pessoas, o que eleva sua população real aos 200.000 habitantes.

Acolher, na caracterização do Projeto CAMOR, significa ouvir com atenção, cuidar e receber bem, ter paciência, ser cortês e, principalmente, respeitar a individualidade de cada pessoa que busca pelo serviço do SUS, ou seja, melhorar a resolubilidade da assistência. Propõe-se através deste Projeto “quebrar”, juntamente com os nossos colaboradores, o paradigma que o SUS é “um favor, ou um serviço de CARIDADE”, mudando o pensamento para que o SUS, seja, de fato, um direito constitucional e um dever do Estado.

O Município de Araguaína, preocupado em melhorar a qualidade no atendimento aos usuários do SUS, desenvolveu o Projeto “CAMOR – cuidando de Araguaína com Amor”, que visa, inicialmente, proporcionar um debate sobre as atitudes necessárias para prestar um atendimento de qualidade; reconhecer a importância do processo

de comunicação no relacionamento com os clientes; desenvolver habilidades para o atendimento dos clientes; instruir os funcionários dos Centros de Saúde para que, desta forma, possam conseguir oferecer um atendimento mais digno para os usuários do SUS.

O Treinamento e Qualificação dos Funcionários inicialmente foi dividido em V Módulos: I – Qualificação de Funcionários com 1º e 2º Grau, II - Qualificação de Funcionários com Graduação, III - Qualificação dos Funcionários da Sede da Secretaria Municipal de Saúde, IV - Qualificação dos Funcionários do Centro de Controle de Zoonoses, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária e V – SAMU 192.

A Capacitação foi reestruturada metodologicamente, objetivando amenizar e solucionar as dificuldades identificadas no I Módulo e na Caixa de Sugestões. O treinamento é dado na própria unidade ou em um auditório próximo, todo o quadro de funcionários deve participar, com a carga horária reduzida para quatro horas.

A estrutura metodológica do Projeto é subdividida em três partes: teoria, dinamização e atividades de sensibilização e filmes de DVD com assuntos relacionados com Qualidade de Atendimento. Ressaltando na parte teórica assuntos como: técnicas de atendimento e relacionamento interpessoal. Agindo de forma incisiva junto com os colaboradores que estes se respeitar mutuamente e, também, respeitar o trabalho que cada um realiza, sendo que todos são importantes para a concretização e bom andamento do serviço.

Os módulos ficaram distribuídos da seguinte forma: I – Funcionários da Sede da Secretaria Municipal de Saúde; II – Centro de Controle de Zoonoses (CCZ); III – Centros de Saúde, Policlínica e Centro Odontológico; IV - SAMU 192; V - Agentes Escolares de Saúde; VI – Odontomovel e Perversão de Saúde Bucal.

Percebemos melhoras em médio e longo prazo tanto entre a clientela interna e Clientela externa, nos relacionamentos interpessoal, a harmonia e confiança entre os membros da equipe, e da população para com a equipe de saúde.

Podemos dizer que o ser humano é um ser complexo. Da mesma forma que encontramos profissionais abertos a mudança, encontramos profissionais resistentes, que necessitam ser trabalhados e lapidados com calma e a longo prazo.

Chegamos à conclusão que o processo de mudança cultural da instituição é lento, e deve ser reforçado através da Educação Continuada.



O MAPEAMENTO COMO FERRAMENTA FUNDAMENTAL NO PLANEJAMENTO DE ESTRATÉGIAS DENTRO DA GESTÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor principal: Guilherme Böck

Outros Autores: ALEXandre Sacol Pereira / Aline C. Langbecker

Instituição: Secretaria de Saúde e Ação Social - Paraíso do Sul

Município: Paraíso do Sul

Estado: Rio Grande do Sul

Os resultados obtidos pelo Programa de Saúde da Família no âmbito nacional são inquestionáveis e elevaram o PSF do patamar de simples programa ao de uma estratégia definitiva na otimização de resultados em saúde pública. Nesse contexto e com o nítido crescimento da abrangência e do número de usuários acolhidos pelo programa, uma de suas ferramentas desempenha um papel de maior relevância, sendo hoje, vital na territorialização e no correto gerenciamento dos meios disponíveis: o mapeamento da área. Tendo em vista que atenção primária em saúde não se restringe ao indivíduo doente e que o comportamento de um determinado grupo populacional sempre interage de modo sócio-cultural e geograficamente com o espaço onde o mesmo habita, fundamenta-se assim a vital necessidade de estabelecer detalhadamente o mapeamento de áreas e micro-áreas de PSF. Desse modo, ao trabalharmos com números populacionais consideráveis, o mapeamento possibilita visualização de modo direto e confiável de informações que tornam possíveis um melhor gerenciamento da logística de meios envolvidos no PSF. Nesse trabalho procurou-se focar os resultados positivos encontrados em uma experiência de mapeamento de um segmento de PSF em um município com 100% de cobertura. Segmento esse caracterizado por uma área urbana dividida em cinco micro-áreas perfazendo um total de 899 famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica. Para otimizar a visualização dos dados foi utilizado mecanismos de legendas de cores para separar micro-áreas. Foi inserido no mapa elementos de relevância geográfica e importância sócio-cultural tais como rodovias, ruas, igrejas, fábricas, restaurantes, postos, prefeitura, bem como elementos de relevo: lagos, bosques. É válido salientar a presença de legendas relacionadas com estados patológicos, casas visitadas ou não e a presença de pacientes com necessidade de atenção especial, onde foram utilizados alfinetes coloridos. Conclui-se que a confecção do mapa é de fundamental importância pelos motivos já explanados e por oportunizar: visualização e acesso a dados epidemiológicos, planejamento de estratégias intervencionista e planejamento inteligente de visitas domiciliares.

GRUPOTERAPIA PARA FAMILIARES: ESTRATÉGIA DE REABILITAÇÃO

Autor principal: Guiomar Maria da Silva
 Outros Autores: Martha Helena Oliveira Noal
 Instituição: Centro de Atenção Psicossocial II
 Município: Santa Cruz do Sul
 Estado: Rio Grande do Sul

OBJETIVO

A proposta de grupoterapia com familiares de pacientes psiquiátricos crônicos visa, através de intervenções psicoeducativas, de apoio e da troca de experiências, atenuar a sobrecarga familiar, prevenindo tanto o adoecimento dos cuidadores, quanto promovendo a reabilitação de seus familiares, objetivando uma melhor qualidade de vida a toda família.

APRESENTAÇÃO

Sabe-se que a sobrecarga nas famílias que têm um portador de sofrimento psíquico é intensa. A literatura descreve a correlação entre os níveis de Emoção Expressa e o incremento de reagudizações de sintomas, o que por sua vez, tenciona ainda mais o fardo familiar. Apesar disto, há poucas referências que descrevam, na prática, estratégias de enfrentamento desta questão tão delicada.

O Grupo de Familiares do Centro de Atenção Psicossocial de Santa Cruz do Sul surgiu em 1998, com um enquadre aberto, heterogêneo, de frequência quinzenal (posteriormente semanal) e que pudesse fornecer suporte emocional para enfrentar sentimentos angustiantes que apareciam nas famílias, como culpa, medo, raiva, vergonha, desesperança, insegurança, privações, preocupações com o futuro, preconceitos etc., alguns destes, ilustrados na fala de uma mãe: "Por enquanto estou carregando o meu pacotinho com elegância".

São atendidas atualmente cerca de 14 famílias, que vinham de uma trajetória de constantes internações de seus membros, portadores de: Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Bipolar ou TOC. Observa-se que o diagnóstico não parece ser o fator determinante em relação à sobrecarga familiar, mas a gravidade e cronicidade da patologia.

Atualmente vê-se claramente mudanças de atitudes nas famílias, refletindo positivamente no tratamento, além de uma maior leveza no lidar com as situações e uma freqüente evolução do significado deste espaço. De forma mensurável, nenhum familiar necessitou de reinternação psiquiátrica neste período, considerando-se para isso uma soma de intervenções biopsicossociais.

**Grupoterapia para familiares:
Estratégia de Reabilitação**

Guiomar Maria da Silva - Assistente Social
 Martha Helena Oliveira Noal - Psicóloga

Objetivos:
 O objetivo da grupoterapia com familiares de pacientes psiquiátricos crônicos é promover a comunicação, a troca de experiências, o apoio mútuo e a construção de uma rede de suporte emocional, visando a redução da sobrecarga familiar, a prevenção de crises e a promoção da qualidade de vida de todos os membros da família.

Descrição:
 O grupo de familiares é composto por famílias que têm um portador de doença psiquiátrica crônica. A abordagem é baseada na psicoeducação, no apoio emocional e na troca de experiências. O grupo funciona de forma aberta, com uma frequência quinzenal (posteriormente semanal). O grupo é heterogêneo em termos de diagnóstico, gravidade e cronicidade da patologia.

Conclusão:
 O grupo de familiares é uma estratégia de reabilitação que promove a comunicação, a troca de experiências, o apoio mútuo e a construção de uma rede de suporte emocional, visando a redução da sobrecarga familiar, a prevenção de crises e a promoção da qualidade de vida de todos os membros da família.

Endereço: Rua...
 Telefone: ...
 E-mail: ...

“A vida de nós não é assustador, porque a grande medo é não poder nos ajudar.”
 “Se quero carregar com alguns pesos, sobre que é a pior coisa que tem?”
 “Por enquanto eu estou carregando e não assistindo com elegância.”
 “Eu já tem 12 anos de idade, mas neste ano é mais que cometi o erro de não ter a vida boa.”
 “Desde que aprendi aqui sou feliz, que não temia, foi muito bom!”



POSSIBILIDADES DA EDUCAÇÃO POPULAR NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE PAUDALHO – PE

Autor principal: Gustavo José Cauás de Queiroz Gatis

Outros Autores: José Carlos Silvan; Viviane Xavier de Lima e

Siolva; Nilson Pastor e Edmar Silva

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde - Paudalho

Município: Recife

Estado: Pernambuco

O município de Paudalho cresceu sem um projeto de desenvolvimento social sustentável e apresenta um perfil epidemiológico complexo, onde os agravos não transmissíveis convivem com doenças típicas do subdesenvolvimento. A rede de atenção básica do município está constituída por nove equipes de saúde da família, em áreas urbanas e rurais. A Educação Popular pode colaborar na ressignificação das práticas populares de cuidado e comunicação em saúde, mas com frequência, não está inserida no sistema de saúde. Esta pesquisa objetivou identificar as principais dificuldades enfrentadas na atenção básica pela gestão de saúde e sua interface com a Educação Popular. A pesquisa foi realizada através de grupo focal com os gestores de saúde da Prefeitura Municipal de Paudalho e da Secretaria Estadual de Saúde. A principal dificuldade citada foi a frágil qualidade dos serviços oferecidos, atribuída à deficiência na formação e na educação continuada dos trabalhadores, ao desconhecimento dos diferentes papéis dos serviços de saúde dentro da hierarquização do SUS e à pouca visibilidade da atenção básica. Com relação às atividades educativas, foi descrita a falta de insumos para a realização das ações e a incipiente articulação entre os serviços de saúde e as escolas. Foi citada ainda, a frágil participação dos usuários nos serviços de saúde, quer exercendo funções de controle social, quer participando como cuidadores de práticas populares em saúde. Por fim, foi relatada a intenção dos gestores de incorporar a Educação Popular na gestão e planejamento. Apesar dos grandes investimentos realizados, o município continua apresentando deficiências na integralidade da assistência e na participação da sociedade civil no controle social. Fica patente a necessidade de intervenções na formação e educação para trabalhadores, líderes comunitários, conselheiros de saúde e usuários que objetivem dar mais visibilidade ao SUS e à atenção básica, fortalecer a participação dos usuários e requalificar os serviços de saúde, incorporando novas tecnologias para o cuidado integral e para a educação em saúde. Sugere-se a construção de um espaço de cuidados integrais articulado com a rede municipal de serviços de saúde, no qual estejam presentes terapias não convencionais e práticas populares em saúde, e que seja, ao mesmo tempo, apropriado pela comunidade como espaço de organização popular.



AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA CLIENTELA: FERRAMENTA DE GESTÃO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA TUBERCULOSE NO RIO DE JANEIRO, BRASIL

Autor principal: Hedi Marinho de Melo Guedes de Oliveira
Outros Autores: Elizabeth Paiva; Luzia Azevedo; José Romeiro
Filho; Ana Paula Silva; Marcela Bhering
Instituição: Hospital Estadual Santa Maria
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

Na introdução do trabalho foi discutido o problema e sua importância, e podemos destacar o que foi dito por Chauvel (2000, p. 192) que afirmou que “as empresas que zelam pela satisfação do cliente destacam-se nitidamente das demais. Elas ainda são vistas como exceções, que confirmam a regra, mas começam, muito provavelmente, a anunciar sua transformação”. Ainda segundo Chauvel (2000, p. 193), “a possibilidade de construção desse diferencial está associada a uma carência de ordem sócio-cultural. Em um contexto no qual os direitos elementares do indivíduo não são, de modo geral, assegurados, a empresa que adere ao conceito de marketing oferece mais que um produto ou serviço de qualidade, mais que a perspectiva de uma compra ‘satisfatória’. Ela traz algo mais raro e muito mais significativo aos olhos do consumidor: a perspectiva de ver seus direitos respeitados”.

Esse estudo se propôs a avaliar o grau de satisfação da clientela externa de um hospital público que é referência para o tratamento de Tuberculose e co-infecção Tuberculose/HIV/AIDS, clientela essa constituída de pacientes do sexo masculino e feminino, acima de 14 anos, das classes econômicas D e E, segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil.

Foi realizada uma extensa revisão de literatura que abordou os seguintes aspectos: Definição e Características dos Serviços, A Qualidade do Serviço e suas Evidências, O Cliente de Serviços, suas Características e suas Expectativas e a Avaliação da Satisfação do Cliente.

A metodologia utilizada foi a elaboração e aplicação de um questionário para a avaliação da satisfação da clientela do referido hospital; isso a partir da definição e das características dos serviços, do conceito de qualidade do serviço prestado e de satisfação do cliente.

Os serviços foram avaliados e foi possível notar que a equipe de enfermagem, por ser a equipe que fica mais diretamente em contato com o paciente, parece ser analisada de forma mais rígida. O fato do item “orientação para a alta” ter sido considerado “ruim” pelos pacientes em quase todos os serviços em que este item foi avaliado, sugere recomendar um treinamento urgente de todos os profissionais do hospital, sobretudo quando se trata de pacientes portadores de

Tuberculose e do vírus HIV, que necessitam de um acompanhamento especializado e de longa duração

Após a análise dos resultados recomendou-se a implantação e a implementação de alguns projetos de melhoria no que diz respeito à qualidade funcional e técnica do hospital. Dentre esses projetos pudemos concluir que urge a implantação de um Programa de Qualidade no referido Hospital, no entanto, percebe-se que muitas barreiras deverão ser enfrentadas para que não haja fracasso. Deve-se investir, portanto, nos elementos comuns aos programas de qualidade bem sucedidos, que são conscientização, motivação, conhecimento das expectativas de serviço e definição dos padrões de comportamento, aprendizagem e desenvolvimento de habilidades, ouvir os clientes, identificação e eliminação de barreiras e obstáculos e reforço e apoio para a melhoria contínua.



O PODER DA MÚSICA - MANHÃ CULTURAL COM ALMOÇO MUSICAL

Autor principal: Hedilene Eliziário Marques

Instituição: Instituto Dr. José Frota

Município: Fortaleza

Estado: Ceará

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Ouvir música no trabalho ajuda a produtividade. Em todas as culturas antigas existem importantes referências sobre terapia musical ou sobre a conexão entre a música e as transformações do estado de espírito. Num mundo globalizado cheio de problemas como estresse, fadiga e cansaço, a utilização da música promove mudanças positivas físicas, mentais, sociais, cognitivas em uma pessoa ou grupo de pessoas. Partindo desta premissa, o IJF, instituição pública de saúde que lida com vidas humanas, marcado de problemas como estresse, fadiga, insatisfação pessoal e profissional, desde o ano de 2005 vem desenvolvendo atividades de lazer e entretenimento para seus servidores e acompanhantes dos pacientes promovendo no refeitório do hospital, ALMOÇO MUSICAL, com espetáculos ao vivo de música vocal ou instrumental.

OBJETIVO GERAL

- Promover atividades de lazer e entretenimento para os servidores e acompanhantes dos pacientes (na hora do almoço) através de espetáculos ao vivo de música vocal ou instrumental visando a melhoria da qualidade de vida – ALMOÇO MUSICAL.

METODOLOGIA

O projeto iniciou com 07 espetáculos de música instrumental (violino) que foram apresentados em dias diferentes (escala de plantão) para facilitar a participação de todos os servidores, no período de 08 a 14 de agosto de 2005. A partir daí, organizamos apresentações mensais, que contaram com a participação dos servidores e acompanhantes dos pacientes do IJF. Para identificação dos talentos no hospital, foi feita uma campanha “MOSTRA DE TALENTOS”, inscrevendo servidores e acompanhantes dos pacientes que se identifiquem com a música, e que poderiam participar das apresentações mensais. No período de agosto/dezembro – 2005, promovemos 11 (onze) almoços musicais – SHOW DE TALENTOS contando com a participação de convidados, servidores e acompanhantes dos pacientes do hospital.

No ano em curso, iniciamos as atividades no mês de fevereiro e já realizamos 05 (cinco) espetáculos.

RESULTADOS ALCANÇADOS

- Melhoria da eficiência operacional;
- Motivação no ambiente de trabalho;
- Melhoria no relacionamento interpessoal e na qualidade de vida dos servidores e acompanhantes dos pacientes;
- Desenvolvimento de talentos e valores pessoais;
- Ambiente hospitalar acolhedor, alegre e menos traumático.

APREDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

- Definir parcerias com instituição financiadora de projetos desta natureza;
- Intensificar internamente a divulgação do Projeto junto aos servidores e acompanhantes dos pacientes;
- Intensificar as inscrições para a MOSTRA DE TALENTOS entre os servidores e acompanhantes dos pacientes contribuindo para as apresentações; a cada SHOW DE TALENTOS contamos com a participação dos servidores e acompanhantes dos pacientes que se identifiquem com a música;
- Contactar com artistas para as apresentações;
- Envolver os servidores e acompanhantes dos pacientes nas apresentações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O IJF tem média de 1.000 (mil) atendimento/dia, possui 2.170 (dois mil, cento e setenta) profissionais (servidores e terceirizados), servimos, aproximadamente, 12.000 (doze mil) refeições mensais no refeitório do hospital para servidores e acompanhantes dos pacientes na hora do almoço. A média diária de servidores é de 233 (duzentos e trinta e três) sendo 196 (cento e noventa e seis) a do acompanhantes; portanto, necessário se faz desenvolver atividades de entretenimento e lazer para este público, haja vista, criar uma cultura humanizada e humanizante no ambiente



de trabalho. DEPOIMENTOS: “ A direção do IJF está de parabéns por promover este evento, pois convivemos diariamente com muita dor e sofrimento. Quando há momentos musicais, aproveitamos para descontrair.” Conceição Braga – auxiliar de enfermagem.” A iniciativa do ALMOÇO MUSICAL foi a ação com maior êxito do Programa de Humanização no IJF. A receptividade pelos servidores e acompanhantes foi fantástica, além de criar oportunidade dos nossos talentos se apresentarem. Parabenizo a idéia e a sensibilidade pela iniciativa.” Francisco Wandemberg Rodrigues dos Santos – Superintendente do Instituto Dr. José Frota.

HIGIENE PESSOAL

Autor principal: Hélber Luis Lopes da Silva

Outros Autores: Jean Carlos de Souza Silva; Alessandra da Silva

Santos; Joabe Silva Rodrigues; Ewerton Fonseca e Mendes

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

Muitas doenças, tais como as parasitoses e as verminoses, aparecem em nosso corpo (externa e internamente) devido a uma má higienização pessoal, sendo assim devemos cuidar bem dele e para isso devemos seguir alguns passos que nos levem a buscar essa boa higienização do nosso corpo.

Com isso, vimos a necessidade, juntamente com a equipe, de realizar uma educação continuada com os alunos do Centro Educacional Taquara e moradores do Núcleo Rural Taquara.

OBJETIVOS

- Conscientizar pais e crianças sobre a necessidade de uma boa higiene pessoal;
- Mostrar aos pais e alunos as conseqüências de uma higiene pessoal mal realizada;
- Reduzir o número de crianças com verminoses e parasitoses originárias de uma má higiene pessoal;
- Ensinar aos pais e alunos como se deve proceder para uma boa higiene pessoal incluindo o combate e prevenção do piolho;
- Mostrar os tipos de medicação usada no combate a este parasita (piolho).

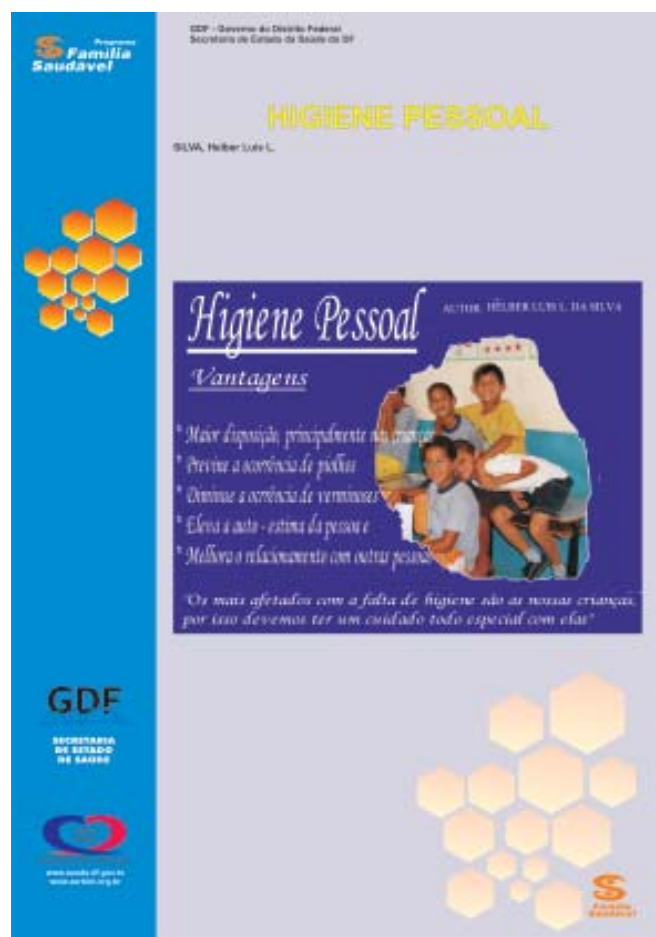
MOTIVO

Ao começarmos no programa de atenção básica a saúde pelo Programa Família Saudável, realizando visitas domiciliares na região do Núcleo Rural Taquara e através de pedido dos professores da escola, vimos a necessidade de realizar, em parceria com a escola, um projeto de educação continuada sobre higiene pessoal, pois verificamos as más condições de higiene em algumas casas, acometendo assim, a família que ali morava, principalmente as crianças.

METODOLOGIA

Este trabalho foi desenvolvido no Centro Educacional Taquara e envolveu a equipe de saúde do PFS (Programa Família

Saudável), professores, alunos e pais. Foram dois encontros nos turnos matutino e vespertino com alunos de 11 – 16 anos e de 5 – 7 anos. Foi elaborada uma dramatização que contava a história de uma criança (Joãozinho) que nesta escola estudava, mas não cuidava de sua higiene, o que prejudicava sua saúde. O professor, atento à situação, percebeu que mais crianças não se preocupavam em lavar as mãos, pentear os cabelos, tomar banho, andar calçado e ,além disso, muitas apresentavam a ocorrência de piolho. Sendo assim o professor ensinou para o Joãozinho e as outras crianças a importância de se lavar as mãos antes de comer, tomar banho, usar sandálias, lavar e pentear os cabelos. Após, convidou a equipe de saúde para





que realizasse uma reunião com os pais para orientá-los quanto a higiene pessoal da família.

CONCLUSÃO

Com o trabalho de toda a equipe de saúde que se encontra instalada no Núcleo Rural Taquara pudemos observar a redução do número de pessoas, principalmente crianças, acometidas por essas moléstias (verminoses e parasitoses).

Através das visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pudemos constatar que a mentalidade de muitos pais melhoraram com relação a higiene pessoal de seus filhos e as crianças também pegaram o exemplo de Joãozinho, que era uma criança suja e após o ensinamento do professor e médico se tornou uma criança limpa e com isso não sofre, com frequência dessas moléstias.

Essa palestra foi bem aceita por pais e alunos.



EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A REABILITAÇÃO DE PACIENTES COM SEQÜELA DE AVE – ESTUDO DE CASO

Autor principal: Hélder Fonseca Mendes
Outros Autores: Elioenai Dorneles Alves
Instituição: Hospital Regional de Planaltina
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

A educação e promoção de saúde se fazem garantindo conhecimentos, aptidões e oportunidades às pessoas para que elas possam tomar decisões e ter atitudes que melhorem suas condições de saúde. O treinamento para promoção de saúde de pacientes com seqüelas de AVE (Acidente Vascular Encefálico) e cuidadores de pacientes com seqüelas de AVE, pode contribuir para melhorar a qualidade de vida e promover o auto-cuidado, contribuindo para a universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde.

OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa é avaliar se o treinamento para promoção de saúde de pacientes com seqüelas de AVE e cuidadores de pacientes com seqüela de AVE para promoção de saúde pode viabilizar estratégias que contribuam para melhorar a qualidade de vida e promover o auto-cuidado.

MÉTODOS

Foram feitos estudos de caso com cinco pacientes e seus respectivos cuidadores. Os pacientes responderam ao Índice Funcional de Barthel e os cuidadores a um questionário de conhecimentos a respeito da patologia e participaram de encontros semanais no Hospital Regional de Planaltina, onde foram respondidas suas dúvidas, receberam treinamento e orientações de acordo com o tema proposto para cada reunião e as principais necessidades dos pacientes.

RESULTADOS

Quatro pacientes concluíram o estudo. Observamos que todos tiveram melhora no seu estado funcional. O Índice de Barthel inicial médio foi de 52,5 e o final de 85,0 pontos. Os cuidadores se mostraram dispostos a participar do processo de reabilitação dos pacientes apesar de não terem conhecimentos prévios a respeito da

doença. Nossa estratégia de reabilitação estimulou os pacientes e cuidadores a realizarem ações que visavam melhorar a qualidade de vida do paciente.

CONCLUSÃO

Concluimos que os dados apresentados mostram a relevância da educação e da promoção de saúde como estratégias para a reabilitação de pacientes com seqüela de AVE.

DESCRITORES

Fisioterapia – Educação – Promoção



DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DA GESTÃO EM SAÚDE

Autor principal: Heliana Mara Souza Fonseca

Outros Autores: Ivana Cardoso Macedo; Mary Cristina Fonseca; Fabiola B. Pazinato

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde

Município: Vitória

Estado: Espírito Santo

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

O trabalho foi desenvolvido na Unidade de Saúde da Família Vitória, em um cenário onde a condição relevante considerada, refere-se ao contexto político e social das necessidades em saúde da população da nossa localidade.

Partindo desse pressuposto todos os profissionais foram convidados a potencializar ou desenvolver suas capacidades de reinventar, de descobrir e de ativar processos de mudança, no espaço de trabalho. Tiveram a oportunidade de expressar suas capacidades, em termos de autonomia, iniciativa, participação, diálogo, negociação e intervenção sobre as situações próprias do trabalho.

Tivemos a política de educação permanente como eixo norteador da gestão em saúde, pois nos permitiu resgatar a importância do conhecimento significativo, de construir o conhecimento e os processos de ensino e aprendizagem, tendo como motivações fundamentais, as experiências dos trabalhadores e o contexto em que ocorrem as políticas de saúde, na Secretaria Municipal de Saúde em Vitória, Espírito Santo.

OBJETIVOS/PROPÓSITOS

A política de educação permanente em saúde é relevante devido à possibilidade de transformação de processos de trabalho nos serviços e na formação para a saúde.

A atenção básica a saúde desempenha um papel estratégico no SUS. Podemos considerar como um elo de ligação entre o sistema de saúde e a população de um determinado território. A atenção básica à saúde poderia melhorar muito se fosse estabelecida uma relação multiprofissional, um apoiando o outro, na unidade de saúde, e estreitando esta relação com os usuários dessa localidade.

Foi pensando nesta lógica que a Unidade de Saúde da Família Vitória, com o aval da Secretaria Municipal de Saúde, vem desenvolvendo a política de educação permanente.

Temos como meta mobilizadora utilizando como modelo de gestão à educação permanente a melhoria das relações

interpessoais, de forma multidisciplinar e multiprofissional, articuladas dentro do processo de trabalho, e resgate do conselho local de saúde, já existente na localidade, porém desarticulado e não atuante.

METODOLOGIA

O primeiro momento foi à realização de Seminário de Integração entre as profissionais da Unidade de Saúde, onde foi tirado como encaminhamento a realização de duas Oficinas. Nas oficinas foram formados sete grupos de trabalho que estão atuando na Unidade durante o processo de trabalho.

PRODUTOS

Nas oficinas foram discutidos os seguintes temas: habilidades para o trabalho em equipe; fortalezas, oportunidades, fraquezas e ameaças para o trabalho encontrados na US Vitória; estabelecimentos de prioridades para trabalhar na Educação Permanente; formação de grupos de trabalho.

Os temas escolhidos, definidos após sistematização dos trabalhos realizados pelos grupos foram: Organização do Atendimento; Referência e Contra-referência. Sobrecarga de Equipes e Profissionais; Falta de Integração entre as Equipes/Setores; Humanização; Definição dos Papéis dos Profissionais, Falta de Informação da População sobre a ESF.

Está sendo realizado na Unidade de Saúde reuniões quinzenais de todos os grupos, onde avanços na organização do processo de trabalho, relações interpessoais e melhoria na relação com o usuário, já aconteceram.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA FACILIDADES E DIFICULDADES

Considerando que os profissionais da Unidade estavam habituados a executar ordens e tarefas, e que na atualidade estão construindo de forma coletiva as relações de trabalho, a relação com o usuário, está sendo bastante positivo, apesar de em alguns



momentos e situações, ser necessário, parar e (re)discutir, e reconstruir o que foi pactuado. Ainda temos muito que avançar, nosso processo de construção ainda está recente, há apenas seis meses estamos trabalhando para que possamos chegar ao atendimento ideal, ao usuário da nossa localidade, assim como estarmos trabalhando verdadeiramente de forma multiprofissional e multidisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os profissionais da Unidade estão acreditando na forma como está sendo construído, a proposta dentro da ótica da Educação Permanente em Saúde, pensamos em continuar a caminhada para que juntos possamos de fato realizar a atenção integral do usuário, assim como construir uma nova relação dentro do processo de trabalho.



ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS EM UMA UBS DO MUNICÍPIO DE MATELÂNDIA – PR

Autor principal: Héli da Carolina de Freitas Badan

Instituição: Unidade Básica de Saúde/Equipe de Programa Saúde da Família

Município: Matelândia

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO

Em uma unidade básica do município de Matelândia, o acolhimento vem sendo implantado pela equipe de profissionais há meses e sofrendo adequações de acordo com as necessidades levantadas tanto por parte dos usuários como dos profissionais. O processo de trabalho tradicionalmente conhecido deixou de ser realizado há algum tempo, onde utilizava-se o velho sistema de fichas como única forma de administrar o serviço oferecido em vista da demanda da população. O usuário que não conseguia ficha, ia embora para casa frustrado ou dirigia-se em busca de outros serviços. O saber era, até então, centralizado apenas no médico, o que subestimava o trabalho dos demais profissionais da equipe, que tinham seus potenciais para a assistência enormemente oprimidos. Com a implantação do acolhimento na unidade, todos os usuários passaram a ser atendido, e o médico ficou na retaguarda, ou seja, atendendo no consultório aqueles encaminhados pela equipe do acolhimento. O acolhimento é um atributo de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador em saúde onde o processo de trabalho passa a ser centrado no interesse do usuário. Garante a acessibilidade universal e valoriza todos os profissionais da unidade, deslocando o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, que se responsabiliza por um atendimento humanizado, criando um vínculo de confiança com o usuário a partir do momento que ouve suas queixas e proporciona resolubilidade para seus problemas. Entretanto, com o passar dos dias, o atendimento aos usuários passou a sofrer adequações de acordo com as necessidades decorrentes. No mês de fevereiro de 2006, realizou-se um questionário com os usuários da unidade, com a finalidade de levantar queixas e sugestões que fizeram com que os profissionais repensassem sobre suas práticas realizadas e encontrassem alternativas de soluções. Os resultados positivos estão sendo evidenciados no cotidiano da unidade, resta saber, mais especificamente qual a percepção geral dos usuários até então atendidos por esta nova sistemática que propõe sobretudo a universalização e equidade na atenção básica em saúde.

OBJETIVO

Relatar os aspectos positivos alcançados com a implantação do acolhimento, bem como os problemas

encontrados pelos profissionais e as mudanças que foram sendo realizadas para melhorar o atendimento na unidade básica de saúde de Matelândia – PR.

METODOLOGIA

Para a implantação do acolhimento buscaram-se artigos e relato de experiência vivenciadas no sistema de saúde, que serviram de subsídio teórico para debate da equipe multidisciplinar e motivaram a aplicação desta técnica de atenção. Passado algum tempo, sentiu-se a necessidade de se buscar a opinião do usuário sobre a mudança no atendimento. Para tal, realizou-se uma investigação através de um questionário respondido por usuários da unidade. A partir da avaliação desse questionário, adequou-se a prática de atendimento às reais necessidade manifestadas pelos usuários.

PRODUTOS (O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS)

Com a implantação do acolhimento, todos os usuários passaram a ser atendido. Eliminaram-se a ficha e a fila de madrugada. A enfermeira passou a ouvir as queixas de cada usuário que buscava, até então, o atendimento médico até mesmo para resolução de problemas simples que a equipe poderia solucioná-lo, ou ainda, de competência do profissional de enfermagem que, de acordo com o protocolo da unidade, tem o respaldo de solicitar exames laboratoriais e prescrever alguns medicamentos, além de solicitar encaminhamento de pacientes, se necessário, para outros profissionais de saúde. A partir daí houve um aumento significativo no rendimento da enfermeira e o número de consultas médicas diárias diminuiu. Adotou-se o agendamento prévio para consultas médicas, o que diminuiu o número de pessoas na unidade em horários de pico, já que a grande procura nesses horários deixava os profissionais estressados, sobrecarregados de tarefas e os usuários na fila por um período considerável de espera.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Além da ampliação das relações interpessoais que demonstrou ser uma maneira simples e fácil de resolatividade,



convívio e de troca de informações, o acolhimento permite que a equipe multidisciplinar se integre dos problemas que as pessoas apresentam e vá buscar soluções para diversas situações comuns no âmbito comunitário, intervindo favoravelmente no planejamento e execução da política de saúde municipal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados positivos com a implantação do acolhimento na unidade estão sendo evidenciados no decorrer dos dias, entretanto ainda persistem alguns aspectos negativos de difícil resolução, como a pequena inserção do médico no acolhimento, algumas críticas por parte dos usuários em relação ao agendamento e a conciliação do trabalho de assistência dentro da unidade com o trabalho externo, já que a equipe é uma equipe do Programa Saúde da Família. Porém, acredita-se que com o passar do tempo, a população habitue-se com a nova rotina da unidade e que com as reuniões de equipe e a participação dos usuários em levantar as queixas, os problemas recorrentes acabem sendo solucionados.



ABORDAGEM DA EQUIPE DO PFS VEREDAS II DE BRAZLANDIA FRENTE AO ALTO ÍNDICE DE GESTAÇÕES NÃO PLANEJADAS

Autor principal: Humberto Rodrigues Tavares

Outros Autores: Edimar Batista Dos Santos

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

Em Janeiro de 2006 foi iniciado o trabalho da Assistência à Saúde Básica em Veredas II, assim titulada nossa Unidade de Saúde, iniciou-se o cadastramento das famílias e a busca ativa de Hipertensos, Diabéticos, Gestantes entre outras.

Observamos assim quais eram as condições referidas encontradas em nossa Comunidade, sendo a de hipertensos e diabéticos as de maior número e de maior necessidade de atenção, porém a que mais nos chamou a atenção foi o crescimento desordenado das famílias, ou seja, o alto número das gestações não planejadas. Observamos que a falta de informações e diálogo no ambiente familiar, a atividade sexual precoce são fatores que favorecem o aumento deste quadro em nossa comunidade, além de percebermos que as famílias de maior "poder aquisitivo" são as mais conscientizadas, enquanto as famílias que possuem menor renda detêm menos informação e representam a maior incidência deste quadro.

A gravidez não é um mal e sim um acontecimento extraordinário do ser humano, que quando planejada pode trazer grande felicidade para ambas as partes. Porém uma gravidez não planejada pode mudar totalmente o destino de uma vida.

OBJETIVO

Temos como objetivo a conscientização por parte das famílias, visando maior esclarecimento no que diz respeito às atividades sexuais, tendo por necessidade o alcance de crianças, jovens de ambos os sexos e mulheres de idade avançadas além de aumentarmos o conhecimento sobre DST e AIDS.

METODOLOGIA

Elaboramos um questionário para melhor avaliarmos o perfil de cada família e de cada gestante encontrada para que com base nestas informações possamos atender as necessidades básicas de saúde. Neste levantamos as seguintes informações:

1. Já participou de algum grupo de palestra sobre Planejamento Familiar?

2. Você e sua família têm acesso a informações sobre Métodos Contraceptivos?
3. Você já utilizou algum método? Qual?
4. Existe diálogo em família sobre o tema?
5. Sua gravidez foi planejada? Você estava preparada para ter um filho agora?
6. Qual foi o impacto em sua família diante desta gravidez?
7. Com base nos diálogos em família, você se julga informada aos riscos de DST /AIDS?
8. O pai da criança está oferecendo apoio necessário?

RESULTADOS

Com base nos dados cadastrais de famílias assistidas e respostas obtidas através do questionário, obtivemos os seguintes resultados:

Com um total de 300 famílias que compreende 15 conjuntos de uma quadra residencial em Veredas II observamos que 5% das famílias cadastradas havia pelo menos 01 caso de gravidez não planejada, sendo que 3% delas dizem que não obtiveram informações adequadas para não entrarem nesta estatística. Os 2% restantes demonstraram-se conscientes, porém alegam descuido ou negligência no uso dos métodos contraceptivos.

De acordo com os dados obtidos observamos que dos 5%, um total de 3% era menor de 20 anos. Relatarem também terem recebido apoio na grande maioria dos pais para manterem a gestação. Obtivemos também a informação que em 3% dos casos o pai da criança não ofereceu total apoio durante a gestação.

CONCLUSÃO

Diante do resultado da pesquisa a equipe esta sensibilizada a elaborar um trabalho baseado no tema com busca de parcerias entre Escolas e Unidade de Saúde no âmbito de conscientização sobre o Planejamento Familiar, DST/AIDS, com a expectativa de obtermos melhores resultados, ampliando também esse Projeto para Entidades Religiosas, Projetos Sociais, Associações e até mesmo ONGS melhorando também a qualidade de vida da população.



AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA PROPOSTA INOVADORA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS.

Autor principal: Iramar Santana dos Santos

Outros Autores: Alaíde Ramos Amasonas; Tony da Silva Ferreira; Gilvânia

Correia de Lima; Maria da Natividade Cardoso Silva

Instituição: Prefeitura Municipal de Duque de Caxias / Secretaria Municipal de Saúde/ Coordenadoria do programa de Saúde da Família

Município: Nova Iguaçu

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Saúde da Família se conforma numa estratégia que prioriza ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas tendo como eixo norteador os princípios doutrinários do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade. Com base no princípio da Integralidade, ações de educação em saúde devem ser implementadas com foco na promoção da saúde e na participação da comunidade. A convivência dos profissionais com o dia a dia da comunidade favorece o desencadear de mudanças significativas na forma como perceber o processo saúde-doença. A equipe multiprofissional mínima que atua no Programa de Saúde da Família (PSF) é composta por enfermeiro, médico, odontólogo, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e agentes comunitários de saúde (ACS). O ACS, por atuar no território em que reside, funciona como uma ponte entre a equipe e a comunidade. Por estar em contato permanente com as famílias é ator estratégico para reforçar as ações educativas integrando o saber popular ao conhecimento científico. Engajado nesta proposta a equipe multiprofissional do Programa de Saúde de Família do município de Duque de Caxias desenvolve rotineiramente atividades educativas coletivas junto às famílias adscritas. O desenvolvimento de tais práticas permite intercalar momentos de individualidade, coletividade, poder, conhecimento, trocas e aprendizagem, constituindo espaços de cidadania e participação, permitindo o exercício de ouvir, escutar, discutir, dar voz, considerar e repensar, instrumentalizando os participantes para o autocuidado propiciando assim mudanças de atitudes e práticas em saúde.

OBJETIVO

Descrever proposta de atividade coletiva, dinamizada por agentes comunitários de saúde, em 5 equipes de Saúde da Família da localidade Jardim Gramacho, em Duque de Caxias.

METODOLOGIA

Em junho de 2005 a coordenação do PSF do município de Duque de Caxias realizou oficina com as 5 equipes de profissionais do Saúde da Família que atuam no Bairro Jardim Gramacho com o propósito de consensuar outros modelos de se implementar ações educativas de cunho coletivo na localidade. A oficina foi composta de duas etapas: um primeiro momento onde esclareceu-se a todos os profissionais conjuntamente os objetivos e metodologia do trabalho a ser realizado, discutindo-se como dinamizar as ações educativas considerando as já realizadas e aquelas a serem incluídas, e de que forma se daria o envolvimento do agente comunitário de saúde. Foram propostos 15 assuntos a serem trabalhados, a saber: gestação, puerpério, aleitamento materno, saúde da criança, vigilância nutricional, adolescência, diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase, atenção aos deficientes físicos, acamados e seus familiares, obesidade, prevenção de acidentes, atenção ao escolar, 3ª idade. Num segundo momento do mesmo dia os profissionais reuniram-se por equipe, dividindo os temas trabalhados entre os agentes comunitários de Saúde por até 3 assuntos para cada agente. Nessa proposta, os agentes comunitários ficam responsáveis, sob apoio técnico dos demais profissionais da equipe, por planejar e desenvolver ações de educação em saúde na unidade ou na comunidade da área adscrita, explorando os temas a eles delegados.

PRODUTO

As ações educativas passaram a ocorrer de forma mais freqüente e com programação sistemática. Observou-se também uma maior variação das técnicas pedagógicas utilizadas incluindo grupos, gincanas, caminhadas entre outras modalidades. Também verificou-se um fortalecimento das relações entre os profissionais e familiares. Embora ainda em caráter preliminar, parece que a implementação das ações nessa nova modalidade produziu maior



motivação dos profissionais principalmente o ACS conduzindo a uma maior adesão das famílias às atividades desenvolvidas.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Como fator facilitador tem-se verificado que a modulação das atividades por grupo de agentes comunitários dissolveu responsabilidades e propiciou um maior entrosamento e troca de saberes entre os profissionais. Os agentes comunitários de saúde das várias equipes do PSF do Jardim Gramacho passaram a atuar muitas vezes conjuntamente desde o planejamento até a execução das ações, gerando um maior intercâmbio entre as 5 equipes e possibilitando enriquecer as práticas educativas desenvolvidas junto aos familiares, contemplando de forma mais abrangente os diversos aspectos do cuidado em saúde. Como fator dificultador verificou-se que o quantitativo de recursos pedagógicos disponíveis passou a ser insuficiente para dar conta da maior variabilidade de atividades educativas que passaram a ser desenvolvidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia proposta parece ter motivado as equipes, principalmente a figura do agente comunitário de saúde no desenvolvimento de práticas de educação em saúde de cunho coletivo e, conduzido a uma maior participação da população às ações propostas.



CONSTRUINDO A PARTICIPAÇÃO CIDADÃ DO IDOSO: GARANTINDO DIREITOS; CONQUISTANDO QUALIDADE DE VIDA FÓRUNS 2005

Autor principal: Iride Cristofoli Caberlon

Outros Autores: Jussara Rauth da Costa; Andrea Castiglia; Sérgio Antônio Carlos e Décio Scaravaglioni

Instituição: Secretaria Estadual de Saúde -Departamento de Ações em Saúde-Seção de Saúde do Idoso; Secretaria do Trabalho; Cidadania e Assistência Social; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; SESC- Maturidade Ativa; Escritório Portanova Advogados Associados

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

A implantação e a implementação das Políticas de Atenção ao Idoso nas três esferas de governo se desenvolvem pelo estabelecimento de vários mecanismos e estratégias, onde destaca-se principalmente a dotação orçamentária e financiamento, decisão política de seus gestores, nas três instâncias governamentais, comprometimento e capacitação dos profissionais que atuam nos serviços, participação efetiva dos próprios idosos, famílias, instituições governamentais e não governamentais e sociedade. O Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03) tornou-se um novo instrumento jurídico importante na implementação das Políticas Públicas de Atenção ao Idoso, exigindo dos gestores e de todos os atores envolvidos com a Atenção Integral do Idoso novos papéis e responsabilidades. As Secretarias Estaduais de Saúde, de Cidadania, Trabalho e Assistência Social, através do Departamento de Ações de Saúde- Seção da Saúde do Idoso e do Departamento de Cidadania-Coordenação Estadual da Política do Idoso realizaram em 2005, 8 Fóruns Regionais em parceria de co-promoção com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, Serviço Social do Comércio-SESC-Clube Maturidade Ativa e Escritório Portanova Advogados Associados para atender os objetivos que seguem: contextualizar a evolução da garantia dos direitos dos idosos, através da legislação vigente e divulgar o Estatuto do Idoso enquanto instrumento legal, nos municípios. Os fóruns tiveram início em abril e conclusão em novembro de 2005, nos quais trabalhou-se concomitantemente os públicos a saber: gestores municipais ou profissionais representantes, coordenadores dos grupos de convivência e idosos de cada região. Para os gestores, a capacitação ocorreu das 9:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:00 horas e para os Coordenadores dos grupos de idosos das 9:00 às 12:00 horas. Na parte da tarde das 14:00 às 16:30 horas, realizou-se o painel intitulado: "A trajetória dos Direitos Sociais e o Idoso", nas quais os painelistas fazem uma retrospectiva histórica sobre as conquistas dos direitos sociais, cidadania, legislação e o idoso; legislação do idoso; organização social e mais recentemente o Estatuto do Idoso e seus principais artigos; realidades e

possibilidades de cumprimento. Os Fóruns foram realizados nas datas e locais como segue: 27 de abril-Santana do Livramento, 18 de maio-Torres, 15 de junho-Carazinho, 02 de setembro-Santo Angelo, 28 de setembro-Porto Alegre, 26 de outubro-Santa Maria, 30 de novembro-Rio Grande. A realização dos 8 Fóruns Regionais em 2005, totalizando 97 municípios representados por 236 coordenadores de idosos, 197 gestores municipais e 2000 idosos, dos quais evidenciou-se como resultados a fragilidade das ações voltadas para atenção ao idoso. Fragilidade esta, agravada pelo fato de sermos o segundo Estado Brasileiro em números de idosos e o primeiro em expectativa de vida, cuja constatação nos é dada pelas projeções do IBGE para 2005 onde tínhamos a seguinte distribuição de idosos nos 496 municípios do Estado: 69 municípios possuem até 10% de pessoas idosas, 268 municípios possuem entre 10% e 13%, 136 municípios possuem entre 14 e 17%, 15 municípios possuem até 18% e 21% e 8 municípios possuem acima de 22%. Isto nos permite inferir que 86,09% do total de municípios, apresentam percentual igual ou superior a 10% de população idosa. De acordo com a ONU, ultrapassar o percentual de 7%, já colocaria o Estado em sinal de alerta, requerendo injeção privilegiada de recursos para execução de ações, especialmente sobre as políticas nas quais mais incidem o envelhecimento ou seja, Assistência Social, Saúde, Educação e Previdência Social. Outros aspectos de relevância foram falta de conhecimento e de gerenciamento da realidade municipal por parte dos gestores e dos responsáveis técnicos, a grande maioria dos municípios tem as áreas de assistência social e saúde centralizadas numa mesma secretaria, e no entanto, as ações são individualizadas e desarticuladas, fragilização dos serviços da rede de promoção, proteção e defesa do idoso e por fim as ações desenvolvidas nos municípios são insuficientes e ou pouco qualificadas atendendo com baixa resolutividade a demanda dos idosos e suas famílias. Diante destes resultados recomenda-se aos gestores estaduais urgência na adoção do Plano de Ação Integrada, como forma de fazer com que os Municípios instituem suas Políticas Municipais de Atenção ao Idoso; fortaleçam programas permanentes,



abrange e efetivos em resposta as necessidades dos Idosos nas diferentes áreas setoriais; instituam Programas Permanentes de Capacitação e Reciclagem de Recursos Humanos diversificados; estabeleçam dotações orçamentárias específicas nas diferentes políticas setoriais; desenvolvam ações e serviços efetivos para enfrentamento da violência contra o idoso; criem mecanismos de controle social, como os Conselhos Municipais do Idoso, Conferências, Fóruns, Jornadas e outros.



PROJETO CIDADÃOS CANTANTES

Autor principal: Isabel Cristina Lopes

Outros Autores: Julio Cezar Giudice Maluf; Tatiana Alves Bichara

Instituição: Centro de Convivência e Cooperativa - CECCO Pq. Ibirapuera

Município: São Paulo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O Projeto Cidadãos Cantantes nasce em 1992, como parte da rede pública de saúde municipal de São Paulo, numa perspectiva antimanicomial. Posteriormente vincula-se à Associação SOS Saúde Mental, Ecologia e Cultura em parceria com o Centro de Convivência e Cooperativa – CECCO Pq. Ibirapuera - SMS e com apoio do CCSP- Centro Cultural São Paulo – SMC. Caracteriza-se como política pública intersetorial, em defesa do direito à cidadania plena, ao acesso de todos. Ocorre semanalmente no CCSP, um rico território da diversidade social e da condição humana onde reúne um grupo diferenciado de pessoas, muitas frequentadoras dessa região central da cidade, entre elas o portador de sofrimento mental, de HIV positivo, o deficiente, a vítima de violência, o usuário de drogas, que se mistura ao estudante, ao idoso, à dona de casa, ao artista, ao desempregado, ao ambulante, ao jovem, ao professor, ao aposentado. A partir do interesse pelas linguagens artísticas, constituem-se os grupos heterogêneos, não caracterizados pela identidade nosológica ou grau de vulnerabilidade social de seus integrantes.

JUSTIFICATIVA

Frente à precariedade, nas políticas públicas, em incluir o mundo subjetivo como aspecto da integralidade em saúde, o Projeto busca desconstruir formas de estigmatização e institucionalização da diversidade, demonstrando e incentivando abordagens intersetoriais e transdisciplinares de grupalização em *não-guetos*. Trabalha um novo paradigma de saúde, na medida que associa saúde à perspectiva de desenvolvimento de potencial Criativo e Ativo, sobretudo dos segmentos populacionais marcados pela vulnerabilidade social e de saúde, a fim de promover encontros da diversidade que qualifique as relações entre os humanos e com o meio ambiente. Promove acesso aos nexos causais que determinam formas de adoecer e morrer destes segmentos e com isso favorece a instalação de novos recursos individuais e coletivos de autonomia, criatividade, auto-estima, solidariedade, e mudança de hábitos, princípios fundamentais a um ser saudável.

OBJETIVOS

Integrar complementarmente a rede de atenção do SUS qualificando-a em seu caráter intersetorial e transdisciplinar, por meio de ações artísticas e manejo grupal cuidador na mediação de conflitos, em espaço cultural, para grupos heterogêneos, ampliando o conceito de integralidade em saúde, que inclua a emancipação, o pertencimento, a potência criativa, a participação, o trânsito, a qualificação do lugar existencial e a ampliação de laços sociais como indicadores de saúde, sobretudo para os segmentos populacionais em vulnerabilidade. É objetivo desse trabalho desenvolver a capacidade de ouvir, falar e agir no intuito de promover o desenvolvimento humano, a sociabilidade, a troca de saberes e a qualidade de vida.

METODOLOGIA

Pelo trabalho de grupalidade heterogênea em espaço público de cultura busca-se a convivência entre população vulnerável e geral, que acessa com equidade, mobilizada pela proposta artística, em espaço não marcado pela dor ou doença. O público atingido é composto por pessoas que são encaminhadas pelos serviços de saúde, de educação ou atraídas pela agenda cultural da cidade ou pelo “boca a boca”. Estes interessados são acolhidos em ensaios abertos três vezes por semana, passam por uma entrevista no CECCO Ibirapuera, com abertura de prontuário e acompanhamento quanto ao grau de envolvimento e satisfação. A equipe que favorece a transdisciplinariedade do Projeto é formada por profissionais de saúde – psicólogos, terapeutas – e profissionais da cultura – músico-regente, diretor de teatro e professora de dança – em atuação integrada na perspectiva do processo de criação se dar a partir da construção de um projeto coletivo, no qual cada cidadão se reconheça em sua trajetória e interesses. No manejo grupal trabalha-se com a metodologia de grupos operativos, cuja tarefa media o funcionamento do grupo. Ao final de cada “ensaio” semanal abre-se para a roda de conversa em que se trabalha mais aprofundadamente os conflitos relacionais que a diversidade provoca, numa perspectiva de “clínica ampliada”, em que emergem preconceitos, delírios, disputas, mas também solidariedade, responsabilidades e construção de vínculos. Neste momento desdobram-se os processos de referência e contra-



referência para uma rede de cuidados que criam a malha de sustentabilidade do princípio da integralidade em redes de atenção à saúde, à educação, cultura, trabalho e direitos, articuladas conjuntamente com o CECCO Pq. Ibirapuera.

RESULTADOS

Os resultados detectados nesses quase quinze anos de existência do Projeto estão na grande circulação de pessoas que frequentam em busca de construção de sentido para suas vidas. Realizamos uma média de 12 apresentações/ano em feiras, hospitais, empresas, simpósios, teatros. Desde 1997, anualmente realizamos no Centro Cultural São Paulo os Encontros Musicais pela Cidadania Plena, que agregam diversas manifestações artísticas em torno da questão da diversidade e da Luta Antimanicomial, com aproximadamente 400 espectadores. Muitos Cidadãos Cantantes passam a transitar pela malha urbana, pertencentes e autônomos, vêm nos visitar e contar seus feitos, ampliam seus laços sociais, desempenham e ocupam novos papéis e lugares existenciais. Muitos alteram uma identidade antes adjetivada de louca, aidética, pobre e adquirem um estatuto de cidadão criativo, fazedor de obra artística, que qualifica a auto-estima, a relação com o coletivo e com a família. Observou-se com frequência entre os mais vulneráveis em saúde: diminuição de medicações, de crises e internações psiquiátricas, maior efeito dos coquetéis para HIV, maior aderência aos tratamentos de saúde, retorno à escola, interesse por projetos de geração de renda, valorização do bem comum, participação em movimentos sociais, construção de projetos de vida, com prazer e fruição.

Essa usina de produções e ofertas para onde migram semanalmente mais de uma centena de jovens e adultos de regiões periféricas, constitui um cenário de acesso ao protagonismo cultural e construção de um novo paradigma de saúde que desejamos possa inspirar a multiplicação de projetos como este para que a vida seja mais saudável. Esperamos que hegemonicamente os gestores de saúde reconheçam a intersectorialidade como uma potente chave para o SUS e que destinem orçamento, atenção, pesquisa e vontade política, essa sim, nossa maior dificuldade



EM BUSCA DE UMA IDENTIDADE

Autor principal: Ivie Fraga Coelho e Coelho

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Salinas da Margarida

Município: Salinas da Margarida

Estado: Bahia

A adolescência é um estágio da vida desafiador e algumas vezes difícil. É acima de tudo um período de mudança física, sexual, psicológica e cognitiva, bem como demandas sociais.

Stanley Hall, pai do estudo científico da adolescência, a identificou como uma etapa marcada por tormentos e conturbações vinculadas à emergência da sexualidade.

São muitos os adolescentes que se tornam delinqüentes. O álcool e o uso de drogas, problemas escolares, fugas de casa e sentimentos da alienação e falta de orientação são excessivamente comuns.

Este adolescente, também precisa desenvolver gradualmente uma filosofia de vida e senso de identidade. Com isso, o programa objetiva oferecer ao indivíduo jovem, uma melhor qualidade de vida, através da valorização de sua história de vida, das suas potencialidades, resgatando a sua auto-estima, promovendo a sua discussão quanto ao exercício de cidadania, estimulando o comportamento de solidariedade grupal, promovendo o auto-conhecimento, em prol de prevenir e promover a Saúde da Adolescente.

O programa utiliza como método o Construtivismo. Método no qual possibilita aos jovens o momento de reflexão e ao mesmo tempo de construção da sua identidade. São realizadas palestras em Educação em Saúde para o controle de métodos contraceptivos e distribuição de condons, treinamento e orientação para os ACS(agentes comunitários de saúde) das unidades como agentes multiplicadores,; e reuniões e oficinas com os adolescentes e elaboração de relatórios mensais das atividades desenvolvidas.

Durante a implantação e implementação do programa no município, os resultados lançados encontram-se de forma positiva, ocupando o 1.º lugar dos onze municípios pertencentes a 4.ª DORES. Foi alcançada a meta para garantir e manter o controle e a distribuição dos métodos contraceptivos e condons para os adolescentes cadastrados. As palestras foram realizadas com êxito. Os relatórios mensais são entregues em dias. Os encontros com os jovens realizados quinzenalmente por área de acordo com a distribuição geográfica dos ACS. Foi priorizado um dia na semana para os atendimentos individuais dos adolescentes pela Terapeuta Ocupacional responsável pelo programa. Foram montadas peças teatrais educativas dos ACS das unidades. Com os avanços, foram

formados dois grupos fixos de jovens como agentes multiplicadores. Estes realizam o protagonismo juvenil, estudos de casos com temas que enfatizam os riscos aos adolescentes, atividades terapêuticas e de lazer.

Com isso, vem ocorrendo a redução da evasão escolar, fugas de casa, gravidez indesejada, maior consciência e resistência ao consumo de drogas e incentivo de prevenção contra as DST's. O programa também vem sensibilizando gradativamente a comunidade e os responsáveis, para que trilhem brilhantes caminhos em busca de uma identidade.



SERVIÇO DE REABILITAÇÃO NEUROPEDIÁTRICA

Autor principal: Jacqueline do Carmo Reis

Outros Autores: Nuno Antônio Moreira Lages; Danielle Ferreira e Sá; Eline Neves Cruz; Tatiana Roberta Bogutchi; Marielba Amaral Ramos

Instituição: Centro de Referência em Reabilitação "Anderson Gomes de Freitas"

Município: Betim

Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Implantado em outubro de 1998 inicialmente com o nome de Serviço de Estimulação Precoce, o serviço de Neurologia Infantil está vinculado ao Centro de Referência em Reabilitação Anderson G. de Freitas pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Surgiu de uma antiga reivindicação da APAE e da CAAPD (coordenadoria de apoio e assistência ao portador de deficiência para que Betim oferecesse de forma sistematizada e regular um atendimento às pessoas portadoras de necessidades especiais, com ênfase para as crianças.

O serviço é composto por equipe multidisciplinar constituído de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social. Atende crianças de 0 a 6 anos de idade portadoras de seqüelas neurológicas e síndromes genéticas residentes no município de Betim/MG. Atualmente 1018 crianças encontram-se inscritas na unidade.

Os pacientes são acolhidos no serviço através de referenciamento ou demanda espontânea e, quando necessário, são encaminhados a outros especialistas da rede.

O objetivo do serviço é prestar atendimento integral e humanizado às crianças e suas famílias, visando a potencialização de suas habilidades, prevenindo a acentuação das seqüelas tornando-as o mais independentes possíveis e melhorando sua qualidade de vida.

OBJETIVOS / PROPÓSITOS

- a) Prestar assistência interdisciplinar em reabilitação;
- b) Informar e orientar os usuários/familiares/cuidadores sobre o processo terapêutico e patologias.
- c) Co-responsabilizar as famílias pelo tratamento, estreitando o vínculo usuário/família/serviço, focando uma melhor qualidade de vida
- d) Possibilitar o resgate da autonomia e independência dos usuários;
- e) Estimular a reestruturação da dinâmica social, familiar e comunitária;
- f) Estimular a utilização dos espaços públicos, culturais e de lazer; através de uma assistência integral e integrada com a população

METODOLOGIA

- g) Atendimento ambulatorial, individual e/ou em grupo em Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e a assessoria do Serviço Social;
- h) Grupo de apoio e orientação aos familiares;
- i) Realização de acolhimento e visitas domiciliares
- j) Encaminhamento para outras unidades da rede de saúde, creches e escolas
- k) Realização de atividades externas e comemoração de datas festivas;
- l) Realização de palestras para educadores da Secretaria de Educação com o objetivo de informar sobre o desenvolvimento infantil;
- m) Realização de reuniões semanais de equipe para discussão de casos e definição de condutas do serviço;
- n) Instituição do protocolo de atendimento do serviço;

PRODUTOS/RESULTADOS ALCANÇADOS

- o) Ausência de fila de espera com 100% da demanda acolhida absorvida;
- p) Atendimento humanizado, atuando conjuntamente os familiares/cuidadores;
- q) Realização de trabalho em equipe interdisciplinar;
- r) Favorecimento da inclusão social através das atividades externas, das festas em datas comemorativas e encaminhamentos para creches e escolas.
- s) Capacitação de educadores infantis para lidar com EDUCAÇÃO INCLUSIVA no que se refere a estimulação da criança deficiente no ambiente escolar.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Facilidades

- t) Obtenção informal dos objetivos traçados pelo serviço
- u) Efetividade da participação dos familiares e/ou responsáveis frente ao tratamento, através do vínculo construído
- v) Atendimento humanizado, alcançando maior proximidade do paciente/família/profissionais



w) Cumprimento da integralidade das ações e serviços de saúde em tempo reduzido

Dificuldades

x) Verifica-se a necessidade da implementação de avaliações padronizadas, periódicas para validação quantitativa.

y) Precariedade em recursos e materiais para auxiliar condutas terapêuticas e demora na obtenção de resultados de exames necessários para definição de conduta.

z) Deficiência cultural para compreensão das patologias e condutas, por parte de certos familiares com níveis sócio/culturais mais baixos.

h) Dificuldade de acesso aos médicos neuropediatras para discussão de casos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos propostos pelo Serviço de Neuropediatria pelo Centro de Reabilitação Anderson Gomes de Freitas, Betim/MG de prestar assistência em reabilitação com excelência técnica, visão integral, humana e ética; auxiliando na independência, funcionalidade e inserção social contribuindo para a melhoria na qualidade de vida, são conquistados no dia-a-dia da prática profissional de cada ator da equipe mencionada.

CÁRIE ZERO NO PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL VEREDAS I

Autor principal: Jane Akemi Nonaka Aravéchia

Outros Autores: Rosilene Pereira dos Santos; Eliete Rodrigues dos Reis; Andrea Cordeiro Van Erven; José Carlos Aravéchia; Maria Aparecida Nunes; Franco Fisher Ferreira de Sousa; Luciano Ribeiro Macedo de Araújo; Jeane Ludovico Mariano; Makissoel Souza de Araújo

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

A região administrativa de Brazlândia está situada no Distrito Federal e sua comunidade é atualmente atendida por 05 (cinco) equipes do Programa Família Saudável (PFS) e 02 (duas) equipes de PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde).

A equipe de Veredas I acompanha as quadras 03(três), 05(cinco) e 06(seis) do Setor Veredas e iniciou suas atividades em fevereiro de 2004 contando com uma Equipe de Saúde Bucal que posteriormente veio a acompanhar também a Equipe de Veredas II.

Segundo a política de Saúde Bucal do Distrito Federal, as atividades em saúde bucal, são contempladas com ações de caráter coletivo e atendimento por grupos etários e programas específicos da Rede de Serviços da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e seus parceiros, dentre estes, o PFS.

Entre as ações de caráter coletivo estão a fluoretação das águas de abastecimento público, educação em Saúde Bucal (Programa de Educação em Saúde Bucal para diferentes grupos etários, priorizando o grupo de gestantes e as crianças de 0 a 6 anos), integralização das atividades distritais (formular as diretrizes das ações integradas ao SUS-DF) e vigilância em saúde (constituir grupo tarefa para formular as diretrizes sobre o diagnóstico distrital de Saúde Bucal e o seu acompanhamento para estabelecer os grupos de risco na atenção em saúde bucal, etc)

Quanto ao atendimento através de programas específicos, a comunidade é acolhida levando-se em consideração os grupos etários, sendo crianças de 0 a 6 anos acompanhadas pelo Programa Cárie Zero; escolares de 7 a 19 anos atendidos pelo Programa de Saúde Bucal e o Programa de Saúde Bucal do Adulto acolhendo adultos com 20 anos ou mais.

O Programa Cárie Zero do PFS do Setor Veredas I em seus dois anos de atendimento, vem realizando a captação de suas crianças através dos grupos de gestantes, onde as futuras mães são orientadas a levarem seus filhos a Odontologia logo após o nascimento; através de visitas domiciliares às puérperas; busca ativa pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de crianças oriundas de outras localidades e grupos de Crescimento e Desenvolvimento (CD)

A presente análise tem como finalidade verificar o andamento deste programa, avaliando seus resultados, determinando dificuldades, mudanças caso haja necessidade e com o objetivo de atender demandas curativas necessárias.

A metodologia utilizada foi a análise de prontuários de todas as crianças nascidas desde janeiro de 2004 e inscritas no Programa Cárie Zero e atualização das consultas atrasadas de algumas crianças. As crianças do programa estão cadastradas no Livro de Cárie

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

CÁRIE ZERO NO PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL VEREDAS I

ARAUJOBA, Jane Akemi Nonaka
ARAUCOBA, José Carlos

Introdução

O Brasil apresenta o segundo maior índice de Cárie em crianças de 5 a 12 anos de idade no mundo. Segundo a OMS, há uma tendência mundial de aumento da prevalência de cárie em crianças, sendo que a maioria das crianças brasileiras apresenta cárie antes dos 5 anos de idade. O Brasil, de acordo com a OMS, apresenta o maior índice de cárie em crianças de 5 a 12 anos de idade no mundo.

O Programa Cárie Zero do PFS do Setor Veredas I em seus dois anos de atendimento, vem realizando a captação de suas crianças através dos grupos de gestantes, onde as futuras mães são orientadas a levarem seus filhos a Odontologia logo após o nascimento; através de visitas domiciliares às puérperas; busca ativa pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de crianças oriundas de outras localidades e grupos de Crescimento e Desenvolvimento (CD)

Objetivo

Realizar o diagnóstico de cárie em crianças de 0 a 6 anos de idade, visando a identificação dos grupos de risco e a implementação de ações preventivas e curativas.

Metodologia

A metodologia utilizada foi a análise de prontuários de todas as crianças nascidas desde janeiro de 2004 e inscritas no Programa Cárie Zero e atualização das consultas atrasadas de algumas crianças. As crianças do programa estão cadastradas no Livro de Cárie

Resultados

Foram analisados 100 prontuários de crianças nascidas desde janeiro de 2004 e inscritas no Programa Cárie Zero. Os resultados mostram que a maioria das crianças apresenta cárie antes dos 5 anos de idade, sendo que a maioria das crianças apresenta cárie antes dos 2 anos de idade.

Conclusão

O Programa Cárie Zero do PFS do Setor Veredas I em seus dois anos de atendimento, vem realizando a captação de suas crianças através dos grupos de gestantes, onde as futuras mães são orientadas a levarem seus filhos a Odontologia logo após o nascimento; através de visitas domiciliares às puérperas; busca ativa pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de crianças oriundas de outras localidades e grupos de Crescimento e Desenvolvimento (CD)



Zero do Setor Veredas I, contendo dados como nome, endereço, data de nascimento, idade em que compareceu a primeira consulta, tipo de aleitamento, hábitos sugatórios, as datas das consultas de acompanhamento e aplicação tópica de flúor. Paralelamente, solicitou-se aos ACSs visitas domiciliares a estas crianças para verificar possíveis mudanças de endereço e convidando as genitoras a comparecerem a Unidade de Saúde para as consultas.

Como resultado, observou-se que 86(oitenta e seis) crianças, nascidas a partir de janeiro de 2004, iniciaram o Programa Cárie Zero no PFS Veredas I. Deste total, 20(vinte) crianças mudaram de endereço e 02(duas) passaram a freqüentar o Cárie Zero em outras localidades. Sendo assim, 74,4% das crianças iniciais, contabilizando um total de 64, estão ativamente do programa. No entanto, 16 crianças, perfazendo um total de 25% não estão em dias com suas consultas. As demais, que representam 75%, ou seja, um total de 48 de crianças estão ativamente freqüentando as consultas e suas mães assistindo as palestras sobre a importância do Programa Cárie Zero. Dezenove(19) crianças faziam uso de chupetas e 04(quatro) bebês sugavam o dedo, contabilizando um total de 29,7% de crianças com hábitos sugatórios detectados na primeira consulta. Após orientações, 03(três) mães conseguiram tirar as chupetas de seus filhos. Entretanto, uma criança, que antes não apresentava hábito sugatório passou a usar chupeta. A média de idade em que estas crianças iniciaram as consultas no programa é de 04(quatro) meses. O número de consultas de cada criança é variável de acordo com suas idades: 19 crianças compareceram a 01(uma) consulta, 32(trinta e duas) tiveram 02(duas) consultas, 11(onze) crianças já estão na terceira sessão, 01(uma) delas teve 04(quatro) atendimentos e 01(uma) criança já foi atendida 06(seis) vezes. Através de exames clínicos, detectou-se que duas(02) irmãs gêmeas apresentaram cáries após a ausência em duas consultas consecutivas e outra criança apresenta manchas brancas.

Conclui-se que uma das maiores dificuldades no acompanhamento das crianças no Programa Cárie Zero está na alta rotatividade da comunidade de Veredas e na ausência as consultas. Neste ultimo caso, a conscientização é fundamental e para isto são importantes as orientações durante os atendimentos nos grupos e nas visitas domiciliares dos ACSs. Nos dois casos, a equipe de Veredas vem sendo prejudicada pela ausência do profissional médico, na alta rotatividade dos enfermeiros e na demissão de vários ACSs, causando solução de continuidade nas atividades.

Como resultado desta apreciação, as duas irmãs já foram encaminhadas para a Clínica de Especialidades Odontológicas(CEO) para serem atendidas na odontopediatria devido a tenra idade e por não serem receptivas ao atendimento na Unidade PFS, a criança com manchas brancas receberá atendimento clínico com instituição de fluoroterapia e continuaremos investindo na conscientização de nossa comunidade em relação a importância do Programa Cárie Zero

durante as reuniões de grupos. Ressaltaremos também a seriedade do papel do ACS na busca ativa das crianças e na orientação e conscientização de nossa população quanto a sua co-responsabilização na saúde bucal de nossas crianças.



O SERVIÇO DE TRIAGEM COMO FORMA DE ACOLHIMENTO NUM HOSPITAL DE ENSINO

Autor principal: Jane Mary Rosa Azevedo

Outros Autores: Maria Alves Barbosa

Instituição: Hospital das Clínicas da UFG

Município: Goiânia

Estado: Goiás

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás foi implantado em 1998, com o intuito de atender de forma mais organizada e humana, os usuários que procuravam a unidade para solução de seus problemas de saúde. Em março de 2005 o serviço passou a ser denominado Serviço de Acolhimento com Classificação de Risco, seguindo as diretrizes da Política Nacional de Humanização. Reveste-se de importância porque contribui para o resgate da cidadania, acolhimento e avaliação do estado de saúde do usuário, promovendo encaminhamentos adequados.

OBJETIVO

Discutir o Serviço de Triagem resultante da reorganização institucional que busca atender necessidades individuais e que se insere na política vigente de saúde.

METODOLOGIA

Optou-se pela pesquisa de natureza descritiva com abordagem qualitativa do tipo Estudo de Caso, para tratar o assunto. Os sujeitos do estudo foram constituídos por gestores estaduais e municipais (4), gerentes do Hospital das Clínicas (3), usuários atendidos no Serviço de Triagem/HC (66) e integrantes da equipe do Serviço de Triagem (12). Para a coleta de dados, realizada pela pesquisadora, utilizou-se como instrumento a entrevista semi-estruturada. As questões abordadas com os gestores de saúde do estado, município, gerentes e equipe do serviço de Triagem/HC/UFG se referiam ao seu conhecimento em relação ao funcionamento do serviço e suas percepções da Triagem para o Serviço de Saúde. Também foram investigadas quanto à contribuição com os princípios e diretrizes do SUS. Para os usuários a questão norteadora foi: quais são as suas percepções quanto ao atendimento recebido por você no Serviço de Triagem do HC/UFG. O projeto foi desenvolvido após a sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.



RESULTADOS

Os dados encontrados foram agrupados conforme a semelhança dos significados das percepções dos entrevistados e organizados em categorias de análise. Foram estabelecidas quatro categorias: a) Serviço de Triagem e a operacionalização do SUS, que discutiu seus princípios e diretrizes. Nesta categoria foram trabalhadas as percepções sobre o Serviço de Triagem que faziam uma aproximação com a universalidade, equidade, integralidade,



descentralização, hierarquização, resolutividade, acesso e participação da comunidade; b) Percepções dos gestores e equipe do Serviço de Triagem, que abordaram aspectos relacionados com o Serviço de Triagem. Foram trabalhados os dados relacionados com as percepções dos sujeitos quanto as funções do Serviço de Triagem incluindo: conceito, organização, acolhimento, humanização, capacitação profissional e trabalho em equipe; c) Estratégias que contribuem para o redirecionamento do SUS, que trabalhou as recomendações dos entrevistados para uma melhoria no sistema de saúde. Considerou que uma nova organização do Serviço de Saúde implica na utilização de recursos que possam viabilizar o sistema de saúde de maneira que haja uma estrutura organizacional que assegure o acesso universal aos serviços e promovam transformações nas práticas assistenciais. d) Percepções dos usuários quanto ao atendimento recebido no Serviço de Triagem – HC. Nesta categoria foram abordadas as percepções quanto aos aspectos: satisfação, rapidez no atendimento, resolutividade e a humanização que foi destacada pela maioria dos usuários.

APRENDIZADO COM A VIVENCIA

As facilidades encontradas referem-se ao desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais de saúde tais como acolhimento, vínculo, responsabilização, compromisso e comprometimento com a população, a infra-estrutura física e uma equipe multiprofissional capacitada; e a dificuldade refere-se à adaptação ao novo modelo assistencial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço de Triagem, tal como implementado trabalha na linha do acolhimento preconizada pelo Ministério da Saúde, mas precisa melhorar a resolutividade. Além disto, contempla os princípios e diretrizes do SUS, que a satisfação do usuário está relacionada com as características facilitadoras do atendimento e com a qualidade do serviço prestado. Considera-se que a responsabilidade, vínculo, abordagem dos utentes em todo o processo de recuperação, resolução e integração ao sistema de saúde são práticas assistenciais que devem ser desenvolvidas pelo serviço. Recomenda-se a implantação de uma unidade da rede básica próxima ao HC, para o primeiro atendimento de emergência, com o intuito de melhorar a resolutividade principalmente no serviço de emergência da instituição. Pensar hoje um novo sistema de saúde, no qual o cliente é o centro de toda atenção, constituiu-se num novo paradigma, no qual estar-se-ia investindo no objeto saúde e não na doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOTH, Cristiane Tovo. A importância da triagem em serviços de emergência. *Mom.& Perspec. Saúde*, Porto Alegre, v. 4, n. 1/2, p. 25-26, jun./dez. 1990.
- BRASIL. Sistema Único de Saúde. Legislação federal e estadual do SUS: SUS é legal. 2000b. p. 11-57.
- BRASIL. A NOAS passo a passo. Brasília: 2001. Nota Técnica.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília, 2002a. 72p. (Série B Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização-HumaizaSUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS: textos Básicos de Saúde. 2. ed. Brasília, 2004b.
- GOIÂNIA (GO). Secretaria Municipal de Saúde. Modelo de distritalização para Goiânia. Goiânia, 1997.
- _____. Projeto de humanização e acolhimento. Goiânia, 2004.



PROGRAMA FITOTERÁPICO FARMÁCIA VIVA

Autor principal: Jaqueline Guimarães de Carvalho

Outros Autores: Lidiane Andrade Vieira; Junia Celia de Medeiros

Instituição: Prefeitura Municipal de Betim-MG

Município: Betim

Estado: Minas Gerais

RESUMO

O “Programa Fitoterápico Farmácia Viva no SUS Betim” foi incorporado ao sistema de saúde pública, visando a promoção do uso racional das plantas medicinais na atenção primária à saúde, resgatando o conhecimento popular, embasado nos conhecimentos científicos.

Tendo como objetivo implantar a fitoterapia como uma nova opção terapêutica no SUS-Betim para:

Resgatar e valorizar a cultura popular no que se refere à utilização de plantas medicinais;

Orientar a comunidade em relação ao uso correto das plantas medicinais, através de palestras educativas, informativos, cartilhas, visitas domiciliares dos ACS e ação da equipe multidisciplinar das Unidades Básicas de Saúde;

Fornecer os medicamentos fitoterápicos para as Unidades Básicas de Saúde dos SUS-Betim.

A primeira etapa do programa foi a realização de uma Abordagem Fitoterápica com aplicação de questionários etnobotânicos, em 3800 usuários do SUS-Betim. A segunda etapa constituiu-se no estudo e seleção das espécies medicinais, considerando a cultura popular, a validação científica e adaptação do cultivo à região. Na terceira etapa, ocorreu a orientação da comunidade quanto ao uso racional das plantas medicinais a partir dos resultados obtidos na pesquisa de abordagem fitoterápica. A quarta etapa da efetivação do programa foi a manipulação dos medicamentos fitoterápicos prescritos por profissionais inseridos no Programa Farmácia Viva, capacitados mensalmente nos encontros de Educação Continuada em Fitoterapia, e a dispensação desses medicamentos nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

A fitoterapia se mostra uma alternativa terapêutica eficiente e viável, pois ao mesmo tempo reduz os custos dos medicamentos em cerca de três vezes e restabelece de forma mais suave e duradoura a saúde do paciente.

INTRODUÇÃO

O uso das plantas medicinais em suas diversas formas tem crescido nesse século. De terapêutica medicamentosa predominante

**Programa “Farmácia Viva”
Fitoterapia - Betim/MG**

O programa fitoterápico “Farmácia Viva” surgiu para orientar sobre o uso racional das plantas medicinais, com foco na Atenção Básica.

Plantas Medicinais selecionadas para manipulação dos medicamentos fitoterápicos:

Conta com a parceria de Secretaria Adjunta de Desenvolvimento Econômico (SEADE), responsável pelo cultivo das plantas.

Os medicamentos são manipulados por farmacêuticos da rede, de acordo com prescrição médica, e fornecidos para as Unidades Básicas de Saúde.

Ativada das respostas clínicas obtidas com a utilização da Fitoterapia, constatou-se que os medicamentos são mais eficazes, menos de efeitos colaterais nos doses terapêuticas e aumentam a adesão do paciente ao tratamento.

Pesquisa realizada para o projeto confirmou que:

- 95% dos entrevistados adotam a fitoterapia como prática terapêutica;
- 30% substituíam o tratamento convencional pelas plantas medicinais sem nenhuma orientação dos profissionais de saúde;
- 97% aprovam a inclusão da Fitoterapia no SUS-Betim.

O programa fitoterápico “Farmácia Viva” aumenta a adesão ao tratamento por parte dos usuários e resgata o “saber popular”.

Jaqueline Guimarães de Carvalho - e-mail: jguimaraes@prefeitura.betim.mg.br
Lidiane Andrade Vieira - e-mail: lidianeavieira@prefeitura.betim.mg.br
Junia Celia de Medeiros - e-mail: juniaceliade@prefeitura.betim.mg.br

BETIM

nas primeiras décadas, decaiu a tal ponto que quase foi extinta. Hoje, passou ocupar novamente um papel fundamental na atenção primária à saúde fato esse amparado na orientação da OMS, consolidada no documento “Estratégia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”, no relatório final da “1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica” realizado em Brasília em setembro de 2003, bem como nas diretrizes da atual Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares, desenvolvida pelo Ministério da Saúde.

O uso das plantas medicinais na atenção primária à saúde deve ser incorporado ao sistema de saúde pública, pois além de baixo custo, resgata o conhecimento popular e promove o seu uso racional, embasado nos conhecimentos científicos. De acordo com



a política vigente para a regulamentação de medicamentos no Brasil, publicada pela Anvisa no ano de 2004, a Fitoterapia entende que os extratos vegetais, compostos de substâncias produzidas pela natureza, são tão ou mais seguros e eficazes que os produzidos sinteticamente.

O “Programa Fitoterápico Farmácia Viva no SUS Betim” teve seu início de acordo com as orientações acima relacionadas e as necessidades detectadas pelos profissionais de saúde em nosso município, tais como, o uso indiscriminado e incorreto das plantas medicinais que ocasiona muitas vezes a troca do tratamento convencional pela fitoterapia, sem nenhuma orientação ou conhecimento dos riscos.

MARCO TEÓRICO

Segundo Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica realizada nos dias 15 a 18 de setembro de 2003 em Brasília-DF, foram aprovadas propostas relacionadas ao uso dos Fitoterápicos que serviram de subsídios para a elaboração deste projeto. São elas:

Proposta nº 312: Desenvolver, estruturar e implantar no SUS o programa “Farmácias Vivas” em municípios credenciados junto a gerências estaduais de assistência farmacêutica, onde a matéria prima seja produzida em hortas comunitárias, credenciadas e fiscalizadas pelas vigilâncias municipais, com amparo de leis estaduais, em consonância com a federal.

Proposta nº 318: Estimular a criação de ‘Farmácias Vivas’ nos municípios, com a participação de equipes multidisciplinares, amparada em lei estadual em consonância com dispositivo federal (ANVISA), para produção de matéria-prima em quantidade e qualidade para o desenvolvimento da Fitoterapia nos municípios.

Proposta nº 320: Fazer gestões junto aos órgãos competentes para adotarem medicamentos fitoterápicos no elenco da Assistência Farmacêutica Básica, estimular o uso racional destes medicamentos, por meio de uma política de informações e garantir o acesso aos usuários do SUS.

Proposta nº 333: Promover a integração e participação dos saberes científico e popular, para o resgate, disseminação do uso e do conhecimento das plantas medicinais e fitoterápicos no SUS, no âmbito da Assistência Farmacêutica, assegurando o compartilhamento dos resultados com as comunidades.

JUSTIFICATIVA

Devido ao alto custo dos medicamentos alopáticos e a ocorrência de inúmeros efeitos colaterais por eles provocados, bem como a eficácia comprovada das plantas medicinais, o crescente

interesse da comunidade pelo uso desta terapia e a necessidade da orientação dos usuários em relação ao uso correto das plantas medicinais, surgiu a proposta de elaborar um Projeto para a implantação da Fitoterapia na Rede Municipal de Saúde de Betim, com o apoio da administração pública, de profissionais da saúde e da comunidade local.

OBJETIVO GERAL

Implantar a Fitoterapia como nova opção terapêutica no Sistema Único de Saúde de Betim.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Resgatar e valorizar a cultura popular no que se refere à utilização de plantas medicinais;

Orientação da comunidade em relação ao uso correto das plantas medicinais, através de palestras educativas, informativos, cartilhas, visitas domiciliares dos ACS e ação da equipe multidisciplinar das Unidades Básicas de Saúde;

Fornecimento de medicamentos fitoterápicos para as Unidades Básicas de Saúde do SUS/Betim.

ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO

· Gerenciamento das ações

A responsabilidade da implantação e desenvolvimento do Serviço de Fitoterapia ficará a cargo da coordenação central composta por três farmacêuticas:

Farm. Junia Célia de Medeiros (Referência técnica de medicamentos do município de Betim)

Farm. Jaqueline Guimarães (Farm. Responsável pela manipulação de medicamentos do HPRB)

Farm. Lidiane Andrade (Farm. Responsável pelas UBS Vianópolis e Cidade Verde)

· Cooperação entre as instituições

Para o desenvolvimento do projeto fitoterápico “Farmácia Viva” contamos com a parceria de segmentos da rede privada e da rede pública do município, entre eles: Serviço Assistencial Salão do Encontro, Secretaria de Agricultura, Secretaria do Meio Ambiente, Apromiv, Vigilância Sanitária, Comam e outros.

· Estruturação da equipe

Para a implantação do serviço de fitoterapia é necessária a organização de uma equipe multidisciplinar, composta pelos seguintes profissionais:

Agrônomo; Técnico agrícola; Farmacêuticos; Médicos; Enfermeiros; Assistentes sociais; Odontólogos; Fisioterapeutas; ACS e demais profissionais graduados de saúde.



- Capacitação dos recursos humanos

É fundamental o treinamento dos profissionais de saúde para o trabalho com as plantas medicinais, tendo em vista que, grande parte deles não obteve formação acadêmica nesta área. Para que o serviço de fitoterapia seja implantado e se obtenha os resultados pretendidos, serão promovidos cursos de capacitação e de educação continuada em fitoterapia para os diversos profissionais graduados da saúde, envolvidos no projeto. Será confeccionado e fornecido material técnico-científico aos médicos para orientação na prescrição ao usuário: memento terapêutico, protocolos de uso fitoterápico, literatura para consulta e formação de um banco de dados sobre plantas medicinais através da criação de um site.

- Confeção das hortas medicinais

Para garantir a produção de matéria prima em qualidade e quantidade suficientes, serão implantadas hortas medicinais onde serão cultivadas espécies validadas cientificamente que se adaptam às condições climáticas de nossa região. O cultivo será realizado sob normas rígidas, com a orientação de agrônomos, técnicos agrícolas e farmacêuticos.

Poderão ser incorporados ao projeto, pequenos produtores locais, organizados de forma a produzir, dentro dos mais rigorosos padrões de qualidade, as espécies selecionadas para o cultivo.

- Estruturação da manipulação fitoterápica na rede SUS/Betim

Para a produção de medicamentos fitoterápicos é necessária uma estrutura física de acordo com as normas da Anvisa e Vigilância Sanitária.

O Projeto pretende uma área de 10.000m² sendo esta distribuída em 300m² para construção da área de produção, 200m² para área educativa (auditório para palestras destinadas aos estudantes, profissionais de saúde e comunidade em geral) e o restante destinado ao cultivo das espécies medicinais que serão empregadas na manutenção do Projeto Farmácia Viva.

METODOLOGIA

O projeto foi realizado em etapas:

1º etapa: Projeto "Farmácia Viva" na comunidade

Aplicação do questionário "Abordagem Fitoterápica" pelos Agentes Comunitários de Saúde (elaborado pela coordenação do projeto de acordo com a realidade do município) com o objetivo de fazer um levantamento das espécies mais usadas pela população, bem como, parte usada, modo de preparo, indicação terapêutica e posologia. A partir desta pesquisa foi traçado o perfil do usuário de plantas medicinais no município de Betim.

Esta abordagem embasou o Projeto Farmácia Viva, a partir do momento que promoveu a integração e participação do saber científico/popular, para o resgate, disseminação do uso e do conhecimento das plantas medicinais e fitoterápicos no SUS/Betim,

no âmbito da Assistência Farmacêutica, assegurando o compartilhamento dos resultados com a comunidade.

Foram aplicados questionários de Abordagem Fitoterápica, sendo 10 para cada ACS de todas as UBS do município de Betim, totalizando 3895 usuários entrevistados. A aplicação do questionário foi realizada na primeira quinzena de junho/2004. Os resultados foram consolidados pelos farmacêuticos de cada UBS e entregue à coordenação conforme cronograma estabelecido. O consolidado final foi realizado pela coordenação do Projeto e os resultados serão expostos a seguir:- Perfil do usuário de fitoterapia

Plantas Selecionadas	Nome Científico	Indicações terapêuticas	Local de Atuação
TANCHAGEM	<i>Plantago major</i>	Inflamações da mucosa orofaríngea: amigdalite, faringite, gengivite, estomatite, aftas.	Anti-inflamatórios
ROMÃ	<i>Punica granatum</i>	Inflamações da mucosa orofaríngea: estomatite, faringite, amigdalite, laringite, aftas.	Anti-inflamatórios
CALÊNDULA	<i>Calendula officinalis</i>	Inflamação da pele e mucosas; cicatrizante em queimaduras, feridas, fissura mamária; anti-séptica.	Uso tópico
ARNICA	<i>Arnica montana</i>	Contusões, traumatismos e reumatismos.	Uso tópico
BARBATIMÃO	<i>Stryphnodendron barbatimao</i>	Anti-inflamatória; cicatrizante.	Uso tópico
CAVALINHA	<i>Equisetum arvense</i>	Enfermidades renais e das vias urinárias; diurético, remineralizante; incontinência noturna de crianças (adstringente geniturinário).	Sistema geniturinário
MELISSA	<i>Melissa officinalis</i>	Sedativa, calmante para crises nervosas, taquicardia nervosa, melancolia, histerismo, depressão, distúrbios do sono.	Sistema Nervoso Central
CAPIM LIMÃO	<i>Cymbopogon citratus</i>	Flatulência, distúrbios digestivos, cólicas uterinas e intestinais, nervosismo, insônia, dores de cabeça. Estimulante lacteo.	Sistema Digestivo
MARACUJÁ	<i>Passiflora edulis</i>	Ansiedade; tratamento das manifestações nervosas; irritação freqüente e insônia.	Sistema Nervoso Central
GUACO	<i>Mikania glomerata</i>	Afeções do aparelho respiratório: tosse, bronquites, asma (efeito broncodilatador); rouquidão, etc.	Sistema Respiratório
ALECRIM	<i>Rosmarinus officinalis</i>	Hipertensor (estimulante geral da circulação sanguínea, aumenta a pressão sanguínea)	Sistema Cardiovascular
MELISSA	<i>Melissa officinalis</i>	Hipotensora (causa vasodilatação periférica ocasionando diminuição da PA)	Sistema Cardiovascular
ALHO	<i>Allium sativum</i>	Hipertensão arterial (vasodilatação direta)	Sistema Cardiovascular
CANOMILA	<i>Matricaria chamomilla</i>	Antiespasmódica, anti-inflamatória, carminativa, calmante; extenuante; cicatrizante, emoliente, antisséptica e antialérgica.	Sistema Digestivo
	<i>Maytenus ilicifolia</i>	Normalizador das funções intestinais, protetor da mucosa gástrica; gastrites, úlceras	Sistema Digestivo

A referida pesquisa pôde comprovar a grande utilização de plantas medicinais por parte dos usuários do SUS/Betim. 96% dos usuários entrevistados adotam a Fitoterapia como prática terapêutica. 45% dos usuários substituem o tratamento convencional pelas plantas medicinais, sem nenhuma orientação por parte dos profissionais de saúde, colocando em risco sua própria saúde. A partir desses últimos dados percebe-se a urgência na orientação e esclarecimento da comunidade quanto ao uso correto das plantas medicinais. Os usuários mostraram grande interesse em ampliar seus conhecimentos na área de Fitoterapia, sendo que, 90% destes classificaram entre Bom/Ótimo a inclusão da Fitoterapia nas UBS do SUS/Betim. Observamos que as plantas medicinais utilizadas são geralmente colhidas nos fundos dos



quintais, porém sem que haja um cultivo adequado, respeitando as necessidades de cada espécie. Quanto à forma de preparo, foi observado que grande parte dos usuários utiliza o processo de Decocção, o que pode comprometer seriamente as propriedades medicinais das plantas.

2º etapa: Consolidação dos resultados

Estudo e seleção das espécies medicinais levando-se em conta a cultura popular, validação científica e adaptação de cultivo à região.

As espécies foram organizadas e agrupadas por função terapêutica:

3ª etapa: Orientação da comunidade em relação ao uso racional das plantas medicinais:

Apresentação dos resultados obtidos a partir da pesquisa realizada.

Realização do Encontro “VAMOS TOMAR UM CHÁ?” nas Unidades Básicas de Saúde, através de grupos operativos ou Rodas de Conversa com os usuários da comunidade.

4ª etapa: Implantação das Hortas Medicinais

Orientação e assistência ao cultivo das espécies selecionadas no horto central e em hortas caseiras ou comunitárias;

5º etapa: Capacitação em Fitoterapia para os profissionais de saúde do SUS/Betim

Inicialmente foi realizada a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde com – “Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para o Uso Correto das Plantas Medicinais” – ministrado pelas próprias farmacêuticas do Programa de Assistência farmacêutica Municipal; a segunda capacitação foi o “Curso de Capacitação em Fitoterapia para Profissionais Graduados do SUS-Betim” realizada em parceria com o Instituto Herbarium. Esse curso teve como objetivo apresentar o projeto para os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde; além dos conceitos, controle de qualidade, tipos de Princípios ativos e drogas por aparelhos fisiológicos (Digestivo, Cardiovascular, Respiratório, Locomotor, Geniturinário, doenças metabólicas, Sistema Nervoso central e Fitocosmética) com carga horária de 16 horas. A terceira etapa da capacitação é a “Educação Continuada em Fitoterapia”, encontros mensais para a capacitação dos profissionais de saúde (médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros), onde é realizado o estudo das plantas medicinais selecionadas e incorporadas ao projeto.

6ª etapa: Educação em fitoterapia na comunidade

Realização de palestras com o objetivo de orientar a população quanto ao uso correto das plantas medicinais.

Organização de palestras educativas nas escolas, creches, asilos, associações de bairro a fim de divulgar informações e conhecimentos sobre as plantas medicinais, realizada em parceria com a Secretaria Municipal de Educação. Foi feito, inicialmente, palestras aos professores da rede municipal de ensino para serem os multiplicadores das informações sobre Plantas Medicinais.

7ª etapa: Manipulação Fitoterápica.

Implementação do laboratório de manipulação fitoterápica para atendimento da rede municipal de saúde do SUS-Betim com produção de xaropes, cremes, pomadas, tinturas, soluções, etc.

A Manipulação do Programa Farmácia Viva, implantado no SUS/Betim a partir de Outubro/2005, já conta com uma relação de cerca de 40 medicamentos fitoterápicos, que atuam em diferentes sistemas, possibilitando assim variadas ações terapêuticas: sistema digestivo, sistema respiratório, sistema geniturinário, sistema nervoso central, uso tópico, sistema endógeno, etc.

Os medicamentos fitoterápicos são solicitados via receituário médico nas UBS/Betim e encaminhados ao Programa Farmácia Viva para manipulação. Podemos verificar que ao longo dos meses a demanda foi aumentando visivelmente. Isso se deve ao crescimento do Programa, através das visitas às UBS, aos encontros de Educação Continuada em Fitoterapia que fizeram com que maior número de profissionais prescritores da rede SUS/Betim conhecessem e se integrassem ao Programa Farmácia Viva.

Atualmente estamos atendendo às seguintes unidades: UBS Laranjeiras, UBS Bueno Franco, UBS Alcides Braz, UBS Vila Cristina, UBS Vianópolis, UBS Petrovale, UBS Imbiruçu, UBS Alterosas, UBS PTB, PSF Bandeirinhas e PSF Cruzeiro do Sul.

Segundo relatos dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas, que prescrevem os medicamentos fitoterápicos desde dez/2005, os resultados são surpreendentes, além do baixo custo, da redução de efeitos colaterais e da maior adesão dos pacientes ao tratamento.

Até maio de 2006 foram atendidas 2000 receitas de medicamentos fitoterápicos do SUS-Betim.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SCHULZ, Volker et al. Fitoterapia Racional. 4ed. Berlim: Heidelberg 2001. MATOS, FJA. Farmácia Vivas. 2.ed. Fortaleza: UFCE, 1994. 179p. TESKE, Magrid et al. Herbarium. compêndio de Fitoterapia. 3.ed. Curitiba: Herbarium Laboratório Botânico Ltda. 1997. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE RJ. Resolução nº 1757 de 18 de Fevereiro de 2002. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, 20 Fev. 2002. ALONSO, J.R. Tratado de Fitomedicina. Bases clínicas e farmacológicas 1998. Isis editorial. Buenos Aires. Argentina. SIMÕES, C.M.O. et al. Farmacognosia – da Planta ao Medicamento. I.ed. Porto Alegre/Florianópolis: editora da UFRGS/UFSC. 1999. 821 p.

VANACLOCHA, BERNAT. Vademécum de Prescripción Fitoterapia. 4.ed. Barcelona: Masson, S.A. 2003.

LORENZI, HARRI. Plantas Medicinais no Brasil: nativas e exóticas cultivadas. Nova Odessa, SP: Instituto Plantarum, 2002.



UNIDADE MÓVEL MÉDICO-ODONTOLÓGICA DO MUNICÍPIO DE MACAÍBA – UM INSTRUMENTO DE INTEGRAÇÃO

Autor principal: Jeciane Fernandes Gomes de Barros

Outros Autores: Marília Pereira Dias

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Macaíba

Município: Macaíba

Estado: Rio Grande do Norte

A unidade móvel médico-odontológica do município de Macaíba-RN, popularmente conhecida como “Trailer”, se reveste de uma grande importância na comunidade do referido município, uma vez que a mesma alcança todas as áreas não cobertas pelo Programa Saúde da Família, levando a estes distritos uma assistência rápida, gratuita e qualificada, além de cooperar com outros projetos existentes da secretária municipal de saúde, como o “Saúde e Educação de Mãos Dadas”.

O objetivo maior é percorrer todos os distritos do município, diminuindo com isso a demanda para as unidades de saúde. A unidade móvel conta com uma equipe formada por dentista e respectivos auxiliares. A unidade permanece cerca de dois dias em cada comunidade, realizando consultas; a equipe também ministra palestras sobre os mais variados assuntos, enfatizando a importância dos cuidados com a higiene e a saúde bucal.

No serviço odontológico são oferecidos exames clínicos, orientação à higiene oral, aplicação tópica de flúor, procedimentos básicos como restaurações de amálgama, resina, tartarectomia e exodontias, além de atendimentos de urgências, palestras a escolas e comunidades. O projeto também garante entrega de remédios gratuitos, quando da necessidade

Além destas atividades na comunidade, o Trailer presta um importante serviço às escolas do município, participando ativamente do projeto Saúde e Educação de Mãos Dadas; afinal, oferecer saúde significa também proporcionar condições para que

a criança tenha um melhor desempenho na sala de aula e, no futuro, possa estar apta a viver num mundo cada vez mais competitivo. Durante este projeto, a equipe fica mais qualificada, ganhando a presença de outros profissionais da saúde, quais sejam: o fonoaudiólogo, o psicólogo, a enfermeira e o fisioterapeuta.

Através de mapeamento dos distritos, foi obtido um panorama das regiões mais carentes. A partir daí, foram lançadas as prioridades e o caminho a percorrer. O resultado positivo se reflete nas ações adotadas, no aumento da representatividade da comunidade, obtendo um acréscimo significativo de vetores de informação, sejam eles mães, professores ou alunos, tendo com isso uma comunidade mais bem informada e uma menor demanda nos serviços de saúde.

O aprendizado com a comunidade é uma constante. O desejo de aprender e de se fazer participante da realidade na qual se está inserida é cada vez maior, na medida em que o trabalho é desenvolvido.

O empenho institucional da Secretaria Municipal de Saúde em busca de instrumentos mais modernos, em termos de gestão de qualidade, como a utilização de uma unidade móvel, permitiu à entidade oferecer serviços de excelência, ao entender e atender às reais necessidades de sua comunidade. A meta agora é aumentar a capacidade de atendimento, bem como a busca incessante da melhoria dos serviços já prestados às comunidades por onde o Trailer passa, fazendo-o cada vez mais um elemento indispensável na vida dos moradores do município de Macaíba.





PROGRAMA DE DESOSPITALIZAÇÃO: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA NO CEARÁ

Autor principal: João Batista Silva

Instituição: Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara

Município: Fortaleza

Estado: Ceará

INTRUDUÇÃO

A transição demográfica impressa pelo envelhecimento da população já apresenta reflexos incontestáveis e preocupantes nos diversos seguimentos da sociedade e nos serviços assistenciais. Na atenção hospitalar destacam-se: o impacto na ocupação, permanência e custeio hospitalar. Hoje, a média da ocupação de leitos por idosos já ultrapassa 45% dos adultos internados com permanência prolongada imprevisível em unidade de média e alta complexidade. Essa importante e crescente proporção da população atendida absorve toda a tecnologia disponível e tem gerado gastos que ameaçam a saúde financeira das instituições, mormente as públicas que não podem controlar a demanda, resultando em uma assistência cada vez mais onerosa e de pequeno impacto na relação custo benefício, posto que, muitas oportunidades de reabilitação são perdidas e a maioria dos pacientes não retornam independentes em sua condição física para a sociedade.

METODOLOGIA

Vivenciando esta realidade, o Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara (HGWA), mantido pelo Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, Organização Social de Saúde no Ceará, vem aprimorando um plano de desospitalização que se inicia na internação e perdura até a integração do paciente à assistência básica no Programa de Saúde da Família (PSF).

O programa destina-se a pacientes portadores de doenças crônicas, freqüentemente idosos, que sofrem de várias comorbidades e que são internados por alguma descompensação ou agravamento de sua doença de base. Citam-se como exemplo: os traqueostomizados, os dependentes de respiração mecânica, os pacientes com escaras extensas profundas, os portadores de doenças crônico-degenerativas, pacientes em fase sub-aguda ou sequelados de AVC e portadores de doenças tropicais que necessitam de antibioticoterapia endovenosa com esquema prolongado.

Para cada paciente existe um planejamento com base em protocolos para otimização da assistência através de cuidados progressivos de tal sorte que o paciente permanecerá se necessário,

o menor tempo possível em unidade de alto custo. Outro importante avanço é a capacitação do familiar/cuidador para a assistência domiciliar com enfoque para a prevenção de complicações, especialmente dos pacientes crônicos e nos casos de pacientes terminais, uma assistência paliativa mais humanizada no ambiente familiar.

DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

Implantação e acompanhamento do senso Hospitalar; Criação da Unidade de Cuidados Especiais (UCE); Fortalecimento do programa de Atendimento Domiciliar (PAD); Desenvolvimento do Plano de Alta Hospitalar; *Check in*, busca ativa de altas e *check out*.

Em junho de 2003, seis meses após a inauguração do HGWA, foi implantado o senso hospitalar para monitoramento e controle dos indicadores: saídas, permanência, ocupação, índice de rotatividade, intervalo de substituição, entre outros.

A partir dos resultados, observou-se que os pacientes de maior complexidade e frequentemente maior permanência poderiam ser assistidos mais adequadamente em uma unidade de cuidados especiais, criada em julho de 2005, com o propósito maior de humanizar o atendimento, ampliar a eficácia e eficiência das ações e agilizar a desospitalização com segurança e qualidade.

Para suporte e integração da UCE com o Programa de Saúde da Família e serviços de reabilitação foi desenvolvido o Programa de Atendimento Domiciliar (PAD).

Para assegurar a agilidade durante todo o processo de desospitalização foi desenvolvido Plano de Alta, que tem por finalidade verificar de forma proativa pendências através as ações contínuas na admissão, durante a internação e no momento de decisão médica de alta do paciente.

O Plano de Alta é realizado por uma equipe multidisciplinar e intersetorial envolvendo aspectos sociais, assistenciais e de regulação.

FACILITADORES E DIFICULDADES

O modelo de gestão e atendimento adotado no HGWA propiciou condições favoráveis ao desenvolvimento do projeto de desospitalização. Outro fator importante foi o processo de Acreditação



Hospitalar que padronizou métodos e viabilizou a integração dos serviços assistenciais e de apoio. As dificuldades estão concentradas nas questões sociais da clientela e da rede de assistência.

PRODUTOS

Os resultados são estimulantes. Atualmente, o HGWA mantém, diariamente, 30 dos seus 97 leitos de adulto em fase avançada de desospitalização. Um dos casos mais recentes e marcantes registrados ocorreu por ocasião das festas de final de ano de 2005, quando retornou para casa um paciente que estava internado em UTI há 460 dias em outra unidade hospitalar e foi para o atendimento domiciliar em apenas 20 dias. Observou-se uma redução de 40% na reinternação e uma redução de 50% do custo da diária da unidade hospitalar de cuidados intermediários.

A assistência para pacientes terminais revelou resultados que corroboram com a visão humanista do atendimento nestas circunstâncias. Oitenta por cento dos que faleceram, foram a óbito em casa. Atualmente, o HGWA mantém 26 pacientes com assistência domiciliar. Destes, 11 estão com suporte respiratório e 07 em oxigenoterapia contínua.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No sistema tradicional, a maioria dos pacientes terminais permanecem no hospital até seu momento final, somando-se aos dependentes de suporte ventilatório ou cuidados especiais. A experiência do HGWA revela oportunidades que podem ser aproveitadas e ampliadas para a rede hospitalar, desafogando e otimizando todo o sistema público de saúde, bem como, consolidando o ideário do Sistema Único de Saúde, o SUS.



PROGRAMA ORTOCAJAZEIRAS - EQUIPE MULTIDISCIPLINAR PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE OCLUSOPATIAS

Autor principal: Joás Araújo Teixeira

Outros Autores: Jane Suely de Melo Nóbrega

Instituição: Prefeitura de Macaíba/RN

Município: Natal

Estado: Rio Grande do Norte

INTRODUÇÃO

A cárie dentária e a doença periodontal são condições mórbidas com alta prevalência na população brasileira e contam com ações fortemente embasadas na sua prevenção, tratamento e educação para o seu efetivo controle. As oclusopatias também apresentam alta prevalência, sobretudo no paciente infantil, mas muitas vezes são negligenciadas nos serviços públicos de saúde em detrimento do controle daquelas doenças já mencionadas e ainda pelo fato de se pensar que o seu tratamento e prevenção demandam conhecimento especializado e altos custos. No entanto, a prevenção e o tratamento são possíveis através de medidas simples, com conhecimento clínico básico, com baixo custo, capazes de devolver à criança o funcionamento correto do seu sistema estomatognático proporcionando o correto desenvolvimento e crescimento facial.

Os procedimentos preventivos e interceptativos dentro da Ortodontia são de conhecimento de qualquer cirurgião-dentista clínico, requerem muitas vezes somente a orientação à criança e aos pais e, quando necessário, a confecção de simples aparelhos removíveis ou mantenedores de espaço. O encaminhamento a um outro profissional de saúde é de fundamental importância nos casos em que o paciente apresente alterações de fala, deglutição, respiração e hábitos parafuncionais, bem como a amamentação natural deve ser fortemente incentivada por ser um poderoso fator preventivo para o desenvolvimento de oclusopatias.

OBJETIVO

Criar uma equipe multidisciplinar na comunidade de Cajazeiras (Macaíba/RN) que englobe os profissionais da Unidade de Saúde e os de referência para prevenir e tratar holisticamente as oclusopatias no paciente infantil.

METODOLOGIA

Inicialmente, debateu-se com todos os profissionais de saúde da Unidade cujas especialidades estivessem diretamente relacionadas com a prevenção e/ou tratamento de maloclusões

dentárias - cirurgiões-dentistas, pediatras, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e nutricionistas – sobre a necessidade da formação de uma equipe multidisciplinar para o tratamento do paciente infantil portador de uma oclusopatia. Dentro do Programa, o cirurgião-dentista funciona como principal porta de entrada para o diagnóstico da oclusopatia. O paciente infantil, uma vez diagnosticado como portador de uma maloclusão é submetido a uma anamnese detalhada – a qual inclui seus pais – a fim de detectar possíveis causas e/ou alterações que possam provocar ou estar provocando a oclusopatia. Uma criança diagnosticada como respiradora bucal ou que tenha deglutição atípica, hábitos parafuncionais, problemas posturais ou de fala necessita da avaliação de outros profissionais, pois todas aquelas alterações funcionam como pontos etiológicos ou agravadores da maloclusão.

Na necessidade de uma abordagem multidisciplinar, a criança é encaminhada ao(s) profissional(is) adequado(s) para tratar sua deficiência mediante ficha de encaminhamento do programa, a qual consiste em toda história odontológica do paciente, suas necessidades de tratamento e auxílio terapêutico do profissional que a está recebendo.

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.

Outro ponto importante do programa é a formação de grupos de debates junto às grávidas da Unidade de Saúde que realizam o pré-natal. Neste caso, em parceria com os obstetras, ginecologistas e enfermeiros, a amamentação natural é fortemente encorajada por tratar-se, além de todas as suas conhecidas vantagens, do método fisiológico preventivo mais poderoso para a instalação de oclusopatias. Além disso, neste momento, as futuras mães já são esclarecidas quanto ao uso nocivo da chupeta e mamadeira, o uso indiscriminado do açúcar, quanto à necessidade da higienização oral da criança e desenvolvimento de hábitos parafuncionais.



RESULTADOS

A maloclusão dentária passa a ser desmistificada pelos usuários como sendo “tratamento pra rico”. Seu tratamento e prevenção são possíveis na Unidade de Saúde a baixo custo, ao alcance do cirurgião-dentista clínico e através de uma abordagem multidisciplinar que incentiva a integração da equipe.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Satisfatoriamente, pacientes apresentando oclusopatias passam a ser tratados adequadamente, provando a viabilidade do tratamento no serviço público de saúde através de uma abordagem multidisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do êxito das ações deste Programa na nossa comunidade, o tratamento das oclusopatias nas unidades de saúde pública do município pode ser viabilizado objetivando maior integralidade de ações preventivas em saúde bucal para os usuários do sistema.



POR QUE INTEGRAR-SE AO SUS? O PERFIL DO SERVIDOR PÚBLICO DO PSF EM MACAÍBA/RN

Autor principal: Joás Araújo Teixeira

Outros Autores: Jane Suely de Melo Nóbrega

Instituição: Prefeitura de Macaíba/RN

Município: Natal

Estado: Rio Grande do Norte

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), incentiva a auto-responsabilidade e a participação da comunidade e dos cidadãos no planejamento, na organização, no funcionamento e no controle da atenção primária à saúde como requisitos indispensáveis à otimização do atendimento. Entretanto, não se pode dizer que o modelo assistencial que vem predominando no Brasil nos últimos anos contemple as diretrizes acima referidas. Ao contrário: volta-se prioritariamente para ações curativas, privilegiando uma medicina de alto custo, verticalizada, excludente e de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da comunidade. Seu enfoque biologicista não compreende ou não considera adequadamente as dimensões sócio-econômicas e culturais envolvidas no processo de adoecer ou morrer das pessoas.

O reconhecimento da crise desse modelo, no âmbito da saúde coletiva, vem suscitando a emergência de propostas que visam a transformação do Sistema Único de Saúde, de suas práticas e, em articulação com estas, do processo de trabalho em saúde. O Programa Saúde da Família (PSF) apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer. Percebemos que a implementação do PSF, em termos técnicos e políticos, está sendo proposta e/ou realizada com base na interação com a comunidade, visando construir de forma participativa práticas e estratégias mais eficazes de enfrentamento aos problemas de saúde. Ao lado disso, o investimento em educação continuada da equipe de saúde e em informação em saúde destinada para a população tem surtido efeitos positivos no que se refere à qualidade da prática assistencial e à adoção de hábitos e comportamentos mais saudáveis por parte da população. O PSF repercute em componentes técnicos, políticos e comportamentais, portanto uma proposta de avaliação deve debruçar-se sobre esses eixos, numa perspectiva organicamente política e técnica, incluindo aspectos quantitativos e qualitativos. Sobretudo, é necessário redimensionar os sujeitos – objeto da avaliação.

OBJETIVOS

Geral: verificar se o perfil dos profissionais do PSF de Macaíba/RN se enquadram dentro da filosofia do Sistema Único de Saúde (SUS).

Específicos: investigar o motivo da adesão dos profissionais ao SUS e avaliar a compreensão dos profissionais em relação à filosofia do Sistema.

METODOLOGIA

Este trabalho de caráter exploratório e descritivo foi realizado dentro de uma abordagem qualitativa. A amostra foi constituída aleatoriamente por profissionais de saúde do PSF do município de Macaíba - médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário, agentes comunitários de saúde, de ambos os gêneros, com idades variadas e que possuíam afinidades naturalmente pessoais e profissionais com o objeto de pesquisa, o que os condicionavam como respondentes qualificados. O instrumento de pesquisa escolhido foi o questionário contendo questões abertas validado em 10% da amostra. Após a coleta das informações, todas as respostas foram transcritas integralmente fazendo-se as correções gramaticais necessárias. Para a análise dos dados, utilizou-se a *análise de conteúdo temática* descrita por BARDIN. É um método de observação indireto, já que é a expressão verbal do informante que é observada e permite observar motivos de satisfação, insatisfação ou opiniões. A interpretação dos dados obtidos foi realizada estabelecendo articulações com o aporte teórico da pesquisa cruzando as categorias obtidas e os informantes, os quais não foram identificados para garantir seu anonimato.

RESULTADOS

A partir da opinião dos entrevistados, categorias e subcategorias de análise emergiram dos depoimentos escritos. As respostas foram agrupadas definindo-se duas categorias: motivo para integrar-se ao SUS e compreensão da filosofia do SUS. A



primeira categoria gerou duas subcategorias: identificação com a filosofia do programa e melhorar a renda. Para 50% dos médicos, cirurgiões-dentistas, auxiliares de enfermagem, atendente de consultório dentário e agentes comunitários de saúde, e para 100% dos enfermeiros, a principal razão para a sua adesão ao programa foi se identificar com a sua filosofia. Em relação à melhoria da renda, os indivíduos afirmaram, com exceção dos enfermeiros, reconhecer que o incremento em sua renda salarial foi o principal incentivo de sua adesão ao SUS e ao PSF. Todos os profissionais entrevistados demonstraram uma compreensão geral da filosofia do programa, relatando em suas falas os princípios e as diretrizes do PSF.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O perfil dos profissionais da Equipe de Saúde da Família de Macaíba/RN enquadrou-se nos princípios do SUS que é o desejável para a integração e o desempenho de um profissional a esta estratégia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta metodologia, fomos capazes de analisar o perfil dos profissionais de saúde do SUS em Macaíba/RN, o que é de importância fundamental para a avaliação do Sistema. O investimento em cursos de capacitação periódicos, visando o debate de questões norteadoras do Sistema entre os profissionais, deve ser amplamente encorajado.



ESTRATÉGIA DE ARTICULAÇÃO DE REDE PARA A CONSTRUÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE CATADORES DA ASMAR E ACADÊMICOS DO FIMESS

Autor principal: Joceléia Aparecida Magni

Outros Autores: Maria Margarete Vidal da Silva

Instituição: ASMAR-Associação de Seleccionadores de Material Reciclável

Município: Santa Maria

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Reforma Sanitária ousou construir um sistema amplo buscando atender a saúde como direito do cidadão. O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais brasileira. Na verdade, o SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde em nosso país. No contexto da Saúde Pública Brasileira, ações resultantes deste diálogo (ser/meio ambiente) que buscam uma conscientização e uma práxis saudável ainda são um enorme desafio. Entretanto, a indissociável relação do ser e do meio ambiente reitera a necessidade de uma estratégia de preservação de ambos pelo intermédio de ações preventivas.

OBJETIVOS

Geral: Demonstrar uma experiência de articulação de rede entre Secretaria de Meio Ambiente, Secretaria de Saúde, Movimento estudantil e Universidade, desencadeada pela ASMAR (Associação de Seleccionadores de Material Reciclável) da Cidade de Santa Maria para a elaboração de um projeto.

Específicos: Integrar o ensino e projetos de extensão com as necessidades da sociedade, buscando um comprometimento da comunidade Universitária. Estabelecer estratégias de Integração entre o saber acadêmico e o saber popular, visando uma produção de conhecimento permanente entre a teoria e a prática, fruto do confronto direto com a realidade social da comunidade. Sensibilizar a comunidade acadêmica através da educação ambiental sobre a importância da prática de separar resíduos sólidos e destiná-lo as associações de catadores de nossa cidade. Demonstrar que ações estratégicas organizadas podem modificar a realidade social em que vivemos. Provocar reflexões acerca do papel do estudante enquanto agente transformador da realidade social. Provocar discussão sobre o SUS - Sistema único de Saúde e o conceito ampliado de saúde. Incentivar o amadurecimento da prática interdisciplinar e multiprofissional, para a articulação interinstitucional e intersetorial e para a integração ensino-serviço-comunidade no campo da saúde. Mobilizar a comunidade através da Educação Ambiental, contribuindo assim para a implantação do

projeto Coleta porta a porta, o qual está sendo desenvolvido pela Secretaria de Proteção Ambiental e parceiros.

METODOLOGIA

Através de uma experiência inovadora de oficina teórico/prática sobre o tema Reciclagem apresentada em Caracas /Venezuela, durante o Fórum Social Mundial, pelos Catadores de Santa Maria, em 2006. Acadêmicos do FIMESS e Catadores (Agentes Ambientais) da ASMAR desenvolveram um projeto que integrará Universidade, Secretarias de Saúde e Proteção Ambiental e Associações de Catadores.

Através da educação ambiental baseada na práxis será desenvolvida oficinas teórico/práticas sobre o tema Reciclagem: Uma Alternativa de geração de renda proteção Ambiental e Promoção da Saúde Pública. Inicialmente dez Acadêmicos dos cursos da saúde, discutirão a metodologia da oficina teórico prática com uma equipe suporte (Formada por professor, Acadêmicos do FIMESS, Catadores da ASMAR, e representante da Secretaria de saúde e Proteção ambiental). Esses Acadêmicos, juntamente com a equipe suporte serão os facilitadores da educação Ambiental (Educação em Saúde) em nosso município.

PRODUTOS

Espaço de trocas entre saber popular e acadêmico, e de formação de oficinairos e multiplicadores da educação em saúde. Essa proposta propiciará o entendimento da complexa relação entre o meio ambiente, a geração de renda e a saúde pública, proporcionando a melhor compreensão do conceito ampliado de saúde e conseqüentemente o fortalecimento do SUS (Sistema Único de Saúde).

APRENDIZADO

Acadêmicos e comunidade de Recicladores articulando a rede Municipal em detrimento de um bem maior; a proteção ao meio ambiente e a promoção da saúde pública.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que se estabeleçam interações mais harmônicas com o meio ambiente é sabido que os seres humanos precisam desenvolver novos valores, novas atitudes, padrões e comportamentos mais éticos, o que exige a reflexão crítica e criativa sobre a práxis humana. O desenvolvimento dessas potencialidades está na esfera de competência da educação ambiental que a partir da Práxis possibilitará o entendimento da relação Ser /Meio Ambiente.

A Reciclagem para muitas pessoas da nossa comunidade é uma fonte de renda, e sem ela muitas famílias passariam fome. A falta de alimentos ocasiona problemas de saúde para as pessoas, e a falta de conscientização de outras pessoas que não separam resíduos sólidos para a reciclagem, ocasiona danos ao meio ambiente e as pessoas que dependem de material reciclável para sobreviver. Parece óbvio, que é necessário separar o nosso lixo e destinar o material reciclável para as associações, mas em nossa cidade a maioria dos habitantes não separam seu material, e nem sequer conhecem o trabalho dos Catadores, e nem sequer pensam em cuidar do nosso meio ambiente.



IMPLANTAÇÃO DO PROJETO “UNIDADE DE DOR TORÁCICA” COMO FORMA DE SOLUCIONAR A DESESTRUTURAÇÃO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO

Autor principal: Joeber Bernardo Soares de Souza

Outros Autores: Ana Maria C. B. Morena; Denys C. Duarte

Pereira; Roberto Mauro F. da Costa; Vinicius F. de Souza.

Instituição: Hospital Universitário Antônio Pedro

Município: Niterói

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O hospital de ensino pode ser definido como um hospital que, além de prestar assistência à saúde da população, desenvolve atividade de capacitação de recursos humanos. Este fato representa custos elevados, que devem ser amenizados com aumento da produtividade e da qualidade. Com a discussão, produção, implementação do projeto unidade de dor torácica buscou-se o envolvimento de diferentes unidades de trabalho relacionadas à

emergência, fomentando a identificação e criação de condições para a adoção de um programa de aperfeiçoamento de qualidade na administração e melhor resolutividade na produção de serviços, levando a resultados como: a motivação do profissional, integralidade das ações das unidades de trabalho, a redução de desperdícios, facilidades de implantação de novas tecnologias, melhoria do atendimento, a mudança de paradigmas, e uma mentalidade centrada no cliente, formando, desta maneira, um ambiente propício para a recuperação da identidade institucional pelos profissionais.

OBJETIVOS

Conhecer a produtividade e a qualidade de alguns serviços envolvidos com a unidade de dor torácica do Hospital Universitário Antônio Pedro.

METODOLOGIA

Através do planejamento estratégico situacional foram levantados descritores, causas e soluções para o problema: “desestruturação no atendimento ao paciente com dor torácica no Hospital Universitário Antônio Pedro”. Para melhor entendimento da realidade dos serviços, foram analisados os indicadores relativos ao primeiro semestre de 2005. Os dados coletados foram comparados com os dados do segundo semestre do mesmo ano após a implantação da unidade de dor torácica em julho de 2005. Considerou-se mais produtivo o período que apresentou a maior taxa de ocupação, a menor média de permanência, o maior índice de renovação, o menor intervalo de substituição. A melhoria da qualidade foi considerada através da menor mortalidade na unidade coronariana (UCO), maior n° de internação na unidade coronariana (UCO), maior utilização de trombolítico, e diminuição no tempo de permanência na sala de trauma.

ufjf Universidade Federal Fluminense
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO

RECURSOS HUMANOS NA EMERGÊNCIA DE CLÍNICA MÉDICA:
 Plantão de 24 horas, sendo com jornada de trabalho de 40 horas semanais (exceto em emergências) e 40 horas mensais.

UNIDADE DE DOR TORÁCICA DA EMERGÊNCIA
IMPLANTAÇÃO EM JULHO DE 2005

DESCRITORES DO PROBLEMA:
 - 70% das consultas por dor torácica por baixo diagnóstico permanecendo em tratamento maior de 30 e menor de 60 dias hospitalares.
 - 6% das internações em UTI decorrentes de diagnóstico incorreto.

CAUSAS DO PROBLEMA:
 1. Falta de organização da produção assistencial baseada em evidências.
 2. Falta de identificação de situações críticas com o paciente.
 3. Falta de comunicação entre os setores de emergência e UTI.
 4. Falta de treinamento dos profissionais.
 5. Falta de recursos humanos.
 6. Falta de comunicação entre os setores de emergência e UTI.
 7. Falta de comunicação entre os setores de emergência e UTI.
 8. Falta de comunicação entre os setores de emergência e UTI.

MÉDIAS GERENCIAIS E CLÍNICAS:
 1. Disponibilidade de serviços de emergência.
 2. Disponibilidade de serviços de emergência.
 3. Disponibilidade de serviços de emergência.
 4. Disponibilidade de serviços de emergência.
 5. Disponibilidade de serviços de emergência.
 6. Disponibilidade de serviços de emergência.
 7. Disponibilidade de serviços de emergência.
 8. Disponibilidade de serviços de emergência.

RESULTADOS:
 1. Criação de unidade de dor torácica para atendimento de emergência com alta de emergência em menos de 24 horas.
 2. Criação de unidade de dor torácica para atendimento de emergência com alta de emergência em menos de 24 horas.
 3. Criação de unidade de dor torácica para atendimento de emergência com alta de emergência em menos de 24 horas.
 4. Criação de unidade de dor torácica para atendimento de emergência com alta de emergência em menos de 24 horas.
 5. Criação de unidade de dor torácica para atendimento de emergência com alta de emergência em menos de 24 horas.
 6. Criação de unidade de dor torácica para atendimento de emergência com alta de emergência em menos de 24 horas.
 7. Criação de unidade de dor torácica para atendimento de emergência com alta de emergência em menos de 24 horas.
 8. Criação de unidade de dor torácica para atendimento de emergência com alta de emergência em menos de 24 horas.

CONCLUSÃO:
 Com a implantação da unidade de dor torácica, houve uma melhoria na qualidade do atendimento ao paciente com dor torácica, com redução da mortalidade e aumento da utilização de trombolítico. A melhoria da qualidade foi considerada através da menor mortalidade na unidade coronariana (UCO), maior n° de internação na unidade coronariana (UCO), maior utilização de trombolítico, e diminuição no tempo de permanência na sala de trauma.



MEDIDAS GERENCIAIS

a) Organização do processo de cuidados ao paciente com dor torácica, adaptada à realidade do nosso Hospital. b) Constituição de uma rotina qualificada composta por profissionais diferenciados nos setores do serviço de emergência. c) Execução de prioridades diagnóstica e terapêuticas. d) Definição dos circuitos de comunicação entre a emergência e os serviços intra-hospitalares. e) Definição dos circuitos de comunicação entre a emergência e os serviços extra-hospitalares. f) Criação de um projeto arquitetônico no setor de emergência para a construção do setor da unidade de dor torácica com 03 leitos. g) Formação de profissionais: treinamento em serviço no acolhimento e no trauma para atendimento à dor torácica; participação de Mestrandos e Acadêmicos no atendimento da dor torácica; Realização de trabalhos científicos no serviço de emergência estratégia motivacional ao atendimento da dor torácica; Realização de intercâmbio entre o HUAP e os serviços de pronto atendimento do município de Niterói.

RESULTADOS ALCANÇADOS

a) Criação do ambulatório de dor torácica para continuidade da atenção dos pacientes com alta do hospital com síndrome coronariana em outubro /2005. b) Inscrição de trabalho científico no Congresso da SOCERJ pelos profissionais envolvidos na unidade de dor torácica março/2006. c) Modificação da jornada de trabalho de 03 médicos em regime de plantão para rotina julho/2005. d) Aumento de exames complementares de diagnóstico disponíveis para o setor de emergência. e) Estudo comparativo dos registros já mencionados, do 1º e 2º semestre de 2005 para avaliação da implantação da unidade de dor torácica.

AVANÇOS

a) Definição do espaço para construção da Unidade de Dor Torácica com 03 leitos no setor de emergência (já aprovado pelo QUALISUS). b) Realização do Primeiro Encontro entre o HUAP, SAMU e os serviços de pronto atendimento do município de Niterói para discussão do protocolo de dor torácica na Associação Médica Fluminense em 14 de dezembro de 2005. c) Criação de uma comissão municipal para implementação do protocolo de dor torácica em todos os pronto atendimento do município de Niterói como resultado do Primeiro Encontro citado no item b.

AÇÕES A IMPLANTAR

Sistema de informação modernizado no serviço de emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro integrado às demais unidades de trabalho.

Estudo comparativo dos registros do 1º e 2º semestre de 2005 para avaliação da implantação da unidade de dor torácica hospitalar:

Pacientes com dor torácica no setor do trauma	Total de pacientes Admitidos	Pacientes que usaram trombolítico	Pacientes c/ dor torácica permanência >24h %	Pacientes c/ dor torácica permanência <24h %	Internação na UCO após 24h no trauma %	Internação na UCO antes de 24h no trauma %
1º semestre	172	06 (15%)	43	47	16,2	6,1
2º semestre	239	12 (25%)	30,1	64	8,3	13

Fonte: Coleta manual no livro do serviço do trauma I Arquivo informatizado da farmácia I

No 2º semestre 18 ampolas de estrptoquinase foram registradas como empréstimo á outras instituições ou devolvidas à central da farmácia. A partir da implantação do novo programa MV será possível monitorar a dispensação por paciente.

Sector UCO	Leitos por setor	Pacientes admitidos	Sai - dias	Taxa de ocupação %	Média de permanência	Índice de rotatividade de	Índice intervalo de substituição	Total de óbitos	Mortalidade geral
1º semestre	07	151	148	92,7	7,9	21	0,6	20	13,2
2º semestre	07	182	164	81,4	6,4	23	1,4	13	7,1

Fonte: Serviço de Estatística do HUAP

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Demonstrar aos profissionais os resultados alcançados pela soma de seus valores, revelou-se uma boa estratégia de integração.



SAÚDE MENTAL: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA NA COMUNIDADE INDÍGENA POTIGUARA NA CIDADE DE BAIA DA TRAIÇÃO-PB

Autor principal: Joedna Souza de Medeiros

Outros Autores: Maria de Oliveira Ferreira Filha

Instituição: Fundação Nacional de Saúde-FUNASA

Município: Baía da Traição

Estado: Paraíba

Todo o debate crítico em torno do processo de reforma psiquiátrica e da saúde mental na atualidade, bem como a literatura da área, coloca a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença, loucura e de reconstrução de sua complexidade. O processo de reforma psiquiátrica que vem ocorrendo em diversos países ocidentais tomou vigor no Brasil, a partir da Declaração de Caracas que visou efetivar a reestruturação da atenção à saúde mental. A atenção à saúde é uma estratégia adotada pela Organização Mundial da Saúde - OMS, pela Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS e demais países. A atenção do modelo assistencial em saúde mental foi preconizada pelo Governo Federal na Lei nº 10.216 de 06.04.2001, com a finalidade de garantir atendimento ao portador de transtorno mental, e proporcionar uma melhor qualidade de vida não só para essa população específica, mas para os demais atores sociais. Desta maneira, visando à mudança de paradigmas na assistência à saúde mental o Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI, vem implementando e efetivando ações em saúde mental através da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas Potiguara. Com esse intuito, assegura ações de atenção básica nas aldeias, cria mecanismos de participação social por intermédio de conselhos distritais e locais; respeita os aspectos étno-culturais dos povos indígenas e operacionaliza as ações de saúde. Diante desta conjuntura, as práticas de saúde mental realizadas na comunidade indígena potiguara, utilizaram o enfoque da Saúde Coletiva compreendido como síntese da articulação epistemológica entre as abordagens Clínica (individual) e Epidemiológica (coletiva) da saúde e ao mesmo tempo, as ações em saúde mental levam em consideração a singularidade do ser humano como um sujeito que pode transcender e que a sua subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo, uma vez que, ela é essencialmente fabricada e moldada no registro social. Assim, consideramos que a subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos: ela é essencialmente social, assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. Desta maneira, as ações de saúde mental tiveram o intuito de desenvolver práticas no âmbito coletivo com a

população desta comunidade, principalmente com os atores que fazem uso de medicamentos psicofármacos. O delineamento metodológico utilizado para este trabalho, consistiu na formação de um grupo em que os atores sociais se reúnem uma vez por mês, com uma duração de aproximadamente 1:30 (uma hora e meia). O grupo tem como facilitadora uma psicóloga e uma fisioterapeuta, as quais compõem a equipe multidisciplinar da saúde indígena potiguara. Neste grupo, são realizadas dinâmicas com o intuito de integrar e desconstruir os membros e posteriormente são levantados alguns questionamentos e reflexões sobre o processo saúde-doença, propiciando para que os indivíduos se percebam como sujeitos ativos e que não estão condicionados por uma patologia, possuindo assim, a superação dos seus conflitos. Podemos observar mediante ações desenvolvidas no âmbito biopsicossocial e conforme a vivência, experiência e o próprio relato de alguns atores sociais que participaram do grupo, onde ocorreu um aumento da auto-estima dos vínculos familiares e sociais, do aumento da capacidade de superação dos conflitos existentes e o aumento do bem estar mental dos indivíduos dessa comunidade. De um modo geral, a prática de atenção primária desenvolvida em torno da saúde mental tem propiciado para que o sujeito se perceba como um ser ativo formador e escritor da sua própria história no percurso saúde-doença. A atenção à saúde mental reorienta-se de um modelo historicamente centrado na referência hospitalar para um modelo de atenção de base comunitária. A incorporação de ações de saúde mental na atenção básica contribuirá para esta transformação, oferecendo melhor cobertura assistencial para os usuários que necessitam deste serviço. Desta maneira, as ações desenvolvidas concernentes a saúde mental na comunidade indígena potiguara utilizará o enfoque da Saúde Coletiva, compreendido como síntese da articulação epistemológica entre as abordagens Clínica (individual) e Epidemiológica (coletiva) da saúde. Diante desta conjuntura, para que as ações em saúde mental fossem desenvolvidas pelo prisma da saúde coletiva foi necessário realizar um perfil epidemiológico referentes à frequência e a distribuição dos transtornos mentais na comunidade indígena potiguara no Estado da Paraíba. O delineamento metodológico utilizado para este trabalho, consistiu em um estudo epidemiológico transversal. A população foi constituída



pelos sujeitos que fazem uso de psicofármacos na comunidade indígena potiguara no município de Baía da Traição no Estado da Paraíba. Os dados coletados foram analisados pelo programa estatístico SPSS versão 11. Os resultados apontaram que as ações de saúde e de saúde mental devem ocorrer de forma contínua, propondo uma articulação de vários saberes, tanto popular como o técnico, bem como uma ação coordenada entre os diferentes profissionais da equipe multidisciplinar, visando uma busca contínua de expansão do potencial positivo de saúde e de se repensar o modo de atuação da saúde coletiva. Neste sentido, observa-se que as atividades realizadas no âmbito biopsicossocial, podem contribuir e proporcionar o fortalecimento dos vínculos familiares e sociais, o aumento da autoestima, a capacidade de superação dos conflitos vivenciais, bem como propiciar a saúde mental e, permitir que o sujeito se perceba como um ser ativo formador e escritor da sua própria história no percurso saúde-doença.



AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO AMBIENTE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO

Autor principal: Jorge Azevedo de Castro
Outros Autores: Helena da Silva Rocrigues; Isabelle Soares dos Santos; Rosane Lopes
Instituição: Universidade Federal Fluminense (UFF)
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

RESUMO

Este trabalho trata de uma Avaliação Pós-Ocupação (APO) em uma das edificações do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Dentro de um programa de requalificação das áreas funcionais, a metodologia de APO avalia o desempenho do ambiente construído através da satisfação e opinião dos usuários, profissionais e/ou pacientes, do estado técnico, e da correspondência às normas existentes. O estudo apresenta os resultados da aplicação do “poema dos desejos”, uma ferramenta de indução e captação de opiniões, com objetivo de conhecer as expectativas dos usuários. Nesse sentido é um processo de trabalho coletivo e multidisciplinar, pois leva o corpo clínico a reflexão sobre o seu ambiente de trabalho de forma sistematizada, quantitativa e qualitativamente, e abre o conhecimento do ao corpo técnico formado por engenheiros, e projetistas. Esta Avaliação foi realizada no âmbito da disciplina “Seminário de Arquitetura III: Avaliação de Construções Hospitalares” durante o primeiro semestre de 2005. A realização de uma disciplina da Escola de Arquitetura e Urbanismo (EAU), dentro das dependências do hospital, utilizado como *locus* e estudo de caso, é uma experiência didática inédita na UFF, a partir de uma proposta da direção do HUAP em parceria com o Departamento de Projetos da EAU/UFF. Os dados foram agrupados em categorias e classificados por sua frequência percentual. Os resultados obtidos foram promissores, na medida em que contribuem para a melhoria da qualidade dos ambientes em estudo ao considerar as reais necessidades dos usuários, as quais são apontadas, junto a outras questões de ordem técnica, num mapa de recomendações para ações de curto e médio prazo. O diagnóstico realizado a partir das informações coletadas, permitiu gerar diretrizes para projeto fundamentado nas opiniões dos usuários dos ambientes pesquisados (salas de aula, consultórios de psiquiatria, salas administrativas, Instituto de Saúde da Comunidade, Centro de Ciências Médicas, Faculdade de Medicina e Direção do HUAP). A qualidade dos projetos de remanejamento ou reforma também ganha assim um referencial para o seu desenvolvimento, e um diferencial na fase de programação de ações futuras.



PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR (PID); UM INSTRUMENTO DE GESTÃO INOVADOR NO AUXÍLIO DA OTIMIZAÇÃO DOS RECURSOS EM SAÚDE PÚBLICA

Autor principal: José Antônio P. Fernandes
Instituição: Hospital Geral de Nova Iguaçu/HGNI
Município: Volta Redonda
Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO/ JUSTIFICATIVA

O Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI), caracteriza-se como um hospital geral com emergência de alta complexidade, uma maternidade de alto risco além de UTI adulto e neonatal. Lembramos que o HGNI é o único hospital com este perfil de complexidade tanto para o Município de Nova Iguaçu como para os demais municípios da Baixada Fluminense (12 municípios), com uma população de 3.700.000 habitantes. O HGNI possui 318 leitos distribuídos nas Clínicas: Médica, Cirúrgica, Pediátrica, Obstétrica, UTI Adulto e Neonatal, gerando em média 448 internações/mês, com um elevado tempo de permanência, principalmente nas clínicas cirúrgicas. O setor de emergência trabalha cotidianamente com elevada demanda, uma média de 480 pacientes/dia. Possui repouso com 59 leitos censáveis e 64 leitos extras, podendo chegar em momentos de pico de demanda a 169 leitos. Os pacientes ali "internados" assim permanecem pela dificuldade de leitos no setor de internação (enfermarias) e leitos de retaguarda na rede pública de saúde. Face a este quadro, a implantação do PID justifica-se pelas conseqüências técnico-administrativas para o hospital, o que acaba por comprometer o seu desempenho além da qualidade de assistência. Dos casos de urgência/emergência ali atendidos, o perfil da demanda é composto, em sua maioria, por pacientes portadores de patologias de alta morbimortalidade com história de reinternações e, que demandam atenção constante.

OBJETIVOS

O objetivo precípua é aumentar a disponibilidade de leitos, como também evitar hospitalização desnecessária, reduzir o tempo de internação hospitalar, promover a desospitalização, humanizar o cuidado, garantir períodos maiores livres de intercorrências através do controle adequado dos fatores de risco, facilitar a adaptação do paciente e seus familiares àquele estado mórbido, a busca da "boa morte" (morte assistida no lar), além da racionalização dos recursos em geral.

METODOLOGIA

A pesquisa abrange o período de 10/06/2005 à 31/01/2006, sendo os sujeitos envolvidos munícipes de Nova Iguaçu egressos de internações no HGNI e confinados ao leito por mais de 50% do tempo. Tem ainda como pressuposto a presença de um cuidador que habilitado no atendimento com supervisão por membros da equipe multidisciplinar do PID. Esta equipe multiprofissional é composta por: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 fisioterapeuta e 01 técnico de enfermagem, com apoio da estrutura do hospital em todo tipo de necessidade, além de parcerias com a rede local: PSF e SAMU. Como método desenvolvido destaca-se o atendimento domiciliar de 2ª à 6ª feira das 08:00 às 17:00 horas, através de visitas realizadas de acordo com a necessidade de cada paciente de periodicidade diária a mensal além de contato telefônico.

RESULTADOS ALCANÇADOS

No período do estudo, 106 pacientes passaram a ser acompanhados pelo PID, possibilitando 731 novas internações no HGNI. Esta cifra equivale a 20% das internações realizadas em todo o hospital no período de estudo, excetuando as clínicas que não estão no escopo de referência para o programa. Do total dos casos acima 35% dos pacientes foram a óbito e 8% tiveram alta do programa (PID) uma vez que recuperaram a sua autonomia. Dos óbitos ocorridos 77% aconteceram nos domicílios por opção dos familiares. Os serviços de emergência, clínica médica e clínica cirúrgica foram as principais referências para o programa. As doenças prevalentes foram o acidente vascular cerebral e o câncer. O exame da casuística demonstrou que o faturamento proporcionado pela rotatividade dos leitos do hospital foi de 22,9 vezes superior ao valor que seria conseguido, caso esses (pacientes acompanhados pelo PID) continuassem internados nas enfermarias do HGNI.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA FACILIDADE E DIFICULDADE

A dificuldade que ainda enfrentamos prende-se a gestão do serviço, tanto com as relações internas de organização das demandas,



quanto com as inter-relações com as diversas coordenadorias. Outra dificuldade refere-se a disponibilidade dos recursos necessários a manutenção do programa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que todos fomos ajudados a nascer e, deveríamos poder também ser ajudados a morrer. O PID se propõe na medida do possível resgatar também esses valores passando a atuar com incondicional solidariedade, sensibilidade, além da esperada competência. Os resultados apurados pela pesquisa confirmam o PID como instrumento de gestão de relevante importância no que diz respeito aos objetivos propostos.



EDUCAÇÃO POPULAR. INSTITUCIONALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS

Autor principal: José Carlos Silva

Outros Autores: Melo Neto; Eymard Vasconcelos

Instituição: UFPE

Município: Recife

Estado: Pernambuco

Desde 1970, a Educação Popular tem sido incorporada na área da saúde. Inicialmente em atividades pontuais e mais periféricas e a partir de 1988 – com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) – a concepção de Educação Popular em Saúde (EPS) se fez presente em vários espaços da produção da saúde, como a educação, o trabalho e a gestão da saúde. Na área da saúde, algumas experiências recentes de institucionalização de práticas populares têm trilhado um caminho de idas e vindas nas instituições de ensino e de atenção à saúde.

Estas experiências têm buscado também a participação de profissionais de saúde e usuários do SUS. “A participação desses usuários no processo de produção de ações de saúde vem trazendo momentos de excelência para a discussão e recomposição de novas práticas voltadas para promoção à saúde, como resultado da ação educativa e para a institucionalização de novas modalidades de gestão e gerenciamento participativo” (PEDROSA, 2001:33).

A educação popular traz consigo princípios que ajudam a construir ferramentas de gestão em administração de governos democráticos. Entendemos como governos democráticos os governos que se preocupam em gerenciar a máquina estatal na perspectiva da participação popular e, conseqüentemente, a democratização das decisões das políticas públicas. Segundo Vasconcelos (2006), “o método de Educação Popular passa a ser um instrumento para a construção e ampliação da participação popular no gerenciamento e na orientação de políticas públicas”.

Em 2002, iniciou-se uma pesquisa de mestrado sobre institucionalização da EPS na Secretaria de Saúde do Recife numa perspectiva de evidenciar as contribuições da EPS para a democratização do SUS. O objeto de estudo deste trabalho está centrado no processo de institucionalização da EPS no SUS na gestão Municipal de Saúde da cidade do Recife, mais especificamente na Diretoria Executiva de Atenção Básica (DEAB) e tendo interfaces com outras experiências da EPS no âmbito do SUS. Nosso estudo fundamenta-se na explicação das contradições e às dinâmicas do processo de gestão do núcleo gestor e do grupo de educadores em relação à proposta de educação popular em saúde. Portanto, visamos contribuir também para uma agenda pública na perspectiva da EPS para a participação popular no SUS.

Nesta perspectiva, também é importante revelar as intenções secundárias do estudo, que são as seguintes: Refletir sobre a contribuição da educação popular em saúde enquanto instrumento que colaborou na construção da gestão participativa e no fortalecimento do SUS; Contribuir para uma agenda pública para o fortalecimento da proposta de Educação Popular em Saúde e sua colaboração para o movimento de educação popular em saúde no contexto do SUS. Estes objetivos estão pautados na perspectiva de compreender a situação da educação popular em saúde no município, sua repercussão no âmbito nacional, sua capacidade de colaborar no fortalecimento do movimento de educação popular em saúde para dentro e para fora do Recife e como se expressa dentro do SUS.

A metodologia da pesquisa qualitativa das ciências sociais aplicadas à educação em saúde possibilitou um estudo mais dinâmico e ampliou as possibilidades de leitura da realidade da educação popular em saúde na Secretaria de Saúde do Recife. A coleta de dados foi realizada na Diretoria Executiva de Atenção Básica (DEAB), com gerente de educação popular em saúde, gerentes de políticas específicas, com gerentes distritais de educação popular em saúde, gerentes executivos de Distritos Sanitários e com representante do Gabinete do Secretário de Saúde.

A metodologia consistiu em realização de oficinas, rodas de conversas, leitura de documentos, relatos dos participantes da pesquisa, confrontando o que estava escrito nos textos com os depoimentos dos entrevistados para, a partir disso, fazermos as reflexões e fundamentação teórica. Muitos textos e documentos foram remetidos às reuniões de socialização para análise e procedimentos da pesquisa. “todas as informações coletadas pelos diversos grupos de observação e pesquisadores de campo são transferidas ao seminário central, onde são discutidas, analisadas, interpretadas, etc” (THIOLLENT, 1986:64).

A análise dos dados foi realizada de maneira qualitativa através de leituras do Caderno de Campo, que continha as falas dos envolvidos na pesquisa, como também através das leituras dos planos municipais de saúde (2002/2005 e 2006/2009), elaborados pela Diretoria de Planejamento, e da Proposta Municipal De Educação Popular Em Saúde (2002), ambos elaborados pelo grupo de educadores e educadoras em saúde.



Percebe-se que o grupo de educadores e educadoras populares como pessoas com grande capacidade de discussão política e formulação de diretrizes para a gestão no campo da saúde, e, em particular, a participação popular no SUS. A pesquisa revela que a EPS apresenta-se – entre educadores e gestores de saúde – como um processo de embate ideológico entre diferentes formas de compreender o técnico e o político, na perspectiva de garantir a institucionalização e legitimidade da EPS. Mostra, ainda, a tentativa de superar estes embates, evidenciando limites e possibilidades de construção de estratégias e agenda de ações para o fortalecimento do SUS.

O grupo de EPS começou a implantação de uma agenda de estratégias e ações no campo da participação popular no SUS e a produção de um livro de experiências, e já tem alguns educadores e educadoras com textos em fase de acabamento e revisão de conteúdo e bibliografia que deverá ser lançado em breve, e a sua publicação está sendo articulada com outras experiências de outros municípios da RM.

Podemos confirmar que a educação popular em saúde – seus pressupostos teóricos e metodológicos – suas técnicas, a maneira de planejar, acompanhar, avaliar, formular e executar os processos educativos, de trabalho e de gestão colaboraram para a construção das políticas de saúde da SMS. A pesquisa também confirmou que a educação popular está presente em maior ou menor grau na construção e operacionalização de muitos processos de formação de gerentes e trabalhadores de serviços de saúde. Isto vem ajudando na qualificação das atividades de promoção, cuidado e recuperação da saúde, em especial no controle de doenças e promoção à saúde, nos casos da tuberculose, hanseníase, filaríose e dengue e no fortalecimento do modelo de gestão participativa do SUS.

Longe de acharmos que este assunto se encerre aqui, a reflexão nos aponta que, enquanto alguns educadores e gestores afirmam existir uma abertura para ampliar o processo de incorporação da EPS, é necessário aproveitar a nova situação de consciência sobre a EPS na SMS para fortalecer a EPS enquanto estratégia de democratização do SUS.



PROMOÇÃO À SAÚDE DOS HOMENS NA PERSPECTIVA DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Autor principal: José Carlos Silva

Outros Autores: Alexandre Amorim; Tatiana Santos; Gustavo

Cauas; Ronice Franco; Valdilene Viana

Instituição: UFPE

Município: Recife

Estado: Pernambuco

A partir do entendimento de que é importante compreender a saúde dos homens numa perspectiva das suas várias identidades e masculinidades – nasceu o projeto promoção da saúde dos homens na perspectiva da educação popular em saúde que se preocupa com a participação dos homens com os cuidados com a sua saúde “incluir a participação dos homens é no mínimo um desafio por esta questão não ser colocada na socialização dos homens” (SCHRAIBER, 2005). Foram feitas escutas com gerentes do SUS e profissionais do PSF na tentativa de identificar experiências de atenção à saúde dos homens. Identificamos que é incipiente a implantação de ações de saúde para os homens. No campo da educação dos profissionais de saúde, identifica-se que o tema saúde dos homens é pouco discutido, e que os profissionais revelam desejo de formação. Para implantar ações de saúde para os homens o projeto contempla ações educativas com profissionais de saúde, com a intenção de melhorar as competências no campo da atenção à saúde destes no PSF. Está sendo realizada uma pesquisa para identificar de que adoece e morre os homens, construindo com isso, uma possibilidade de uma agenda pública de promoção saúde dos homens. Experiências de institucionalização de praticas populares têm trilhado um caminho singular nas instituições de ensino e de atenção à saúde. Estas experiências têm buscado também a participação dos usuários do SUS. “a participação desses usuários nas ações de saúde vem trazendo momentos de excelência para a discussão e recomposição de novas práticas voltadas para promoção à saúde” (PEDROSA, 2001). Por meio de oficina, estamos construindo um processo educativo que inclui vivências com os usuários do SUS e avaliação das práticas de cuidado. Espera-se atender 40 municípios do estado de PE, ampliar a capacidade de atuação na atenção à saúde dos homens. Acredita-se que o processo apresenta algumas fragilidades, principalmente, no que tange ao acompanhamento das equipes, mas também apresenta muitas possibilidades, como a defesa do ponto de vista político da proposta pelas instituições envolvidas e a adesão de muitos gestores.



PROJETO OUVIDORIA DA SAÚDE

Autor principal: José Sival Clemente da Silva

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Jacaré dos Homens AL

Município: Jacaré dos Homens

Estado: Alagoas

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O município de Jacaré dos Homens/AL está localizado no sertão alagoano e possui uma população de 6.330 habitantes, segundo estimativa do IBGE para 2006.

O Sistema Municipal de Saúde é composta por 01 Centro de Saúde/ Unidade de Saúde da Família localizado na zona urbana e 05 Postos de Saúde localizados na zona rural. O Modelo de Atenção Básica está organizado através da Estratégia Saúde da Família, operacionalizado por meio de 02 equipes de saúde da família e de saúde bucal e 14 agentes comunitários de saúde.

Em 2003, após constatar que se fazia necessário uma mudança nas práticas de saúde, principalmente na forma como a assistência era prestada, como os usuários eram atendidos, como ocorriam os trabalhos das equipes e a forma como se dava o processo de relacionamento trabalhador/usuário, trabalhador/trabalhador, usuário/gestor e trabalhador/gestor, a Secretaria Municipal de Saúde implantou o programa de Humanização e Acolhimento na Atenção Básica, com o intuito de promover a humanização e o acolhimento em todas as ações e atividades de saúde no âmbito municipal. Como parte das estratégias deste programa de humanização, foi definido a implantação do projeto ouvidoria da saúde, com a finalidade de estabelecer e fortalecer um canal permanente de comunicação entre os diversos atores locais do sistema de saúde.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS DO PROJETO OUVIDORIA DA SAÚDE

Objetivo geral:

Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários.

Objetivos específicos:

- Obter subsídios para a promoção da melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados pelas Unidades de Saúde;
- Incentivar os usuários e trabalhadores a expressarem formalmente as suas denúncias, reclamações e sugestões;
- Envolver a equipe gestora e os trabalhadores na resolução das reclamações e queixas e na implementação das sugestões.

METODOLOGIA

Processo inicial:

Elaboração do Projeto Ouvidoria da Saúde, discussão e apreciação pelo Conselho Municipal de Saúde;

Criação formal e implantação da Ouvidoria;

Instalação de uma urna no Centro de Saúde, com a finalidade de coletar informações, reclamações, denúncias e sugestões dos usuários e trabalhadores;

Realização de uma pesquisa de avaliação da satisfação do usuário quanto à qualidade do atendimento prestado, onde foi aplicado um questionário com todos os usuários que procuraram o Centro de Saúde no período de 09 de dezembro de 2005 a 31 de janeiro de 2006. Este questionário incluiu uma avaliação qualitativa (ótimo, bom, regular, ruim e péssimo) dos 18 serviços implantados no Centro de Saúde.

Processo de operacionalização:

Recepção de usuários, acompanhantes ou familiares para o registro de ocorrências;

Recepção de queixas, reclamações e sugestões por telefone e correspondências;

Coleta e avaliação mensal dos formulários depositados na urna;

Respostas e agradecimentos enviados aos usuários e trabalhadores, através de correspondências;

Apresentação Mensal ao Conselho Municipal de Saúde, do consolidado dos formulários depositados na urna.

PRODUTOS

Uma das ações importantes foi a apresentação e discussão do resultado da pesquisa de avaliação da satisfação do usuário, com a equipe gestora e os trabalhadores da saúde. Como produto desta discussão, foi feito um planejamento estratégico com o objetivo de encontrar soluções para a correção dos problemas, resolução das queixas referidas e implementação das sugestões apresentadas.

Ainda, como resultado das ações da ouvidoria, pode-se destacar a implementação de diversas ações no Centro de Saúde, tais como: melhoria na qualidade do lanche fornecido diariamente aos



usuários; reorganização do processo de trabalho na área de saúde bucal; melhoria no serviço de higienização; intensificação das ações de qualificação dos trabalhadores; rediscussão da relação municipal de medicamentos essenciais; reorganização do serviço de apoio ao usuário e implantação do serviço de acolhimento 24 horas.

APRENDIZADO

Facilidades: Envolvimento da equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde; apoio por parte do Governo municipal e do Conselho Municipal de Saúde.

Dificuldades: temor por parte dos trabalhadores em serem expostos à avaliação dos usuários e não compreensão por parte de alguns usuários de que a ouvidoria é um trabalho sério.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Ouvidoria da Saúde está provocando uma mudança de comportamento nos atores do sistema local de saúde, uma vez que está promovendo uma maior aproximação e envolvimento entre os usuários, trabalhadores e equipe gestora. Este fato está favorecendo a melhoria das ações de saúde, tendo em vista vez que a construção do SUS está sendo feita de forma coletiva e através da confiança mútua entre todos os envolvidos.



EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA FAMILIARES CUIDADORES DE IDOSOS A NÍVEL DOMICILIAR

Autor principal: Josiane de Jesus Martins

Outros Autores: Gelson L. Albuquerque; Wanusa Grasiela

Amante de Souza; Wladja Nara Souza Pacheco

Instituição: UNISUL

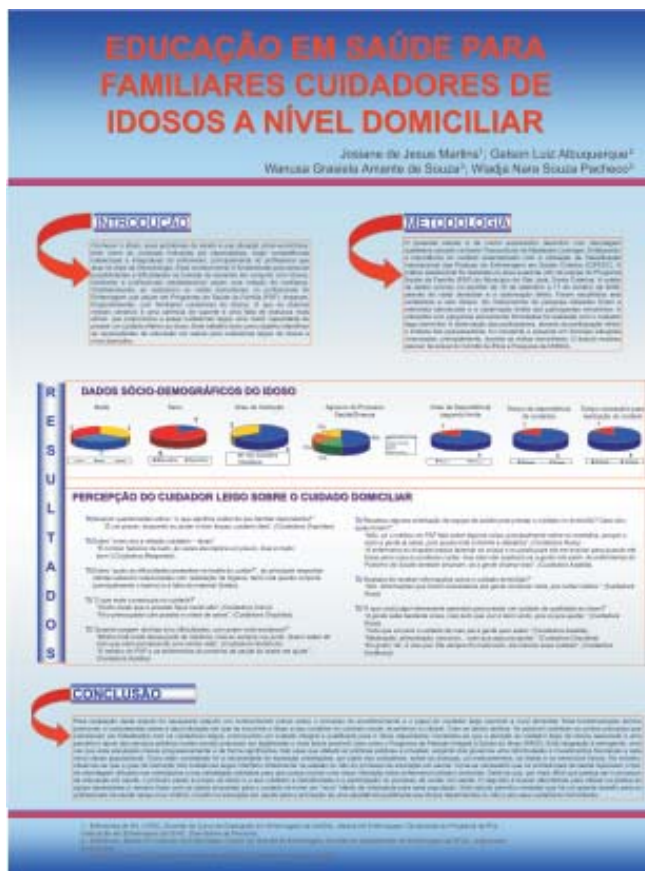
Município: Florianópolis

Estado: Santa Catarina

RESUMO

O presente estudo é de cunho exploratório descritivo com abordagem qualitativa e teve como objetivo identificar as necessidades de educação em saúde de cuidadores leigos de idosos a nível domiciliar, calcado na teoria Transcultural de Madeleine Leininger. Enfatizando a importância do cuidado sistematizado com a utilização da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC). Esta pesquisa foi realizada na área quarenta (40) da equipe do Programa Saúde da Família de um Município da grande Florianópolis. O envelhecimento populacional vem progredindo, por diversos fatores sucedidos na sociedade nos últimos anos. Com o alargamento da população idosa na pirâmide social estão ocorrendo alterações, na área social, da saúde e da economia. Mesmo com a magnitude deste evento mundial que é o envelhecimento populacional, os órgãos públicos e privados estão deixando de investir em políticas que dinamizam e otimizam este seguimento da sociedade, a qual ainda necessita de investimentos em pesquisas. É essencial ao profissional enfermeiro(a), estar intimamente ligado aos recursos educativos, uma vez que o processo de cuidar está atrelado à educação. Cuidar no domicílio é uma tarefa com alguns desafios podendo trazer algumas barreiras para a enfermagem. Constituiu-se então esta pesquisa de cunho exploratório, descritivo, qualitativa. A amostragem foi composta por seis cuidadores e seis idosos que colaboraram com a troca de

experiências contribuindo para identificar como ocorre a educação em saúde de cuidadores leigos para cuidarem do idoso no contexto domiciliar. A coleta de dados ocorreu no período de 19 de setembro a 17 de outubro de 2005, através de visita domiciliária, entrevista, observação e grupo focal. As entrevistas foram realizadas da seguinte forma: uma direcionada ao idoso e outra específica ao cuidador leigo domiciliar, para conhecimento prévio da atual situação vivenciada por ambos. Para análise dos dados foi utilizada a técnica de triangulação que proporcionou um ir e vir relacionando os dados mais significativos obtidos nas entrevistas individuais, com a corroboração da observação, principalmente nas visitas domiciliárias que oportunizaram maior conhecimento do meio cultural no qual o sujeito idoso e seu cuidador leigo estão inseridos, e também com a outra "via" do encontro do grupo focal identificando fatores que puderam contribuir para interpretação e ligação dos dados com fundamentação teórica. Após a categorização dos dados estes foram divididos em: Percepção do idoso em relação ao cuidado domiciliar; percepção do cuidador leigo sobre cuidado domiciliar e ser cuidado e cuidar no domicílio. O projeto de pesquisa foi submetido a avaliação do Comitê de ética e pesquisa envolvendo seres humanos. Com os dados obtidos, foi possível conhecer os pontos principais que precisavam ser trabalhados com os cuidadores leigos, promovendo um cuidado integrado e qualificado para o idoso dependente. Constatou-se que a atenção ao cuidador leigo de idosos associada a uma parceria e apoio dos serviços





públicos, precisam ser legitimadas o mais breve possível, bem como o Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso (PAISI). Esta integração é emergente, uma vez que esta população cresce progressivamente e de forma significativa, fato esse que afetará as políticas públicas e privadas, exigindo dos governos uma reformulação e investimentos favoráveis a esta nova classe populacional.

Pode-se concluir com a realização desta pesquisa que a educação em saúde é fundamental e contribui para a realização do cuidado com qualidade. Fazendo com que o idoso e o cuidador tenham maior aceitabilidade às formas de cuidar e da terapia proposta. O processo de educação em saúde, se deu através desta troca de experiências tanto no domicílio quanto no grupo focal. Este processo responde nossa questão de pesquisa, não identificamos outra maneira para que ocorra a educação em saúde de cuidadores leigos para cuidarem do idoso no contexto domiciliar, além desta troca de conhecimentos científicos, conhecimentos empíricos, crenças e adaptações de todos estes conceitos para um cuidado de qualidade. Sabe-se que, por mais difícil que pareça ser o processo de educação em saúde, o primeiro passo é propor ao idoso e a seu cuidador a interatividade nesse processo; segundo é começar a colocá-lo em prática e; terceiro fazê-lo se tornar um novo hábito de vida/saúde para essa população. Este estudo permitiu constatar que há um grande desafio para os profissionais da saúde nesse novo milênio: investir na educação em saúde para a promoção de uma assistência qualificada aos idosos dependentes e aos seus cuidadores domiciliares.



ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO IDOSO NO PÓS - OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA ATRAVÉS DA UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS LEVES DE CUIDADO.

Autor principal: Josiane de Jesus Martins

Outros Autores: Gelson Albuquerque; Cyntia Alves Goulart; Karina Regina Bunn

Instituição : UNISUL

Município: Florianópolis

Estado: Santa Catarina

RESUMO

Esse trabalho teve como foco principal, proporcionar cuidado em saúde humanizado ao ser idoso que passa pelo processo cirúrgico, ou seja, em pós – operatório de cirurgia cardíaca e que necessita de cuidado em saúde diferenciado em virtude de suas limitações físicas ou as impostas pela idade. Foi realizado em uma unidade de internação médico - cirúrgica de um hospital público especializado em cardiologia, localizado na região sul do Brasil. Atuamos com a equipe de saúde e com idosos submetidos à cirurgia cardíaca, para que se pudéssemos, não simplesmente praticar a assistência desejada para um bom atendimento em saúde, mas também, participar da construção desta assistência humanizada junto à equipe de saúde da referida unidade hospitalar. Humanizar é realizar ações que permitam o compartilhar entre pacientes e trabalhadores da saúde. Humanizar é favorecer a interação e a criação de vínculos, o cuidado ético. O objetivo foi conhecer o atendimento prestado ao paciente idoso submetido à cirurgia cardíaca pela equipe de saúde e utilizar tecnologias leves de cuidado na assistência ao idoso que foi submetido a cirurgia cardíaca. Esta pesquisa caracterizou-se como uma pesquisa da área humana social, exploratória descritiva com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados através de questionários entregue para 6 idosos e 22 trabalhadores da área da saúde. Para análise usou-se a análise de conteúdo. As categorias centrais do estudo referente à assistência

foram: a visão do idoso referente ao atendimento recebido pela equipe de saúde, humanização, atendimento diferenciado ao paciente idoso e conhecimento dos profissionais da saúde a respeito da Política Nacional de Humanização. Este trabalho foi encaminhado para avaliação do Comitê de ética e pesquisa com seres Humanos recebendo aprovação. A equipe de saúde tem um importante papel

com o idoso hospitalizado, tanto para garantir o equilíbrio das suas funções orgânicas e emocionais, como para auxiliar o mesmo no enfrentamento e aceitação da internação. Não obstante, é essa mesma equipe que, muitas vezes, propicia o desenvolvimento do processo de despersonalização e despojamento desses pacientes, sendo que, essas situações precisam ser repensadas no sentido de se buscar mecanismos que possam modificá-las. Acreditamos que, através de uma relação empática, haja uma assistência humanizada e um comprometimento com o cuidado personalizado, contribuem positivamente para a adaptação do idoso a hospitalização, favorecendo o seu equilíbrio físico e emocional. É importante ressaltar aqui o trabalho de equipe calcado na

cooperação dos diferentes saberes e partilhado por todos, levando ao enriquecimento dos profissionais pelo partilhar desses conhecimentos, configurando na realização de um cuidado, não centrado no médico, mas sim no paciente, inter-relacionando os saberes da cada profissão, ou seja, um trabalho interdisciplinar para o alcance de um objetivo único: o cuidado com qualidade ao cliente aqui





em particular ao idoso. Este trabalho foi um desafio, pois buscamos encontrar respostas para nossas dúvidas em relação ao atendimento oferecido pelos profissionais de saúde à pacientes idosos numa instituição pública que passaram por um processo agressivo como uma cirurgia cardíaca. Avaliar como é realizado o atendimento a este idoso, acompanhando o período de internação e participando junto ao paciente de seus desafios, medos, limitações, momento de angústia que causa a hospitalização, proporcionou uma grande satisfação porque se utilizou o que é necessário para um atendimento qualificado a uma pessoa internada que é o recurso da humanização, respeitando e valorizando a pessoa humana em sua integralidade. É notável que muitos profissionais são resistentes a mudanças, talvez por imaginar que o serviço está bom ou porque transformações quaisquer se tornam mais trabalhosas sem ao menos tentarem estas, ou até por falta de incentivo dos gestores dos serviços de saúde. Acredita-se que o idoso é dotado de sua experiência e seus saberes indiscutíveis. Foi possível romper preconceitos que colocam o idoso como um ser incapaz de se autogovernar, decidir, que não sabe, não pensa. Se não bastasse o natural processo do envelhecimento, a fragilidade e a vulnerabilidade física e emocional, estes seres, muitas vezes, são destituídos do poder de decisão e na verdade não foi isso o que os pacientes participantes do nosso estudo mostraram, mas sim, uma força incrível durante toda a recuperação pós-cirúrgica. Outro fato percebido neste estudo foi que a grande maioria dos membros da equipe de saúde não tem o conhecimento da Política Nacional de Humanização.



EXPERIÊNCIA EM IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

Autor principal: Josiane Moreira da Costa

Outros Autores: Karla Eustáquia de Oliveira Malta Coutinho;

Mariana Linhares Pereira

Instituição: Centro de Saúde Ouro Preto

Município: Belo Horizonte

Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A assistência farmacêutica envolve as etapas de fabricação, distribuição até a dispensação de medicamentos. Essa tem passado por mudanças nos últimos anos, com o objetivo de alcançar plenitude em relação as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e atingir a universalidade, equidade e descentralização. A Atenção Farmacêutica (AtenFar) é uma prática que teve início na década de noventa em Minnessota (EUA) e tem como objetivos a identificação, resolução e prevenção de Problemas Relacionados ao Uso de Medicamentos (PRM). Com isso a prática contribui para a eficácia da farmacoterapia com consequente diminuição da morbimortalidade. A implantação da AtenFar exige um envolvimento do profissional farmacêutico com a função de cuidador, fato que contribui tanto para o melhor acesso (devido a promoção do uso racional) aos medicamentos quanto para a adesão a farmacoterapia por parte do paciente. A adesão é garantida por meio da identificação de necessidades específicas do paciente (visão holística da prática tendo o paciente como o centro das ações) e elaboração de trabalhos de educação em saúde específicos para o paciente atendido. Dessa maneira a AtenFar no SUS, exige uma maior disponibilidade do profissional farmacêutico nos serviços de Atenção Básica e seu total comprometimento com a farmacoterapia do paciente. A implantação desse serviço no Centro de Saúde Ouro Preto (CSOP) foi uma das propostas do Projeto de Reestruturação da Assistência Farmacêutica e Implantação da AtenFar nas Regionais Leste e Pampulha, em Belo Horizonte, MG.

OBJETIVOS

Implantação do Serviço de Atenção Farmacêutica em uma Unidade de Saúde de Alto Risco em Belo Horizonte, MG.
Avaliação do Serviço de Atenção Farmacêutica.

METODOLOGIA

Uma carga horária de quatro horas semanais foi disponibilizada para a implantação do serviço, que foi realizada de

acordo com as diretrizes propostas pelo método PWDT. A escolha do centro de saúde baseou-se na localização e no risco de morbimortalidade da população. Inicialmente foi realizada uma reunião de apresentação do profissional farmacêutico e do serviço de AtenFar a equipe de saúde organizada pelos gerentes da Farmácia Distrital Pampulha e do CSOP. As atividades se desenvolveram em duas etapas: o acompanhamento da rotina na farmácia básica e posterior organização e a implantação do serviço de atenção farmacêutica. Essas fases se justapõem pelo processo de identificação dos problemas locais e elaboração de possíveis estratégias de mudanças. O acompanhamento da rotina contribui para identificação dos problemas e elaboração de propostas de melhoria. Organização dos medicamentos na prateleira, elaboração de padronização de atendimento, reunião de atualização dos técnicos em enfermagem e envolvimento desses com a implantação da AtenFar, elaboração de etiquetas de registro de intervenções e apresentação de teatro de fantoches envolvendo o tema medicamentos surgiram como consequência do processo de observação e diálogo. Em relação a captação de pacientes para a AtenFar, essa é realizada por meio de abordagem na dispensação ou encaminhamento por outros profissionais. Os atendimentos foram realizados nos consultórios em horários diferenciados dos atendimentos médicos.

PRODUTOS

Foram acompanhados 17 pacientes em 56 encontros farmacêuticos. A faixa etária média é de 66 anos e os problemas de saúde mais frequentes foram hipertensão arterial e diabetes. Posteriormente vieram dor, catarata e hipercolesterolemia. Foram detectados um total de 27 PRM com predominância do PRM 4 (relacionado a frequência na qual o paciente utiliza os medicamentos), PRM 5 (relacionado a ocorrência de reações adversas ao tratamento) e PRM 7 (relacionado a não adesão ao tratamento pelo paciente). Encontros individuais envolvendo educação em saúde, intervenções junto a equipe médica e encaminhamento de pacientes para centros de referência foram realizados de acordo com as necessidades de cada paciente atendido.



Analfabetismo e ociosidade foram algumas das características predominantes identificadas nos pacientes atendidos.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O SUS viabiliza a praticada AtenFar por meio do maior acesso aos demais profissionais de saúde, acesso aos prontuários médicos e aquisição gratuita dos medicamentos por parte dos pacientes.

O acolhimento do profissional farmacêutico pela equipe de saúde é essencial para o sucesso das atividades desenvolvidas.

A carga horária disponível para a implantação do serviço, a rotatividade dos profissionais farmacêuticos contratados e a falta de profissionais capacitados para trabalhar na AtenFar são fatores que dificultam o desenvolvimento do projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer o perfil da população atendida viabiliza o desenvolvimento de trabalhos sócio-educacionais direcionados para as necessidades farmacoterapêuticas específicas desta, com o intuito de prevenir novas ocorrências de PRM.

Encontra-se em fase de elaboração um programa de avaliação da AtenFar no SUS para determinar o impacto social e econômico desse na prestação de serviços e na qualidade de vida da população.

A implantação da AtenFar no SUS é essencial para o progresso da assistência farmacêutica e de grande importância para a promoção do bem-estar populacional.



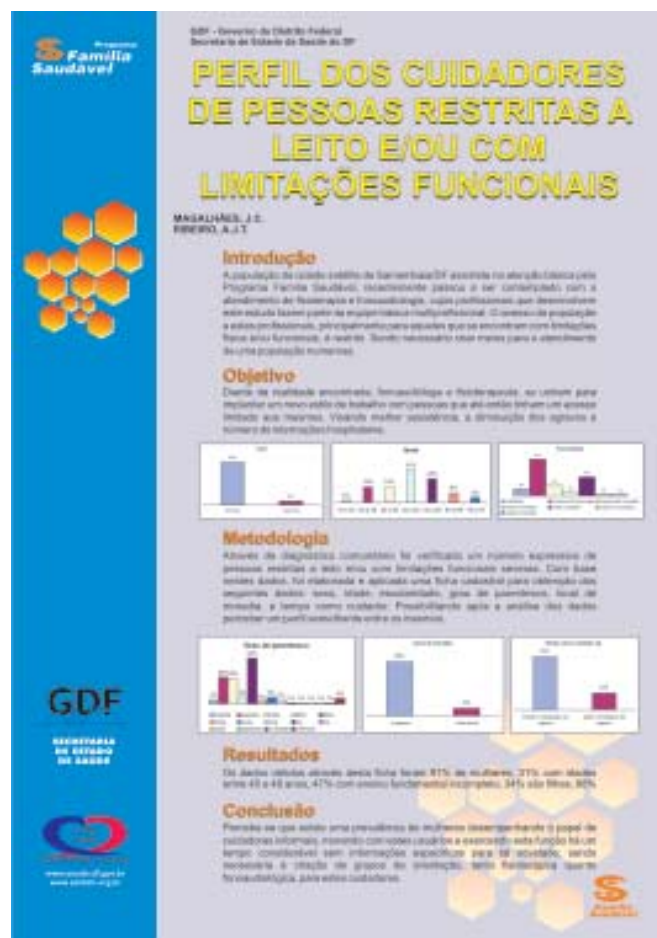
PERFIL DOS CUIDADORES DE PESSOAS RESTRITAS A LEITO E/OU COM LIMITAÇÕES FUNCIONAIS DA REGIONAL DE SAÚDE DE SAMAMBAIA/DF

Autor principal: Juliana Magalhães
 Outros Autores: Alexandre Ribeiro
 Instituição: Fundação Zerbini
 Município: Brasília
 Estado: Distrito Federal

A população do Distrito Federal assistida na atenção básica pelo Programa Família Saudável, recentemente passou a ser contemplado com o atendimento de fisioterapia e fonoaudiologia, cujos profissionais que desenvolvem este estudo fazem parte da equipe básica multiprofissional. A equipe foi implantada na regional de saúde da Samambaia/DF, sendo que diante da realidade encontrada e com o intuito de melhor assistir a comunidade os profissionais, fonoaudióloga e fisioterapeuta, se uniram para implantar um novo estilo de trabalho com pessoas que até então tinham um acesso limitado aos mesmos.

Foi verificado através do diagnóstico comunitário um número expressivo de pessoas restritas a leito e/ou com limitações funcionais severas. Com base nestes dados, foi proposto pelos profissionais à realização de um cadastro inicial destes cuidadores, possibilitando após a análise dos dados perceber um perfil semelhante entre os mesmos.

Os dados relevantes para definição deste perfil foram sexo, idade, escolaridade, grau de parentesco, local de moradia, e tempo como cuidador. O perfil prevalente encontrado foi de mulheres com idade entre 40 e 49 anos com ensino fundamental incompleto, geralmente filhas que moram no mesmo local que o usuário em questão, as quais prestam assistência desde a instalação do agravado.





CÂMARAS SETORIAIS: TENTATIVA DE PROMOÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA

Autor principal: Juliana Borges Pires

Outros Autores: Vera Maria Borralho Bacelar; Cláudia Spínola Leal Costa; Ana Mônica de Mello; Ana Márcia de Oliveira Fonseca; Aparecida de Fátima Furlanes Veludo; Kleber Henrique Silva

Instituição: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

OBJETIVO

A proposta de grupoterapia com familiares de pacientes psiquiátricos crônicos visa, através de intervenções psicoeducativas, de apoio e da troca de experiências, atenuar a sobrecarga familiar, prevenindo tanto o adoecimento dos cuidadores, quanto promover a reabilitação de seus familiares, objetivando uma melhor qualidade de vida a toda família.

APRESENTAÇÃO

Sabe-se que a sobrecarga nas famílias que têm um portador de sofrimento psíquico é intensa. A literatura descreve a correlação entre os níveis de Emoção Expressa e o incremento de reagudizações de sintomas, o que por sua vez, tenciona ainda mais o fardo familiar. Apesar disso, há poucas referências que descrevam, na prática, estratégias de enfrentamento desta questão tão delicada.

O Grupo de Familiares do Centro de Atenção Psicossocial de Santa Cruz do Sul surgiu em 1998, com um enquadre aberto, heterogêneo, de frequência quinzenal (posteriormente semanal), oferecendo suporte emocional para enfrentar sentimentos angustiantes que aparecem nas famílias, como culpa, medo, raiva, vergonha, desesperança, insegurança, privações, preocupações com o futuro, preconceitos etc.

São atendidas atualmente cerca de 25 famílias, que vinham de uma trajetória de constantes internações de seus familiares, portadores de: Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Bipolar ou Transtorno Obsessivo Compulsivo. Observa-se que o diagnóstico não parece ser o fator determinante em relação à sobrecarga familiar, mas a gravidade e cronicidade da patologia.

Atualmente vê-se claramente mudanças de atitudes nas famílias, refletindo positivamente no tratamento, além de uma maior leveza no lidar com as situações e uma freqüente evolução do significado deste espaço.

CONCLUSÃO

Os serviços de apoio às famílias são parte integrante do plano de reabilitação psicossocial, sendo que podem:

- Diminuir os Índices de Emoção Expressa
- Contribuir para redução de número de recaídas;
- Aumentar a adesão aos planos de tratamento;
- Aumentar o índice de suporte social;
- Diminuir a sobrecarga das famílias.





RESGATANDO A INTERSETORIALIDADE E MULTIPROFISSIONALISMO NA ABORDAGEM DO TABAGISMO – A EXPERIÊNCIA DO SUS DE ITAJAÍ – SC

Autor principal: Julio César Marchi

Outros Autores: Mariseya Costa; Áurea Santangelo; Maria Helena

Silva; Raquel Machado

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde - Itajaí - SC

Município: Florianópolis

Estado: Santa Catarina

O Programa de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco no município de Itajaí/SC, têm por objetivo: promover a qualidade de vida através de ações de controle do tabagismo e de outros fatores de risco de câncer, reduzindo a mortalidade por doenças tabaco-relacionadas e a prevalência de fumantes no município.

Considerando que o tabagismo é uma doença resultante da dependência da nicotina, que expõe os fumantes a cerca de 4720 substâncias tóxicas, sendo causador de doenças cardiovascular, câncer, doenças respiratórias obstrutivas crônicas, dentre outras, o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer (INCA), implantou o Plano Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco e a partir do ano de 2005 a Prefeitura Municipal de Itajaí e a Secretaria Municipal de Saúde implantaram ações voltadas à redução da prevalência de fumantes em nosso município, bem como doenças e agravos relacionados ao tabaco.

Implantou-se um ambulatório para tratamento dos fumantes, através da atenção individualizada e de grupos terapêuticos com abordagem cognitivo-comportamental, com uma equipe multiprofissional constituída de dois pneumologistas, uma enfermeira, duas assistentes sociais e uma psicóloga, além da capacitação de profissionais das Unidades Básicas de Saúde e ESF, escolas públicas e privadas, empresas e fundações municipais, para o controle do tabagismo e outros fatores de risco. São fornecidos medicamentos e adesivos de nicotina na rede pública. Também se iniciou nos ambientes da administração pública, autarquias e empresas privadas engajadas, um trabalho de educação em saúde, com diferentes meios, no sentido da obtenção de 100% dos ambientes livres do cigarro.

O material de divulgação aposta na discriminação positiva dos usuários com charges para cartazes e folders criados por cartunista local. Destaca-se o engajamento do prefeito e seus auxiliares diretos, frente à atuação prévia no movimento sanitário e legislativo com iniciativas em relação ao enfrentamento do tabagismo, que se materializa nas ações ora em curso. Busca-se agora a implantação da segunda equipe multiprofissional em área diferente da rede, permitindo o melhor acesso da população que deseja enfrentar a dependência.

Até maio de 2006 já foram organizados dez grupos de terapia, acompanhados por duas equipes multiprofissionais-Policlínica e US Praia Brava. A participação inicial média é de quinze pessoas/grupo e constata-se a superação da dependência em cerca de 50 % dos envolvidos nos primeiros meses da avaliação, a qual terá sequência até completarem dois anos do início do tratamento. Dependemos da inclusão de outros profissionais e dos multiplicadores constantemente capacitados e motivados nas unidades de saúde, já que estes, além de fazer a primeira abordagem na sala de espera, consultórios ou atividades de saúde na comunidade, tem papel decisivo no encaminhamento daqueles que decidiram enfrentar este problema de saúde.

As dificuldades encontradas referem-se ao abandono de vários participantes dos grupos, a propaganda subliminar ainda desempenhada pela maioria das empresas tabagistas na região, juntamente com grande número de jovens e adolescentes que iniciam o uso do cigarro no sentido da auto-afirmação. Também devemos envolver mais os profissionais da educação para o trabalho desde o ensino fundamental, tanto na abordagem dos efeitos do tabagismo, quanto em relação a outros fatores sócio-biológicos e ambientais relacionados a doenças crônicas e degenerativas. Destaca-se a incidência do câncer de pele na região frente a grande exposição na cidade portuária, pesqueira e de balneários, o que nos obriga o trabalho preventivo precoce.



IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO SUS-BETIM: UMA ESTRATÉGIA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO

Autor principal: Junia Célia de Medeiros

Outros Autores: Yone Almeida

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Betim-MG

Município: Betim

Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA E A IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO LOCAL

O Acompanhamento Farmacoterapêutico é o processo de tomada de decisão lógico e sistemático, por meio do qual o farmacêutico coopera com outros profissionais no desenho, implementação e monitorização do plano terapêutico, com o intuito de produzir resultados que propiciam aumento na efetividade e a segurança dos tratamentos farmacológicos. Pressupõe um trabalho constante no campo da resolução desses problemas, mas principalmente na sua prevenção, propiciando o aumento da qualidade dos serviços de saúde prestados à população e uma diminuição dos custos em saúde. Neste contexto o farmacêutico, devido a sua formação específica e fácil acesso à população, é um dos profissionais que pode contribuir para o a solução desses problemas, por meio do acompanhamento farmacoterapêutico (OMS, 1995).

OBJETIVOS

Promover a implantação do acompanhamento farmacoterapêutico aos pacientes atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Betim, propiciando o desenvolvimento de práticas que promovam o uso seguro e eficaz dos medicamentos e ampliar a inserção do farmacêutico na equipe multiprofissional.

METODOLOGIA

Desenho do Estudo: O estudo será do tipo coorte aberta concorrente, com implantação da Atenção Farmacêutica em todas as 12 unidades básicas de saúde (UBS) que dispõem de farmacêutico e acadêmicos de farmácia de forma escalonada (seis unidades por vez), com duração de 24 meses, sendo que a metodologia de Atenção Farmacêutica utilizada será uma adaptação do Programa Dáder (FAUS DÁDER, FERNANDEZ-LLIMÓS & MARTINEZ ROMERO, 2002).

LOCAL E PERÍODO

Esse estudo está sendo realizado na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Betim no período de janeiro 2006 a dezembro de 2007.

POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Para a análise de resultados iniciais e impactos na saúde da população, será utilizada amostra aleatória simples de 28 pacientes atendidos em cada UBS, cujos parâmetros de estimação foram proporção de hipertensos na população 28%, nível de significância 5% e poder estatístico de 80%. O critério de inclusão de indivíduos para essa amostra de mensuração de resultados será ser hipertenso com pelo menos um problema de saúde descontrolado. Será realizada uma entrevista inicial para verificação da existência de problemas de saúde descontrolados, para aqueles indivíduos sem problemas, excluídos do projeto, será realizado um último encontro no qual será fornecido como benefício à educação em saúde sobre o modo de uso dos medicamentos.

O recrutamento dos indivíduos será realizado por meio de convite nas residências por agentes comunitários de Saúde das UBS. Serão mensuradas recusas ao acompanhamento e suas causas. Será considerada perda de acompanhamento aquele sujeito que não comparecer em três acompanhamentos consecutivos. Nestes casos serão pesquisados os motivos das censuras por meio de ligação telefônica ou visita domiciliar. E esses motivos serão considerados nas análises de resultados.

Após a preparação dos farmacêuticos e acadêmicos de farmácia, será realizada a anamnese inicial para aqueles sujeitos que permitiram participar dos acompanhamentos por meio de consentimento livre e esclarecido. Nessa serão obtidos: dados sócio-demográficos, história médica e medicamentosa, hábitos de vida, participação em programas preventivos de saúde, exames clínicos e laboratoriais realizados no serviço. Após a entrevista inicial serão avaliados e os problemas relacionados a medicamentos (PRM), reais ou risco de problemas. E identificados e conforme o Segundo



Consenso para Classificação de Problemas Relacionados a Medicamentos de Granada (GRUPO..., 2002). Para cada problema identificado serão traçados metas e planos de solução e nas entrevistas subsequentes essas serão implantadas de forma gradativa conforme gravidade do problema, grau de incomodo para o sujeito e facilidade de solução. As intervenções realizadas poderão incluir a introdução de medidas não-farmacológicas para o tratamento e/ou prevenção de doenças, orientação sobre o uso correto dos medicamentos, informe e discussão dos PRM com a equipe de saúde; e a utilização de instrumentos para aumentar a adesão ao tratamento.

INDICADORES DE RESULTADOS

Será realizado, após 1 ano do início do projeto, a avaliação da estrutura, processo e resultados, tanto clínicos, como humanísticos e econômicos, a saber:

A)Estrutura:Disponibilidade de salas para o acompanhamento;Horário disponível do farmacêutico para acompanhamento;Número de pessoas envolvidas com o atendimento;Capacitação dos profissionais e estagiários para realização do atendimento;Disponibilidade de material para o atendimento;Disponibilidade de material para consulta.

B)Processo:Número de pacientes acompanhados;Número de consultas realizadas por farmacêutico;Número de consultas por paciente;Tipo e número de problemas identificados e resolvidos;Causas dos problemas identificados;Aceitação, por parte da equipe e do paciente, das intervenções realizadas;Motivo para a não implantação das intervenções;Motivo para a não avaliação dos resultados;Tipo de intervenções realizadas;Número de intervenções realizadas;Tempo entre a identificação do problema e a implantação das intervenções;Tempo entre a implantação da intervenção e a resolução do problema;Fluxo de atendimento

C)Clínicos: a) resolução ou melhoria de parâmetros clínicos (sintomas com significado clínico, diagnósticos, estágios de doenças); b)parâmetros fisiológicos e bioquímicos (anormalidades em exames e de funções fisiológicas); c)anormalidades físicas e na capacidade funcional do indivíduo, como capacidade para tomar banho, se vestir, caminhar ou subir escadas.



CURSO DE FORMAÇÃO DE GESTORES - PROPOSTA DA FUNDAÇÃO HEMOMINAS PARA FORMAÇÃO DE SUA LIDERANÇA

Autor principal: Junia 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

A Fundação Hemominas é órgão público responsável pela coordenação da política de sangue em Minas Gerais, e para isso conta com 22 unidades distribuídas em todo o estado, atendendo, atualmente a 85% da demanda transfusional no estado. Criada em 1985 apresentava estrutura bastante hierarquizada e burocrática, até 1999 quando, motivada pela necessidade de reduzir cargos comissionados e os custos operacionais, implantou uma estrutura mais horizontal.

A nova estrutura permitiu uma gestão mais descentralizada e participativa, com maior envolvimento de todas as unidades na condução de suas atividades, além de garantir uma coordenação e regulação mais eficaz por parte da direção da Fundação. Entretanto, algumas dificuldades foram evidenciadas nesse momento. Por ser uma instituição muito especializada, a Fundação possuía profissionais altamente qualificados nas áreas técnicas ocupando posições gerenciais. Ao serem demandados para exercer maior controle e acompanhamento da gestão, estes profissionais se mostraram com dificuldades de atuação nas suas responsabilidades gerenciais.

Ao fazer uma análise crítica desse cenário interno a organização percebeu que sem um quadro gerencial bem formado e sintonizado com as políticas e com as diretrizes gerenciais da Fundação, dificilmente se poderia alcançar os resultados esperados. Foi então, elaborado o “Curso de Formação de Gestores” com o objetivo de dotar os gestores do sistema, reconhecidamente capacitados do ponto de vista técnico, de referencial teórico-gerencial capaz de lhes proporcionar o desenvolvimento de novas habilidades e diferencial de conhecimento no universo da gestão em suas diversas variáveis (pessoas, processos, clientes, etc). O curso foi elaborado pela Divisão de Recursos Humanos e Serviço de Treinamento sem perder de vista a plena utilização do capital intelectual interno na sua realização. Ao selecionar como instrutores os colaboradores da própria Fundação, e na oportunidade de não pagamento adicional a esses profissionais, o curso se viabilizou em termos de custo. Além disso, constatada a disponibilidade e a oferta desse capital intelectual (todos os instrutores são mestrandos ou especialistas em suas áreas) todo o Curso foi orientado para a realidade da Fundação - seus problemas, as propostas de solução,

FUNDAÇÃO HEMOMINAS

CURSO DE FORMAÇÃO DE GESTORES EM UNIDADES DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA Domingo, 4 de Junho de 2006

A FORMAÇÃO DA LIDERANÇA DA FUNDAÇÃO HEMOMINAS

SEMPRE LUIZ GUIMARÃES MOURÃO CIOFFI, ANA MARIA VALLE RABELO, ALEXANDRE LUIZ PRADO, CLÁUDIO MEDEIROS SANTOS

A FUNDAÇÃO HEMOMINAS

A Fundação Hemominas é órgão público responsável pela coordenação da política de sangue em Minas Gerais, e para isso conta com 22 unidades distribuídas em todo o estado, atendendo, atualmente a 85% da demanda transfusional no estado. Criada em 1985 apresentava estrutura bastante hierarquizada e burocrática, até 1999 quando, motivada pela necessidade de reduzir cargos comissionados e os custos operacionais, implantou uma estrutura mais horizontal.

O CURSO DE FORMAÇÃO DE GESTORES EM UNIDADES DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

Ao fazer uma análise crítica desse cenário interno a organização percebeu que sem um quadro gerencial bem formado e sintonizado com as políticas e com as diretrizes gerenciais da Fundação, dificilmente se poderia alcançar os resultados esperados. Foi então, elaborado o “Curso de Formação de Gestores” com o objetivo de dotar os gestores do sistema, reconhecidamente capacitados do ponto de vista técnico, de referencial teórico-gerencial capaz de lhes proporcionar o desenvolvimento de novas habilidades e diferencial de conhecimento no universo da gestão em suas diversas variáveis (pessoas, processos, clientes, etc). O curso foi elaborado pela Divisão de Recursos Humanos e Serviço de Treinamento sem perder de vista a plena utilização do capital intelectual interno na sua realização. Ao selecionar como instrutores os colaboradores da própria Fundação, e na oportunidade de não pagamento adicional a esses profissionais, o curso se viabilizou em termos de custo. Além disso, constatada a disponibilidade e a oferta desse capital intelectual (todos os instrutores são mestrandos ou especialistas em suas áreas) todo o Curso foi orientado para a realidade da Fundação - seus problemas, as propostas de solução,

Conteúdo Programático

Unidade	Conteúdo	Horas
1	Conceitos Básicos de Gestão	12
2	Planejamento Estratégico	12
3	Organização e Estrutura Organizacional	12
4	Recursos Humanos	12
5	Processos de Trabalho	12
6	Marketing e Atendimento ao Cliente	12
7	Finanças e Contabilidade	12
8	Legislação e Ética	12
9	Atualização em Gestão	12
10	Projeto de Trabalho	12
Total		120

Objetivos

Desenvolver nos gestores do sistema, reconhecidamente capacitados do ponto de vista técnico, de referencial teórico-gerencial capaz de lhes proporcionar o desenvolvimento de novas habilidades e diferencial de conhecimento no universo da gestão em suas diversas variáveis (pessoas, processos, clientes, etc).

Metodologia

A metodologia do curso será baseada em aulas expositivas, com a participação dos alunos em atividades práticas, estudos de caso, jogos, simulações, pesquisas, etc.

Local

O curso será realizado na sede da Fundação Hemominas, em Belo Horizonte, Minas Gerais.

Inscrição

A inscrição é gratuita para todos os interessados.

Contato

Telefone: (31) 3241-1111

E-mail: atendimento@hemominas.org.br

seus desafios – o que, sem dúvida, o tornou mais atraente para os organizadores, para os instrutores e para os alunos, além de propiciar resultados em curto prazo.

Inicialmente o curso foi direcionado para aqueles servidores detentores de cargos da estrutura formal da Fundação, com poder decisório e gerencial. Entretanto, já na primeira turma constatou-se a necessidade e a oportunidade de se estender a possibilidade de participação no curso a servidores com potencial para, no futuro, virem a exercer atividades gerenciais. Através de seu conteúdo programático, ele dissemina conhecimento relativo aos módulos descritos na tabela 1 e tem duração de prevista de 112 horas/aula presenciais e 10 horas para elaboração de trabalho



de término de curso, que inclui referencial teórico e discussão de tema referente a um dos módulos, tendo sempre como referência as atividades do aluno na fundação Hemominas. As aulas são ministradas a cada quinze dias:

Tabela 1: Módulos do Curso de Formação de Gestores
Fonte: Serviço de Treinamento da Fundação Hemominas, 2006

Módulos	Carga Horária (horas/aula)
Crítérios de Excelência na Qualidade	16
Teoria das Organizações	16
Estratégias e Planos	16
Gestão da Informação	16
Liderança	16
Gestão de Pessoas	16
Cidadãos e Sociedade	16
Gestão de Processos	16
Gestão de Mudanças	16

Como forma de seleção dos interessados ao curso, exige-se que sejam atendidos alguns pré-requisitos como avaliação dos motivos que levaram o candidato a se inscrever no curso; ser detentor de cargo ou função gerencial; ter formação acadêmica; interesse ou avaliação estratégica da Fundação pela participação do candidato, entre outros.

Atualmente o curso está em sua sexta edição, sendo realizados dois cursos por ano. Conforme se observa na tabela 2, 123 alunos já concluíram o curso. Na última turma houve importante inovação do projeto, com a participação de servidores de outros órgãos interessados, como os servidores da Polícia Rodoviária Federal.

Tabela 2: Participantes do Curso de Formação de Gestores
Fonte: Serviço de Treinamento da Fundação Hemominas

Número de funcionários	Turma 1	Turma 2	Turma 3	Turma 4	Turma 5	Total
Com cargo comissionado que concluíram o curso	19	19	09	16	11	74
Sem cargo comissionado que concluíram o curso	10	14	16	12	14	66
Com cargo comissionado que não concluíram o curso	02	01	05	-	00	08
Sem cargo comissionado que não concluíram o curso	04	00	02	-	05	11
Servidores de outros órgãos que concluíram o curso	00	00	00	00	02	02
Total	35	34	32	28	32	161

A análise do projeto nos permite identificar bons resultados para todos envolvidos. A Hemominas tem ampliado o seu capital intelectual, e conseqüentemente o conhecimento institucional. O impacto organizacional foi tão significativo que a Fundação iniciou negociação com a Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG) para transformar o programa em Curso de Especialização. Os colaboradores instrutores têm demonstrado maior motivação advinda do reconhecimento e aproveitamento de novas potencialidades, inclusive com aperfeiçoamento das aulas ministradas. Os treinandos,

a partir do domínio e da aplicação de novas ferramentas gerenciais e da absorção de novos e relevantes conhecimentos têm demonstrado maior segurança em suas tomadas de decisão. Entretanto, o maior beneficiário é o cidadão, que se beneficia com uma organização mais dinâmica e com visão holística, ciente de seu papel de prestadora de serviços para a sociedade.



SAÚDE MENTAL EM CAMPINA GRANDE-PB: O INÍCIO DE NOVOS TEMPOS

Autor principal: Juracema Gomes de Medeiros Rodrigues

Outros Autores: André Luis Bonifácio de Carvalho; Vitória Maria Barbosa

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande

Município: Campina Grande

Estado: Paraíba

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O município de Campina Grande tem uma população residente de 365.000 habitantes, localiza-se na mesorregião do Agreste Paraibano e possui uma área total de 641 Km. Possui três distritos Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista e faz limite com os municípios de Massaranduba, ao Norte, Lagoa Seca, Pocinhos e Puxinanã ao Sul com Fagundes, Queimadas e Boqueirão, a oeste e com Boa Vista e Assis Chateaubriand (Riachão do Bacamarte) ao leste. O município é Gestor Pleno de Sistema, desde 14 de maio de 1998 através da portaria do Ministério da Saúde GM nº 2801. No âmbito do processo de regionalização instituído através do Plano Diretor de Regionalização, Campina Grande apresenta-se como sede da segunda Macroregião da Paraíba e recebe referência de mais de 171 municípios. Sua rede assistencial tem uma forte presença do setor privado como prestador de serviços, particularmente na área hospitalar. O Município apesar do pioneirismo na implantação das equipes do Programa Saúde da Família no Brasil, tinha um modelo de atenção com forte característica hospitalocêntrica, por onde passava todo o atendimento ao portador de transtorno mental. Este modelo trazia uma série de problemas para os seus usuários, como também para a gestão. Com a mudança da gestão municipal de Campina Grande, a partir de abril de 2002, tomou-se a decisão de romper com o modelo de atenção vigente e retirar a discussão da saúde mental do ostracismo, tendo em vista as constantes denúncias de maus tratos por parte de usuários e familiares como também o diagnóstico feito pela gestão que apontava a falência total do modelo vigente.

OBJETIVO

Promover a mudança de práticas inerentes ao processo de trabalho da Saúde Mental através da estruturação de rede de atenção psicossocial na Cidade de Campina Grande na Paraíba.

METODOLOGIA

Para a construção da referida proposta aproveitamos os resultados do I Encontro Municipal de Saúde Mental e do projeto

de pesquisa intitulado : A Saúde Mental na Paraíba: Um levantamento de Dados nas Secretarias de Saúde” apresentado à Fundação de Pesquisa da Paraíba FAPESQ e após a articulação da Secretaria Municipal de Saúde com a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde procedemos ao desenho da rede de apoio a qualificação da atenção em saúde mental no município que passou por uma forte articulação com o Saúde da Família que já desenvolvia nos bairro do pedregal um trabalho pioneiro com um grupo de mulheres, que há mais de dois anos não precisavam utilizar o recurso da hospitalização como saída para os seus problemas. Um passo importante foi a sua inserção no âmbito do Plano Municipal de Saúde, revisado em 2002, onde conseguiu incluir estratégias que apontavam para a formação do Fórum Permanente de discussão em saúde mental, criação de um instrumento de divulgação para a ações envolvendo a saúde mental a publicações do informativo em saúde mental’ e do cordel ‘Novos tempos para o doente mental.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Os resultados obtidos com a construção do projeto em Campina Grande foram inúmeros, mais podemos destacar além da implantação do CAPS I: Novos Tempos, em dezembro de 2003, onde teve início todo um movimento de mudança na atenção à saúde mental em Campina Grande. A qualificação das equipes do PSF para trabalharem articulados com a rede de apoio ao portador de transtorno mental. Outro resultado importante foi o processo de integração que foi criado com os técnicos e profissionais do Hospital Universitário Alcides Carneiro. A criação do Fórum Permanente de discussão em saúde mental, e do instrumento de divulgação para a ações envolvendo a saúde mental através do informativo em saúde mental’ e do cordel ‘Novos tempos para o doente mental, foi outra conquista importante. Como desdobramento dos trabalhos do CAPS I, criamos um espaço mensal chamado Domingo no CAPIS, onde compartilhávamos com familiares e parentes e ea população em geral os avanços e os trabalhos que eram comercializados em uma feira para arrecadar recursos para os usuários. No ano de 2004 além da implantação do CAPS AD: Tota Agra, que foi um parlamentar defensor da descriminalização das drogas, iniciamos o



processo de intervenção no Hospital João Ribeiro, que era responsável, em grande parte, pela disseminação do modelo anti-manicomial financiado pela gestão.

CONCLUSÃO

Dentre as lições aprendidas destacamos trechos do Cordel do Poeta Manoel Monteiro, intitulado: Novos tempos para o doente mental : Cuidar Sim – Excluir Não, um poeta popular que com seu jeito simples e sábio soube expressar em versos os desafios que precisamos enfrentar para mudar o rumo.

“ Humanizar o contato, Cuidar da Cidadania, E não, jogar o doente, Numa cela escura e fria, Por trás de grades de ferro, Como se Faz hoje em dia.”

“ Por isso estão criando CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial que, Pela sua atuação, Vêem os doentes mentais com esta nova visão.

“Em Campina Grande faz-se um trabalho inicial, Nos PSF do Tambor e do Pedregal, Onde Grupos falam e cuidam só da saúde mental” ,

“Melhor do que choque elétrico, Calmante forte e prisão, Dêem aos nossos pacientes, Afeto e compreensão, fechem as portas dos hospícios, Abram as do coração.



PROGRAMA DE FORMAÇÃO CONTINUADA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Autor principal: Juracy Batista de Souza Filho

Instituição: Instituto Sorrindo Para a Vida - SMS Itaboraí

Município: Itaboraí

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA (INDICAÇÃO DA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO LOCAL)

O Programa de Educação Continuada para os Profissionais de Saúde foi criado pelo Instituto Sorrindo para a Vida baseado nos princípios da Andragogia, que é a ciência e a arte da educação para adultos. Tal demanda deveu-se principalmente ao fato de que a orientação de aprendizagem do adulto está cercada de características diferentes daquelas encontradas na orientação dada a crianças e adolescentes (pedagogia). O adulto tem a necessidade de conhecer aquilo que está aliado à aplicação prática na sua rotina diária, bem como gosta de compartilhar experiências e vivências, o que faz com que esse adulto veja a aprendizagem e o conhecimento como uma ferramenta para o crescimento profissional, pessoal e social. Nesse contexto, a Andragogia permite o desenvolvimento do pensamento, da autogestão, da qualidade de vida e da criatividade do participante adulto, com o propósito de proporcionar uma oportunidade para que se atinja a auto-realização.

O Programa foi implantado no município de Itaboraí, no Rio de Janeiro, em 2005, através de parceria firmada entre o Instituto Sorrindo para a Vida e a Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde.

OBJETIVOS

- Fazer compreender aos profissionais de saúde, com a integração do processo de aprendizagem proposto aos módulos do sistema tradicional de formação continuada já existentes, a importância da competência técnica (conhecimento) e da competência emocional (lidar com o outro) nas Unidades de Saúde;
- Desenvolver conceitos e práticas de Humanização nas Instituições de Saúde;
- Proporcionar instrumental para o conhecimento e desenvolvimento da competência na gestão das emoções, na vida pessoal/profissional, na comunicação com as pessoas, grupos e organizações;
- Fazer compreender a importância do profissional de saúde na administração de conflitos na sua Instituição e na Sociedade;

METODOLOGIA (CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA)

- Elaboração de diagnóstico in-loco, através de contato com os funcionários da SMS, principalmente com os técnicos (médicos, enfermeiros)
- Posteriormente realização de pesquisa objetivando conhecer o grau de instrução de cada profissional, de conhecimento e formação técnica.
- Montagem do projeto atendendo a demanda percebida direcionando para a melhoria da qualidade do atendimento e das atividades desenvolvidas, bem como dos cuidados com o ambiente do trabalho

PRODUTOS

Módulo I – Humanização nas Instituições de Saúde, para 135 participantes das carreiras da área administrativa da SMS, com o objetivo de introduzi-los nos conceitos de humanização, ética, relacionamento interpessoal e administração de conflitos; Formação de Tutores, para 120 participantes/bolsistas, de nível superior, das carreiras de Enfermeiro, Médico, Nutricionista e Fisioterapeuta, com o objetivo de orientá-los e capacitá-los para formação de tutores para trabalharem com equipes de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, no acompanhamento e orientação de melhor qualidade no trabalho, manuseio de equipamentos, motivação e comprometimento com a Instituição e outros temas que os tutores técnicos perceberem necessários; Formação de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, para 155 participantes/bolsistas de Nível Médio, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, com destaque para os conceitos de competência técnica e competência emocional.

Módulo II – Capacitação de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, com os tutores já formados, criação de Grupo de Trabalho, com um total máximo de 20 (vinte) tutores, em que cada tutor fica encarregado de acompanhar, orientar e direcionar a aplicabilidade dos conhecimentos trabalhados, em equipes de 10 (dez) auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem, trabalhando e desenvolvendo temas diversos no seu dia-a-dia e de suas atividades laborais, com resgate de valores individuais e habilidades profissionais.



Módulo III – Inclusão Digital, para profissionais de saúde que não têm acesso à informática, através do uso e conhecimento dos componentes do computador, seus programas de uso mais comum, como utilizá-los, o acesso à informação e ao conhecimento através da Internet e a possibilidade de utilização no ambiente de trabalho.

RESULTADOS ALCANÇADOS

No primeiro momento houve uma adesão de 71% do corpo clínico e dos profissionais de enfermagem, no Módulo I, Formação de Tutores.

A partir da capacitação dos tutores iniciou-se o Módulo II com a participação do total de 100% (155) do quadro de auxiliares e técnicos de enfermagem em que cada tutor monitora e treina equipes de 10 auxiliares.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA FACILIDADES E DIFICULDADES

As maiores dificuldades foram encontradas quando se tentou realizar os programas de capacitação fora do ambiente de trabalho, em sala de aula;

Outra dificuldade foi de que o grupo aceitasse ser treinado pelos seus próprios colegas, médicos e enfermeiros, e que esses profissionais aceitassem o papel de monitor de qualidade;

Os profissionais apontaram resistência em se ausentar para treinamento durante o horário de trabalho;

Como facilidade e estímulo à adesão foi quando direcionamos para que a capacitação ocorresse no próprio local de trabalho, como treinamento prático;

Como estímulo também foi o fato do treinamento propiciar certificação, fornecido por uma instituição reconhecida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi percebida uma melhora dos cuidados com o ambiente de trabalho, com a higiene pessoal e também no atendimento aos pacientes;

A ferramenta de aprendizagem utilizada, baseada nos princípios da andragogia mostrou-se adequada, alcançando resultados importantes, que levaram a SMS a renovar o termo de parceria, pretendendo estender o programa a todo o quadro de funcionários;

O sucesso do programa pode ser medido pela procura de mais 2 (dois) municípios, São Gonçalo e Tanguá, circunvizinhos, que demonstraram interesse em implantar o mesmo programa.



PROJETO "NOSSAS CRIANÇAS: JANELAS DE OPORTUNIDADES": TECNOLOGIA PARA INTERVENÇÃO NA ÀREA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Autor principal: Kátia Maria de Almeida Correia

Outros Autores: Anna Maria Chiesa

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo

Município: São Paulo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O Projeto "Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades" nasceu em 2001 a partir da necessidade da Coordenação do Programa Saúde da Família do Município em superar as lacunas de tecnologias na área da Promoção da Saúde que deveriam subsidiar o trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família junto às famílias, no âmbito do desenvolvimento infantil. O projeto se estruturou a partir de um processo de construção coletiva junto a instituições com reconhecida expertise em suas respectivas áreas como o Unicef, a Associação Comunitária Monte Azul, a Escola de Enfermagem da USP e o Centro de Recuperação Nutricional. Foram desenvolvidos materiais educativos voltados para os Agentes Comunitários e para as famílias como: a Cartilha da Família e o Manual de Apoio à Capacitação denominados "Toda hora é hora de cuidar", além da ficha de Acompanhamento do desenvolvimento da criança. (disponíveis no site www.unicef.org/brazil/). O Projeto "Janelas" amplia as ações de promoção do desenvolvimento infantil e desenvolve ações educativas em saúde que visam o fortalecimento das competências familiares no cuidado com suas gestantes e crianças com até 6 anos de idade.

OBJETIVO

Descrever o processo de construção do Projeto "Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades".

MÉTODO

Construção do referencial teórico, produção do material educativo e do conteúdo das capacitações pelo grupo técnico. Execução de 5 oficinas regionais de capacitação de multiplicadores utilizando-se metodologias pedagógicas problematizadoras e voltadas à educação popular. O desempenho das equipes em relação ao desenvolvimento do projeto foi monitorado através de reuniões regionais bimensais.

RESULTADOS

O Projeto "Janelas" está implantado em 5 Coordenações Regionais de Saúde, tendo sido capacitados 130 multiplicadores. Estes reproduziram o conteúdo da capacitação para 254 equipes, que já atenderam mais de 25 mil famílias.

CONCLUSÃO

A disponibilização de novas tecnologias na área da Promoção como no caso do "Janelas" contribui com a operacionalização dos princípios da equidade e do direito à saúde, ao identificar e intervir em situações de maior vulnerabilidade em que se encontram algumas crianças, além de demonstrar a relevância do empoderamento dos profissionais bem como da população beneficiária.

"Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades"
-Tecnologia na área da Promoção da Saúde.

Autoras: Kátia Maria de Almeida Correia*
Anna Maria Chiesa**

<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">INTRODUÇÃO</p> <p style="font-size: x-small;">O Projeto "Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades" nasceu em 2001 a partir da Coordenação do PSF do município de São Paulo, visando apoiar as técnicas de tecnologias de Promoção da Saúde para o trabalho das equipes junto às famílias, no âmbito do desenvolvimento infantil. Estruturou-se através de parcerias com o UNICEF, Associação Comunitária Monte Azul, Escola de Enfermagem da USP, Centro de Recuperação e Educação Nutricional, Pastoral da Criança e das áreas técnicas da criança e do adolescente da Secretaria Municipal de Saúde. Foi desenvolvido através de um processo de construção coletiva, desde a referencial teórico até a produção de uma Cartilha, da Ficha de Acompanhamento Criança e do Manual de Apoio à Capacitação. Foi implantado nas 5 Coordenações de Saúde do Município, envolvendo 130 multiplicadores e 254 equipes, que atenderam mais de 25.000 famílias. Atualmente está em andamento junto ao CNPQ uma Pesquisa Avaliativa dos produtos desenvolvidos, da capacitação dos multiplicadores e do impacto do Projeto junto às famílias.</p>	<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">MÉTODOS</p> <p style="font-size: x-small;">Construção do referencial teórico, produção do material educativo e do conteúdo das capacitações pelo grupo técnico. Execução de 5 oficinas regionais de capacitação de multiplicadores utilizando-se a aprendizagem significativa e metodologias voltadas à educação popular. O desempenho das equipes em relação ao desenvolvimento do projeto foi monitorado através de reuniões regionais bimensais.</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">RESULTADOS</p> <p style="font-size: x-small;">O Projeto "Janelas" está implantado em 5 Coordenações Regionais de Saúde, tendo sido capacitados 130 multiplicadores. Estes reproduziram o conteúdo da capacitação para 254 equipes, que já atenderam mais de 25 mil famílias.</p>
<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">OBJETIVO</p> <p style="font-size: x-small;">Descrever o processo de construção do Projeto "Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades".</p>	<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">CONCLUSÃO</p> <p style="font-size: x-small;">A disponibilização de novas tecnologias na área da Promoção como no caso do "Janelas" contribui com a operacionalização dos princípios da equidade e do direito à saúde, ao identificar e intervir em situações de maior vulnerabilidade em que se encontram algumas crianças, além de demonstrar a relevância do empoderamento dos profissionais bem como da população beneficiária.</p>

* Médica sanitária, atuando em Saúde Coletiva.
** Enfermeira, PnE* Docentes em Saúde Coletiva.



OFICINA " A ARTE DE COZINHAR COM SAÚDE"

Autor principal: Kátia Regina Marques

Outros Autores: Sonia Maria da Silva

Instituição: Ambulatório de Saúde Mental do Município de Ferraz de Vasconcelos

Município: Ferraz de Vasconcelos

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Ao verificar que a grande demanda que procura o Ambulatório de Saúde Mental, apresenta dificuldade de relacionamento familiar, falta de vínculo, dificuldade de comunicação, condição social e cultural prejudicada, foi que surgiu a idéia da oficina "A arte de cozinhar com Saúde" na Cozinha Terapêutica, visto que as oficinas favorecem um importante processo terapêutico por proporcionar um espaço de criação, socialização e reflexão. Favorece a inclusão social, como cidadão atuante, capaz de transformação, por trabalhar as relações e diferenças humanas e na cozinha, pela importância do conhecimento da alimentação em favor da saúde física e mental.

OBJETIVO

Resgatar a auto estima dos participantes, trabalhar com as possibilidades, realidades e limites de cada um, primando pela melhoria da qualidade de vida.

Trabalhar a reinserção e socialização dos participantes no contexto familiar, no convívio com a comunidade, favorecendo sua inclusão, como um sujeito produtivo e digno de respeito que busca a construção da cidadania e sua autonomia.

Estimular os participantes ao aprendizado de receitas, propiciando uma alimentação alternativa, saudável, com qualidade e saúde. Trabalhar a importância da higiene no preparo e manipulação dos alimentos e possibilitar ainda uma economia na renda familiar e melhor planejamento doméstico.

Favorecer o vínculo com a instituição e também funcionar como porta de entrada e/ou saída para os atendimentos oferecidos pelo ASM.

METODOLOGIA

Esta oficina está localizada no ASM, formada por grupos heterogêneos, usuários do ASM devido transtorno mental, sendo assistidos pela psiquiatria ou não e moradores de Ferraz de Vasconcelos. Os encontros ocorrem em grupos fechados com até

12 pessoas (adultos e adolescentes). A oficina tem frequência quinzenal com duração de 02 horas/dia. As atividades se alternam em teoria e prática (receitas e discussões de temas de saúde ou temas afins).

A experiência teve início em maio de 2005 com a caracterização acima, sendo coordenada por uma assistente social e uma psicóloga em continuidade até o momento.

PRODUTOS

Com o decorrer dos encontros, foi observada melhor vinculação dos participantes entre eles, com o serviço e no convívio familiar.

Observado também mudanças comportamentais tal como a valorização pessoal, aumento da auto estima, satisfação em "oferecer" e "fazer"; os participantes trazem o sentimento de reconhecimento por parte de suas relações. Afloramento da criatividade que resultou na elaboração do 1º livro de receitas da Cozinha Terapêutica, mudanças nos hábitos alimentares e geração de renda alternativa.

Apresentam melhor crítica diante de situações do cotidiano como observação da higiene e condições dos alimentos e dos estabelecimentos comerciais de produtos alimentícios.

Percebe-se nos participantes assíduos uma melhora na sua saúde e um rompimento do seu isolamento, e também é um espaço importante para compartilhar apoios.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A oficina a Arte de Cozinhar com Saúde funciona como uma área intermediária entre o subjetivo e a realidade externa e promove a esses participantes a capacidade de aceitar diferenças e similaridades e facilita ainda a criatividade.

É importante salientar que a experiência de pertencer a um grupo, para essas pessoas, vai ser um modelo importante nos relacionamentos fora da situação de tratamento, pois eles vão dar "holding" para outras pessoas. Percebe-se que eles vão evoluindo e passam a ter melhores condições de vida.



A percepção de mudança nos comportamentos se dá principalmente pelo favorecimento da experiência “grupala” e “do fazer”, um item que é favorecido é a expressão verbal que se dá através das histórias de vida de cada um e o apoio e solidariedade que o grupo presta. Outro item favorecido é a expressão de sentimentos diante de incidentes ocorridos na cozinha como quebra de eletrodomésticos e falhas nas receitas que são manifestadas como desaprovação por parte da pessoa, mas é trabalhado a possibilidade de transformação, renovação e conserto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“As oficinas terapêuticas tem como ótica a valorização do sujeito no seu meio social. Ter a vida por objeto primeiro, significa muito mais que a preservação desta, comumente exemplificada na ausência de doença, ou pela assistência à doença, mas antes e fundamentalmente, é a qualidade desta vida o que está em cena, em suas características mais diversas, desde o acesso a bens, à cultura, à educação, a trabalho, à convivência, à história... até o direito de cada indivíduo se exercitar sujeito de seu próprio destino, patamar máximo de respeito à vida, o direito de cidadania, uma espécie rara de saúde”. (Lopes, 1999)

A oficina favorece a inclusão social e o sentimento de pertença, os encontros alternados (teoria e prática) trazem bons resultados de participação e a utilização da cozinha como espaço terapêutico favorece a elaboração das relações e vínculo familiar e social.



GARCIA SAUDÁVEL

Autor principal: Kelly Pereira da Cunha

Outros Autores: Ana Carolina S. Coutinho; Ana Célia T. Schneider; Célia Adriana Nicolotti; Claudia Lange; Lizandra H. Junges; Luciano Berto; Maria Clarice de Souza; Márcio Silvenir; Maristela D. S. Zancanaro; Natanael Ramos; Raquel C. Martelli; Roberto C. do Rosário; Ros

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau

Município: Blumenau

Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO

O projeto GARCIA SAUDÁVEL tem como pressuposto reestruturar a Atenção Básica no município de Blumenau, iniciando pela região do Garcia. Nesse processo, buscou-se construir um projeto que possibilite avançar em relação a um modelo de excelência em saúde no município, procurando intensivamente melhorar a atenção básica à saúde e a partir dela, num projeto de integralidade das ações proporcionando redução da demanda de exames e procedimentos de média e alta complexidade. Foram desenvolvidas um conjunto de ações que possibilitem qualificar as ações em saúde oferecidas à população no município, enfatizando a Política Nacional de Humanização como um eixo transversal do projeto. Muitos problemas são detectados no cotidiano das atividades do Sistema Único de Saúde em Blumenau, cabendo destacar: Insatisfação da população em relação ao atendimento, aumento indiscriminado da média e alta complexidade e do uso de exames e medicamentos, desorganização das várias portas de entrada ao sistema de saúde, perfil inadequado dos profissionais da rede de atenção básica e para o PSF, falta de qualificação profissional para o SUS, condições de trabalho inadequadas, falta de protocolo de atendimento em saúde, dados que não são transformados em informações prejudicando o planejamento das ações, falta de controle e monitoramento das ações em saúde, perda de faturamento junto ao Ministério da Saúde.

JUSTIFICATIVA

Os processos de organização da atenção básica têm estado no centro das estratégias reorganizadoras do sistema de saúde. Essas vão desde a perspectiva de reorganizar os níveis de gestão e gerência do sistema, incluindo as idéias de regionalização e hierarquização com estabelecimento de fluxos através de referência e contra-referência, até a redefinição das práticas de saúde no âmbito do sistema na direção do princípio da integralidade da atenção. A partir da 8ª Conferência de Saúde, onde foram

pactuados, os atuais princípios e pressupostos do SUS, o modelo de atenção que se vislumbrou, amplia a matriz explicativa referida ao processo saúde-doença na perspectiva de compreender a saúde como um problema complexo e, portanto, multideterminado. Nesse modelo, a organização do trabalho em saúde passa a ser feito em torno de equipes de saúde, se estabelecendo uma organização sistêmica com definição de porta de entrada. Esse cenário ainda se constitui numa imagem de futuro. No tempo atual encontramos a conformação de um sistema híbrido. Apesar da base jurídica legal do sistema incorporar os princípios da reforma sanitária e definir estratégias que tentam fazer valer esses princípios, isto incide sobre um sistema de saúde ainda fortemente marcado pela lógica anterior. Há ainda uma excessiva demanda à média e alta complexidade, em detrimento da atenção básica; ações de saúde centradas na dimensão de cura; baixa resolubilidade das ações de saúde na complexidade tecnológica da atenção básica; e distorções nos processos de formação e de requalificação para o trabalho em saúde. Para fazer frente a esses desafios, a Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau constitui um programa que visa qualificar as ações de saúde, no sentido de promover a resolubilidade destas, e estabelece estruturas transversais de suporte, criando condições de avaliação e acompanhamento das ações propostas.

OBJETIVOS

Reorganizar o modelo de atenção à saúde do município de Blumenau por regiões de saúde, tendo como foco a reestruturação da atenção básica com ampliação das ações em saúde e integração aos sistemas de média e alta complexidade. Transformar a região Garcia na referência de um modelo adequado, próprio para Blumenau que será estendido a outras regiões do município. Atingir o índice de satisfação no atendimento à saúde entre BOM e ÓTIMO em ao menos 70% da população. Atingir o indicador de resolubilidade de 90%. Alcançar a cobertura de no mínimo 70% de PSF na região do Grande Garcia. Desenvolver ações de



sensibilização, capacitação e qualificação profissional nas diversas áreas da saúde. Implantar e implementar todos os sistemas de informação do Ministério da Saúde para o melhor planejamento e registro das ações desenvolvidas nas unidades. Criar uma rede de apoio técnico para os profissionais que atuam nas unidades de saúde da região do Garcia. Criar/Rever planos de cuidados e adequá-los as diversas áreas. Estabelecer parcerias intersetoriais com demais Secretarias e Fundações do município. Mobilizar a comunidade local para a sua responsabilidade no processo saúde-doença e no controle social.

METODOLOGIA

Optou-se por utilizar etapas na realização do projeto a fim de alcançar através das estratégias definidas o objetivo maior que é a implantação do projeto, desta forma foram definidas as seguintes etapas: divulgação do projeto: realizar apresentação da justificativa e objetivos do projeto ao Conselho Municipal de Saúde do município e aos profissionais que atuam nas unidades de saúde; dimensionamento da quantidade de equipes de Saúde da Família: discutir a cobertura do Programa de Saúde da Família no município, definindo a quantidade de unidades e de profissionais que serão necessários; estruturação do espaço-físico: diagnosticar as deficiências físicas de cada unidade de saúde, estudo da necessidade de relocar unidades e dotá-las de mobiliário e espaços internos adequados às atividades; readequação dos equipamentos de trabalho: diagnosticar as deficiências nos equipamentos de trabalho; readequação do quadro de pessoal; readequação dos processos administrativos e planos de cuidado; informatização do sistema de saúde; capacitação dos servidores e da comunidade; realizar eventos e programas de conscientização da comunidade sobre sua responsabilidade no processo saúde-doença e no controle social e avaliação e monitoramento das ações; divulgar os dados e resultados para os outros conselhos municipais, buscando soluções conjuntas para problemas intersetoriais.

RESULTADOS

Ocorreu expansão do projeto em nível municipal e aumentou o índice de resolutividade na atenção básica.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A possibilidade de aprofundar o conhecimento acerca da realidade das unidades de saúde da região para estruturação deste projeto, possibilitou identificar os nós críticos do sistema local, o que também interferiu na ampliação do diálogo entre a gestão e serviços propondo estratégias de enfrentamento da situação que contemplem as necessidades locais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das etapas realizadas buscamos durante todo o processo a padronização de um modelo adequado, próprio para Blumenau em consonância com as diretrizes nacionais, que considerasse as necessidades locais, buscou-se também estabelecer parcerias intersetoriais com demais Secretarias e Fundações do município e mobilizar a comunidade local para a sua responsabilidade no processo saúde-doença e no controle social.



VIVÊNCIA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM AÇÕES EDUCATIVAS PARA GRUPOS VULNERÁVEIS: INTERAÇÃO ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE E UNIVERSIDADE

Autor principal: Leandra Andréia de Sousa
Outros Autores: Maria José Bistafa Pereira; Rafaela Azenha Teixeira; Susana Inés Segura Muñoz
Instituição: Núcleo de Saúde da Família 3 - Ribeirão Preto
Município: Ribeirão Preto
Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA INDICANDO A SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO LOCAL

A Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) tem como eixo de formação dos estudantes a Atenção Primária à Saúde. O presente trabalho foi desenvolvido em um dos Núcleos da Saúde da Família (NSF) da área básica do Centro de Saúde Escola da Universidade de São Paulo, localizado no Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto. Neste Núcleo, no momento, estão cadastradas 888 famílias, constituindo um total de 3024 pessoas. Dentre a população atendida pela ESF 154 pessoas (5,09%), são portadoras de Diabete Melito (DM). Esse dado faz parte de uma realidade nacional onde o DM acomete cerca de 7,6% da população brasileira entre 30 a 69 anos de idade. Cerca de 50% dos pacientes desconhecem o diagnóstico e 24% dos pacientes reconhecidamente portadores de DM não fazem qualquer tipo de tratamento. As complicações crônicas do DM são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade dos pacientes diabéticos. Embora não existam dados populacionais sobre a prevalência das complicações crônicas do DM no Brasil, estima-se que o número de complicações crônicas seja elevado. Além disso, provavelmente apenas uma pequena fração da população dos pacientes diabéticos é avaliada regularmente para a presença de complicações em suas fases iniciais e recebe orientações terapêutica apropriada. Vários estudos têm apontado para a necessidade de desenvolver ações de saúde dirigidas ao paciente diabético e sua família, com objetivo de prevenir complicações através de uma assistência integral baseada como um dos princípios do Programa da Saúde da Família como estratégia da construção da Atenção Primária à Saúde, na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Ainda com o compromisso de desenvolver um processo de ensino aprendizagem pautado na articulação entre o mundo do trabalho e o mundo acadêmico foi desenvolvida, pelos estudantes e pela equipe de saúde da família, uma ação educativa denominada "Aprendendo e Cuidando do Diabetes", com os seguintes objetivos: levantar e descrever o perfil dos pacientes diabéticos atendidos, criar um espaço para propiciar aos estudantes a interação com a ESF no cuidado dos

pacientes e na orientação para o auto-cuidado visando reduzir as complicações passíveis de prevenção, seja por ação educativa ou por exames físicos ou clínicos periódicos.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

Estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado em um NSF do município de Ribeirão Preto, no período de agosto à novembro de 2005 pelos estudantes da EERP-USP juntamente com a ESF. Realizamos um levantamento de todas as famílias que possuem pessoas com diabetes, cadastradas em cada microárea, através de uma consulta ao banco de dados (SIAB) e visitas domiciliares, convidando os usuários para participar da ação educativa. No dia agendado, foi criado um espaço no NSF para proceder as seguintes atividades: avaliação do IMC; exame dos pés; aferição da PA; orientação: para uso de medicamentos; para o auto-cuidado e dieta adequada; preenchimento do formulário Hiperdia do Ministério de Saúde e controle glicêmico.

PRODUTOS: O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Foram examinados os prontuários e verificados os seguintes perfis: 154 pessoas diabéticas cadastradas no NSF, 131 pessoas com acompanhamento especializado, 68 diabéticos com exames alterados, 20 insulino dependentes, 03 diabéticos possuem membros amputados, 09 com feridas crônicas, 06 diabética acamados, 94 são hipertensos, 88 fazem dieta, 45 pessoas diabéticas realizam atividade física e 111 pessoas fazem uso de medicamentos. Participaram da ação educativa atendidos 46 pessoas, das quais 20 eram portadoras de diabetes. Com relação ao IMC 19 pacientes apresentaram sobrepeso, 15 obesidade, 3 obesidade mórbida, 1 paciente apresentou desnutrição, 8 apresentaram peso normal; 33 pacientes apresentaram glicemia controlada e 13 pacientes apresentaram glicemia acima de 110mg/dl; 11 pacientes apresentaram



Pressão Arterial acima de 140/90mmHg; 33 pacientes manifestaram fazer uso de algum medicamento. Como resultado do exame dos pés apontamos 10 pacientes com perda de sensibilidade em mais de 4 pontos, 3 com perda total da sensibilidade; 15 pacientes usavam calçados inadequados; 26 pacientes apresentaram micose e/ou rachaduras e/ou fissuras e/ou pele seca. Essas atividades foram permeadas pela escuta das necessidades dos pacientes e diálogos com os mesmos e diante dos resultados encontrados, os estudantes foram estimulados a: - realizar visita domiciliar aos pacientes que apresentaram perda de sensibilidade nos pés, com a finalidade de avaliar situações de risco no domicílio, para feridas ou lesões, e continuar orientação; - verificar os mecanismos legais para obtenção de calçado específico para esses pacientes; - programar visitas aos pacientes que receberam o convite e não participaram das atividades e aos pacientes acamados ou com dificuldades de locomoção. A partir dessa ação e das necessidades diagnosticadas na população foi proposto um grupo semanal para educação e cuidados em Diabetes, bem como o agendamento sistematizado de atendimento de enfermagem.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta atividade contribuiu para a formação profissional dos estudantes na perspectiva da APS com destaque para da importância da realização de atividades grupais, da interação da universidade e serviço e com a comunidade e para a compreensão da responsabilidade social do estudante enquanto profissional de saúde em formação na atuação em ações preventivas. Destacamos, ainda a interação construída entre os estudantes e trabalhadores do NSF, promovida por terem trabalhado com demandas reais do mundo do trabalho. Enquanto dificuldade reconhecemos que precisamos investir em recursos de comunicação visando sensibilizar os usuários dos serviços de saúde para que desenvolvam a experiência de troca e construam a co-responsabilidade na decisão de seu cuidado.



QUESTÕES RELEVANTES NA CONSTRUÇÃO DO SUS QUE BUSCAMOS: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA

Autor principal: Leisenir de Oliveira

Instituição: Núcleo de Atenção Psicossocial

Município: Ribeirão das Neves

Estado: Minas Gerais

Ribeirão das Neves, município da região metropolitana de Belo Horizonte, com cerca de 330.000 habitantes¹ é uma cidade pouco desenvolvida, não tem economia definida e carrega o estigma de abrigar quatro instituições penais de grande porte. Nesse contexto, o NAPS² tem como um de seus grandes desafios atrair profissionais especializados da área de saúde e envolvê-los em um trabalho intersetorial, comunitário, de referenciamento e de responsabilidade territorial, como orientado pelo SUS e contemplado pelos Serviços Substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

O NAPS foi inaugurado em 1996, já com o grande desafio de reduzir o número de internações psiquiátricas que, na ocasião, era o quarto maior da região metropolitana. Sua equipe de nível superior era composta por assistente social, enfermeiro, psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais, que trabalhavam 20 horas-semanais, distribuídas em dois dias da semana. Essa distribuição da carga horária se devia ao fato de 98% dos profissionais residirem na Capital e às dificuldades encontradas no deslocamento para o município. Havia, assim, pouca disponibilidade de horário dos profissionais para se dedicarem a um serviço de tamanha complexidade.

De 1996 a 2004, a cidade ganhou novos Serviços de Saúde Mental, melhorou a qualidade da atenção clínica e reduziu o número de internações psiquiátricas.

Entretanto, a equipe do NAPS estava frequentemente envolvida em conflitos, queixava-se do acúmulo e da complexidade do trabalho, encontrava dificuldades para desenvolver atividades intersetoriais e comunitárias e não conseguia avançar para além da clínica, fatores estes que, somados, traziam prejuízos para o processo de reinserção dos usuários. A indisponibilidade de horário dos profissionais contribuía para a vulnerabilidade das relações interpessoais e criava dificuldades no desempenho da função de Referência no Território, indispensável quando pensamos em pacientes com transtornos mentais graves e nos princípios do SUS que garantem direito à acessibilidade dos usuários e à equidade de tratamento. As queixas se avolumavam, assim como os conflitos, comprometendo o desenvolvimento da proposta da Reforma Psiquiátrica e do Projeto Municipal de Saúde Mental.

Com o objetivo de contribuir para assegurar à comunidade uma equipe capacitada e disponível para levar adiante o Projeto

Municipal de Saúde Mental, observando as orientações da Clínica Ampliada³ no cuidado em liberdade, a Gestão local do SUS, através do Diretório de Saúde Mental e após criteriosa avaliação, sugeriu algumas medidas estratégicas. A principal delas consistia em ampliar a jornada de trabalho dos profissionais para 40 horas semanais, distribuídas nos cinco dias úteis da semana. Essa proposta significava certa exclusividade e implicava o profissional em sua escolha.

Simultaneamente, a Gestão promoveu a adequação salarial e reduziu em 50% o quadro de profissionais. Alguns aceitaram a proposta, outros foram remanejados e alguns se desligaram da equipe. Com o grupo renovado, foram promovidos momentos de reflexão sobre o trabalho de equipe e acerca da Missão do NAPS. Surgiram novas propostas e propôs—se a construção de um quadro orientador e organizador do cotidiano da equipe, no qual eram contempladas diversas atividades individuais e coletivas. Essa organização, construída pela própria equipe e sem a idéia de cristalização, viabilizou o trânsito de todos os profissionais pelos diversos espaços e atividades. A mudança no *modus operandi* da equipe, além de reduzir o estresse causado pelo contato, oito horas por dia, com os inúmeros enfrentamentos que a clínica da psicose exige, implicou os profissionais nas ações propostas.

Após quatorze meses operando com esse novo modelo de relação profissional/equipamento de saúde pública, observamos que as estratégias adotadas trouxeram grandes melhorias para o NAPS. Construiu-se um ambiente de trabalho mais leve, favorecendo a união da equipe em torno de seus propósitos e obteve-se a real implicação com os usuários, com a saúde pública e com a própria cidade, ainda que os profissionais não residam nela. Esses fatores promoveram avanços no desenvolvimento de ações intersetoriais, com o estabelecimento de diversas parcerias importantes; de ações voltadas para geração de renda, com o agenciamento da Associação de Usuários e Familiares de Saúde Mental; de ações políticas com efetiva participação em diversos movimentos sociais e de ações favorecedoras do desenvolvimento da qualidade na prática clínica através da construção de casos clínicos e de Grupos de Estudo.

As transformações vividas pela equipe reduziram em 99% as contenções mecânicas; aumentaram em 180% o número de visitas domiciliares; ampliaram em 130% a oferta de oficinas e fizeram crescer em 80% as atividades desenvolvidas com a comunidade.



Em qualquer situação, a mudança de paradigmas pressupõe enfrentamento de desafios. São crenças e hábitos arraigados, muitas vezes disfarçados por discursos inovadores. Em nosso contexto, a resistência dos profissionais às mudanças se apresentou como o maior desafio. A clareza da proposta do Projeto Municipal de Saúde Mental e da Missão do NAPS, bem como o criterioso diagnóstico institucional, aliados às discussões no Diretório de Saúde Mental e ao apoio da Gestão do SUS local, foram os grandes estimuladores desse processo.

Essa experiência apontou para questões relevantes na construção do SUS que buscamos, tais como a importância da disponibilidade, não só interna, que passa pela questão do desejo, mas também da presença no cotidiano do serviço e da comunidade. Só assim é possível o efetivo envolvimento no trabalho e o conhecimento do território pelo qual os profissionais se responsabilizam, facilitando as intervenções e o estabelecimento de parcerias e gerando co-responsabilidade no cuidado e na promoção de saúde. Quando esses fatores estão aliados, aumentam as possibilidades de uma caminhada vitoriosa!

¹ Fonte: Departamento de Zoonoses do município.

² Núcleo de Atenção Psicossocial

³ Valoriza a dimensão subjetiva e social da prática de atenção no SUS, buscando o equilíbrio entre o combate à doença e a produção de vida.



UMA NOVA VISÃO DA SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

Autor principal: Leonardo Rodrigues Neres

Outros Autores: Rosalvo Santana

Instituição: Penitenciária Teófilo Otoni

Município: Teófilo Otoni

Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO

Com a pena de reclusão, o detento passa a viver confinado, em uma Unidade do sistema prisional, excluído da sociedade, perde temporariamente o direito de “ir e vir” e em contato com outros sentenciados, fica exposto a todo e qualquer tipo de doença. Na sua condição, torna-se dependente da equipe multidisciplinar de saúde.

Mediante a esta situação, a equipe multidisciplinar de saúde da PTO (Penitenciária de Teófilo Otoni) desenvolveu atividades e projetos como garantia da assistência à saúde de forma efetiva.

OBJETIVOS

- Proporcionar aos sentenciados uma melhor assistência à saúde;
- Elevar a auto-estima dos detentos;
- Reduzir custo ao Estado, utilizando medidas preventivas à saúde;
- Orientar os sentenciados sobre a importância do cuidado à saúde, inclusive a saúde bucal.
- Ressocializar o sentenciado de maneira efetiva para que possa regressar ao meio social.

METODOLOGIA

Para viabilizar este trabalho, a equipe multidisciplinar vem desenvolvendo as seguintes atividades:

- Palestras educativas contínuas, envolvendo os sentenciados enfocando temas como: hipertensão arterial, diabetes, DST/AIDS, verminoses, doenças infecto-contagiosas, como mecanismo para a prevenção, detecção, controle e tratamento.
- Parceria entre PTO (Penitenciária de Teófilo Otoni) e FUNASA, disponibilizando a realização de exames parasitológicos de fezes dos sentenciados e funcionários, com tratamento para os casos positivos.
- Parceria entre PTO e SMS/TO (Secretaria Municipal de Saúde de Teófilo Otoni) para a imunização dos sentenciados e funcionários, com cobertura de 100%.
- Palestras e oficinas educativas para a prevenção e promoção da saúde bucal.

- Projeto de resgate à cidadania com parceria entre a PTO e Instituto de Identificação da Delegacia Regional de Teófilo Otoni, com objetivo de confeccionar CI para os sentenciados;
- Atendimento individual e grupal a familiares e/ou companheiros objetivando assisti-los nas diversas situações.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Através das atividades que vêm sendo desenvolvidas, percebe-se que houve uma considerável redução dos agravantes de saúde na PTO; além de uma nova postura nos comportamentos dos sentenciados. É óbvio que todas as metas ainda foram atingidas, pois trata-se de um processo gradual e não imediato.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Os profissionais de saúde da PTO, talvez diferentemente do que acontece em outras Unidades, não encontrou grandes dificuldades, pois conta com uma equipe completa, envolvendo um enfermeiro, um clínico geral, um psiquiatra, dois psicólogos, uma assistente social, um dentista, um técnico em higiene dental, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e uma nutricionista. As parcerias são grande contribuição para uma maior efetividade dos trabalhos. A maior dificuldade é a falta de infra-estrutura, pois a equipe de saúde não dispõe de uma Unidade própria, inclusive, as atividades educativas são desenvolvidas no refeitório.

Um trabalho desse porte é muito engrandecedor, pois os profissionais de saúde convivem diariamente com diversas situações envolvendo saúde. O ponto mais importante é perceber que através de atividades bem planejadas e desenvolvidas, o sistema prisional pode se tornar um local mais saudável, possível de conviver, apesar do confinamento aglomerado, sem um maior risco à saúde, reduzindo gastos para os cofres públicos.



PROJETO DE OFICINA DE LAVAGEM DE CARROS

Autor principal: Leticia Maria Tosto Cuoco Muniz

Outros Autores: Neurialan de Paula Araújo; Sílvia Maria Batista Nunes Rodrigues

Instituição: CAPS AD/ DF

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

O Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e/ou outras drogas – CAPS ad, é uma unidade especializada de atendimento da Secretaria de Saúde do Distrito Federal para atendimento de pessoas dependentes ou com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e/ou outras drogas. Nosso serviço trabalha dentro das determinações do Ministério da Saúde, desenvolvendo uma nova forma de olhar a dependência química e de cuidar dessa problemática em nossa sociedade. O Caps ad tem como papel estratégico o acolhimento de todas as pessoas que demandem esse cuidado, a atenção diária, a organização da demanda e da rede, articulação com a comunidade e reinserção social dos usuários do serviço.

Sabe-se que o consumo de substâncias psicoativas atinge uma parcela significativa da sociedade mundial, causando prejuízos para os indivíduos em várias dimensões como: físicas, psicológicas e sociais.

JUSTIFICATIVA

Com a proposta da criação de oficinas produtivas e de contribuição para maiores possibilidades de qualificação profissional, a “oficina de lavagem de carros” foi criada para potencializar e, conseqüentemente, operacionalizar esses objetivos.

Os usuários do nosso serviço vivenciam uma carga emocional de muito preconceito que é o rótulo estigmatizante da dependência química. Nossa grande preocupação é contribuir para minimizar esses efeitos, a fim de que possamos criar uma verdadeira ação de oportunidades, que concorram para investir na auto-estima, confiança e re/inserção do nosso paciente ao seu convívio social.

OBJETIVO

Em se pensando principalmente nos prejuízos psicológicos e sociais, propôs-se a criação de um espaço terapêutico e de trabalho sistematizado que pudesse:

- Contribuir para a manutenção e restabelecimento de vínculos sociais;
- Ser um espaço produtivo e sistematizado de trabalho;
- Valorizar a auto-estima;

- Trabalhar noções de regras, limites, responsabilidade e cuidado;
- Capacitação profissional

METODOLOGIA

- Coordenação: 2 psicólogos;
- Aulas teórico-práticas;
- Frequências: semanal;
- Período: matutino (Das 8:30 às 12:00);
- Utilização de materiais específicos (máquina de lavagem de carros, produtos químicos, entre outros);
- Certificação: Unidade de Saúde/Parceria;
- Visita ao Centro de Treinamento específico;

IMPACTO SOCIAL

- PARA A SOCIEDADE: Contribuir com o quadro de redução da dependência química no DF, assim como possibilitar a reinserção do cidadão no mundo do trabalho.
- PARA O PÚBLICO ALVO: Elevação de auto-estima e conseqüente reintegração social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão sobre os rótulos e os estigmas, enfraquecem e às vezes até paralisam as ações desses pacientes que aderem ao Tratamento, e tem sido nossa grande preocupação

Os mais diferentes relatos, que ouvimos, nos fazem entender a importância da relação homem x trabalho, fazendo da nossa proposta um grande Desafio.

A vivência dessa iniciativa, já tem seus primeiros resultados: Pacientes com muito mais alegria, ansiosos para produzir, e bastante simpáticos no estabelecimento das relações interpessoais.

Com essa Ação, buscamos contribuir com a preparação do nosso Paciente, para a sua re/integração produtiva na sociedade.



INTERVENÇÕES PARA AUMENTAR A ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA EM DEPENDENTES QUÍMICOS

Autor principal: Liana Holanda Leite

Instituição: Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

O problema da não-adesão à terapêutica em portadores de doenças crônicas tem alcançado um lugar cada vez mais importante na lista de preocupações dos profissionais de saúde, pacientes e seus familiares, sistemas de saúde e responsáveis políticos por esta área. A falta de adesão à terapêutica é um fenômeno generalizado, onde cerca da metade dos pacientes nos países desenvolvidos não cumprem o esquema terapêutico prescrito, e nos países em desenvolvimento, esta percentagem é ainda maior. As causas da não-adesão terapêutica são múltiplas e incluem o tipo de regime terapêutico (complexidade e custo), o envolvimento dos profissionais de saúde e a resposta do paciente, assim como, características individuais deste (existência de co-morbidades, problemas psiquiátricos, etc.). As conseqüências da não- adesão são agravamento da doença de base, aumento das internações, aumento dos custos com saúde, etc.

JUSTIFICATIVA

Percepção da necessidade de melhorar a adesão à terapêutica medicamentosa prescrita aos pacientes do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPs AD II – Brasília-DF), como recurso para diminuir as recaídas e imprimir melhora na qualidade de vida dos dependentes químicos.

OBJETIVOS

Fazer com que o paciente seja conhecedor da doença e suas co-morbidades; entender a relevância do tratamento prescrito; promover adesão ao tratamento prescrito.

METODOLOGIA

Foram selecionados dependentes químicos usuários do serviço do CAPs AD II – Guará II, Brasília-DF, com tratamento farmacológico prescrito e plano terapêutico compatível com os dias dos encontros. O trabalho consiste em três frentes: 1ª) orientação sobre dependência química e co-morbidades e tratamentos; 2ª)

dispensação de medicamentos com orientação farmacêutica e 3ª) prática de atividades físicas. O grupo de orientação sobre dependência química e co-morbidades e tratamentos acontece todas as quartas-feiras, com duração de uma hora e meia e totalizando 20 encontros. A dispensação orientada de medicamentos é feita diariamente e cada atendimento dura cerca de 20 minutos. As atividades físicas acontecem todas as segundas-feiras, com duração de uma hora, onde são trabalhadas coordenação motora, integração, socialização, timidez. Os recursos utilizados são informação sobre medicamentos escrita em linguagem leiga e/ou iconificada, CDs de música, *microsystem*, filmes educativos, discussão de temas previamente eleitos pelos participantes.





PRODUTOS

Melhora na compreensão da importância do tratamento e da gravidade da enfermidade, aumento da motivação para cumprimento do tratamento, aceitação da dependência química enquanto doença, diminuição na frequência de recaídas.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

As facilidades advêm da boa receptividade dos envolvidos no processo de adesão terapêutica. As dificuldades residem em trabalhar com aqueles pacientes com déficit cognitivo e motor, bem como em mantê-los constantemente motivados para o tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível perceber que a adesão ao tratamento é um processo dinâmico, necessitando de um seguimento cuidadoso. Os profissionais de saúde devem garantir uma avaliação contínua da motivação e dos fatores que podem influenciar negativamente a adesão ao tratamento. Também não se deve admitir, de antemão, que intervenções que aumentem a adesão à terapêutica sejam exclusivamente responsáveis pela eficácia de um esquema medicamentoso. É igualmente importante a percepção de que o aumento da adesão à terapêutica a alguns medicamentos pode originar um maior número de efeitos adversos e perda de autonomia, pelo que a monitorização permanente do paciente é fundamental.



APOIO INSTITUCIONAL AOS DISTRITOS SANITÁRIOS DE SAÚDE

Autor principal: Lidia de Oliveira Lira

Outros Autores: Sileide Luiz de Oliveira; Maria Blandina Perez Coelho

Instituição: Secretaria de Saúde do Recife - Diretoria de Regulação

Município: Recife

Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

A co gestão de coletivos tem sido um desafio para democratizar processos de definição sobre a política de saúde dentro dos territórios onde são implementadas, e ao mesmo tempo exercitar a democracia participativa fortalecendo o controle social. O processo de redemocratização do país tem enfrentado desafios referentes à democracia participativa.

O sentido de buscarmos promover condições para a participação ativa revela a força do movimento social que implantou o Sistema Único de Saúde – SUS.

JUSTIFICATIVA

O desafio em produzir democracia, reconhecendo-a como um produto social, motivou a Diretoria de Regulação da Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife a elaborar proposta de avaliação de serviços, trabalhando o valor de uso da informação na perspectiva de Apoio Institucional aos Distritos Sanitários e conseqüentemente as equipes que atuam diretamente nas diversas comunidades que compõem dezoito microrregiões em seis das Regiões Políticas Administrativas do Recife. Nessa perspectiva, foi consolidado um mapa de demandas comuns, das ofertas disponíveis, das possibilidades de articulações com outras Políticas Públicas e com o Movimento Social organizado dentro dos Distritos Sanitários do Recife. Portanto, a proposta se volta, sobretudo, para efetivar o desejo de ampliar e qualificar a participação na gestão da Política de Saúde do Recife..

OBJETIVO GERAL

Ampliar a capacidade de análise das equipes que atuam nos territórios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Apoiar a organização de coletivos; Articular a produção de bens e serviços com a produção de instituições, organizações e sujeitos envolvidos com o processo; Promover espaços de reflexão

(demandas x ofertas) e produção de alternativas a resolutividade das questões “problemas”.

METODOLOGIA

A partir de demandas e características comuns dos Distritos Sanitários no que se refere ao modelo de gestão e desafios enfrentados para o desenvolvimento dos serviços, programas, ações e projetos, desenvolvemos a construção coletiva (adequação necessária a proposta) a partir do reconhecimento sobre as especificidades de cada território.

Portanto caberá aos Distritos a definição de como se dará o apoio institucional, a organização das prioridades a serem atingidas e a definição de um grupo de trabalho (grupo gestor) que acompanhará o desenvolvimento da proposta. Entendendo o apoio institucional como ferramenta para fortalecer a co gestão de coletivos dentro dos espaços de gestão (distrito e unidades de saúde), o investimento maior será na prática da escuta ativa, avaliação e análise permanente.

PRODUTO: ATIVIDADES REALIZADAS

Grupos de estudo com equipe de apoiadores; Agenda de trabalho com os Distritos Sanitários; Encontros com Núcleos Gestores dos Distritos; Disseminação da Metodologia de Trabalho; Oficinas de estudo e elaboração de textos: definição de unidades de saúde a serem contempladas, contratos de trabalho, agendas para o desenvolvimento da proposta;

Implantação de Rede de Informações via Internet.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

É possível identificar no processo a desconstrução da lógica emergencial sobre a rotina das equipes o que vem prejudicando o planejamento mais reflexivo com base na avaliação diagnóstica. As equipes vêm assumindo os espaços reservados com disposição de rever práticas e práxis. As demandas geram o interesse a motivação sobre o Apoio, mas não podemos



descartar algumas dificuldades termômetro para adequação da metodologia:

- Centralização de decisões em pessoas e não em equipes;

- Tempo resumido para a avaliação e análise;

- Canal de comunicação falho;

- Dispersão de alguns membros das equipes sobre o processo metodológico;

- Fragilidade na relação de pertence.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a Diretoria de Regulação, socializar a experiência com outras equipes, em cenários com realidades diferentes, é realimentar a construção do movimento sobre a gestão colegiada a partir dos registros sobre a avaliação e análise crítica de usuários, profissionais que atuam no território e do Movimento Social organizado. A nossa trajetória é mais uma oferta para enriquecer o debate e a produção científica, o que reconhecemos como patrimônio público. Nesse sentido, acreditamos que o Apoio Institucional representa para a Política de Saúde experiência inovadora num modelo ainda verticalizado e distante do controle social. Socializar essa proposta é de total interesse da equipe que desenvolve as atividades e de todo (as) que participam direta e indiretamente da sua implementação.



A ÓTICA DO USUÁRIO SOBRE A QUALIDADE DE SERVIÇO PRESTADO POR UMA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DO PSF. MACAÍBA/RN.

Autor principal: Lidiany Vasconcelos Leitão

Outros Autores: Kênio Costa Lima

Instituição: Prefeitura Municipal de Macaíba

Município: Natal

Estado: Rio Grande do Norte

O PSF é uma estratégia para reorganização da Atenção Básica, que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde (MEDEIROS, I. R., 2004).

A Saúde Bucal foi incorporada ao PSF em 2000 e normatizada pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal de 2004, buscando reafirmar os princípios que norteiam o modelo assistencial de saúde vigente, o SUS. Portanto, as ações e serviços em Saúde Bucal devem ser baseados nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, participação popular, ética, acolhimento, vínculo, acesso e responsabilidade profissional.

A USF do Campo da Santa Cruz foi criada em Agosto de 2004 abrangendo 707 famílias residentes a Rua do Coité, Campo de Santa Cruz e Raiz.

Dentre as diretrizes organizacionais nas quais se baseiam o SUS, o controle social é bastante pertinente, pois, orienta ações e serviços em saúde direcionando-os às reais necessidades da comunidade.

É visando reforçar este princípio que objetivamos, sob a ótica do usuário, conhecer a qualidade de serviço prestado pela ESB do Campo da Santa Cruz no município de Macaíba/RN.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista com questionário estruturado com 16 questões relativas às condições sócio-econômicas, serviços prestados e estrutura física da Unidade de Saúde. Esta coleta foi feita pelos ACS devidamente treinados. A amostra, por sorteio, constou de 295 indivíduos representantes das respectivas famílias e residentes na área de atuação do PSF.

Observamos que o sexo feminino foi predominante (79,3%), 58,2% apresentam renda familiar equivalente a 1 (um) salário mínimo e o grau de escolaridade materno com o ensino fundamental representa 74,5%. A maioria procura a US (88,4%). Destes, 59,5% referiram a necessidade de tratamento como fator primordial para a procura dos serviços odontológicos, considerando de boa qualidade (72,4%). A maior parte das sugestões oferecidas para melhoria foi relativa ao acesso (19,4%), 14,6% ao ambiente, 9,9% ao tratamento, 2,4% ao atendimento e 1,4% aos insumos.

Concluímos que, segundo a visão do usuário, o serviço oferecido pela equipe de Saúde Bucal do PSF é satisfatório. No entanto, alguns melhoramentos podem ser implantados tais como: rampa de acesso, sistema de marcação de consultas e intensificação com monitoramento do impacto das ações educativas.



LIAN GONG - PROGRAMA “EQUILÍBRIO E HARMONIA”

Autor principal: Liliam Riccio Genovezzi

Instituição: Prefeitura Municipal de Ferraz de Vasconcelos

Município: Ferraz de Vasconcelos

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Município vizinho da capital paulista, localizado na região metropolitana leste de São Paulo, Ferraz de Vasconcelos é apontado como o 3º município mais pobre do estado e com uma população carente de atenção, cuidados e de melhores serviços, tanto na área da saúde como nos demais setores.

Com a gestão atual, alguns recursos e serviços estão sendo oferecidos aos munícipes e promoveu-se o início de um processo para a melhoria da qualidade de vida.

Na área da saúde, grande foco de atenção, não estão sendo feitos esforços para contribuir nas melhorias projetadas para a população.

Entendendo que a terapia complementar, ao lado dos tratamentos tradicionais, é uma aliada na prevenção e cura de doenças atuais, implantamos, no município de Ferraz de Vasconcelos, a prática da ginástica terapêutica Lian Gong afim de modificar o modelo de saúde, onde recebeu o nome de “Programa Equilíbrio e Harmonia”, amparado com a Lei Municipal n.º 2588 de 02 de março de 2005, colocando a prática como tratamento complementar da medicina tradicional.

OBJETIVOS

- Oferecer outras abordagens terapêuticas eficazes e eficientes relacionadas à atenção primária da saúde;
- Contribuir para as interações paciente-servidor da saúde e sociedade;
- Reduzir custos dos tratamentos com uso de técnicas simples e sem efeitos colaterais;
- Promover a participação do paciente no processo terapêutico, resgatando sua co-responsabilidade pela qualidade de sua saúde.

METODOLOGIA

Ao se iniciarem as práticas junto aos usuários e funcionários nas unidades de saúde com a instrutora de Lian Gong, pode-se detectar os servidores que apresentavam perfil e interesse para a manutenção das mesmas em cada unidade.

A partir daí foi montado um grupo especial que recebeu treinamento e, posteriormente, tornou-se um grupo constante de

monitores com treinamento semanal contínuo, possibilitando, os integrantes, conduzir os grupos de praticantes.

Foram realizadas reuniões e encontros com os médicos da rede municipal para que os mesmos conhecessem a técnica e fizessem a indicação terapêutica para seus pacientes e elaborados um protocolo para a realização das práticas e fichas de avaliação dos praticantes.

O PROGRAMA

Ao final de 6 (seis) semanas do início do programa, pudemos contar com 240 usuários fazendo a prática em 6 (seis) unidades de saúde e atualmente esta atendendo as 12 unidades com cerca de 1300 adeptos.

Contamos, atualmente, com 4 (quatro) monitores e 1 (uma) coordenadora supervisora que conduzem o programa.

A Saúde Mental Municipal já conta com um grupo de pacientes praticantes que referem diminuição da insônia e irritabilidade.

No final de 2005 foi introduzida a prática em 3 (três) unidades escolares municipais, sendo, uma delas, a Escola Municipal de Educação Especial, para crianças com necessidades especiais, que apresentaram relevante diminuição nas ocorrências de convulsões, apresentaram mais calma e maior socialização.

Os grupos já participaram de 2 (dois) encontros com diversos praticantes de Lian Gong no município de São Paulo que proporcionou grande alegria e maior integração com outras comunidades, incentivando a continuidade das atividades e, conseqüentemente, promovendo a melhora do humor, diminuição da depressão, melhora do sono e diminuição de visitas as unidades de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Lian Gong é o trabalho persistente e prolongado de treinar e exercitar o corpo físico, com o objetivo de transformá-lo de fraco para forte e de doente para saudável.

“O Lian Gong é como a água que ao escorrer lenta e progressivamente vai preenchendo todos os espaços vazios até as pequenas fissuras, atenta dá importância a tudo, percorre todo seu caminho sem pular etapas e na sua mansidão repousa a sabedoria e o poder da natureza, que sempre supera a vaidade do Homem”



COSTRUÇÃO DO PLANO DIRETOR DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA ATRAVÉS DA PESQUISA-AÇÃO E DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

Autor principal: Lílian Machado de Sá

Outros Autores: Alair Benedito de Almeida

Instituição : Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Município: Uberlândia

Estado: Minas Gerais

O processo de construção do Plano Diretor do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, aprovado pelo Conselho Administrativo, foi organizado em 10 (dez) fases de forma a possibilitar ampla participação, sobretudo nos momentos de priorização de ações e tomada de decisão. Portanto, o eixo orientador de todo mecanismo foi o da participação como pressuposto à construção coletiva.

A primeira fase foi caracterizada pelo debate intenso do Sistema Único de Saúde (SUS), pressuposto fundamental ao trabalho a ser realizado. Ensejou a participação de representantes do Ministério da Saúde, Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino, Secretaria Estadual de Saúde, Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde (DADS) de Uberlândia, Secretaria Municipal de Saúde e Comissão de Regulação do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU).

A fase seguinte, coordenada pela Direção do Hospital, significou o momento de composição do Fórum de Representantes, versão local do Grupo Gestor, definido no Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS de Minas Gerais (PRO-HOSP/MG). Constituído por 230 (duzentos e trinta) pessoas, o Fórum de Representantes é integrado por todos os ocupantes de cargos de chefia do Hospital, convocados para tal trabalho e representantes da comunidade acadêmica e sociedade organizada. Assim, a fase 3 representou o momento formal de instalação do Fórum de Representantes.

Para possibilitar uma intervenção qualificada dos membros do fórum referido no planejamento institucional foi realizada a fase 4, constituída de momento de capacitação com instalação de novo ciclo de debates, agora restrito aos membros do fórum, com a temática: 'O SUS que construímos'. Após a fase de capacitação, em reunião (Fase 5), o fórum de representantes acordou regras para o desenvolvimento do trabalho, tendo como objetivo final a construção do Plano Diretor. Preparadas as bases para a realização coletiva de nosso trabalho, a Fase 6 caracterizou o início do nosso plano de ações, orientado pelos fundamentos teóricos da Pesquisa-Ação e do Planejamento Estratégico Situacional.

A partir desse referencial teórico, iniciamos a nossa pesquisa-ação, cujo objetivo da fase exploratória foi o levantamento, junto aos atores que participam do dia a dia do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU), da idéia que eles têm sobre a construção de um Plano Diretor para o HCU, em termos de importância, implicações, quem deveria participar da construção do mesmo etc.

Assim, foram aplicados questionários a uma amostra das comunidades externa (dezesseis representantes de entidades de usuários) e interna (trezentos e vinte e cinco profissionais) do HCU. A análise dos dados coletados evidenciou, de forma inequívoca, a necessidade da construção do novo Plano Diretor para o Hospital, de forma coletiva, propiciando ampla participação de todas as pessoas com possibilidade de intervenção na realidade estudada. Tal análise corroborou a decisão do Conselho Administrativo no sentido da adoção do processo de construção coletiva como eixo orientador de todo trabalho. Então, após ampla revisão bibliográfica, optamos pelo referencial teórico do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme descrito por Carlos Matus.

Foram realizadas 34 (trinta e quatro) oficinas setoriais, oportunizando ampla participação de todos os atores. Elas caracterizam os 2 (dois) momentos iniciais do PES (Momentos Explicativo e Normativo). Cada equipe foi levada a descrever sua visão atual e visão futura de sua unidade de trabalho. A visão de futuro, construída consensualmente, significou a visão estratégica, ou na linguagem de Matus, o desenho estratégico de futuro. Durante as oficinas, após a explicitação da visão estratégica, esta passou a orientar os trabalhos, sendo feita a listagem de problemas, na visão de cada ator, a identificação de causas e eleição dos nós críticos que constituirão as bases do novo plano. O momento normativo, desenvolvido também durante as oficinas, permitiu o planejamento de operações necessárias à superação dos nós críticos eleitos.

O Hospital se prepara para o momento estratégico, quando o Fórum de Representantes se reunirá para articular o "deve ser" com o "pode ser", objetivando alcançar estratégias que viabilizem



o plano. Será o momento do cálculo político que precederá o momento tático-operacional, momento das ações propriamente ditas. A análise a ser realizada terá como foco principal as operações propostas pelas equipes durante as oficinas de planejamento.

A análise da viabilidade do plano será feita pelos membros do Fórum de Representantes que usarão para tal, os relatórios das oficinas, permitindo a definição das ações possíveis, diante das demandas apresentadas.

A dinâmica adotada para este momento ensejará a formulação de uma primeira versão do Plano Diretor, feita pelo Fórum de Representantes. Tal versão deverá ser divulgada para conhecimento e debate entre os atores envolvidos. Nova reunião do Fórum de Representantes possibilitará a coleta e análise de propostas de modificação, permitindo a elaboração final do Plano Diretor. Amplo Seminário deverá, então, ser convocado para a conclusão dos trabalhos.



NÚCLEO DE ESTUDOS ; PESQUISAS E AÇÕES INTERDISCIPLINARES NA ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE-NEPAIS

Autor principal: Lílian Machado de Sá

Outros Autores: Luzia Marivalda Barreiro da Costa

Instituição: Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Município: Uberlândia

Estado: Minas Gerais

É sabido que nos hospitais as habilidades e a formação da força de trabalho, a estrutura organizacional complexa e a natureza delicada do serviço prestado os tornam, efetivamente, de difícil gerenciamento. Outros fatores como a contenção de despesas, a escassez de verbas e a crescente demanda dos consumidores por atendimento de alta qualidade, acrescentam características importantes a este problema. Assim, há necessidade de que os gestores tenham uma visão objetiva e aprofundada da realidade, possibilitando-lhes um real diagnóstico da situação para adequada intervenção. Visando a otimização dos recursos e a satisfação dos funcionários, acreditando ser este último, fator imprescindível para a consecução de um atendimento de qualidade, mais humanizado ao usuário, a Direção do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU) implantou, no início de 2005, o Núcleo de Estudos, Pesquisas e Ações Interdisciplinares na Administração em Saúde (NEPAIS), com os seguintes objetivos: possibilitar à administração a tomada de decisão fundamentada em evidências; implementar ações para que se efetive uma política de socialização das informações; incentivar e apoiar a realização de pesquisas e/ou ações, individuais ou coletivas, visando melhorar a satisfação dos profissionais e dos usuários; organizar eventos, cursos etc, visando a socialização das produções do HCU, avaliação das ações desenvolvidas e o intercâmbio com outras instituições. Dentre as ações já desenvolvidas pelo NEPAIS, temos a realização das seguintes pesquisas, já com resultados analisados:

Impacto do aumento do horário de visitas no HCU - Roteiros de entrevista foram aplicados a uma amostra de pacientes (639 pessoas), acompanhantes, visitantes e profissionais da instituição. Os resultados demonstraram que a maioria dos pacientes, acompanhantes, visitantes e profissionais que trabalham no HCU, afirmaram estarem satisfeitos com o aumento da duração do horário de visitas (de 01 para 06 horas diárias) e quais os motivos disto.

Levantamento do grau de satisfação do usuário do Ambulatório e Pronto Socorro - Os dados obtidos mostram que a maioria dos usuários do Pronto Socorro e do Ambulatório apresentaram algum tipo de queixa, sendo as mais freqüentes, relacionadas à qualidade do atendimento prestado pelos funcionários e às acomodações. A partir destes dados, ações foram empreendidas

no sentido de capacitar melhor os servidores e melhorar as acomodações.

Avaliação das condições sócio-culturais, de trabalho e de saúde dos servidores lotados nos setores de arquivo, nosologia e estatística - Foi aplicado um questionário em todos os servidores dos três setores, possibilitando traçar um perfil dos mesmos e planejar ações que pudessem melhorar as condições de trabalho, de saúde e o oferecimento de cursos de capacitação do pessoal.

Satisfação dos acompanhantes e pacientes internados no HCU - Foram aplicados questionários em 147 pacientes e 116 acompanhantes e obteve-se informações relativas a características como faixa etária, sexo etc.; tempo de internação; existência de internações anteriores; origem do encaminhamento; avaliação das dependências, atendimento dos profissionais, dos setores, da informação etc.

Levantamento das cirurgias realizadas, agendadas e não realizadas - Foi feito um levantamento do nº de cirurgias realizadas, canceladas e dos motivos do cancelamento das mesmas, em cada área, ao longo do ano de 2005. Estes dados permitiram que reuniões de planejamento junto às áreas fossem realizadas, visando a diminuição dos cancelamentos.

Análise da percepção dos funcionários do HCU sobre o desperdício - Foi aplicado um questionário tratando do desperdício. Através dos resultados, verificou-se que a maioria diz haver desperdício no exercício de suas funções, principalmente com relação a: energia elétrica, copos descartáveis, material de escritório, gazes, seringas, agulhas, equipos, água, esparadrapo e soro. Nas sugestões de solução, destacam-se: campanha de conscientização, controle mais rígido, capacitação, diminuir a quantidade de elementos por embalagem, comprar material de melhor qualidade e listar preço unitário para conhecimento geral. A pesquisa possibilitou uma visão mais objetiva de como os servidores encaram a questão do desperdício no HCU e forneceu possibilidades de intervenção mais efetiva no intuito de economizar recursos cada vez mais escassos.

Grau de confiabilidade dos médicos, residentes e internos, referente aos resultados dos exames realizados no Laboratório de Análises Clínicas do H.C.U - Esta pesquisa foi feita com a aplicação de um questionário a uma amostra de médicos, residentes e internos



das diferentes clínicas do HCU e possibilitou informações referentes ao tipo e frequência de exames solicitados e grau de confiabilidade nos resultados, em função do tipo de exame, do horário de realização do mesmo e do dia da semana. Com estas informações, foi possível o planejamento de ações que possibilitassem a melhoria da qualidade dos serviços prestados e da confiabilidade dos profissionais.

Levantamento das necessidades de capacitação dos servidores do HCU - Foi encaminhando a todos os servidores do HCU, um questionário visando o levantamento de quais cursos eles tinham interesse de frequentar, a relação deste curso com o desempenho de sua função, horário disponível para isto etc. Ações estão sendo empreendidas visando o planejamento daqueles cursos considerados prioritários.

Em setembro de 2006 será realizado o I Congresso do HCU, visando a socialização das ações e projetos e a possibilidade de troca com profissionais de outras Instituições. O NEPAIS tem se mostrado um apoio determinante para as ações dos gestores, além de estar possibilitando uma mudança de postura da comunidade do HC, no sentido de um maior compromisso com a fundamentação objetiva de suas ações, com a transparência e socialização das informações e a desmistificação da conduta científica.



Iª SEMANA MUNICIPAL DE INCENTIVO E VALORIZAÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

Autor principal: Lindinalva Dantas dos Santos

Outros Autores: Roberta Tereza de Oliveira Cabral; Fabiana

Meirelles Andrade Oliveira

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Pedras de Fogo/ PB

Município: Pedras de Fogo

Estado: Paraíba

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A amamentação desempenha um importante papel no desenvolvimento da criança, principalmente com fatores de proteção contra doenças infecciosas; é também um dos momentos mais íntimos de uma mulher e torna ainda mais estreita a relação entre mãe e filho. Além de um ato de amor e carinho. Por este motivo a Secretaria Municipal de Saúde de Pedras de Fogo, através da Divisão de Educação em Saúde e da Coordenação da Atenção Básica, realizou a 1ª Semana Mundial de Incentivo e Valorização ao Aleitamento Materno, no período de 15 de agosto a 09 de setembro de 2005.

OBJETIVO, PROPÓSITOS

Incentivar e valorizar o aleitamento materno até o 06 meses, como alimentação exclusiva, premiando a mulher que amamente, registrando um momento especial, em que essa mulher se propõe a expor publicamente o ato da amamentação.

METODOLOGIA

As equipes das Unidades de Saúde da Família do Município elegeram uma mulher que estivesse amamentando exclusivamente e que aceitasse ser fotografada, realizando este ato de amor, descrevendo sua história durante esta fase.

PRODUTOS

As mulheres eleitas pelas equipes Saúde da Família do Município, foram fotografadas, suas fotos foram expostas em um painel e submetidas a jure popular para posterior premiação. A premiação se deu através de uma votação em urnas dispostas em locais estratégicos: Unidades Saúde da Família; Hospital; Banco do Brasil; Associação de moradores; Escolas; Creche Municipal; Prefeitura; Igrejas; Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação. A classificação se deu em 1º, 2º e 3º lugar, levando em consideração

os nós - críticos e a história familiar dos binômios mãe e filho, relatada pela equipe de Saúde da Família.

APRENDIZADO

Apesar incentivo e conhecimento da grande importância da amamentação, muitas mulheres se sentiam insegura em relação a quantidade do leite materno e acabava interrompendo o processo por acharem que a criança não estava ganhando peso.

Após vivenciarmos tal experiência, observamos, dentro dos grupos, que ainda mais as mulheres tomarem a decisão de amamentar, dando o peito exclusivamente pelo menos os três meses de vida do bebê.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gostaríamos de agradecer, em especial, a todas as mulheres que autorizaram a sua exposição fotográfica e as equipes Saúde da Família, que colaboraram no relato das histórias destas mulheres, bem como toda comunidade que participaram.



GESTAÇÃO FELIZ E SAUDÁVEL PARA TODA A POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MACAÍBA/RN

Autor principal: Lisiana Santos de Albuquerque

Outros Autores: Marília Pereira Dias; Angela Maria de Medeiros;

Michelli Karina Fonseca Elias Coutinho

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Macaíba

Município: Macaíba

Estado: Rio Grande do Norte

A gravidez faz uma grande revolução no organismo da mulher. Em apenas nove meses, uma nova vida vai ser gerada e, por isso, todo o corpo feminino entra em ação. Sem dúvida, esse processo exige um grande esforço da futura mãe. Alguns cuidados durante o pré-natal, a gestação e o pós-parto podem ajudar a mulher a se sentir mais tranquila. Mas o que acontece com o organismo feminino durante a gestação? São basicamente três coisas: alterações hormonais, variações do balanceamento nutricional e aumento do volume do útero. Há sistemas do corpo da mulher que são bastante afetados durante a gravidez. Conhecendo-os melhor, a mãe pode prevenir uma série de incômodos. Pensando em propiciar uma gestação mais saudável e consciente para todas as gestantes do nosso município é que procuramos desenvolver quinzenalmente um curso para todas as grávidas, independente do mês gestacional, onde contamos com a participação de pediatras, ginecologistas obstetras, psicólogos, dentistas e enfermeiros, para a partir destas parcerias abordarmos variados assuntos que incluem aleitamento materno, prevenção de acidentes e doenças, vacinação da gestante e do bebê, cuidados neonatais e de higiene bucal, planejamento familiar, aspectos psicológicos da gestante, direitos e deveres da gestante, e englobando todos esses assuntos buscamos mostrar a importância de se ter uma gestação saudável em todos os meses até o nascimento do bebê e seus cuidados pós-parto. No curso realizamos a distribuição de camisetas e material didático que conta com o manual da gestante e do bebê, além de brinde e sorteios, e lanches nos horários dos intervalos. Como parceria contamos com o apoio de empresa privada, no qual ajudam a desenvolver as atividades e contribuem para cumprir o quarto e o quinto objetivo do milênio que consta em reduzir a mortalidade infantil e de cuidados com a saúde da gestante. Até o presente momento já observamos frutos do nosso trabalho, em virtude da satisfação das participantes e de todo o aprendizado demonstrado por elas mesmas, e para nós resta a satisfação de poder contribuir para que no nosso município tenhamos grávidas felizes, conhecedoras dessa fase e bebês que possam crescer saudáveis e felizes.



A SAÚDE DÁ UM SHOW NAS PASSARELAS DE DJALMA DUTRA

Autor principal: Lucélia Reis Oliveria Trindade

Outros Autores: Raquel Guimarães de Aguiar Greco

Instituição : Secretaria Municipal de Saude Divinópolis

Município: Divinópolis

Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO

O novo paradigma de saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e implementado através da estratégia Saúde da Família tem, entre seus inúmeros desafios, ações educativas e a participação popular. Sensível a importância destes dois pressupostos e ciente da necessidade de construção deste pilar do Programa de Saúde da Família (PSF) a equipe do PSF núcleo Djalma Dutra, zona rural de Divinópolis, MG além de promover eventos durante todo o ano propôs uma parceria com a comunidade, escola e Conselho Local de Saúde para realização de um macro-evento de educação em saúde que foi chamado “desfile da Saúde”.

OBJETIVOS

- Estreitar os laços com a comunidade através de parcerias
- Promover educação para a saúde
- Dar visibilidade às ações educativas desenvolvidas pela EPSF no ano

METODOLOGIA

Foi organizado um mega-show em forma de desfile no qual o elenco e os modelos foram representados por usuários, escolares, professores e todos os integrantes da EPSF.

Os modelos, fantasiados, dançavam e faziam pantomímicas enquanto um locutor narrava a doença representada e seus modo de prevenção: Jeca Tatu (vermes), Sr. Ratão (ranta-virose), carrapato estrela (febre maculosa), mosquito elétrico (dengue), bichinho da cárie (cárie dentária), duas amiguinhas inseparáveis (diabetes e hipertensão), caramuja sensual (esquistossomose), Zé gotinha (Imunização). A dança das fadinhas dos dentes lembrando a necessidade do cuidado bucal e a dança dos amigos da escovação: escovinha, creme e fio dental e o fluor regidos pelo dentinho feliz sem cárie. Além do bichinho da cárie tentando seduzir o dentinho triste e cariado.

Foram entregues diplomas de escovação, certificando que os alunos estavam aptos a fazerem a higienização bucal durante as férias longe da escola..

O evento foi registrado em imagens pela secretaria de comunicação da prefeitura e divulgado na mídia. Um mural sobre o evento foi montado na unidade de saúde.

RESULTADOS

O objetivo foi alcançado: a equipe esteve coesa e harmonizada, trabalhando bem em grupo; a comunidade se fez presente e participativa atendendo ao chamado da equipe, se tornando, desde então, mais receptiva aos cuidados oferecidos; membros da equipe que estavam com dificuldade de relacionamento se tornaram mais acessíveis e tiveram oportunidade de dar sua contribuição; o tempo foi bem administrado não havendo prejuízo das ações curativas.

REFLEXÕES E PERSPECTIVAS

O evento mostrou-se bastante positivo na avaliação dos integrantes da equipe e foi também muito bem avaliado por outras equipes convidadas que desejam reproduzi-lo ou adapta-lo às suas realidades. A equipe do PSF – Djalma Dutra pretendo continuar andando pelos caminhos da humanização dos serviços; aprendendo e ensinando, de forma agradável; praticando a intersetorialidade e a interdisciplinaridade, fazendo saúde na óptica do novo paradigma de saúde do SUS e da estratégia Saúde da Família.



O IMPACTO DA ALIMENTAÇÃO NA HIPERTENSAO ARTERIAL

Autor principal: Lucélia Miguel Porfírio

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

A elevação anormal da pressão constitui um importante fator de risco coronário, estando relacionada a 40% dos óbitos por doenças cardiovasculares. A maioria das pessoas não tem sintomas e a pressão arterial pode subir a faixas perigosas para o organismo, sem que a pessoa note qualquer alteração. Para se diagnosticar a HIP faz-se necessária a medição, com o paciente em repouso, utilizando um esfigmomanômetro.

OBJETIVOS GERAIS

Identificar os fatores de risco que contribuíram para o grande número de casos de Hip na área e em cima desses fatores trabalhar para que haja um maior controle da hip, dando ênfase à alimentação saudável e avaliar o modo pelo qual ACSs, Enfermeiros e familiares poderão intervir com estratégias efetivas na valorização de que a boa alimentação é relevante ao HIP.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Apresentar a HIP e suas características;
2. Identificar fatores importantes na relação: Alimentação e HIP;
3. Mostrar os efeitos nocivos à saúde de uma alimentação hipersódica e hiperlipídica.

METODOLOGIA

È uma pesquisa de campo e bibliográfica que tem o propósito de reunir o máximo de informações, notificações e de posse dessas informações os profissionais da saúde poderão elaborar estratégias para que possamos melhorar a qualidade de vida do hipertenso, dando ênfase à alimentação saudável.

RESULTADOS

Durante as visitas domiciliares, os ACSs identificaram os casos de HIP, levantando os possíveis fatores de risco que estavam associados a cada caso. Constatou-se que em grande parte dos casos a alimentação e a falta de orientação sobre a doença teve

fator importante no surgimento da HIP. Após verificar esses fatores os ACS e Enfermeiros puderam intervir para que essa realidade fosse mudada. Isso foi feito através de orientação sobre a dieta, sobre a medicação, exercícios físicos, além de encaminhamento à consulta médica.

CONCLUSÃO

Este estudo se justifica por ser relevante o conhecimento sobre a importância da boa alimentação para o hipertenso, para que o profissional de saúde possa seguramente trabalhar o diagnóstico com a comunidade dirigida, de forma adequada com ações pontuais capazes de atender as necessidades não só na notificação, mas principalmente na prevenção e tratamento correto das fases evitando o aparecimento de muitas de suas complicações: a começar por uma divulgação educativa sobre a alimentação, uma vez que parte dos problemas de pessoas hipertensas provém da falta de compreensão e da desinformação.



PROGRAMA DE SAÚDE E CIDADANIA DENTESCOLO NO PAM Dr MANOEL GUILHERME DA SILVEIRA FILHO – RELATO DE UMA VIVÊNCIA.

Autor principal: Luciana Dufreyer Lopes Paes

Outros Autores: Edna Maria Carvalho da Silva; Luciene Deluca Ferreira Ferraz; Luciene Pinto

Instituição: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro / Secretaria Municipal de Saúde / CAP 5.1 -

PAM Dr Manoel Guilherme da Silveira Filho / setor de Odontologia

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

Criado em 2001 pela Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, através de Decreto-lei 20311, o Programa de Saúde e Cidadania Dentescola organiza ações de Promoção de Saúde e cidadania para creches e escolas da rede pública numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial (www.saude.rio.rj.gov.br; 2006).

O PROGRAMA DE SAÚDE E CIDADANIA DENTESCOLO apresenta inúmeras ações como meio de atingir os objetivos do programa, entre eles: reconhecimento das condições / realidade de cada comunidade escolar através da vivência neste meio escolar bem como escuta dos atores desta comunidade, o que nos habilita ao preenchimento do relatório de diagnóstico inicial de cada escola ou creche; capacitação e estímulo da comunidade escolar para atuar de forma mais participativa na melhoria da sua qualidade de vida; participação ativa no desenvolvimento da cidadania; capacitação de agentes multiplicadores de saúde; estímulo às ações que beneficiam o desenvolvimento da qualidade de vida; estabelecimento de parcerias que complementem as necessidades de cada escola; elaboração de recursos didáticos que facilitem o processo de Educação em Saúde; entre outros.

Partindo deste contexto, educação em saúde deve tornar-se um dos instrumentos de formação para uma nova cultura política de participação popular e de exercício de cidadania, de forma individual ou coletiva, na superação das desigualdades econômicas e sociais existentes, que restringem a melhoria nos padrões de saúde em nosso país, de acordo com as diretrizes do SUS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004).

Vários programas de motivação e educação da saúde bucal vêm sendo implantados. No entanto, poucos são os relatos literários que informam a respeito da avaliação e efetividade de tais programas (FANTINATO et al., 2000 apud GITIRANA et al., 2003). Dessa forma, este trabalho se justifica pela necessidade de relato formal de experiências que vêm sendo implantadas como forma facilitadora do processo de educação em saúde.

O objetivo deste trabalho, de caráter descritivo, foi relatar a vivência da utilização de peças teatrais pelo setor de Odontologia do PAM Dr MANOEL GUILHERME DA SILVEIRA FILHO como

facilitadora do processo de abordagem de temas e discussões referentes à educação em saúde e cidadania.

Uma das formas que o setor de Odontologia do PAM Dr MANOEL GUILHERME DA SILVEIRA FILHO reconheceu como facilitadora deste processo de abordagem de temas e discussões referentes à educação em saúde e cidadania foi o desenvolvimento de peças teatrais. Tais peças são montadas utilizando uma abordagem informal e linguagem acessível e de forma que a comunidade escolar possa se identificar e interagir com as personagens. As peças abordam problemáticas da escola de forma interdisciplinar, englobando não somente a saúde bucal como os cuidados com a higiene corporal, o “bullying” e o comportamento na escola, enfocando também as diferentes composições familiares que formam a nossa sociedade.

Esta estratégia tem sido utilizada por este setor desde 2001, contando com a participação de uma equipe multidisciplinar sendo que, até o momento, as seguintes peças já foram desenvolvidas: “o sonho de Pedrinho”, “na boca do gigante”, “chapeuzinho vermelho – adaptação”, “a Bruxa desdentada – adaptação do livro da autora Simone Carvalho”, “Escovinha e Fio Dental”, “a Escovinha e o burro” e “Adolescente – tá limpo” (elaborada e encenada com o PACS Dom Jaime Câmara).

Os textos, os figurinos e os cenários são elaborados pela equipe de Odontologia do PAM Dr Manoel Guilherme da Silveira Filho – CAP 5.1.

Até o presente momento, aproximadamente 25 escolas pertencentes à 8ª Coordenadoria Regional de Ensino da Cidade do Rio de Janeiro já foram beneficiadas pelas peças, totalizando aproximadamente 13.000 alunos, responsáveis e funcionários das comunidades escolares.

A escolha das escolas beneficiadas foi feita através da percepção da necessidade de abordagem sobre o tema a que a peça se refere, o que gerava o contato com a Direção da escola para aceitação do trabalho, acerto dos dias e horários a serem realizados. Ao término, sugere-se às professoras a continuação da discussão sobre o tema, de forma que a própria comunidade escolar possa encontrar estratégias para melhoria de qualidade de vida.



Após a encenação das peças teatrais, observa-se que os alunos se identificam com as personagens, o que auxilia na motivação dos mesmos na adoção de um comportamento mais saudável e/ou mais participativo no processo de cidadania.

Como facilidades podemos citar o apoio da Coordenação de Área Programática 5.1, da Direção da Unidade de Saúde, da Coordenação de Programas e do PACS DOM JAIME CÂMARA que ajudam no processo de fortalecimento e construção desta estratégia de educação em saúde e cidadania.

E como dificuldades, a aquisição, confecção e transporte do cenário, dos adereços e materiais de infra-estrutura necessários à realização do evento, bem como a falta de equipamento áudio-visual próprio da equipe.

Os autores do trabalho sugerem que outros trabalhos de divulgação e avaliação do uso de peças teatrais no processo de educação em saúde sejam realizados de forma que esta estratégia tenha cada vez mais sustentação para ser utilizada.



CURSO DE GESTÃO PARA GERENTES DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

Autor principal: Luciana Goulart Mannrich
Outros Autores: Jorge Broide; Ana Paula Klein; Danna De Luccia;
Fernanda Lopes S. D. Ignácio; Juliana Campoy Noé Diaz; Maria
Altenfelder Santos; Marina Tulha; Valéria C. Dourado Lisondo
Instituição: Equipe Grupos Operativos
Município: São Paulo
Estado: São Paulo

Ao trabalharmos com saúde estamos nos referindo a um conceito ampliado, entendendo saúde como componente da qualidade de vida, um direito social a ser garantido pelo Estado.

A implantação da Política Municipal de Humanização em Guarulhos é uma ação estratégica já que este é o segundo maior município do Estado de São Paulo, e o sétimo PIB brasileiro, com uma população de 1.300.000 habitantes. A cidade se caracteriza por uma forte concentração de renda e até poucos anos atrás era dominada pela corrupção e por uma baixa auto-estima de sua população. Mesmo com alto nível de riqueza, grande parte da população encontra-se em situações sociais críticas. necessário um avanço na forma de gestão dos equipamentos alteração dos vínculos com a população, permitindo assim uma presença mais efetiva do poder municipal no território da saúde.

Esta ação dever ser desenvolvida fundamentalmente nos equipamentos da Secretaria de Saúde em contato direto com a população. Esta é a razão pela qual um ponto crítico e central a ser abordado na implantação da PMH são os gerentes destes equipamentos. Na verdade, eles exercem o papel de "correia de transmissão" das políticas municipais de saúde.

Para isto, é fundamental o trabalho de capacitação dos gerentes, tanto no que se refere aos aspectos da organização, quanto das relações que se dão entre as diferentes instâncias e na relação vincular com os usuários do SUS. No que tange à nossa equipe de Grupos Operativos, entendemos a tarefa no PMH e na Secretaria da Saúde de Guarulhos como o trabalho no âmbito do vínculo com a população atendida, entre a equipe interna dos equipamentos, entre as equipes dos diferentes equipamentos em suas mais variadas interfaces, e na comunicação e elaboração de conflitos entre os diferentes níveis hierárquicos na Secretaria

Os objetivos do trabalho envolvem instrumentalizar os gerentes na Política Municipal de Humanização, contribuir na horizontalização e na diminuição dos processos de fragmentação do trabalho, instrumentalizar os gerentes para uma melhoria significativa no vínculo com suas equipes e com a população atendida, realizar

um diagnóstico aprofundado da situação dos equipamentos e das reais dificuldades de gerenciamento.

Para a realização do trabalho será utilizado o método clínico da Psicanálise pautado pela escuta das manifestações implícitas nos processos grupais e institucionais, realizado dentro da concepção de Enrique Pichon-Rivière.

Serão realizados encontros de 4 horas, com metade dos gerentes. Na primeira hora será dada uma aula sobre o tema. A seguir, serão realizados quatro grupos operativos, cada um deles com uma coordenadora e uma observadora, com duração de uma hora e meia. A tarefa destes grupos será a de debater os conteúdos da aula à luz da experiência de trabalho de gerenciamento das unidades. Após os grupos operativos será realizado um grupo com todos os gerentes, onde serão trocadas as experiências dos pequenos grupos e realizada mais uma elaboração do tema.

A tarefa dos observadores é realizar uma crônica de cada grupo captando o material implícito na dinâmica grupal. Produz-se assim um material grupal que permite o levantamento de hipóteses de trabalho, que poderão ser checadas nos próximos encontros. É este processo que possibilita também o diagnóstico organizado do que está ocorrendo nos equipamentos.

É através deste processamento que a equipe técnica construirá categorias que consistem na organização dos problemas e conflitos levantados no grupo. Pretendemos que a partir destas categorias se facilite o trabalho de comunicação entre os diferentes setores da Secretaria da Saúde, para tal realizaremos reuniões com as diversas instâncias do corpo diretivo da Secretaria.

Este trabalho é capaz de apontar os pontos cruciais de conflitos e necessidade de diálogo entre os gerentes e demais instâncias da Secretaria. Propomos seminários mensais que devem ser iniciados com uma fala do Secretário sobre os principais temas levantados nos grupos ao longo do mês. Em seguida serão realizados pequenos grupos com coordenadores e observadores que terão por tarefa debater a fala do secretário com as discussões elaboradas nas aulas. A seguir será realizado um grande grupo com a presença do Secretário.



Para unir os conceitos de grupos operativos aos conceitos da PMH, organizamos 3 eixos teóricos.

1-Organização e Instituição em saúde:

2-Relações Institucionais

3-Estratégias de gestão institucional:

Os resultados esperados são: maior apropriação da Política Municipal de Humanização pelos gerentes, melhora do vínculo e dos processos de comunicação entre gerentes e equipes equipamentos diferentes instâncias da Secretaria programas usuários, maior compreensão dos gerentes acerca da tarefa. Reconhecimento e leitura, pelos gerentes, dos processos grupais e institucionais para otimizar a tarefa (melhoria da escuta/ escuta afinada). Tomadas de decisões, pelos gerentes, mais efetivas e resolutivas. Apropriação e operacionalização dos conceitos dados em aula e discutidos nos grupos. Diagnóstico mensal do gerenciamento nos equipamentos, através dos grupos realizados com os gerentes. Potencialização da governabilidade, através da circulação da palavra entre governo e gerências.

Orientações para Produção do Trabalho

Produzir resumo do trabalho, que será anexado ao formulário de inscrição, de acordo com as seguintes normas:

- Deve estar no programa WORD
- Conter no máximo (três) 3 páginas tamanho A4
- Margem esquerda: 3.0 cm, margem direita: 2.0 cm, margem superior: 3.0 cm, margem inferior: 2.0 cm.
- Espaçamento duplo
- Fonte "Times New Roman" tamanho 12:

A título de orientação, são apontados os seguintes itens a serem considerados na composição do texto:

- a) introdução e justificativa, indicando a sua importância no contexto local;
- b) objetivos, propósitos;
- c) metodologia: caminho percorrido no desenvolvimento da vivência;
- d) produtos, o que foi realizado e resultados alcançados;
- e) aprendizado com a vivência: facilidades e dificuldades;
- f) considerações finais.

Produzir pôster para exposição na Mostra

- a) tamanho 130 cm de altura por 90 cm de largura, no formato vertical, para apresentar na ocasião da Mostra.



A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE BUCAL. UM SALTO NA QUALIDADE DE VIDA DO SISTEMA PRISIONAL

Autor principal: Luciana Pinheiro Corrêa

Instituição: Presídio Floramar

Município: Divinópolis

Estado: Minas Gerais

As doenças cárie e periodontais são predominantes na população privada de liberdade no Presídio Floramar em Divinópolis, Minas Gerais. Os detentos em grande maioria realizam higiene bucal precária.

A falta de motivação por estarem presos faz com que muitos fiquem angustiados, nervosos e desanimados, conseqüentemente, não cuidam da higiene bucal, não se alimentam corretamente, fumam muito e ingerem drogas. Isto acarreta uma baixa resistência prejudicando a saúde.

Buscando a melhoria da qualidade de vida da nossa população, criamos este projeto que visa o ser humano como um todo. O modo de vida, as condições sócio-econômicas e culturais estão diretamente relacionados com as manifestações de doenças bucais e de tantas outras.

A terapêutica adequada para as doenças bucais consiste basicamente em tratamento curativo e preventivo. A execução destas terapêuticas é de responsabilidade de toda a equipe de saúde bucal, sendo que para cada profissional existem atribuições específicas.

Nosso objetivo é possibilitar que a população presidiária tenha acesso às ações e serviços de saúde bucal buscando reduzir os agravos, contribuindo para a prevenção e promoção da saúde.

A metodologia que usamos é a de problematização que favorece a interação da equipe de saúde bucal com os pacientes.

Foi realizado levantamento de necessidades em 80% da população. Destes, 85% apresentaram algum problema de saúde, sendo a maioria doenças periodontais. Este levantamento melhorou muito a agenda de atendimentos. Porém, constatamos que o levantamento de necessidades sozinho não foi suficiente visto a alta rotatividade dos detentos no Presídio. Através do PIR (Plano Individual de Ressocialização) iniciado em novembro de 2005 conseguimos direcionar e melhorar satisfatoriamente nossos atendimentos.

Através do levantamento de necessidades e do PIR é feita a agenda do atendimento da equipe de saúde bucal. O detento primeiramente é atendido pela THD (Técnica em Higiene Dental) individualmente sendo orientado quanto à higiene e dieta. É realizado escovação orientada, evidenciação de placa bacteriana, raspagem e polimento coronário. Após este atendimento a THD encaminha o paciente à CD (Cirurgiã Dentista) que realiza procedimentos curativos

necessários sendo agendado para continuação do tratamento.

Iniciamos o projeto em dezembro de 2005 após a conclusão do curso de THD na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Atendemos 223 detentos sendo realizados procedimentos variados.

O tratamento básico realizado na unidade foi concluído em 60 pacientes, sendo estes encaminhados para tratamento especializado fora da unidade. Em 100 pacientes foi realizado adequação do meio bucal e aguardam agendamento para tratamento. Encontram-se em tratamento odontológico 63 pacientes.

Não conseguiremos mudar tudo de uma única vez, porém com a colaboração da equipe de saúde, conseguiremos promover uma melhoria na qualidade de vida de nossa população.



SAÚDE BUCAL E A INTEGRALIDADE: EXPERIÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO PSF DE SÃO VALENTIM DO SUL

Autor principal: Luciane Maria Pilotto

Outros Autores: Elda Cavanus

Instituição: Prefeitura Municipal de São Valentim do Sul - RS

Município: São Valentim do Sul

Estado: Rio Grande do Sul

O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma estratégia que vem contribuindo para reorganizar as formas de atuar na atenção básica à saúde do Brasil e a reforçar os princípios do SUS. E sua implantação é um passo para a integralidade, pois para este programa funcionar existe uma equipe multidisciplinar de trabalho que articula ações de prevenção e promoção de saúde nas comunidades, aproximando-se das pessoas, ouvindo-as e sentindo as necessidades que relatam. Assim, a equipe interage entre si, com os usuários e com a comunidade; facilitando a percepção e a criação da autonomia destes usuários e coletividade com seus cuidados em saúde. Em São Valentim do Sul, município com 2.284 habitantes, esse novo modelo foi implantado em abril de 2004, visando melhorar as condições de saúde, o atendimento e a qualidade de vida da população. Este trabalho pretende apresentar as atividades de saúde bucal desenvolvidas pela equipe de saúde do município. Os objetivos principais deste trabalho são melhorar as condições de saúde bucal e geral da população, substituir as práticas tradicionais através da implantação do PSF, atuar conjuntamente com outras áreas da saúde e outros setores, visando a integralidade da atenção, priorizar estudantes para a educação em saúde tornando-os multiplicadores deste processo, facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde e desenvolver programas continuados de incentivo a autonomia dos usuários. As atividades desenvolvidas foram a prevenção e diagnóstico do câncer bucal junto a campanha de vacinação da gripe, entrega de Kit de saúde bucal para os alunos e uma escova dental para cada município, Projeto Sorrindo para Passear que abrange alunos da pré-escola ao ensino fundamental premiando com uma viagem as turmas com melhor higiene bucal durante o ano letivo, agendamento de consultas pelos Agente Comunitário de Saúde (ACS), visita domiciliar, aplicação tópica de flúor para alunos do ensino fundamental e escovação diária na escola, participação nos grupos de saúde nas comunidades, de hipertensos e diabéticos, atendimento curativo as gestantes com participação no grupo mensal junto a consulta de pré-natal, realização do censo bucal, pelas normas do SB 2000 e atendimento curativo realizado na Unidade de Saúde. Os resultados obtidos foram a redução do índice de cárie (CPO-D) aos 12 anos, em 2 anos, de 3,68 para 3,09, redução de exodontias de dentes permanentes, aumento de procedimentos coletivos e ações básicas

individuais (Fonte SIA-SUS), grande satisfação da comunidade e gestores em relação aos trabalhos odontológicos, busca ativa de pacientes resistentes ao tratamento pelo medo e ansiedade através da visita domiciliar do ACS, auxiliar de consultório dentário, dentista e demais profissionais e maior motivação dos alunos para os cuidados com a boca e merenda saudável. Todas atividades desenvolvidas propiciam momentos importantes, mas vamos destacar algumas, iniciando pela campanha do câncer bucal. Esta campanha é desenvolvida junto a campanha de vacinação da gripe; porém, qualquer pessoa pode participar independente da idade. A maior parte dos examinados são pessoas com mais de sessenta anos e muitos destes fazem uso de prótese total, portanto não possuem nenhum dente natural na boca, e por isso acham desnecessário ir para consulta odontológica. Eles ainda relatam histórias de dor e medo de profissionais e de procedimentos odontológicos anteriores reforçando a idéia de não precisar consultar com o dentista. Nesta campanha diagnosticou-se várias lesões nos tecidos bucais, inclusive uma maligna, onde os pacientes são agendados na unidade de saúde para realizar o tratamento. Há dificuldade para tratar as lesões, pois como muitas não doem e pela lembrança do medo associada a ir ao consultório, existe resistência ao tratamento proposto. Outra vivência muito gratificante é o Projeto Sorrindo para Passear desenvolvida com os alunos das duas escolas do município. Este projeto motiva os alunos para a higiene bucal na escola e em casa, e há muita cobrança entre os colegas de classe, pois para receber o prêmio depende da escovação da turma. E esta deve ser diária porque as visitas são surpresa, nenhuma turma sabe quando será feita a revelação de placa com corante para avaliar a limpeza dos dentes. Como dificuldade deste projeto tivemos a falta de local adequado na escola para deixar as escovas dentais dos alunos, a disponibilidade dos professores de acompanharem as turmas vencedoras ao passeio que é realizado fora do horário de aula e a demora dos gestores de autorizar o desenvolvimento do mesmo. E por fim, a realização dos grupos de saúde nas comunidades, que é o encontro dos profissionais da saúde com os usuários. São grupos pequenos, para trabalhar assuntos variados, conforme necessidade ou fala/problema/alegria do dia, onde se pensa a educação de forma diferenciada, como a educação permanente em saúde em que aprendemos du-



rante o trabalho, onde incorporamos o aprender e o ensinar ao nosso cotidiano de trabalho. Por fim, podemos afirmar que houve maior conscientização da comunidade a respeito de sua saúde e do auto-cuidado, acesso ampliado e facilitado pelo agendamento da consulta durante a visita do ACS, maior reconhecimento da Equipe de Saúde Bucal pela comunidade e gestores. Estes trabalhos educativos, preventivos e curativos em saúde bucal são necessários e devem ter continuidade, pois a boca é parte do todo, do corpo e trabalhando desta maneira é possível ter integralidade da atenção.



EXODONTIAS COM ANALGESIA POR ELETROACUPUNTURA

Autor principal: Luciene Deluca Ferreira Ferraz

Outros Autores: Merice de Azevedo Dinau; Rosa Maria Vianna Lopes

Instituição: PAM Dr. Manoel Guilherme da Silveira Filho

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

A Acupuntura está inserida no diversificado arsenal terapêutico de um dos mais antigos sistemas de medicina da humanidade, a Tradicional Medicina Chinesa. Vem sendo utilizada sistematicamente no mundo ocidental desde o século XVI e no Brasil é reconhecida como Especialidade Médica desde 1995.

Em 1999, a American Society of Anesthesiology –ASA– publicou pesquisa revelando que a Odontologia é a especialidade que mais promove o medo e seus efeitos emocionais entre os pacientes da área de saúde, exatamente por representar, historicamente e mesmo na atualidade, uma atividade vinculada à dor e ao sofrimento.

O uso da Acupuntura e principalmente da Eletroacupuntura, com finalidades analgésicas, torna-se muito interessante e importante nos procedimentos cirúrgicos, uma vez que outros efeitos relevantes podem ser observados e que se revertem em grandes vantagens para aplicação da técnica, se comparada à anestesia química convencional: - efeito ansiolítico e psicorrelaxante; equilíbrio neurovegetativo com boa estabilização nos limites fisiológicos; reduz a ansiedade; auxilia no controle de sangramento; melhora a cicatrização tecidual; estimula o sistema imunológico; reduz e até elimina as desvantagens do uso das substâncias anestésicas químicas convencionais e suas conseqüências.

Baseado nesta proposta de associação da Odontologia com a Acupuntura como terapêutica coadjuvante, foi realizado na CAP 5. I - Unidade de Saúde PAM Dr. Manoel Guilherme da Silveira Filho, um trabalho com qualidades de pesquisa clínica, ocorrido no período de maio a agosto de 2005.

Com o objetivo de avaliar a viabilidade, as possibilidades, vantagens e desvantagens do atendimento de pacientes com necessidades especiais de atendimento odontológico desta Unidade, utilizando a Eletroacupuntura para estabilização do estado emocional, o controle da dor – trans e pós-operatória - controle da pressão arterial, frequência cardíaca, respiratória e do sangramento, e os resultados relativos à recuperação tecidual.

Neste trabalho foram contemplados pacientes fóbicos em diferentes níveis, todos com impedimentos de ordem emocional para a realização dos procedimentos odontológicos necessários com indicações cirúrgicas do tipo exodontia, isoladas ou múltiplas, com resíduos radiculares e/ou elementos dentários com boas condições

de implantação alveolar. Foram selecionados num total de 17 (dezessete) pacientes, 16 (dezesseis) mulheres e 01 (um) homem. Houve esclarecimento dos pacientes sobre o método a ser utilizado e sua autorização para o procedimento.

Foram utilizados agulhas de Acupuntura, aparelho de EletroAcupuntura Sikuro, instrumental odontológico compatível com os procedimentos cirúrgicos indicados; e anestésico químico do tipo cloridrato de lidocaina com noradrenalina a 3%. Etapas do procedimento:

1- Inserção de agulhas de Acupuntura: na região dorsal das mãos - entre o primeiro e o segundo dedos - na face, contígua à região envolvida no procedimento e em pontos auriculares, com acoplagem dos terminais do aparelho de Eletroacupuntura nas agulhas.

2- Indução dos Efeitos Acupunturais através da estimulação elétrica das agulhas de Acupuntura variando a intensidade em miliAmpère - e a frequência – em Hertz - destes estímulos de acordo com um sistema pré-estabelecido de variâncias, entre 5Hz e 100Hz, durante trinta minutos antes do início do procedimento.

3- Aplicação do anestésico químico convencional, se necessário e/ou solicitado pelo paciente.

4- Exodontia e sutura

Quanto aos resultados houve a remoção de 17 (dezessete) restos radiculares, seis elementos dentários com indicação de exodontia. Para a totalidade dos procedimentos, foram utilizados cinco tubetes e meio do anestésico eleito.

Como avaliação dos resultados, observou-se o controle do estado emocional de forma confiante e segura dos pacientes fóbicos, superando o estado impeditivo prévio.

Efeito analgésico trans-operatório, com redução significativa de anestésico químico.

Levando-se em conta o tipo de procedimentos selecionados – exodontias – foi feito um levantamento prévio da quantidade de tubetes de anestésico que seria necessária para a realização destes de forma cômoda para os pacientes. Foram disponibilizados 35 (trinta e seis) tubetes. E ao final dos atendimentos foram contabilizada a utilização de um total de cinco tubetes e meio.

Efeito hemostático e recuperação tecidual expressivos, clinicamente avaliados pelos profissionais durante os procedimentos e após uma semana respectivamente.



Verificou-se um comportamento estável das funções vitais dos pacientes.

Efeito analgésico pós-operatório: a totalidade dos pacientes envolvidos neste trabalho não apresentou dor e/ou desconforto neste período, o que seria compatível com os procedimentos realizados.

Contamos com o apoio da CAP 5.1 e da Direção da Unidade, com total integração das especialidades médicas com a Odontologia quanto ao encaminhamento de pacientes, os quais foram de grande receptividade.

A aquisição de agulhas e do aparelho de eletroestimulação (gentilmente cedido temporariamente pela Prof. Dra. Marina Castro) foram fatores que dificultaram a vivência do processo.

Consideramos que os objetivos deste trabalho foram plenamente alcançados em todos os seus itens e como benefícios da Acupuntura Aplicada à Odontologia podemos observar no paciente: controle do estado emocional, normalização da pressão arterial e controle das frequências cardíaca e respiratória, controle do sangramento, normalização das atividades motoras, estimulação do sistema imunológico e controle da dor.

Vale lembrar que a proposta da Acupuntura como método terapêutico de indução endógena, capaz de acessar o Sistema Nervoso Central a partir da via periférica, gerando efeitos biológicos variados, é extremamente útil em sua associação com a Odontologia, uma vez que atinge os três objetivos maiores voltados para o atendimento de pacientes: efetividade de resultados, segurança – praticamente isento de efeitos colaterais e adversos - e baixo custo, assistindo principalmente as exigências do Sistema Único de Saúde, fortalecendo o peripice da universalidade.



FACILITANDO O TRABALHO DO PFS RURAL

Autor principal: Luiz Antônio de Oliveira Perssiguini

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

Chapadinha é uma área rural de Brazlândia, cidade satélite de Brasília, como a grande maioria das áreas rurais, é formada por fazendas com casas distantes umas das outras e dispersas, o que torna complicado a visualização das microáreas através de um mapa, tanto para o ACS, mas principalmente, para os outros componentes da equipe que não moram na área.

Foi assim detectado o problema de identificação das casas que possuem maior necessidade de visitas por parte da equipe, dificultando o trabalho como um todo.

METODOLOGIA

Foi proposto assim a fabricação de placas de madeira na cor vermelha e branca para serem fixadas nas portas das casas, as placas vermelhas indicariam que aquelas casas abrigam famílias com casos de maior necessidade de visita, como gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças menor de 2 anos, entre outros, e as placas brancas indicariam famílias que não possuem necessidades maiores e poderiam ser visitadas em um segundo momento, de acordo com o planejamento da equipe.

RESULTADO

A implantação desse trabalho facilitou imensamente a organização da equipe diante das visitas, qualquer componente da equipe poderá visualizar a família que tem preferência de ser visitada naquela área, favorecendo assim a prática de um trabalho organizado e eficiente.

CONCLUSÃO

O trabalho no PFS rural possui suas dificuldades, a implantação de trabalhos que facilitem as atividades da equipe é de imensa importância. Este trabalho veio com certeza favorecer a organização e a produtividade da equipe de Chapadinha, ficando como um exemplo a ser buscado por outras equipes rurais.



OPERAÇÃO FORTALEZA BELA NA SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

Autor principal: Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Outros Autores: Ondina Maria Chagas Canuto

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

Município: Fortaleza

Estado: Ceará

Fortaleza-CE é considerada a quinta maior cidade do país com uma população estimada pelo IBGE em 2005, de 2.374.944 habitantes. Encontra-se habilitada na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, em conformidade com a NOAS/2003. O Sistema compõe-se de cinco redes assistenciais de produção de serviços de saúde, que atuam na perspectiva da integralidade e co-gestão do cuidado: Rede Assistencial da Atenção Primária em Saúde/Saúde da Família; da Atenção Especializada; das Urgências e Emergências; Hospitalar e de Saúde Mental.

O sucateamento da rede, o desabastecimento de medicamentos; a insuficiência quanto ao número de Unidades Básicas de Saúde - UBS, com apenas 15% de cobertura da Estratégia Saúde da Família; níveis de atenção à saúde desarticulados e descontinuados; filas de espera na Atenção Primária e Especializada; trabalhadores desestimulados e precarizados nas relações de trabalho, foram, e ainda são, os grandes desafios enfrentados no primeiro ano da Gestão.

A identificação desta realidade exigiu medidas de enfrentamento envolvendo gestores, trabalhadores e usuários. Aí nasce a Operação Fortaleza Bela na Saúde - OFB. Esta estratégia objetiva desencadear o processo de reestruturação da atenção primária em saúde. Organizou-se a partir de três eixos: Ampliação e re-estruturação do PSF; Articulação das Redes Assistenciais e Humanização da Atenção à Saúde entendida como um processo indutor de *"mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção da saúde."* (PNH, 2004). Com o objetivo de montar as ações estratégicas desta Operação, foi realizada uma Oficina, em abril de 2005, envolvendo Secretaria Municipal de Saúde e Secretarias Executivas Regionais.

O produto processual da OFB tem na humanização um eixo alavancador de outros processos. Compreendendo as dimensões objetivas e subjetivas na produção da saúde no nível local temos como resultados da OFB: Reforma e ampliação das 88 unidades básicas de saúde, em fase de conclusão, com investimentos da ordem de três milhões de reais, atuando sobre a ambiência, garantindo melhores condições de trabalho e de

acolhimento; o fim do Cartão SUS como barreira ao atendimento em qualquer unidade da rede; universalização do acesso ao medicamento básico, com a sua disponibilidade em todas as unidades de saúde independente do local da consulta (este investimento na rede foi em torno de onze milhões de reais); a gestão das filas noturnas nas UBS, reduzindo-as em 89% das unidades e implantação do acolhimento em 76% das UBS; o processo de territorialização da cidade na perspectiva de organização dos serviços e a implantação de equipes de saúde da família em 21 áreas de risco; a preparação e realização de concurso e seleção pública para contratação de 1.380 profissionais para o PSF, bem como 2.627 agentes comunitários de saúde e 1.500 agentes sanitários. Quanto à dimensão subjetiva da gestão do cuidado, destaca-se o movimento que foi desenvolvido junto aos gestores e trabalhadores, com várias iniciativas: Oficinas de Acolhimento, Curso de Extensão Universitária Fortaleza HumanizaSUS para os cinco mil trabalhadores pertencentes a rede, rodas de gestão, dentre outras, que se somam para alcançar o SUS que se faz construir através da gestão compartilhada na saúde de Fortaleza. No nível secundário da atenção, e de forma articulada, tem-se trabalhado na regulação da demanda para leitos de UTI, observando os critérios técnicos e auditoria permanente para a otimização de leitos credenciados ao SUS. A redução da fila de espera para consultas e exames especializados apresenta resultados expressivos também.

A OFB na Saúde é uma estratégia ainda em fase de implementação e que permite uma articulação das redes assistenciais e dos processos de trabalho da gestão e da atenção à Saúde. A experiência apresenta marcas fortes: o compromisso do governo municipal com a priorização da saúde; o movimento que se constitui entre gestores, trabalhadores e usuários no enfrentamento da realidade, o que já permite identificar a melhoria física nas UBS; a expectativa de chegada de novos profissionais; o exercício das rodas de gestão; as iniciativas no campo da humanização capilarizadas em toda a rede; a articulação dos serviços nos diferentes níveis da atenção, etc. As dificuldades se manifestam nos processos administrativos, quanto aos procedimentos licitatórios e de contratação de serviços/compras, impondo um ritmo mais lento a efetivação da Operação.o



de serviços/compras, impondo um ritmo mais lento a efetivação e uso a priorização de outros,

A OFB representa um processo desencadeador de reestruturação da rede da Atenção Básica, marcado por compromissos, motivação, vinculação, recuperação física da rede, novos processos de gestão do trabalho e compartilhamento da responsabilização sanitária na perspectiva do território, onde se encontra um conjunto de redes assistenciais que se matriciam e constroem o SUS Fortaleza.



A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA

Autor principal: Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Outros Autores: Kelen Gomes Ribeiro; Ondina Maria Chagas Canuto

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

Município: Fortaleza

Estado: Ceará

A Política Municipal de Humanização em Fortaleza está sendo implantada processualmente como eixo estruturante na organização, qualificação e fortalecimento do Sistema de Saúde do município, em consonância com os princípios doutrinários de universalização, equidade e integralidade, além de organizado com incentivo à participação popular. Esse processo é compreendido como parte de uma construção em favor de mudanças significativas na Gestão e Atenção da Saúde Pública em Fortaleza. A perspectiva é de configurar novas relações entre gestores, trabalhadores e usuários na construção da rede de co-gestão do cuidado à saúde, sendo esse cuidado entendido como intrinsecamente relacionado a uma ética e a uma responsabilização do indivíduo consigo mesmo, com o outro e com a construção do SUS local. Dentro do Sistema Único de Saúde de Fortaleza tem-se buscado produzir a saúde humanizada pautada nesses princípios, com destaque para o desenvolvimento de uma gestão em que se incentiva a participação de todos, com o fomento de práticas de educação permanente e de uma cultura de paz e não violência em que a solidariedade mostra-se como exercício contínuo. Sua construção é transversal em todas as redes assistenciais de produção de serviços de saúde no sistema de Fortaleza: Rede Assistencial da Atenção Primária/Saúde da Família; da Atenção Especializada; das Urgências e Emergências; Hospitalar e de Saúde Mental. Desenha-se um conjunto de estratégias de Conscientização e Educação Permanente para os profissionais do Sistema, visando a problematização dos serviços de saúde do município, revendo o atendimento e o acolhimento ao usuário, a ambiência do lugar de trabalho, as relações interpessoais dos profissionais, a eficácia e eficiência da assistência e a gestão participativa em saúde. Tem por objetivo encontrar soluções coletivas e criativas para as dificuldades rotineiras e criar um Modelo Organizacional e de Atenção que considere as questões locais e viabilize a participação social e o protagonismo de todos os atores envolvidos no processo de produção da saúde. Dentro do SUS de Fortaleza, a Política Municipal de Humanização vem fomentando o desenvolvimento de uma Cultura de Paz e de Saúde Humanizada. Dentre suas ações, estão os Grupos de Trabalho de Humanização – GTH's desenvolvidos na rede hospitalar; as Oficinas de Acolhimento, voltadas para Atenção Primária em Saúde, inspirando a ética, o cuidar

e a inclusão do outro; as Cirandas da Vida, que funcionam como espaços de diálogos, capazes de fortalecer a articulação entre os movimentos e práticas populares e as práticas e políticas de saúde; as Oficinas do Riso, fazendo surgir os Palhaços Terapeutas e dando aos profissionais a dimensão do lúdico como ferramenta de trabalho; além do Curso de Extensão Universitária Fortaleza HumanizaSUS. Todas estas iniciativas são pensadas como importantes dispositivos no trabalho de construção de uma nova cultura, em que saúde humanizada é um direito de cidadania. Destacamos duas das ferramentas utilizadas, com importante capacidade de mobilização na rede municipal de saúde de Fortaleza: os Grupos de Trabalho de Humanização (GTH's) e o Curso de Extensão Universitária Fortaleza HumanizaSUS. A formação dos GTH's iniciou-se em Abril de 2005. Desde então, vem acontecendo, em cada unidade, encontros sistemáticos de debate e de constituição dos respectivos grupos, bem como fóruns mensais itinerantes, nos quais tem sido privilegiada a partilha de práticas e saberes diversos. Através deles, fomenta-se o desenvolvimento de uma cultura de humanização e de paz na saúde com a participação de profissionais das diversas categorias do trabalho em saúde. Consistem num espaço coletivo, organizado, participativo e democrático, que prioriza o resgate de valores humanitários de universalidade, integralidade e aumento da equidade na atenção e gestão em prol dos usuários, dos profissionais de saúde e da melhoria da gestão pública. Buscando a difusão destas idéias e dos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização, considerou-se o que o Ministério da Saúde preconiza como atividades importantes a serem desenvolvidas pelos GTH's, refletindo criticamente sobre as situações que envolvam e instiguem o processo de humanização, de forma a repercutir em ações que promovam, sempre, o respeito à dignidade humana. O Curso de Extensão Universitária Fortaleza HumanizaSUS é visto como um importante marco da Política de Humanização de Fortaleza. Teve como objetivo principal desenvolver e fortalecer o Sistema Único de Saúde em Fortaleza, a partir da capacitação e conscientização de todos os atores/atrizes da Secretaria Municipal em um grande fórum de mobilização para a humanização em Fortaleza. A primeira fase do curso aconteceu com cerca de 5000 trabalhadores da saúde, em um grande ginásio da cidade, tendo como metodologia: palestras,



vivências e apresentações culturais, com informações e reflexões intercaladas por manifestações da cultura popular, teatro, música, imagens e humor. A carga horária de 20 horas foi distribuída em quatro módulos presenciais, aos sábados. Em seguida, aconteceu um curso de 40h/a para formar facilitadores que pudessem colaborar com a continuidade do curso nas unidades de saúde, considerando suas especificidades e a importância do fomento do diálogo, do compartilhar de experiências e de saberes, com o envolvimento dos atores no processo de produção da saúde. Como resultados deste processo, apontamos: a) O desencadear do processo de sensibilização dos 5000 trabalhadores na primeira etapa; b) A manifestação pública do compromisso da gestão com a Humanização, compreendida como eixo estruturante e política transversal; c) Indicação de um maior compromisso e participação dos trabalhadores; d) Indicação de sentimento de valorização e pertencimento ao Sistema Único de Saúde; e) Surgimento de ações em favor da humanização nos serviços. Nesse sentido, o desenvolvimento do curso constitui-se como uma estratégia eficaz para a mobilização e sensibilização de trabalhadores da rede de saúde em Fortaleza na perspectiva da Humanização. O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza optou por construir uma política de humanização que guarda coerência com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e com os princípios da Rede Gandhi. No cenário em que o SUS está sendo construído no Brasil, onde as suas políticas são desenvolvidas a partir da municipalização, tem-se a possibilidade de que experiências como a de Fortaleza apontem para a humanização do SUS como uma política pública no conjunto das cidades brasileiras.



A DESPRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: O CASO DE CHARQUEADAS

Autor principal: Maicon Cristiano da Cunha

Instituição Prefeitura Municipal de Charqueadas/Secretaria Municipal de Saúde

Município: Gravataí

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado a partir de 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF) a partir de 1994, com o objetivo de reorganização de um novo modelo de atenção à saúde, primam por atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde. O incremento da nova política causou uma reestruturação do processo de trabalho em saúde, sendo que o trabalho em equipe foi essencial para essa mudança. Outra transformação foi a criação de uma nova ocupação para o setor: o Agente Comunitário de Saúde. A importância desse profissional para o Sistema é tão significativa que culminou, em 10 de julho de 2002, com a aprovação da Lei de Profissão de Agente Comunitário de Saúde – Lei 10.507. Paradoxalmente, ainda que haja elevada importância desse profissional na reorganização do SUS, há uma relação problemática originada pelas diversas formas precárias de vinculação institucional.

O Município de Charqueadas experienciou uma situação ímpar em relação ao resto do País. Além de realizar Concurso Público, vinculação institucional, dentro do Direito Público, mais coerente e legalmente conceituado, também inovou na concepção desse processo seletivo, pois ele foi realizado em duas etapas: a primeira delas foi uma prova objetiva de caráter classificatório, e a segunda, um curso de formação de caráter eliminatório.

OBJETIVOS

- Proporcionar maior estabilidade ao Sistema de Saúde municipal;
- Oportunizar uma formação de qualidade para esses profissionais; e,
- Tornar o sistema de saúde mais resolutivo.

METODOLOGIA

O Município tem a necessidade de construir estratégias para implementar um processo que possibilitasse vincular esse profissional de forma efetiva.

Definição das Áreas de Saúde: o primeiro passo foi construir o processo de territorialização da Saúde. Esse processo se consolidou com a Lei Municipal Nº. 1742, que Cria áreas de saúde para fins de

organização e implantação do Programa de Saúde da Família – PSF. Essa Lei dividiu todo Município em nove áreas de saúde, inclui-se a parte urbana e a parte rural, no corpo da Lei ainda há descrição dos limites das áreas de acordo com a Lei de bairros e com uma Unidade Básica de Saúde de referência. Outra consideração desta Lei, é que o limite preciso das áreas de saúde deverá ser homologado em decreto, posterior a apreciação do Conselho Municipal de Saúde.

Criação dos Cargos de ACS: a criação do Cargo de Agente Comunitário de Saúde foi baseada pela Lei Federal nº. 10.507/2002, nela consta três prerrogativas para exercício do cargo: a primeira, a exigência de, no mínimo, ensino fundamental completo; a segunda é residir na área de atuação e a terceira é haver concluído, com aproveitamento, o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde. A Lei Municipal nº. 1.758, não só cria os cargos no quadro de provimento efetivo, mas também regulamenta o curso de qualificação Básica para Agente Comunitário de Saúde – ACS. A partir desses dois movimentos iniciais, foi-se necessário estruturar estratégias de como superar os nós críticos que entravavam o processo Seletivo de Concurso Público.

Universalidade versus Residir na área em que atua: o principal desafio da gestão municipal era lidar com paradoxo de o concurso público ter como diretriz básica a universalidade, ou seja, não sendo permitido segregar candidatos por residirem nas áreas de saúde, e de os Agentes Comunitários terem por prerrogativas a exigência de residir na área em que atua. A Lei Municipal prevê a criação de 09 cargos distintos de Agentes Comunitários de Saúde, esses cargos são atrelados às nove áreas criadas na Lei de territorialização, por exemplo, Agente Comunitário da Área 1, e assim sucessivamente, até o cargo de Agente Comunitário da Área 9. As descrições desses cargos possuem características em comum na suas atribuições, no entanto, são diferenciados em seus requisitos de posse, onde há exigência, no momento da posse, de residir na área em que vai atuar. Dessa forma, no concurso público foi possível que qualquer cidadão brasileiro pudesse participar do processo seletivo, sendo que somente no momento da posse deveriam comprovar a residência.

Princípios da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde: a Lei federal preconiza o curso de qualificação para o exercício do cargo, a Lei Municipal em consonância, determinou que a qualificação dar-se-á em meio ao processo seletivo de concurso



público, inclusive regulamentou o curso, oferecendo uma bolsa auxílio para os candidatos pleiteantes às vagas. A idéia desse curso está baseada na política Municipal de educação permanente para melhorar a formação e, conseqüentemente, fortalecer o SUS. A educação permanente possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalha na Saúde e o desenvolvimento institucional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O Município entende que proporcionou uma inovação de gestão, pois participou ativamente da composição do curso e envolveu todos os profissionais da rede de serviços. Dessa forma, utilizou o curso como dispositivo para sensibilização de todos os atores envolvidos no SUS municipal, dando início à política de Educação Permanente em Saúde. O Município acredita que suas ações possam servir de Referência para organização de Sistema de Saúde em atenção primária para o Brasil.

¹ Entende-se formas precárias de vinculação institucional como: “O processo mais geral de precarização das relações de trabalho, na saúde, é evidenciado pelas inúmeras formas de contratação, seja pela terceirização (contratos temporários, de prestação de serviços), pela cooperativização do trabalho ou pelo contrato individual por tempo determinado” (Cherchglia, 1999, p.382)

TEATRO E SAÚDE: UMA NOVA FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO DA DIRETORIA DE SAÚDE DE SÃO CAETANO DO SUL

Autor principal: Mara Cristiane Pereira

Outros Autores: Rubens Amaral; Alexandra Marçal.

Instituição: Diretoria de Saúde de São Caetano do Sul

Município: São Caetano do Sul

Estado: São Paulo

Em 2005 tivemos a oportunidade de criar e desenvolver um projeto educativo em saúde para a população usando como ferramenta de comunicação, informação e interação, uma peça de teatro. Escrevemos um texto sobre doença pulmonar obstrutiva crônica, tendo como inspiração o contexto da vida cotidiana de uma família composta por um casal, dois filhos e uma empregada. Tratava-se de uma família comum brasileira, de sobrenome Poeira, onde o pai o senhor José Serragem Poeira, (interpretado por um funcionário da diretoria da saúde), 45 anos, marceneiro, tabagista, cutruco, machista e com pouco envolvimento familiar apresentava sinais de bronquite tabágica e que tossia muito. A mãe, sra. Maria Superprotetora Poeira, (interpretada por uma funcionária da diretoria da saúde), 40 anos dona de casa, estressada, obesa, muito pré-ocupada com as coisas e as pessoas e que mimava muito o filho mais novo, Marcos. A filha, Patricinha Saudável Poeira, (interpretada por uma médica da diretoria da saúde), 22 anos, estudante de moda, personalidade alegre, bonita, dona de si mesma, confiante, saudável, esportista e que tem respostas para tudo. O filho, Marcos Espirro Poeira, (interpretado por um funcionário da diretoria da saúde), 14 anos, asmático, estudante do ensino fundamental, personalidade tímida, introspectivo, medroso, dependente da mãe, sem opinião própria, que não praticava nenhuma atividade física. A empregada, Marinete Super Poeira, (interpretada por uma médica da diretoria da saúde), 30 anos, doméstica, personalidade duvidosa, pouco culta, desligada,

confusa, intrometida, invejosa, pouco conhecimento de higiene e saúde. As cenas se desenrolam numa sala da casa da família Poeira, ao redor de uma mesa com 4 cadeiras. Um diretor de cena, médico da diretoria da saúde e uma médica especialista em pneumologia também da diretoria da saúde de São Caetano do Sul, tinham por função interagir com a platéia e com as cenas, explicando, em detalhes, os fatos que estavam ocorrendo no palco. Com o título de “Levantando a poeira”, o texto apresentava uma família algo confusa e engraçada, às voltas com o problema da asma do filho mais novo. Num diálogo interessante demonstrava-se situações que poderiam desencadear as crises de asma, as influências negativas de um pai fumante, de uma mãe superprotetora e de uma mãe desleixada, bem como a influência positiva de uma irmã saudável e que conhecia os melhores caminhos para uma melhor qualidade de vida do irmão doente. Pudemos constatar uma grande participação dos médicos e funcionários da saúde, assim como da população em geral que demonstrou ter gostado muito, solicitando mais apresentações da peça. A interação entre atores (funcionários e médicas da saúde) e a população demonstrou que ações desse tipo podem ser uma ferramenta importante para melhorar e difundir de uma forma mais agradável e participativa as informações e conhecimentos na área da saúde.

TEATRO E SAÚDE: UMA NOVA FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA DIRETORIA DA SAÚDE DE SÃO CAETANO DO SUL

Autores: Rubens Azevedo do Amaral e Mara Cristiane Pereira.
Co-Autores: Regina Maura Zetane Grespan e Alexandra Marçal.
Instituição: Diretoria de Saúde de São Caetano do Sul.

Em 2005 tivemos a oportunidade de criar e desenvolver um projeto educativo em saúde para a população usando como ferramenta de comunicação, informação e interação, uma peça de teatro. Escrevemos um texto sobre doença pulmonar obstrutiva crônica, tendo como inspiração o contexto da vida cotidiana de uma família composta por um casal, dois filhos e uma empregada.

Tratava-se de uma família comum brasileira, de sobrenome Poeira, onde o pai o senhor José Serragem Poeira, (interpretado por um funcionário da diretoria da saúde), 45 anos, marceneiro, tabagista, cutruco, machista e com pouco envolvimento familiar apresentava sinais de bronquite tabágica e que tossia muito. A mãe, sra. Maria Superprotetora Poeira, (interpretado por uma funcionária da diretoria da saúde), 40 anos dona de casa, estressada, obesa, muito pré-ocupada com as coisas e as pessoas e que mimava muito o filho mais novo, Marcos.

A filha, Patricinha Saudável Poeira, (interpretado por uma médica da diretoria da saúde), 22 anos, estudante de moda, personalidade alegre, bonita, dona de si mesma, confiante, saudável, esportista e que tem respostas para tudo. O filho, Marcos Espirro Poeira, (interpretado por um funcionário da diretoria da saúde), 14 anos, asmático, estudante do ensino fundamental, personalidade tímida, introspectivo, medroso, dependente da mãe, sem opinião própria, que não praticava nenhuma atividade física. A empregada, Marinete Super Poeira, (interpretado por uma médica da diretoria da saúde), 30 anos, doméstica, personalidade duvidosa, pouco culta, desligada, intrometida, invejosa, pouco conhecimento de higiene e saúde.

As cenas se desenrolam numa sala da casa da família Poeira, ao redor de uma mesa com 4 cadeiras. Um diretor de cena, médico da diretoria da saúde e uma médica especialista em pneumologia também da diretoria da saúde de São Caetano do Sul, tinham por função interagir com a platéia e com as cenas, explicando, em detalhes, os fatos que estavam ocorrendo no palco. Com o título de “Levantando a poeira”, o texto apresentava uma família algo confusa e engraçada, às voltas com o problema da asma do filho mais novo.

Num diálogo interessante demonstrava-se situações que poderiam desencadear as crises de asma, as influências negativas de um pai fumante, de uma mãe superprotetora e de uma mãe desleixada, bem como a influência positiva de uma irmã saudável e que conhecia os melhores caminhos para uma melhor qualidade de vida do irmão doente. Pudemos constatar uma grande participação dos médicos e funcionários da saúde, assim como da população em geral que demonstrou ter gostado muito, solicitando mais apresentações da peça.

A interação entre atores (funcionários e médicas da saúde) e a população demonstrou que ações desse tipo podem ser uma ferramenta importante para melhorar e difundir de uma forma mais agradável e participativa as informações e conhecimentos na área da saúde.

DS DIRETORIA DE SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL

São Caetano do Sul SECRETARIA DE SAÚDE, EDUCAÇÃO E CULTURA

e a população demonstrou que ações desse tipo podem ser uma ferramenta importante para melhorar e difundir de uma forma mais agradável e participativa as informações e conhecimentos na área da saúde.



REPENSANDO O TRABALHADOR DE SAÚDE EM ÉPOCAS DE HIV/AIDS

Autor principal: Mara Regina Anunciação

Outros Autores: Damião Caetano da Silva; Valdeli Aparecida de Lucca; Suely Kleiman Lewi; João Bosco Alves dos Santos; Izabel Cristina Rios

Instituição: Centro e Referência e Treinamento DST/AIDS

Município: São Paulo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Considerando a magnitude da Epidemia HIV/Aids e do desafio que se delinea aos trabalhadores da área da saúde, este trabalho busca desenvolver estratégias inovadoras que venham contribuir para um adequado redimensionamento do efetivo papel desses trabalhadores ante a referida epidemia.

Neste sentido, enfocando a promoção integral da saúde somada aos princípios norteadores da política do Humaniza SUS, que valoriza a dimensão subjetiva e social, revisamos os paradigmas propiciando um posicionamento amplo do trabalhador, ante si mesmo e como consequência uma melhor atenção ao portador do HIV/Aids.

OBJETIVOS

- Fortalecer o sentido de apropriação por parte do trabalhador da sua saúde integral com ênfase no seu ambiente de trabalho, revisando os espaços físicos, às relações e organização no trabalho;
- Estimular o atendimento em grupo;
- Elaborar diagnóstico do processo saúde – doença possibilitando intervenções adequadas, programas específicos objetivando a melhoria das condições de saúde institucional;
- Maior adesão ao exame periódico por parte dos trabalhadores;
- Passar de um modelo assistencial para a promoção de saúde.

METODOLOGIA

Para alcançarmos estes objetivos, usamos como instrumento o exame periódico de saúde que passa constituir-se de quatro momentos:

1º Momento: O médico do trabalho examina o espaço físico fazendo o levantamento dos riscos existentes no setor;

2º Momento: Sensibilização/Acolhimento – A equipe multidisciplinar formada por médico, psicólogo, assistente social e enfermeiro realizará reuniões com a equipe do setor estimulando a reflexão de aspectos ligados ao processo saúde –doença . Este é um espaço público onde todos são escutados.

3º Momento: Cada trabalhador passará por uma consulta individual;

4º Momento: A equipe analisa todos os dados, constrói um relatório gerencial e encaminha as gerencias competentes. São sugeridos programas de saúde para os trabalhadores a partir do diagnóstico realizado no setor.

PRODUTOS

Nos setores onde já implantamos este projeto, o índice de adesão ao exame periódico passa em média de 40% para 90%. Os trabalhadores sentindo-se cuidados iniciam o processo de fortalecimento e apropriação de sua saúde integral.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A partir do redimensionamento do Exame Periódico de Saúde, passamos de um modelo assistencial para a promoção em saúde, construindo sujeitos comprometidos com a qualidade de vida. A equipe deverá ser ampliada para atingir os 750 (Setecentos e cinquenta) funcionários da instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta vivência inovadora de gestão, estamos conseguindo através de um instrumento já existente na instituição, o exame periódico de saúde, implantar os princípios norteadores da política de humanização onde olhamos cada trabalhador em sua história e também como sujeito de um coletivo ou seja sujeito da história de muitas vidas.



PROMOVENDO O ARTESANATO E A SAÚDE ATRAVÉS DA EXPLORAÇÃO DAS POTENCIALIDADES A ÁREA RURAL

Autor principal: Marcia Cristina Amaral Neiva

Outros Autores: Juacy Pereira Gomes

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

A formação do grupo de artesanato AgriPalha é mais uma iniciativa da EMATER-DF, com o objetivo de transformar o artesanato em uma alternativa de geração de emprego e renda na área rural.

Desde 2004, a EMATER Brazlândia vêm promovendo a capacitação, organização e integração das mulheres rurais da região, com o estímulo a utilização de recursos naturais existentes na região, como a palha de milho.

O grupo de artesanato AgriPalha é formado por mulheres rurais das Comunidades Rurais Curralinho e Almécegas, as quais produzem bolsas, baús, flores, etc.

A EMATER Brazlândia conta com o apoio da Associação de Produtores Rurais do Vale do Curralinho e das escolas rurais de Curralinho e Almécegas.

Atualmente, a Fundação Zerbini tem apresentado uma proposta de apoiar o grupo AgriPalha, através da agente de saúde Colandy e da auxiliar de enfermagem Márcia Cristina, de forma a completar as necessidades do grupo em relação às condições de trabalho e a qualidade de vida.

Envolver as donas de casa da comunidade rural de Almécegas - Brazlândia/DF em temas relacionados ao seu dia-a-dia, de forma a completar suas necessidades e melhorar sua qualidade de vida.

Com parceria da Emater, busca-se incentivar a melhoria das condições bio-psico-sociais do grupo em questão que, com recursos naturais disponíveis na localidade onde reside, tem sua auto-estima resgatada através de desenvolvimento do artesanato como atividade profissional. O trabalho busca, também, ressaltar a importância dessa atividade produtiva no contexto social e familiar.

O trabalho em conjunto é hoje um desafio que precisa ser encarado por todos os componentes da organização. A complexidade das atividades se torna menos dolorosa e mais interessante quando se trabalha em equipe.

Com o crescente aumento das ofertas no mercado, precisa-se aperfeiçoar cada vez mais para conseguir sobreviver às exigências da clientela. Assim sendo, o trabalho em equipe é hoje uma necessidade para atingir seus objetivos e conquistar novos horizontes.



PROGRAMA MULTIPLICAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE O SUS – MULTIPLICASUS

Autor principal: Márcia Helena Nerva Blumm

Outros Autores: Wilma Miranda Tomé; Josué Ribeiro Costa da Silva

Instituição: Ministério da Saúde

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA, INDICANDO A SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO LOCAL

O Programa Multiplicação de Conhecimentos sobre o SUS – MultiplicaSUS, instituído pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 509, de 10.03.2006, mas em execução como Projeto desde dezembro de 2003, teve sua importância definida a partir da constatação de uma frágil identidade do trabalhador de saúde da esfera federal com o SUS, em muito revelada pela percepção de não pertencer a este sistema, e pela necessidade de discutir os diversos níveis de experiência humana, processos históricos-econômico, tecnológicos, culturais, institucionais e políticos, que interagem para conformar, em um determinado momento histórico, uma estrutura social específica.

O referido Programa tem por objetivos a formação dos trabalhadores da Saúde, inicialmente da esfera federal central do Ministério da Saúde, de suas unidades descentralizadas e da administração indireta, ANVISA, FUNASA, ANS, FIOCRUZ, Grupo Hospitalar Conceição, com a premissa de articulação das ações de capacitação e a gestão, com vistas à reorganização dos processos de trabalho, à autonomia dos trabalhadores e, conseqüentemente, ao desenvolvimento institucional. Também possibilita abrir a discussão sobre o SUS entre os trabalhadores, ampliando o seu conhecimento em saúde e formando sujeitos responsáveis pelo seu processo de trabalho, ao mesmo tempo em que busca contribuir para a desfragmentação do processo de trabalho em saúde, especialmente na esfera federal, pelo desconhecimento, exposto pelos próprios trabalhadores, em relação à complexidade do Sistema.

O MultiplicaSUS é produto direto dos eventos promovidos pelos técnicos da Política Nacional de Humanização (PNH), denominados “Barracas da Saúde”, ocorridos na metade do ano de 2003. Desse evento, que se constituiu numa audição preliminar acerca das expectativas e necessidades dos trabalhadores dos diversos setores da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, constatou-se a urgência de implementar esse Programa, e o desafio de sua manutenção e permanência.



Hoje, o Programa MultiplicaSUS oferta as seguintes ações estratégicas:

Cursos (Re) descobrindo o SUS que Temos para Construírmos o SUS que Queremos: cursos onde trabalhadores, formados como multiplicadores, levam a discussão aos outros trabalhadores no que se refere aos conteúdos básicos acerca do SUS. O conteúdo é trabalhado de forma participativa numa abordagem que permite a cada um dos participantes o reconhecimento do lugar ocupado dentro da instituição em que trabalha, a identificação de suas potencialidades e os limites de sua atuação individual e coletiva. O referido curso é desenvolvido em 8 módulos, quais sejam: I – Introdução; II - Conhecimentos sobre o SUS; III - História das Políticas



de Saúde no Brasil e a Construção do SUS; IV - O Sistema Único de Saúde; V - A Implementação do SUS; VI - Gestão Participativa e Controle Social no SUS; VII - Diretrizes e Políticas do MS; VIII – Avaliação.

Reconhecendo o MS: visitas locais às áreas do MS, buscando oportunizar aos trabalhadores o conhecimento das diversas áreas e trabalhos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Com essas visitas pretende-se contribuir para a melhoria das relações entre as equipes, conhecimento e respeito pelo trabalho realizado, agilidade nos processos de trabalho, visibilidade das ações desenvolvidas e a construção da integralidade, fortalecendo as relações de cooperação e confiança entre os colegas de trabalho, ao fomentar o respeito pelas áreas e os processos de trabalho dos outros.

Rodas Temáticas: palestras ministradas por trabalhadores do próprio Ministério da Saúde, especialistas em determinados assuntos de interesse dos multiplicadores, a fim de discutir e compartilhar conhecimentos acerca do tema saúde de um modo geral, ampliando o conhecimento básico acerca do SUS. Seu funcionamento permite que em todos os meses um novo tema seja trabalhado. Pela internet, os multiplicadores podem enviar sugestões, perguntas e demonstrar interesse pelo tema através da ferramenta Fórum de Discussão. Essas rodas são transmitidas em tempo real, em um endereço da internet, permitindo a participação de todos os trabalhadores do MS, inclusive, de todo cidadão interessado no tema.

Descentralização às unidades federais do MS nos estados: após uma audição, realizada em parceria com o Departamento Geral de Ouvidoria do SUS (DOGES/SGP) a todos os dirigentes das representações do Ministério da Saúde nos estados, cujo resultado foi 97% de interesse e adesão, foram promovidas três oficinas regionais descentralizadas para a formação de multiplicadores estaduais, uma na Região da Amazônia Legal, outra para a Região Nordeste e, por último, para as Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Esses multiplicadores têm realizado os cursos do (Re)Descobrimo o SUS, com o apoio de um grupo matricial, formado por multiplicadores representantes de áreas do nível central, com a finalidade de acompanhar e fortalecer a descentralização do Programa.

Descentralização às unidades estaduais e municipais do SUS: em parceria com Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), está sendo realizada uma adequação de todo o material instrucional do Programa para estados e municípios a ser aplicado pelas diversas áreas parceiras que aderirem ao Programa.

SUS em Cena: apresentações aos trabalhadores de saúde, de forma lúdica, didática, agradável, e de fácil fixação do conhecimento, de temas relacionados às ações desenvolvidas e prioritárias do MS e pertinentes ao SUS. Seu objetivo é construir uma conscientização na perspectiva educativa acerca dos enfrentamentos de saúde pública, possibilitando uma aprendizagem viva, uma fixação e apropriação dos assuntos problematizados no universo do SUS.

Ambiente Colaborativo do MultiplicaSUS: ambiente virtual que possibilita aos multiplicadores compartilharem informações, conhecimentos e experiências acerca das ações do Programa MultiplicaSUS. Nesse ambiente, encontram-se os seguintes fóruns temáticos: (Re)Descobrimo o SUS; (Re)Conhecendo o MS; Capacitação Pedagógica; Rodas Temáticas; Descentralização; Oficina de Atualização Técnica e Pedagógica; SUS em Cena; assim como os seguintes espaços: Notícias e Avisos - onde são postadas notícias e assuntos de interesse dos multiplicadores; Biblioteca - destinado aos participantes do ambiente, para acesso aos documentos, arquivos, imagens, vídeos e outros dados de interesse do Programa, podendo assim enriquecer as discussões e conhecimentos pleiteados pelos multiplicadores; Dúvidas e Contribuições - destinado aos participantes para compartilhar dúvidas e contribuições de assuntos inerentes ao ambiente; Troca de documentos - para troca de arquivos entre multiplicadores e coordenadores, Recados - para comunicação interna entre os multiplicadores. O acesso a esse ambiente é permitido mediante o cadastro no ambiente do Universus, pelo seguinte endereço: <http://universus.datasus.gov.br/ambiente>.

MultiplicaSUS à Distância: está em construção o curso básico sobre o SUS, na modalidade à distância, via internet. Essa iniciativa possibilitará a ampliação da oferta de informações básicas sobre o SUS a qualquer cidadão interessado.

RESULTADOS DO PROGRAMA ATÉ MARÇO DE 2006

Já foram realizadas até o momento três Oficinas Regionais de Descentralização do MultiplicaSUS para a formação de multiplicadores nos estados, sendo capacitados 138 multiplicadores; 9 Oficinas de Capacitação Pedagógica para a Formação de Multiplicadores em Brasília, com 108 multiplicadores de Redescobrimo o SUS formados; 69 turmas de Redescobrimo o SUS em Brasília, num total de 1397 participantes. Ocorreram 13 Rodas Temáticas; 7 visitas do Reconhecendo o MS; 25 turmas do Redescobrimo o SUS Descentralizado, em 15 estados da federação, com 524 trabalhadores participantes.

CONCLUSÃO

A complexidade do ideário do SUS, suas leis e normas e as dificuldades enfrentadas para sua implementação, principalmente do ponto de vista dos seus princípios, fizeram deste Sistema um modelo de democracia para o mundo, uma utopia possível para os países em desenvolvimento e um objeto desconhecido para os sujeitos que nele operam. Desvendar esse objeto e simplificar sua complexidade, tornou-se um desafio para quem está operando o Programa MultiplicaSUS, na construção de espaços de reflexão crítica das



ações educativas em saúde e de apoio à gestão. A concepção do SUS é o eixo orientador da atuação de todos os que trabalham no setor saúde e, neste sentido, é o conhecimento acerca do SUS que está sendo construído e apropriado coletivamente. A concepção de um processo de formação ao mesmo tempo inovador, inclusivo, que permita a visualização dos processos políticos em curso, e também a auto-identificação e o reconhecimento dos trabalhadores como protagonistas do processo, desafia as abordagens tradicionalmente utilizadas nos cursos de Política de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Programa foi construído buscando a valorização dos trabalhadores da saúde, o resgate de suas identidades organizacionais, como também propiciar a construção coletiva de um conhecimento básico e compartilhado acerca do SUS.

○ MultiplicaSUS é feito por trabalhadores para os trabalhadores e a sua sustentabilidade é, principalmente, garantida pelo voluntariado dos seus multiplicadores.



GRUPO DE AUTOMASSAGEM: PROMOVENDO O AUTOCONHECIMENTO E A QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO DO ITAPOÃ.

Autor principal: Márcia Neves Ferreira de Souza

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

O ato de massagear-se ocorre como que por instinto entre os indivíduos humanos. Independente da cultura ou da época das civilizações observamos que em todas elas existe a manifestação deste fenômeno. Em algumas culturas no mundo, desenvolveram-se métodos terapêuticos sofisticados ou não, empregando-se o ato de massagear-se. A prática da Automassagem funciona como um precioso recurso à saúde, à medida que, favorece o autoconhecimento. Proporciona aos seus praticantes, conhecimento específico sobre a anatomia e a fisiologia corporal.

Com vistas aos benefícios proporcionados pela Automassagem, as Equipes de Saúde Nº 07 e Nº 08 do Itapoã, implantadas na área urbana da Regional de Saúde do Paranoá-DF, nas pessoas das facilitadoras em Automassagem, Márcia Neves e Rosana Maria, agentes comunitárias de saúde, desenvolveram e implementaram um grupo de Automassagem. As aulas são ministradas duas vezes por semana, às terças-feiras e quintas-feiras. O objetivo da Automassagem é, sobretudo promover o autoconhecimento, melhorar a qualidade de vida da comunidade, promover a auto-estima dos participantes, instigar a criação de vínculos entre a comunidade e as equipes de saúde, promover a integração entre os participantes.

No desenrolar das aulas, são fornecidas orientações sobre saúde, específicas para hipertensos e diabéticos que, constituem maior parte do grupo, e para a população em geral. Proporciona-se a exteriorização de sentimentos, medos, o partilhamento de vivências e experiências entre as gerações. Foi observado pelos profissionais de ambas as equipes que, a aderência da população às aulas foi bastante positiva. Alguns se tornaram participantes assíduos. O manejo do tratamento clínico para hipertensos e diabéticos foi facilitado, uma vez que, adquiriram o conhecimento sobre as alterações fisiológicas sofridas no corpo quando à aquisição de doenças crônicas. A facilidade com que a população se dirige aos profissionais para discussão de problemas pessoais ou da própria comunidade em questão também foi verificada. A perpetuação do grupo funciona como agente facilitador da implementação das ações de saúde para comunidade.



ORGANIZAÇÃO DE SISTEMA PÚBLICO DE CAPTAÇÃO DE CÓRNEAS PARA TRANSPLANTE - RELATO DE EXPERIÊNCIA BEM SUCEDIDA

Autor principal: Marcia Regina Issa Salomão Libânio

Instituição: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

Município: Belo Horizonte

Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO

Belo Horizonte é uma das cidades pioneiras em transplante de córnea no Brasil, tendo sido os primeiros transplantes realizados na década de 1940. Apesar disto, a cidade nunca tinha contado, até o início da década de 90, com um sistema organizado e eficiente de captação e distribuição de córneas para transplantes. A obtenção das mesmas era realizada individualmente por cada equipe transplantadora, segundo critérios e estratégias de captação definidas por cada serviço. Não existia legislação federal específica sobre o assunto, nem tampouco dados confiáveis sobre as captações e transplantes realizados, sobre o controle de qualidade dos procedimentos, informações sobre a distribuição dos tecidos doados, e acesso dos pacientes aos procedimentos e/ou informações sobre os mesmos. Configurava-se então nesta área a inexistência mínima de equidade, universalidade e controle social.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

O objetivo principal deste trabalho consistiu em atuar de forma a proporcionar a recuperação de pacientes com deficiência visual causada por patologias corneanas, com a seguinte forma de atuação: 1) Registrar adequadamente as informações relacionadas às doações de córneas e transplantes realizados; 2) Promover o aumento da captação de córneas, com conseqüente redução do tempo de espera para realização do transplante; 3) Possibilitar uma distribuição justa e adequada das córneas doadas; 4) Promover a descentralização das atividades, de forma a incentivar a captação e transplantes em outras regiões do Estado.

METODOLOGIA

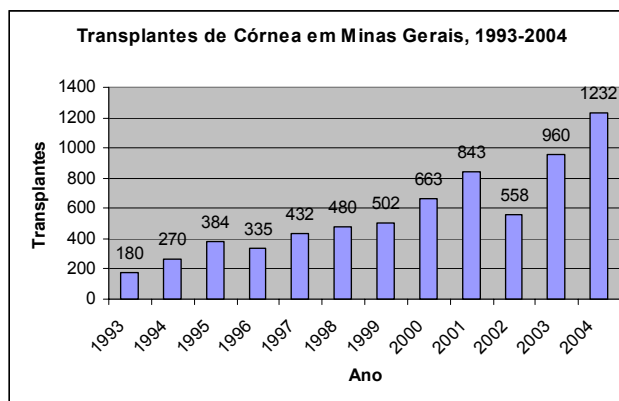
O trabalho foi realizado pela equipe da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, no período de 1993 a 2004, com a criação da Central de Transplantes Estadual.

O primeiro passo consistiu no início dos registros e documentação sobre as doações e transplantes ocorridos, sendo o trabalho realizado por equipe composta inicialmente por médicos

e funcionários administrativos. O segundo passo consistiu na contratação de equipe específica para o trabalho de busca ativa de potenciais doadores de córnea para transplantes, constituída inicialmente por assistentes sociais e estagiários, passando a ser depois equipe mista composta também por psicólogos, a que se denominou "Equipe de Humanização". Posteriormente, foi necessária a contratação de equipe de técnicos, composta por profissionais da área de Enfermagem, para realizar as etapas subseqüentes, ou seja, coleta dos globos oculares para transplantes e triagem clínica do doador. A equipe era completada por médicos oftalmologistas responsáveis por realizar o preparo e a avaliação dos tecidos oculares, e a definição da viabilidade da utilização dos mesmos para as cirurgias de transplantes.

PRODUTOS E RESULTADOS

A formação desta equipe multidisciplinar implicou em melhora extremamente significativa de todas as etapas do processo de captação e distribuição de córneas para transplantes, com repercussão em termos da qualidade e do número de transplantes de córnea realizados no Estado de Minas Gerais, assim como da documentação relativas às captações e transplantes ocorridos. Paralelamente, se conseguiu também uma enorme credibilidade da comunidade transplantadora local e dos pacientes em relação à condução do sistema, com diminuição da resistência encontrada em fases iniciais, na medida em que havia também sido implantada a lista única de receptores e havia transparência no processo. Em





1997, tinha sido criado por lei o Sistema Nacional de Transplantes, ainda hoje em fase de implementação no país, e a sua criação veio a reforçar as propostas colocadas inicialmente.

APRENDIZADOS COM A VIVÊNCIA / COMENTÁRIOS

A experiência proporcionou aprendizado significativo em relação aos fatores facilitadores e dificultadores vivenciados no processo, sendo que foram observados grau e intensidade bastante variáveis no decorrer da experiência, implicando em maior ou menor avanço nas diversas fases. Os principais fatores são citados a seguir e a sua presença ou ausência, nos diferentes níveis de intensidade foram, respectivamente, altamente facilitadores ou dificultadores: 1) Clareza de objetivos e relevância do trabalho, transmitida a gestores, funcionários e usuários; 2) Entendimento, por parte de todos os envolvidos, do objetivo principal da existência do serviço em si (missão); 3) Compromisso com o foco principal e final de todas as decisões: o benefício do paciente; 4) Interesse dos gestores em posições-chave sobre o serviço; 5) Disponibilidade e interesse real dos envolvidos nos processos decisórios no sentido de obter informações a respeito dos problemas e soluções inerentes a sua área de atuação / responsabilidade; 6) Capacidade dos mesmos na identificação e avaliação dos pontos críticos, fortes e fracos, do trabalho em questão (capacidade de “separar o joio do trigo”); 7) Grau de informação e/ou mobilização dos principais interessados (candidatos a transplante de córnea, equipes transplantadoras); 8) Participação dos mesmos nas discussões para a tomada de decisões; 9) Bom conhecimento técnico sobre o assunto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mais do que “idéias brilhantes e inovadoras”, um bom conhecimento técnico sobre o assunto, aliado a capacidade de planejamento, explicitação dos objetivos e métodos e coerência facilitam conseguir os meios para se alcançar os objetivos.

Da mesma forma que o primeiro passo para se realizar um bom trabalho científico consiste em “fazer a pergunta certa”, metas definidas e objetivos claros são o melhor começo e constituem pré-requisitos indispensáveis para a obtenção de bons resultados, independentemente da área específica de atuação.



DINAMIZANDO O CENTRO DE ESTUDOS DR. FIORELLO RAYMUNDO: COMPARTILHANDO UMA VIVÊNCIA

Autor principal: Márcio Antônio Pinto da Silva
Instituição: CMS Waldyr Franco / SMS da PCRJ
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Criado em 1986 como um dos setores do Centro Municipal de Saúde (CMS) Waldyr Franco, localizado no bairro de Bangu, na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro, o Centro de Estudos Dr. Fiorello Raymundo visa desenvolver atividades voltadas para o treinamento dos funcionários e para a educação para saúde, tendo como alvo a população em geral.

A região em que se encontra a unidade hospitalar em questão é carente de atividades culturais e acadêmicas, a despeito de um grande número de faculdades privadas na área. Além disso, grande parte da população atendida é carente e com baixo nível de escolaridade.

Desejamos apresentar nesse trabalho as estratégias que foram implantadas durante os anos em que participei da equipe do Centro de Estudos Dr. Fiorello Raymundo, entre 2000 a 2004, visando dinamizar o setor e atender, em qualidade e quantidade, as demandas dos profissionais da área de saúde, bem como dos pacientes atendidos.

OBJETIVOS

No período de 2000 a 2004, a equipe do Centro de Estudos Dr. Fiorello Raymundo desenvolveu um plano de trabalho visando desenvolver atividades culturais e científicas. Os objetivos eram múltiplos: conscientizar os profissionais da necessidade de uma atualização constante; introduzir uma reflexão interdisciplinar no âmbito do CMS Waldyr Franco; e capacitar os profissionais através de informações atualizadas e de qualidade; conhecer as demandas da região, no tocante à saúde e à educação, e dialogar com a população em geral.

O escopo atingir um público formado por profissionais das áreas de saúde, desenvolvimento social e educação, atuante nas redes pública e privada das áreas programadas (subdivisões da Secretaria Municipal de Saúde da PCRJ) 5.1, 5.2, 5.3 e interessados em geral através de eventos diversos em que profissionais e pesquisadores de diversas áreas do conhecimento pudessem apresentar suas experiências e reflexões.

Tínhamos ciência, na ocasião, de que os recursos financeiros eram pequenos e que qualquer atividade promovida deveria ser gratuita. Além disso, queríamos desenvolver um trabalho que nos permitisse realizar um intercâmbio com os demais centros de estudo da região.

METODOLOGIA : CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

A fim de atingirmos os nossos objetivos, apresentados no item anterior, elaboramos um planejamento, que foi sofrendo reajustes ao longo do período. Em primeiro lugar, a partir da observação, conversas com a direção e com os chefes dos diversos setores do CMS Waldyr Franco, bem como através de questionários, inventariamos as principais demandas.

A partir das demandas, montamos uma estratégia para trazer até o nosso Centro de Estudos, pesquisadores e profissionais: estabelecemos parcerias. As parcerias foram fundamentais para garantir a divulgação das atividades; espaços alternativos, quando os eventos atingiam um público que não poderia ser abrigado no auditório do CMS; garantir a gratuidade, e contactar especialistas.

Neste sentido, foram estabelecidas parcerias com as Instituições Superiores de Ensino da Zona Oeste (Faculdades Integradas Simonsen; Faculdade São José, Universidade Castelo Branco), bem como com universidades e centros de pesquisa de reconhecida excelência, como a UFRJ, UFF, UERJ, UNIRIO, FIOCRUZ e ENSP. Verificamos, através dos contatos com diversos Laboratórios de Pesquisa, Programas de Pósgraduação e Coordenações de Extensão dessas instituições que havia o interesse de partilhar os resultados de pesquisa e da experiência profissional. Esses contatos foram facilitados através da Pró Reitoria de Extensão da UFRJ, do nosso conhecimento pessoal de alguns pesquisadores e da iniciativa de buscar, através do Lattes/CNPq, nomes de especialistas que foram diretamente contactados por nós. Também estabelecemos parcerias com ONGs, como o NOOS e o Promundo.



PRODUTOS

Como resultados dessas parcerias foram organizados 52 cursos, 4 jornadas científicas, 8 simpósios e 1 congresso, que atingiu nível regional, pois participaram como comunicadores ou ouvintes pessoas de estados próximos, como Minas Gerais e São Paulo.

O público atingido foi variado: alguns cursos foram voltados para profissionais de nível elementar (21), nível médio (17) e nível superior (14). Apresentando trabalhos nos eventos, abertos para todos os interessados, contamos não só com professores doutores, mas também com alunos de doutorado, mestrado e bolsistas de Iniciação Científica de diversas instituições, bem com os próprios profissionais das áreas programadas 5.1, 5.2, 5.3, alguns motivados a refletir, de forma crítica e acadêmica, sobre suas experiências profissionais, através dos próprios cursos que foram oferecidos. Mais de 200 especialistas apresentaram trabalhos, proferiram palestras ou participaram de mesas redondas e cerca de 2400 participaram como ouvintes nas diversas atividades. As temáticas tratadas foram diversas: velhice, paternidade, relações de gênero; ecologia, políticas públicas na área da saúde; doenças degenerativas; história da saúde; violência doméstica; adolescência e infância, administração hospitalar, dentre muitos outros.

Foram elaborados 5 cadernos de resumos, 1 CDROM com os trabalhos completos apresentados nas Jornadas Científicas de 2000 e 2002, e um CDROM com os textos completos das comunicações apresentadas nos simpósios, demais Jornadas Científicas e no Congresso.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A principal dificuldade encontrada na organização dos eventos foi a resistência negativa dentro do CMS Waldyr Franco. Muitos colegas achavam que esses eventos eram uma “perda de tempo”, desvirtuavam os profissionais de seu objetivo central, que era tratar dos pacientes e administrar a unidade, e questionavam o que poderiam aprender com os “doutores”. Essa resistência foi quebrada quando as atividades foram iniciadas. A qualidade dos eventos e as temáticas tratadas foram conquistando a todos.

O segundo grande problema foi a falta de recursos. Contudo, as parcerias em parte sanaram esse problema, já que os especialistas convidados participavam das atividades sem cobrar qualquer *pró labore*. Contudo, em muitos casos, o transporte dessas pessoas foi feito com recursos pessoais da própria equipe do Centro de Estudos. Através da parceria com as Faculdades Integradas Simonsen conseguimos gratuitamente a arte final dos cartazes. Por fim, vale destacar, que a Secretaria Municipal de Saúde, verificando a qualidade do trabalho realizado, nos apoiou financeiramente, o que permitiu as publicações em CDROM e a organização do I

Congresso de Saúde, Gênero e Corpo da Zona Oeste, dentre outras atividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fórmula empregada pelo Centro de Estudos Dr. Fiorello Raymundo para dinamizar as suas atividades, as parcerias com instituições de ensino e pesquisa e ONGs, mostrou-se eficaz e eficiente. Com baixo custo e apresentando uma programação de qualidade, as pessoas foram motivando-se a participar dos eventos. Não só ganharam os ouvintes, mas também os palestrantes, que puderam dialogar com um público diversificado.

Por motivos profissionais, saí da equipe do Centro de Estudos. Infelizmente, os demais membros da equipe que permaneceram não mantiveram as parcerias. Uma nova direção do CMS Waldyr Franco também não se interessou em apoiar novas atividades, priorizando outras questões. Assim, não foi montado um planejamento para o período posterior, o que levou a descontinuidade do trabalho realizado antes.

Essa experiência nos faz refletir sobre a necessidade de darmos continuidade às vivências bem sucedidas, mas também revela que, muitas vezes, depende da disposição de um profissional a manutenção das atividades.



PROJETO DO FATURAMENTO SUS VIA INTERNET - FATSUSNET

Autor principal: Márcio Mota Teixeira

Instituição: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

Município: Salvador

Estado: Bahia

INTRODUÇÃO

Atualmente, mais de 1700 unidades prestadoras de serviço de saúde, espalhadas por todo o Estado da Bahia, geram periodicamente uma média de cinco arquivos que são transportados para a SESAB, localizada na cidade de Salvador, a fim de que sejam utilizados no faturamento dessas unidades junto ao SUS. Esses arquivos são transportados em disquetes e em seguida são "importados" para uma base de dados centralizada. Esse fato é registrado em "livro de protocolo" como garantia da entrega.

A Diretoria de Modernização Administrativa – DMA, órgão responsável pela área de tecnologia da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, propôs e desenvolveu um sistema

informatizado com o objetivo de viabilizar esta transferência via internet no intuito de agilizar, assegurar maior controle desse processo e minimizar esforços.

O projeto já tem concluído o desenvolvimento dos módulos de envio, importação e gerência de usuários e estará disponível para produção a partir do segundo semestre de 2006.

METODOLOGIA E PROPOSTA DA SESAB

A SESAB deixou a critério da DMA a metodologia de análise e desenvolvimento do Sistema. Para tanto, algumas premissas foram estabelecidas:

1. Seguir o "layout" dos arquivos envolvidos (atualmente APAC e AIH).
2. Uso da arquitetura WEB.
3. Uso de base de dados centralizada, de grande porte e robustez.
4. Integração com o subsistema informatizado de programação de síntese orçamentária.

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

O sistema contempla três perfis de usuário:

- O operador da unidade prestadora de serviço que fica responsável pelo envio dos arquivos;
- O importador é o funcionário da sede que fica responsável por informar status do processo de importação do arquivo recebido;
- E o administrador que fica encarregado do cadastro e manutenção dos demais usuários do Fatsusnet.

As funcionalidades fornecidas são:

- Para o funcionário da unidade prestadora:
 - o Envio de produção – possibilita o envio de arquivos via internet, logo em seguida confere um recibo ao usuário contendo um código para a transação;
 - o Visualiza transação – de posse do código da transação descrita acima, o usuário poderá certificar-se, sempre que desejar, da validade desse envio;
 - o Visualiza produção – permite que o usuário acompanhe o status dos arquivos enviados;
- Para o importador – fornece uma interface para a atualização do status dos arquivos enviados pelas unidades prestadoras;

Projeto do Faturamento SUS via Internet

fatSUS.net

Márcio Mota Teixeira
mota@saude.ba.gov.br
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Introdução

Atualmente, mais de 1700 unidades prestadoras de serviço de saúde, espalhadas por todo o Estado da Bahia, geram periodicamente uma média de cinco arquivos que são transportados para a SESAB, localizada na cidade de Salvador, a fim de que sejam utilizados no faturamento dessas unidades junto ao SUS. Esses arquivos são transportados em disquetes e em seguida são "importados" para uma base de dados centralizada. Esse fato é registrado em "livro de protocolo" como garantia da entrega.

A Diretoria de Modernização Administrativa – DMA, órgão responsável pela área de tecnologia da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, propôs e desenvolveu um sistema informatizado com o objetivo de viabilizar esta transferência via internet no intuito de agilizar, assegurar maior controle desse processo e minimizar esforços.

Metodologia e Proposta da SESAB

A SESAB deixou a critério da DMA a metodologia de análise e desenvolvimento do Sistema. Para tanto, algumas premissas foram estabelecidas:

1. Seguir o "layout" dos arquivos envolvidos (atualmente APAC e AIH).
2. Uso da arquitetura WEB.
3. Uso de base de dados centralizada, de grande porte e robustez.
4. Integração com o subsistema informatizado de programação de síntese orçamentária.


Características Técnicas

O sistema contempla três perfis de usuário:

- O operador da unidade prestadora de serviço que fica responsável pelo envio dos arquivos;
- O importador é o funcionário da sede que fica responsável por informar status do processo de importação do arquivo recebido;
- E o administrador que fica encarregado do cadastro e manutenção dos demais usuários do Fatsusnet.

As funcionalidades fornecidas são:

- Para o funcionário da unidade prestadora:
 - Envio de produção – possibilita o envio de arquivos via internet, logo em seguida confere um recibo ao usuário contendo um código para a transação;
 - Visualiza transação – de posse do código da transação descrita acima, o usuário poderá certificar-se, sempre que desejar, da validade desse envio;
 - Visualiza produção – permite que o usuário acompanhe o status dos arquivos enviados;
- Para o importador – fornece uma interface para a atualização do status dos arquivos enviados pelas unidades prestadoras:
 - Administrador – disponibiliza consulta, inclusão, alteração e exclusão de usuários, bem como vinculação e desvinculação destes às unidades prestadoras.



Resultados e Conclusão

O processo de envio de arquivos gerados nas unidades prestadoras de saúde do Estado da Bahia é feito atualmente mediante o transporte de disquetes entre as unidades e a Secretaria da Saúde deste Estado. O Sistema apresentado neste artigo, quando implantado, permitirá aumentar o controle sobre grande parte deste Projeto.

A utilização de transação eletrônica por meio do envio do arquivo através da internet constitui-se em uma garantia para a unidade prestadora, haja vista que o sistema emite recibo de entrega o que assegura o sucesso da transmissão desse arquivo.

Como proposta inovadora, fez-se uso de este mundial de computadores, reduz-se os custos do envio e ainda propicia o acompanhamento do status de tais arquivos, refletindo dessa forma a dimensão de modernização tecnológica que deve ser sempre atendida em ambientes corporativos.



· Administrador – disponibiliza consulta, inclusão, alteração e exclusão de usuários, bem como vinculação e desvinculação destes às unidades prestadoras.

RESULTADOS E CONCLUSÃO

O processo de envio de arquivos gerados nas unidades prestadoras de saúde do Estado da Bahia é feito atualmente mediante o transporte de disquetes entre as unidades e a Secretaria de Saúde deste Estado. O Sistema apresentado neste artigo, quando implantado, permitirá aumentar o controle sobre grande parte deste processo.

A utilização de transação eletrônica por meio do envio do arquivo através da internet constitui-se em uma garantia para a unidade prestadora, haja vista que o sistema emite recibo de entrega o que assegura o sucesso da transmissão desse arquivo.

Como proposta inovadora, faz-se uso da rede mundial de computadores, reduz-se os custos de envio e ainda propicia o acompanhamento do status de tais arquivos, refletindo dessa forma a diretriz de modernização tecnológica que deve ser sempre almejada em ambientes corporativos.



O TRABALHO DA EQUIPE ITINERANTE NOS PROCESSOS DE INCLUSÃO SOCIAL DE PORTADORES DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Autor principal: Marco Antonio Pires de Oliveira

Outros Autores: Loiva dos Santos Leite

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre/RS

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

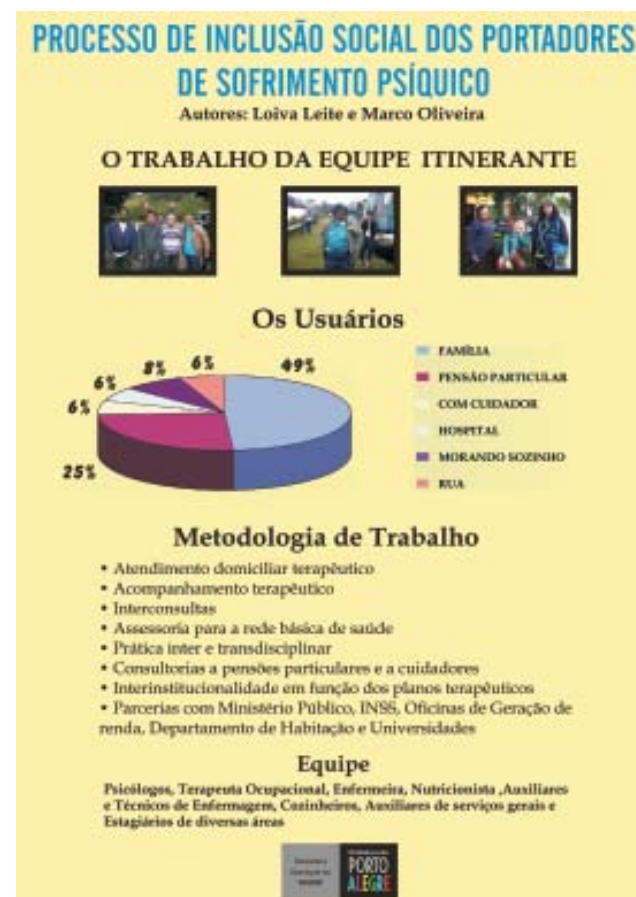
Este trabalho pretende apresentar a proposta de *atendimento itinerante* desenvolvida desde 2002 pela equipe do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) Pensão Nova Vida, da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, para acompanhamento de usuários da saúde mental. Com esta forma de trabalho renovamos o modelo de assistência realizado na Pensão Nova Vida ao longo de seus 16 anos de existência. A proposta apresentada fundamenta-se nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

Após nos depararmos com retornos para o Residencial Terapêutico de usuários que já haviam concluído seus planos terapêuticos, nos propusemos a entender melhor os fluxos dos processos de ressocialização. Percebemos que as limitações e conflitos que geraram a exclusão dos portadores de sofrimento psíquico, em muitos casos, se reavivavam no retorno à família e à sociedade. Diante disso, éramos procurados para acolher novamente nossos antigos usuários. Precisavam reorganizarem-se para poder voltar para as famílias, ou então, constituírem outras alternativas de moradia. Neste contexto, a equipe iniciou um processo de construção de uma nova proposta de intervenção, que gradualmente foi se configurando no acompanhamento destes usuários, de forma diferente da realizada até então. A alternativa era trabalhar no próprio local de moradia, respeitando as singularidades de cada situação. Tomou forma a idéia do trabalho da *Equipe Itinerante*.

METODOLOGIA

O trabalho se configura através de atendimentos Domiciliares Terapêuticos de forma sistemática, instrumentalizando os próprios usuários, as famílias ou serviços que recebem o portador de sofrimento psíquico. Nestes encontros é avaliado como está o processo de inserção social, quais as dificuldades que se apresentam e como o usuário esta dando conta das mesmas, priorizando as dificuldades em adaptar-se ou mesmo no gerenciamento das



questões do cotidiano. De forma prática e objetiva, com muitos usuários, nosso trabalho se inicia ao resgatarmos os documentos; encaminhamento de benefício social se for o caso, ou vincular em alguma geração de renda; escolha do local para morar; supervisão e acompanhamento do tratamento médico quando é necessário; administração de conflitos junto à família e ou vizinhos; etc. São inúmeras as atividades que a equipe desenvolve, das mais diversas complexidades e que contemplam situações específicas envolvendo o usuário acompanhado.

AVALIAÇÃO

Após quatro anos de implantação do trabalho da *Equipe Itinerante* verificamos que os processos de reinserção social dos



usuários acompanhados efetivaram-se de forma resolutiva. Permanecem morando junto às suas famílias, sozinhos ou em lugares escolhidos por eles mesmos, contando com o suporte da *Itinerância* para administrar as dificuldades inerentes ao processo de inclusão social. No que se refere a qualidade de vida destes usuários, percebe-se uma mudança significativa. Tanto por terem resgatado a sua cidadania e o direito de estarem inseridos no contexto social do lugar onde vivem, como com relação à autonomia para fazer escolhas e administrar a sua própria vida. Pessoas que viveram anos excluídas podem contar com o trabalho de uma equipe que se dispõe a estar presente nas horas de dificuldade, garantindo assim, o processo efetivo de inclusão social. As internações psiquiátricas dos usuários acompanhados diminuíram significativamente e alguns não internaram mais. Seguem em acompanhamento nos serviços da rede de saúde mental de Porto Alegre, que por sua vez, remete à *Equipe Itinerante* as questões relativas ao processo do morar, sempre que há dificuldades para se resolverem. A *Equipe Itinerante* tornou-se um serviço de referência para os demais serviços da rede de saúde, principalmente no que se refere ao atendimento de situações de alta complexidade, envolvendo inclusive, outras instituições sejam elas públicas ou não. Também realizamos assessoria junto aos serviços, para atendimento de casos que envolvem saúde mental. A *Equipe* mantém uma avaliação permanente do trabalho que desenvolve, buscando aprimorar o modo de atuar e validando a prática deste tipo de intervenção. Atualmente são atendidos cerca de 50 usuários.

APRENDIZADO

É um trabalho de extrema complexidade visto não sabermos como cada situação vai se dar, pois é no momento do atendimento domiciliar, no aqui e agora, que se dá o processo terapêutico. É preciso, por parte do profissional que realiza esta atividade, disponibilidade afetiva, tranquilidade e capacitação para gerenciar as questões que se apresentam no cotidiano. O trabalho da *Equipe Itinerante* visa efetivar uma forma diferenciada de atendimento ao usuário em saúde mental. Tal efetivação pressupõe repensar o paciente enquanto indivíduo portador de necessidades específicas, com desejos, sonhos e ideais. Pressupõe reconhecê-lo sendo capaz de uma vida mais digna inserido no meio social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que um dos grandes problemas da saúde mental atualmente é a questão da moradia para pacientes portadores de sofrimento psíquico. Muitos apresentam condições de morar em lugares que não sejam instituições protegidas, mas falta-lhes o suporte necessário para que o processo de desinstitucionalização

seja efetivo. Neste sentido, carecem de acompanhamento seja para as questões simples do cotidiano, como também de apoio, de escuta e de incentivo. A família quando recebe de volta o seu familiar, muitas vezes, necessita de apoio para restabelecer o vínculo e mantê-lo. Acreditamos que uma equipe composta por profissionais de diversas áreas da saúde, trabalhando de forma interdisciplinar, possa realizar o acompanhamento aos usuários e famílias no processo de reinserção social, auxiliando nas demandas existentes, rompendo com estigmas e promovendo cidadania.



CIRCUITO UNIVERSITÁRIOS NA PAZ: ATITUDE COM RESPONSABILIDADE SOCIAL

Autor principal: Marcos Antônio Garcia Vieira

Outros Autores: Christiano Rocco Carneiro; Sabrina Monteiro Bassi; José Coutinho Júnior

Instituição: PSF Município de Viçosa - MG

Município: Viçosa

Estado: Minas Gerais

Trata-se de um projeto social que tem como objetivo principal mobilizar e conscientizar estudantes universitários, juntamente com lideranças comunitárias, autoridades, membros acadêmicos, intelectuais, artistas e empresários de todo o país para uma ampla abordagem e discussão do tema violência como um problema de saúde pública, sobretudo em seus aspectos políticos, sociais, econômicos e culturais, inseridos na sociedade brasileira, em um contexto mundial. Todas as suas ações estão voltadas para estimular a "cultura da paz" como um novo paradigma, priorizando a "paz" como um valor; e a solidariedade em áreas geradoras de violência. A metodologia utilizada é composta de: ciclo de palestras, questionário para cadastramento e identificação do perfil dos universitários voluntários, mostras culturais, e espetáculo musical/teatral beneficente, com arrecadação de alimentos, além de roupas e outros donativos. Os resultados mostraram uma significativa adesão estudantil, com cadastramento de 575 jovens universitários, que estão sendo direcionados e conduzidos para instituições sociais, arrecadação de aproximadamente 235 toneladas de alimentos não perecíveis, e envolvimento de quase 50.000 universitários, que participaram ativamente de todas as atividades propostas acima, além da participação de artistas renomados como o Ministro Gilberto Gil, Sandy e Júnior, Skank, Zeca Baleiro, Nando Reis, Los Hermanos, Tia Nastácia, IRA, Casaca, Chama Chuva, entre outros. Em 2006, o Circuito chega ao seu quinto ano consecutivo, com grande respaldo das principais instituições públicas e privadas de ensino superior de Minas Gerais. Com as recentes aprovações nas Leis Estadual e Federal de Incentivo à Cultura, fica facilitada a captação de recursos para realização do projeto. A participação efetiva do poder público é imprescindível para a articulação de projetos e ações sociais, para que assim seja dada seqüência ao trabalho, ajudando jovens universitários a se conscientizarem da sua parcela de responsabilidade social junto à sociedade que lhes oferece uma condição tão privilegiada. Lembrando que o campo da saúde tem se tornado cada vez mais refém da violência, pesando sobre ele o ônus da reparação, do cuidado, da reabilitação das vítimas, assim como a elaboração de estratégias de prevenção, espera-se que sejam conquistadas novas parcerias, ampliando-se assim o trabalho, trilhando a cada dia novos caminhos para se chegar a um mundo

melhor, em especial, no Brasil, que já é um país tão castigado pela desigualdade social.

FONTES FINANCIADORAS

- Em 2005 e 2006 - Leis Estadual e Federal de Incentivo à Cultura;
- Universidades Públicas e Privadas parceiras (UFMG, PUC-MG, UNA, UNI-BH, FUMEC, NEWTON PAIVA, UFV, UEMG, UNIMONTES, FACULDADE PITÁGORAS, ESUV);
- Empresas patrocinadoras (TELEMIG CELULAR, BANCO REAL, CREDICARD,



PERCEÇÃO DO ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CONCÓRDIA - SC

Autor principal: Marcos Maximiliano Boscatto

Outros Autores: Mariestela Stamm

Instituição: Universidade do Contestado - Campus Concórdia - SC

Município: Fraiburgo

Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO

O PSF é um modelo de atendimento que promove a saúde e prioriza novas dinâmicas de trabalho, dando ênfase ao caráter multiprofissional e interdisciplinar, exigindo efetivo compromisso dos trabalhadores. A meta geral deste tipo de assistência é a manutenção dos indivíduos na família e no conforto de seus lares pelo maior tempo possível, possibilitando sua autonomia e realçando suas habilidades funcionais dentro do seu próprio ambiente. Entendemos que a inserção da fisioterapia no PSF proporciona, além de um cuidado diferenciado, um atendimento com a utilização de materiais de custo reduzido, que podem ser encontrados no próprio domicílio, como a cama do paciente, gelo, brinquedos, toalhas, lençóis, pacotes de sal, arroz e cabos de vassoura, que servem como auxiliares em alguns procedimentos fisioterapêuticos. A fisioterapia é definida como a profissão cujo principal propósito é a promoção da saúde da função corporal, por meio da aplicação de princípios científicos para prevenir, tratar e reabilitar possíveis disfunções dos movimentos. Por meio de novas políticas públicas como o PSF, o fisioterapeuta pode cumprir com sua finalidade. Por isso, no início do ano de 2004 foi iniciado um projeto piloto de atendimento domiciliar, com desenvolvimento e metodologia própria. Foi proposto à Secretaria Municipal da Saúde da cidade de Concórdia-SC e aceito como estágio curricular, no qual alunos do curso de Fisioterapia da Universidade do Contestado iniciaram o trabalho de visita a alguns domicílios, onde estão implantados os Programas Saúde da Família.

OBJETIVO

Conhecer os resultados alcançados à partir da percepção dos alunos quanto à implantação do estágio e de alguns usuários contemplados pelos atendimentos.

METODOLOGIA

Os atendimentos prestados iniciaram para pacientes impossibilitados de locomoção, seja pela própria enfermidade

ou por barreiras arquitetônicas que dificultavam o transporte do indivíduo. O critério de escolha foi o de emergência e disponibilidade de cada paciente, não seguindo uma periodicidade única para todos. O atendimento foi realizado por 23 alunos da 8ª fase do curso de Fisioterapia e cada sessão teve duração média de 40 minutos, incluindo orientações de saúde em geral, técnicas de manuseio e posicionamento e de estímulo sensório-motoras. Ao final do estágio, cada aluno fez um relatório descrevendo sua percepção e avaliação sobre o estágio. Estes registros foram arquivados em pastas e serviram como fonte de informação para a realização do presente estudo. Visando uma abordagem qualitativa, foram extraídas seis categorias dos relatórios dos alunos, consideradas mais relevantes: Oportunidade de relacionar teoria e prática, oportunidade de conhecer o ambiente familiar, estimular a criatividade, contato com a realidade, importância do profissional no PSF e vínculo de confiança. Também foram selecionados de forma aleatória, cinco, dos trinta pacientes que foram atendidos pelos alunos. A seleção dos pacientes atendeu a dois critérios básicos: desejar participar da pesquisa e ter tempo e disponibilidade para participar do estudo. Os familiares dos pacientes também participaram colaborando com o doente quando este não conseguia expressar-se. Com esse último grupo, foram realizadas entrevistas com duração média de 40 minutos, utilizando um gravador e transcritas posteriormente pelo próprio pesquisador. Foram utilizadas duas perguntas básicas que serviram de guia e que desencadeavam outras, assim a conversa se ampliava naturalmente: (1) Qual a sua percepção sobre o atendimento fisioterapêutico prestado pelos alunos? (2) Teve algum resultado significativo? Com fins de aperfeiçoamento do trabalho, foi seguida também a sugestão de Minayo (2000), com a elaboração de um diário de campo e anotados posteriormente após a entrevista gravada. Foram registrados elementos observados como gestos, silêncio, fala embargada, palavras ou frases pronunciadas de maneira vacilante, outras colocações com ou sem inibições, conversas informais, comportamentos, expressão facial e outros fatos que contribuíram na análise dos resultados.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PSF proporcionou a oportunidade de vislumbrar um trabalho multidisciplinar e relacionar com mais evidência a teoria estudada e a prática clínica. Os alunos também entenderam que o meio familiar é um *locus proffiuo* para o atendimento terapêutico. Nas suas descrições, enfatizaram que além da oportunidade de conhecer o meio no qual o paciente vive, puderam conhecer os demais membros da família o que facilitou as orientações necessárias, para quando da ausência do fisioterapeuta, uma dessas pessoas possa auxiliar o paciente. Estimular a criatividade foi outra categoria mencionada pelos alunos. Eles enfatizaram que sem os recursos disponíveis da clínica, foi possível através da criatividade, realizar o tratamento no domicílio usando materiais simples, mas eficazes. No contato com a realidade, tiveram a oportunidade de mudar comportamentos pré-estabelecidos, inovar o atendimento e respeitar as prerrogativas do cuidado humanizado. Observou-se também com esse estudo uma relação de confiança entre o acadêmico, indivíduo e família. Essa relação próxima foi importante para que o vínculo de confiança, fosse estabelecido de forma harmônica. Em relação aos usuários, a percepção dos mesmos também foi positiva. Exaltaram o trabalho como algo benéfico em todos os sentidos e foram unânimes ao solicitarem a permanência dos acadêmicos. Sendo assim, nos sentimos gratificados pelos resultados. Podemos afirmar que a Fisioterapia não é uma profissão somente voltada para a reabilitação, mas para a prevenção. Com isso, a promoção da saúde ficou evidenciada com o atendimento do aluno através de seu fazer e das orientações prestadas, permitindo que tanto os pacientes como os familiares participassem das decisões e do processo de mudança. Mas isso envolve um trabalho continuado do terapeuta com a família envolvida, abordando ações combinadas e abordagens complementares, exigindo continuamente a remoção de possíveis obstáculos para a adoção de políticas saudáveis para todos os envolvidos no processo de saúde-doença.



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - MATURIDADE E PARTICIPAÇÃO

Autor principal: Maria Alice Correia Pedotti

Instituição: Conselho Municipal de Saúde/Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Município: Curitiba

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO

Em Curitiba o Conselho Municipal de Saúde (CMS), atuante, organizado, com sede permanente, vem se estruturando ao longo dos anos e mostra-se fundamental como lastro de apoio logístico e de articulação e comunicação entre atores, institucionais e pessoais, envolvidos com o Controle Social. Importante, ainda, por armazenar a memória das Conferências já realizadas, bem como a documentação referente aos Conselhos Locais, Distritais e do CMS. A Secretaria Municipal da Saúde (SMS), a descentralização e a valorização da participação da população, são co-responsáveis pela progressiva organização do controle social. Na década de 80 um arcabouço político/institucional/jurídico permitiu aos municípios formatarem seus modelos de atenção. E, em 1991, a SMS redesenha suas práticas locais e distritais, realiza a 1ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba, e constitui o Conselho Municipal de Saúde, através da lei nº 7.631/91. Atualmente o CMS, composto por 36 membros titulares (mais 45 suplentes), reúne-se ordinariamente às 2ªs quartas-feiras de cada mês, e, por suas decisões passam os assuntos mais importantes da gestão municipal da saúde: Plano Municipal de Saúde, orçamento, plano operativo/agenda anual da SMS; emendas parlamentares; programas da SMS, credenciamentos e descredenciamentos ao SUS; relatórios trimestrais/semestrais e anuais; localização de novas unidades de saúde; conferências temáticas; regulamentos/regimentos das conferências; aprovação dos planos de trabalho/relatórios das 11 Comissões Temáticas. A criação e funcionamento de Comissões Temáticas (CT) mostraram-se fundamentais para o bom andamento das atividades do CMS, que não poderia mais prescindir de seus pareceres e ações.

OBJETIVO

Mostrar a importância do CMS para a gestão do SUS no município de Curitiba e sua maturidade, o que inclui o funcionamento de 11 Comissões Temáticas, que assumem e trabalham seus temas com competência, levando as questões para as Plenárias depois de pensadas/discutidas e com propostas de encaminhamento, para as decisões finais.

METODOLOGIA

As 11 Comissões Temáticas, com participação aberta às entidades representativas dos segmentos, reúnem-se mensalmente conforme cronograma, e são: Assistência à Saúde (com 25 membros), Comunicação e Formação (13), DST/Aids (41), Saúde Ambiental (13), Saúde Mental (26), Saúde da Mulher (32), Saúde do Trabalhador (27), Saúde do Idoso (19), Saúde da Pessoa com Deficiência (16), Orçamento (17) e Intersetorial de RH (19). Foram sorteadas sete para detalhar um pouco de suas principais atividades: Assistência à Saúde – trabalha com as propostas de credenciamento e



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
Maturidade e Participação

Autor: Maria Alice Pedotti

Introdução

Em Curitiba o Conselho Municipal de Saúde (CMS), atuante, organizado, com sede permanente, é lastro de apoio logístico e de articulação e comunicação entre atores, institucionais e pessoais, envolvidos com o Controle Social. Composto por 36 membros titulares (mais 45 suplentes), reúne-se ordinariamente às 2ªs quartas-feiras de cada mês e por suas decisões passam os assuntos mais importantes da gestão municipal da saúde: Plano Municipal, orçamento, emendas parlamentares, programas, prestação de contas (trimestral/anual), localização de novas unidades. O funcionamento de 11 Comissões Temáticas (CT) é fundamental para o bom andamento das atividades do CMS, que não poderia mais prescindir de seus pareceres e ações.

Objetivo

Mostrar a importância do CMS para a gestão do SUS em Curitiba e sua maturidade, o que inclui o funcionamento de 11 Comissões Temáticas, que assumem temas com competência, levando as questões às Plenárias depois de discutidas e com propostas de encaminhamento.

Metodologia

As 11 CT, com participação aberta aos segmentos, reúnem-se mensalmente conforme cronograma, e são: Assistência à Saúde (com 25 membros), Comunicação e Formação (13), DST/Aids (41), Saúde Ambiental (13), Saúde Mental (26), Saúde da Mulher (32), Saúde do Trabalhador (27), Saúde do Idoso (19), Saúde da Pessoa com Deficiência (16), Orçamento (17) e Intersetorial de RH (19). Para exemplificar suas atividades serão apresentados alguns itens da pauta de duas delas: Assistência à Saúde – credenciamento e descredenciamento ao SUS; emendas parlamentares; programas e projetos voltados à melhoria da assistência. Comunicação e Formação – cursos para capacitação de conselheiros; elaboração de Regimentos para Conselhos Locais e Distritais; divulgação de eventos e ações dos Conselhos e das Comissões; editar o jornal do CMS.

Resultados

O relatório da 7ª Conferência de Saúde registra a importância do CMS, "relacionada com a forma com que seus integrantes se articulam com as bases, transformam seus direitos e necessidades em demandas e projetos de interesse público e participam na deliberação da política de saúde a ser adotada nos diferentes níveis do sistema de saúde da cidade". Envolvimento e maturidade aparecem nas propostas dos grupos do Controle Social, presentes nas oito Conferências de Saúde já realizadas desde 1991, reivindicando: capacitação, com jornadas e seminários; informações técnicas/epidemiológicas para comissões do CMS; acompanhamento ao Sistema de Saúde pelos conselhos locais/distritais; integração com os Conselhos Municipais além da saúde; avaliação da qualidade dos serviços e da satisfação do usuário; discussão de temas de interesse das comunidades; comunicação com os Conselhos Nacional e Estadual de Saúde.

Conclusão

A atuação das Comissões dá encaminhamentos às ações, com a participação dos segmentos, e ameniza embates em plenária. Divergências ideológicas existem, e isso é saudável. Mas há amadurecimento na pauta dos conselheiros, voltados para a integração intersetorial (múltiplas determinações do processo saúde-doença), e para a realização de pesquisas que possam medir a qualidade dos serviços em saúde e a satisfação dos usuários dos mesmos.





descredenciamento ao SUS; emendas parlamentares; programas e projetos voltados à melhoria da assistência. Comunicação e Formação – voltada para a programação de cursos para formação e capacitação dos conselheiros; elaboração de Regimentos dos Conselhos Locais/Distritais; divulgação de eventos e ações dos Conselhos e das Comissões; editar o jornal do CMS. DST/Aids – construção e acompanhamento ao Plano de Ações e Metas/PAM; apoio às ONGs e Programas da SMS; parcerias; campanhas e pesquisas; apoio a eventos e capacitações. Saúde Ambiental – faz acompanhamento pró-ativo dos assuntos pertinentes à área como transporte de cargas perigosas nas vias públicas; resíduos quimioterápicos; destinação e tratamento de resíduos comuns e de serviços de saúde; esgoto; cemitérios; água e ar; telefonia celular; posse responsável de animais; capacitação de conselheiros nos temas. Saúde Mental – acompanha as ações do Programa de Saúde Mental da SMS; os eventos e conferências; a implantação de novos serviços, como os CAPS e as Residências Terapêuticas. Saúde da Mulher – acompanha e avalia os programas da SMS com foco nas mulheres, defendendo assistência integral, humanizada e de qualidade; participa dos eventos/conferências; dá prioridade à redução da mortalidade materna, da violência contra a mulher e à assistência ao climatério. Saúde do Idoso – vem trabalhando questões do atendimento asilar; do transporte; da saúde mental; de material para educação em saúde e informação; da necessária capacitação para o acolhimento e a contratação de geriatras.

RESULTADOS

A 7ª Conferência Municipal de Saúde bem expressou a importância do CMS, “relacionada com a forma com que seus integrantes se articulam com as bases, transformam seus direitos e necessidades em demandas e projetos de interesse público e participam na deliberação da política de saúde a ser adotada nos diferentes níveis do sistema de saúde da cidade”. O envolvimento e compromisso dos conselheiros aparecem nas propostas dos grupos do Controle Social, presentes nas oito Conferências de Saúde já realizadas desde 1991, reivindicando a manutenção do processo contínuo de capacitação para conselheiros, com realização de jornadas e seminários locais e distritais; o repasse de informações técnicas/epidemiológicas às comissões do Conselho Municipal; o envolvimento dos conselhos locais e distritais com o acompanhamento ao Sistema de Saúde; a integração com demais Conselhos Municipais (além da saúde); a avaliação da qualidade dos serviços e da satisfação do usuário; a discussão descentralizada de temas de interesse das comunidades; a implementação da comunicação com os Conselhos Nacional e Estadual de Saúde.

COMENTÁRIOS FINAIS

A competente atuação das Comissões ameniza os embates em plenária ao mesmo tempo que dá encaminhamentos concretos a várias ações com a participação dos segmentos que fazem parte do CMS. Divergências ideológicas entre membros do CMS de Curitiba existem, e isso é saudável. Mas também há mostras de amadurecimento na pauta de decisões dos conselheiros, com olhos voltados, por exemplo, para a integração intersetorial (múltiplas determinações do processo saúde-doença), bem como para a realização de pesquisas que possam medir a qualidade dos serviços em saúde e a satisfação dos usuários dos mesmos.



RECURSOS NÃO CONVENCIONAIS NO CUIDADO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS QUE CONTRIBUEM PARA A RELAÇÃO PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE EM GOIÂNIA

Autor principal: Maria Alves Barbosa

Outros Autores: Marcus Antônio de Souza; Karina Machado Siqueira; Virginia Visconde Brasil; Marcelo Medeiros; Cleusa Alves Martins; Ana Lúcia Queiroz Bezerra; Denize Bouttlet Munari

Instituição: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Município: Goiânia

Estado: Goiás

Ao longo da história da assistência médica brasileira, os serviços de saúde têm se valido essencialmente da terapia alopática para o tratamento de sua clientela. No entanto, evidencia-se junto à população, a permanência do uso de recursos oriundos da medicina popular, representada tanto pelas crenças religiosas quanto pelo uso de plantas medicinais na busca de soluções para a saúde que sejam mais acessíveis, menos caras e menos agressivas. Apesar do grande interesse, em nível mundial, pelas terapias alternativas de saúde, principalmente fitoterapia, homeopatia, acupuntura, técnicas de saúde mental e cromoterapia, estas formas de assistir muitas vezes entram em choque com o modelo biomédico quanto ao modo de abordar o indivíduo e seu problema de saúde. Nesse contexto, evidencia-se a preocupação com as relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários. A relação estabelecida entre profissional de saúde e cliente precisa ganhar ênfase no processo saúde doença e tornar-se um recurso terapêutico no enfrentamento das enfermidades. No entanto, percebe-se que as ações desenvolvidas a partir da relação entre sujeitos, baseadas no acolhimento e no vínculo de confiança e responsabilização, são suprimidas por uma lógica instrumental que se sustenta em tecnologias e atos meramente prescritivos

OBJETIVO

Descrever os resultados de estudos do Grupo de Pesquisa "Paradigmas Assistências", da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, desenvolvidos com o intuito de promover reflexões quanto à importância da qualidade das relações entre profissionais de saúde e usuários do SUS para que se desenvolva efetivamente a autonomia da clientela.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato da experiência de um grupo de pesquisadores que se caracterizaram pela preocupação em conhecer

diferentes estratégias de assistir em saúde e formas de aprimorar as relações estabelecidas entre os profissionais e usuários do serviço público de saúde.

PRODUTOS

Com o intuito de contribuir para que as relações se estabeleçam de forma mais efetiva nas diferentes modalidades de assistência à saúde, o Grupo de Pesquisa "Paradigmas Assistências" vem investigando como as terapias não alopáticas vêm se desenvolvendo, o que pensam os usuários dos serviços de saúde sobre a adoção de terapias não convencionais de assistência à saúde, e também de que forma essas terapias podem contribuir para a qualidade de vida da população. Outros produtos são: o desenvolvimento de estudos que permitiram analisar a influência das crenças populares e a utilização de recursos alternativos na solução de problemas de saúde entre a comunidade, partindo de percepções de profissionais do Programa de Saúde da Família. E ainda, identificar condutas de profissionais da área de saúde quando se deparam com clientes portadores de crenças populares ou que adotam recursos diferentes daqueles utilizados pela assistência de saúde convencional. Além disso, possibilitou identificar as primeiras condutas adotadas pelos clientes antes de procurarem os serviços de saúde e evidenciar mudanças de comportamento quanto a crenças populares relacionadas à prevenção e cura de doenças, após orientações dos profissionais. Outro dado encontrado foi a percepção da população no que diz respeito à credibilidade nas práticas populares utilizadas nos cuidados das crianças e identificar os principais recursos populares adotados na solução de problemas de saúde infantis. Também foi possível identificar as principais crenças alimentares utilizadas por usuários dos serviços de saúde e analisar a influência das crenças alimentares nos hábitos de vida desses clientes. E ainda, identificar as principais práticas populares utilizadas por portadores de hipertensão arterial. Quanto às modalidades alternativas de assistência à saúde, o desenvolvimento de pesquisa



permitiu identificar as vantagens e desvantagens percebidas pelo cliente quanto ao tratamento realizado por meio desta terapia e também evidenciar aspectos que demonstrem mudanças nos hábitos de vida após adoção dessa modalidade terapêutica. Em outro estudo procurou-se analisar a percepção dos profissionais musicoterapeutas sobre a credibilidade e aceitação da musicoterapia junto aos seus usuários, enfatizando a importância da relação terapêutica estabelecida entre eles. Este grupo também se propôs a estudar de que forma a acupuntura pode contribuir para o alívio da dor e para a qualidade de vida de portadores de artrite reumatóide que utilizam essa modalidade terapêutica na tentativa de solucionar ou amenizar os sintomas de seus problemas de saúde. E ainda, a investigar a influência do uso de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na qualidade de vida de seus usuários.

APRENDIZADO COM A CONVIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

É possível perceber que na área de saúde existem diferentes modelos de assistência, inclusive práticas não alopáticas que são atualmente adotadas na rede pública de assistência e até vistas como “alternativas” por profissionais e clientes. A principal facilidade é o potencial do grupo de pesquisadores. A principal dificuldade refere-se aos recursos financeiros disponíveis para a realização dos estudos e eventos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do grupo de estudos “Paradigmas Assistências” tem permitido o crescimento da quantidade de investigações a respeito das diferentes formas de assistência aos usuários do serviço público de saúde. Possibilita também subsidiar discussões sobre as relações estabelecidas entre os profissionais e clientes, além de contribuir para a efetiva autonomia da clientela e melhoria da qualidade do cuidado em saúde.



GRATIFICANTE EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ENFERMARIA DE PEDIATRIA

Autor principal: Maria Angélica Chiarinelli Nucci Pereira

Instituição: Hospital Municipal Dr. Mário Gatti

Município: Campinas

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

No quarto andar do Hospital Dr. Mário Gatti encontra-se a Unidade de Internação Pediátrica que compreende a Enfermaria de Pediatria com 22 leitos e a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica com 6 leitos e a Semi-intensiva com 3 leitos.

O grupo da Enfermaria de pediatria é constituído pelos seguintes profissionais: 4 médicos pediatras, 3 residentes da pediatria, 10 cirurgiões pediátricos, 1 enfermeira em cada plantão, 6 auxiliares de enfermagem em cada plantão, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta, 3 pedagogos, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 auxiliar administrativa, 1 coordenadora (médica), 1 gerente (enfermeira), funcionários da copa, lactário e higiene. A unidade tem ainda interface com as seguintes especialidades: ortopedia, neurocirurgia, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia vascular, urologia, buco-maxilo e Pronto Socorro Infantil.

Este grupo de profissionais da enfermaria já vinha a alguns anos desenvolvendo a capacidade de diálogo através de encontros multi-profissionais havendo disposição destas pessoas para discussões referentes aos casos clínicos e ao processo de trabalho. No entanto, a complexidade de alguns casos clínicos e de algumas relações profissionais e pessoais foi expondo conflitos que se tornavam difíceis de serem abordados, havendo uma tendência à conotação pessoal e não profissional em sua abordagem e resolução. Passou a existir uma necessidade de organizar estas sensações, atitudes e conflitos do dia a dia que poderiam comprometer todo o processo de trabalho do grupo. Foi então, proposto pela gerência, o desenvolvimento de um trabalho de Educação Permanente com o auxílio de um técnico da Área de Desenvolvimento de Pessoal.

Atualmente existem dois técnicos apoiando este trabalho.

O propósito deste trabalho é mostrar que a necessidade de mudanças em algumas de nossas práticas nos fez buscar, através da Educação Permanente em Saúde, organizar nosso raciocínio, e com isso explicitar as reais necessidades e dificuldades do grupo para chegar mais próximo do objetivo final; ou seja: trabalhar a confiança no grupo e do grupo; desenvolver mais amplamente o conceito e a atuação de campo e núcleo de competência e responsabilidades de cada categoria profissional; compreender os

problemas de maneira contextualizada, otimizando nossa governabilidade e tendo o maior número possível de profissionais em nossas discussões.

Os encontros iniciaram-se em 29/06/2005 e a partir de então foram quinzenais, com duração de 1 hora e 30 minutos no período da manhã. São realizados na sala de reunião/prescrição da enfermaria de pediatria.

Até o momento foram realizados 13 encontros, com uma média de participação de 10 profissionais, sendo: médicos pediatras (em 92% dos encontros), residentes da pediatria (em 50% dos encontros), cirurgião pediátrico (em 25% dos encontros), enfermeiras (em 60% dos encontros), auxiliares de enfermagem (em 75% dos encontros), nutricionista (em 42% dos encontros), fisioterapeuta (em 67% dos encontros), pedagogos (em 59% dos encontros), psicóloga (em 84% dos encontros), assistente social (em 50% dos encontros), coordenadora (em 92% dos encontros) e gerente (em 92% dos encontros).

No início da reunião acontece sempre uma breve introdução, pois é freqüente acontecer de um novo participante estar presente. O tema da reunião anterior é levantado resumidamente para esclarecimento de sua evolução e posteriormente o novo tema do encontro surge a partir de sugestões do próprio grupo.

Normalmente o tema surge através de uma situação real da prática do grupo, que é relatada por um dos participantes e outras visões vão sendo expostas. Orientada pelas apoiadoras segue-se a identificação dos problemas e os nós-críticos da situação, o que nem sempre é fácil. A partir daí, a discussão é voltada para propostas de ação, através de acordos, direcionamento de funções, divisão de tarefas; ou proposta de nova reflexão do assunto em outro encontro.

- Construção de relações de confiança dentro da equipe através da reflexão sobre as atitudes de respeito e desrespeito nas relações de trabalho;

- Ampliação da capacidade da equipe de intervenção em casos complexos através da abordagem de conflitos entre profissionais e familiares, considerando o paciente como sujeito e aumentando o coeficiente de autonomia e auto-cuidado de pacientes e familiares



- Melhora da comunicação entre os membros da equipe.
- Re-contrato de trabalho com a equipe de neuro-cirurgia através a explicitação de conflitos entre as duas equipes.
- Reorganização do processo de trabalho da equipe de enfermagem e da equipe médica.
- Aumento da satisfação profissional através do trabalho em equipe;
- Implantação de reuniões multiprofissionais sistemáticas para definição negociada de campo e núcleo de saberes e responsabilidades dos profissionais, com a obtenção de melhores resultados terapêuticos.

A definição de situações e explicitação de problemas levou a reflexão e aprendizagem a partir da prática de trabalho, gerando acordos e atitudes resolutivas propostos pelo próprio grupo. Ainda é sentida a falta de um número maior de auxiliares de enfermagem nas reuniões, mas já existe uma disposição maior destas em participar.

O grupo está construindo confiança, refletindo sua prática e operando transformações na mesma, reconhecendo atores envolvidos em cada processo e criando novas possibilidades de relações. Houve neste período um amadurecimento para o diálogo, disposição para novas propostas, realização de acordos, mas problemas e desconfortos ainda existem e necessitam do auxílio da ação educativa para serem identificados e trabalhados dentro do grupo.



RECEPÇÃO AVANÇADA

Autor principal: Maria Aparecida Batistel Damaia

Outros Autores: Roseli de Souza Godinho ; Rosa Maria Pinto de Aguiar e José Claudio Mucknica

Instituição: Pronto Atendimento de Vila Luzita

Município: Santo André

Estado: São Paulo

JUSTIFICATIVA

Considerando:

- Fluxo intenso de pessoas não credenciadas nas áreas internas deste Pronto Atendimento, ocasionando tumultos, invasão de vestiários, com tentativas de arrombamento de armários, uso de sanitários de funcionários e copa
- Falta de ventilação nos corredores da Clínica Médica, propiciando ambiente extremamente insalubre
- Aglomeração de pessoas em áreas sem ventilação
- A necessidade de um atendimento mais humanizado e de qualidade
- Falta de controle de número de acompanhantes na Soroterapia adulto e infantil e número excessivo de acompanhantes para atendimento na clínica médica e ortopedia;

OBJETIVO

Melhorar o fluxo interno prestando atendimento de qualidade e humanizado, favorecendo a orientação aos pacientes, com a diminuição da tensão interna da equipe e dos usuários, ocasionados pela aglomeração de pessoas nas áreas internas do Pronto Atendimento Vila Luzita.

METODOLOGIA

Recepção Avançada I : Fixa - Uma recepcionista fica na orientação aos usuários logo na entrada, distribuindo crachás para 01 acompanhante, tanto dos pacientes internados na Soroterapia Adulto, infantil e emergência, quanto no controle de acompanhantes para consultas na clínica médica, pediatria, ortopedia e RX.

Recepção Avançada II : Móvel, uma recepcionista circula com rádio comunicador equacionando internamente o atendimento, solicitando à recepção via rádio, o número de Fichas, para consulta na clínica médica, pediatria e ortopedia, segundo a disponibilidade de lugares para a acomodação adequada dos usuários, e distribuindo aos médicos para o atendimento.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

O projeto foi implantada em 10.01.2006 e desde então pudemos observar:

Maior rapidez no atendimento

Antes o tempo de atendimento era de aproximadamente 1 h.com 4 médicos, atualmente este tempo diminuiu para 20 min.

Organização interna do serviço

Melhor fluxo no trânsito das fichas de atendimento, que antes eram retiradas pelos próprios médicos na recepção. Maior controle na ordem de chamada e prioridades e de pacientes internados na soroterapia.

Pacientes mais orientados

Os pacientes são melhor direcionados dentro do serviço, evitando que aguardem suas chamadas em locais equivocados. O paciente é recebido na avançada I e dirigido a seu local de atendimento, se ainda assim restar dúvida, a avançada II irá redirecioná-lo, inclusive para os outros procedimentos oriundos da consulta médica.

Apoio para a equipe médica e enfermagem

A recepcionista da avançada II intercala os retornos com os médicos após procedimento, evitando que o paciente espere por muito tempo a reavaliação e não interrompa outros atendimentos. Este profissional também auxilia a equipe de enfermagem no melhor direcionamento entre as salas de procedimentos (ECG, Coleta, Medicação, Sutura, etc). Retirada das fichas de atendimentos dos consultórios médicos e das salas de procedimentos para evitar que se misturem e/ou extraviem. Isso evita também que os pacientes levem embora a ficha após a alta.

Maior agilidade na comunicação através do uso do rádio comunicador.

A recepcionista da avançada I se comunica somente com a avançada II através de rádio comunicador.

As informações passadas são no sentido de organizar os pacientes a serem atendidos e dos acompanhantes daqueles internos à soroterapia. A avançada II avisa a avançada I da quantidade de usuários que podem ser chamados, garantindo dessa forma que haja assentos para todos até a efetivação do atendimento.



A localização de fichas de atendimento e de pacientes também é muito mais rápida, o que possibilita uma melhor orientação aos acompanhantes e familiares quando procuram por pacientes atendidos.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

A implantação desse projeto trouxe, além dos ganhos já citados, um melhor monitoramento dos serviços prestados pela administração do PA. Um ganho relevante do ponto de vista da gestão, já que permite um dimensionamento real da capacidade instalada de atendimento, otimizando os recursos físicos e humanos.

Houve, em princípio, um pouco de resistência por parte dos profissionais médicos, mas que em pouco tempo foi rompida quando percebeu-se o ganho de tempo e maior fluidez no atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que esta ação trouxe uma melhoria visível ao atendimento e uma maior satisfação do usuário, com ganhos em agilidade e resolutividade. O foco está mais voltado ao usuário, com base na proposta de humanização. O paciente é acolhido e orientado desde sua entrada até o momento de sua saída.



FUNDAÇÃO PARA ESTUDO E TRATAMENTO DAS DEFORMIDADES CRÂNIO FACIAIS ATENDIMENTO DE QUALIDADE AO USUÁRIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Autor principal: Maria Aparecida R C Cavarsan

Outros Autores: Maria Aparecida R C Cavarsan (Coordenadora); Erica

Cristina Bucuvic; Italita Christiane G. Wyand (Fonoaudiologas)

Instituição: FUNCRAF

Município: São Bernardo do Campo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

A Fundação para o Estudo e Tratamento das deformidades craniofaciais - FUNCRAF é uma entidade privada, de caráter filantrópico, sem fins lucrativos. Oferece atendimento ambulatorial por meio do Sistema Único de Saúde – SUS aos portadores de fissura labiopalatal e deficiência auditiva em três cidades brasileiras: São Bernardo do Campo - São Paulo, Itararé - São Paulo e Campo Grande - Mato Grosso do Sul. Os atendimentos mais complexos, como as cirurgias, essenciais para o tratamento das fissuras labiopalatais são realizadas no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo – USP- “O Centrinho” na cidade de Bauru. A FUNCRAF de São Bernardo do Campo iniciou suas atividades em Santo André em 1997, a partir da identificação de uma demanda significativa de pessoas com deficiência auditiva e fissura labiopalatal moradoras da região metropolitana da Grande São Paulo. A descentralização da FUNCRAF possibilitou o oferecimento de atendimento especializado aos pacientes com deficiência auditiva (63 cidades) e fissura labiopalatal (142 cidades), entre elas, estão as cidades de São Paulo, da Grande São Paulo, ABCD, litoral e algumas cidades do interior próximas a subsede ABC. Todas em respeito à região estabelecida pela Direção Regional de Saúde. A equipe multiprofissional além do tratamento da fissura e deficiência auditiva desenvolve processo de educação continuada com os usuários do serviço visando desenvolver a adesão ao tratamento, cidadania, inserção na sociedade e autonomia do usuário. O serviço social proporciona o apoio necessário para garantir a integridade e equidade dos acessos aos tratamentos preventivo e curativos necessários, utilizando meios legais para fazer valer os direitos dos cidadãos.

OBJETIVO

Promover o acesso da sociedade brasileira aos benefícios da saúde que conferem dignidade social e bem estar, direitos alienáveis do ser humano. Oferecer tratamento especializado nas áreas de fissura labiopalatal e deficiência auditiva e demonstrar a possibilidade de

atendimento ao usuário ressaltando a humanização no processo de reabilitação.

MÉTODO

Os pacientes são convocados para iniciar o tratamento mediante demanda espontânea e encaminhamentos externos respeitando a ordem da procura e prioridades estabelecidas previamente. A FUNCRAF proporciona um atendimento de qualidade por meio de: Equipe multiprofissional especializada, constituída de: três otorrinolaringologistas, um neurologista, uma pediatra, dez fonoaudiólogas, uma nutricionista, uma psicóloga, duas assistentes sociais, uma enfermeira, três ortodontistas, três odontopediatras, uma buco-maxilo e endodontista, uma protesista e periodontista, uma odonto geral, três técnicos de laboratório, uma coordenadora administrativa e 17 funcionários do setor administrativo, 6 terceirizados; Treinamentos técnicos direcionados aos profissionais das diferentes áreas que ocorrem periodicamente ou quando necessários. Esses treinamentos são realizados na sede HRAC- Bauru ou na própria subsede; Prontuário único que inclui todas as tipos de atendimento oferecidos ao paciente, neste prontuário há informações completas do quadro clínico e sua evolução, favorecendo o acesso a todas às informações necessárias para um conhecimento integral do usuário, permitindo a definição de condutas e prognóstico; Materiais de trabalho, equipamentos, instalações físicas adequadas e em conformidade com as normas para acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano (NBR 9050:1994). A fundação está devidamente credenciada ao SUS como serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade e está devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada às pessoas com doenças otológicas e é referência para o diagnóstico das perdas auditivas e sua reabilitação em crianças até três anos de idade e em pacientes com afecções associadas, perdas unilaterais e daqueles que apresentarem dificuldade na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade (Portaria SAS/MS 587 de 07 de



outubro de 2004). Aos pacientes com Anomalias Craniofaciais é oferecido o tratamento dentário e ortodôntico seguindo a portaria nº 431 de 14 de novembro de 2000.

RESULTADOS

A FUNCRAF subsede São Bernardo do Campo apresenta 10.190 pacientes cadastrados. Na área de fissura labiopalatal existem 3.863 pacientes e na área de deficiência auditiva 6.589 pacientes matriculados. No ano de 2005 foram realizados 26.859 atendimentos na área de fissura labiopalatal e 18.720 na área de deficiência auditiva. O tratamento oferecido ao deficiente auditivo garante o diagnóstico, tratamento clínico, seleção, adaptação e fornecimento do aparelho de amplificação sonora e terapia fonoaudiológica e aos pacientes com fissura labiopalatal garante o diagnóstico, encaminhamento cirúrgico, tratamento clínico, ortodôntico e fonoterápico proporcionando a integralidade do atendimento ao usuário.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Como a FUNCRAF apresenta metodologia de atendimento e estrutura estabelecida favorece a concentração dos profissionais num mesmo espaço físico, havendo suporte social com recursos da comunidade além de ter localização geográfica de fácil acesso pelas cidades referenciadas pelas DIRs (Direção Regional de Saúde). O alto custo para a manutenção da equipe, dos equipamentos e a grande demanda da população são pontos de dificuldade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível oferecer atendimento de qualidade ao usuário com uma equipe multiprofissional capacitada, coesa na humanização do atendimento que respeita a filosofia de trabalho da fundação, enfocando a saúde nos termos que Organização Mundial de Saúde preconiza.

Autores: Maria Aparecida Ribeiro Campos Cavarsan – Coordenadora administrativa da subsede ABC, Érika Cristina Bucuvic – fonoaudióloga responsável pelo setor de deficiência auditiva e Itálita Christiane Gomes Weyand – fonoaudióloga responsável pelo setor de fissura labiopalatal.



REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA ADULTO

Autor principal: Maria Bernadete Pinho de Freitas

Outros Autores: Nuno Antônio Moreira Lages

Instituição: Centro de Referência em Reabilitação "Anderson Gomes de Freitas" Betim/MG

Município: Betim

Estado: Minas Gerais

APRESENTAÇÃO DO PROJETO

Esta cartilha teve um processo de construção com usuário/familiar/cuidador com objetivo que extrapola simplesmente a informação e que chegou ao campo das relações afetivas. O AVC (Acidente Vascular Cerebral) é a principal causa de morte no Brasil, precisa de toda nossa atenção.

JUSTIFICATIVA

A responsabilidade das pessoas co-responsabilizarem pela sua saúde e se conscientizarem da prevenção do AVC (Acidente Vascular Cerebral).

OBJETIVOS

- Informar sobre a doença pelo olhar do próprio usuário;
- Extrapolar a informação e produzir "bens relacionais";
- Estreitar Vínculo entre usuário/familiar/cuidador no CRR (Centro de Referência em Reabilitação).

PÚBLICO ALVO

População em geral, especialmente usuários com AVC/ familiares e cuidadores.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

- Informar sobre AVC;
- Depoimentos de usuários/ cuidadores/ familiares;
- Orientações ao cuidador;
- Pontos levantados pelo usuário sobre AVC.

AÇÕES

- Material de suporte no setor de neurologia adulto;
- Trabalhar sala de espera CRR;
- Ser utilizada na Rede SUS/Betim;
- Material a ser divulgado no Dia Internacional do AVC – 24 de junho na cidade de Betim pelo SUS.

Gestão do cuidado em Saúde

Cartilha sobre Acidente Vascular Cerebral (Derrame)
Betim/MG

**“Às vezes me pergunto:
Porque isto aconteceu na minha família?”**

Baseado no olhar do usuário, família e cuidador

Essa cartilha foi elaborada com a participação de usuários, familiares e cuidadores, com o propósito de ajudar às pessoas que acabam de passar por situações semelhantes.

“Eu, Maria de Fátima Ferreira Silva, filha cuidadora do Marco Francisco da Silva, participei da criação da cartilha. Achou de muita importância para o esclarecimento das dúvidas sobre a doença. A cartilha ajuda a entender como cuidar de pessoas que apresentam o quadro, com orientações sobre o trato, alimentação, fatores de risco, sintomas e outros. Achou muito importante o peso que vai ajudar muitas pessoas.”

O diferencial dessa cartilha é que suas informações vão muito além dos dados técnicos, tratando de sentimentos e reflexões de quem vive ou já vivenciou os fatos. A cartilha utiliza uma linguagem simples, e de fácil entendimento, do ponto de vista de parentes, cuidadores e usuários.

Tem como finalidade informar sobre a doença, através de relatos, trabalhar a conscientização, a prevenção e criar vínculos e relacionamentos mais estreitos.

Maria Bernadete Pinho de Freitas - Neuromodulação
Centro de Referência em Reabilitação Anderson Gomes de Freitas
Av. Rio de Janeiro, 360 - 1309 - Betim/MG - CEP: 32111-000-0001

BETIM



PESQUISA SOBRE INICIATIVAS DE HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS: SUBSÍDIOS AOS GESTORES DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SP)

Autor principal: Maria Cezira Fantini Nogueira Martins

Outros Autores Ana Aparecida Sanches Bersusa; Ana Lucia Silva; Danaé Terezinha Nogueira

Conversani; Sandra Regina de Souza; Sonia Isoyama Venâncio

Instituição: Instituto de Saúde (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo)

Município: São Paulo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O Grupo de Pesquisa “Humanização em Saúde”, sediado no Instituto de Saúde e inscrito no Diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq, no intuito de contribuir com a política de humanização da SES-SP, realizou pesquisa sobre as práticas de humanização dos serviços dessa Secretaria. Estudou, em comum acordo com a Coordenadoria de Serviços de Saúde e com o Comitê Estadual de Humanização, o material apresentado no I Encontro Estadual de Ações de Humanização, realizado pela SES-SP em dezembro de 2004, para o qual os serviços de saúde foram convidados a encaminhar resumos sobre suas experiências.

OBJETIVOS

Descrever ações de humanização que vêm sendo implementadas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e refletir, a partir de experiências relatadas, como os serviços vêm “traduzindo”, no seu cotidiano, as diretrizes da política de humanização desenvolvida por essa Secretaria.

MÉTODO

Foram encaminhados 278 resumos, que descreviam ações de humanização desenvolvidas nos serviços de saúde. Após leitura do material encaminhado, identificou-se que, em função de a maioria dos inscritos não terem seguido a padronização de forma indicada, somente 197 possuíam as informações necessárias para a análise. Após a seleção desses 197 trabalhos, foram utilizadas as seguintes categorias para a análise: objetivo da ação; população-alvo; grupos populacionais específicos; setores do hospital envolvidos; atores/promotores da ação. Esses dados foram digitados no programa Excel e, para obtenção das análises de frequência, foram analisados no SPSS 10.0.

PRODUTOS

Distribuição de ações de humanização nos 197 trabalhos analisados:

- objetivo das ações: conforto e bem estar (47%); adesão ao tratamento (24%); relacionamento (12%); entretenimento (10%); atualização profissional (7%).
- experiências de ações de humanização segundo população alvo: usuário/acompanhante (69%); funcionário (19%); usuário/funcionário (8%); comunidade (2%);estudante (2%).
- conjunto dos usuários e os grupos populacionais específicos: adultos (58%), binômio mãe-criança (15%), crianças (15%), mulheres (12%).
- setores envolvidos com a humanização na instituição: todas (42%), maternidade (15%), cirurgia (8%), pediatria (7%), geriatria (7%), psiquiatria (6%), ambulatório (6%), UTI (3%), oncologia (3%), ensino (3%).
- atores responsáveis pela sua promoção e/ou implementação: equipe multiprofissional (44%), Grupo de Trabalho de Humanização (18%), voluntários (11%), Psicologia (8%), projetos oficiais da SES (6%), enfermagem (3%), religiosos (1%), outros (2%).

APRENDIZADO

Os resultados obtidos indicam que, possivelmente, os Grupos de Trabalho em Humanização (GTH), criados em 2002 pelo Núcleo de Trabalho de Humanização da SES-SP, como parte do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), conseguiram expandir suas atividades para vários setores de suas instituições, pois não são eles os que aparecem como únicos responsáveis pelas ações de humanização. Além disso, o caráter de transversalidade que a Política Nacional de Humanização (PNH) imprimiu e que a SES-SP adotou, também contribuiu, provavelmente, para que vários grupos institucionais tenham se responsabilizado por promover a humanização.



Ações específicas voltadas ao relacionamento interpessoal nas instituições estudadas ainda são incipientes e podem evoluir a partir da sensibilização dos gestores para a importância desse tema.

Três grupos para quem as ações são dirigidas (crianças, binômio mãe-criança e mulheres) recebem já atenção especial há algum tempo, pois são alvo de ações de caráter humanizador contidas em programas dirigidos ao nascimento e parto, que datam da década de 1990 e que tiveram, como consequência, um efeito sensibilizador com relação aos três grupos citados. Vale ressaltar, porém, que esses três grupos, juntos, não perfazem metade dos grupos-alvo, o que indica que o PNHAH e a PNH têm tido um efeito de disseminar as ações para outros grupos da população (adultos, idosos e outros).

As ações voltadas ao usuário e acompanhantes (68%) parecem ser indicativas do alto poder de influência exercido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e também pelo Estatuto do Idoso, que favoreceram os indivíduos mais fragilizados por sua idade, no sentido de que possam contar com medidas de apoio e proteção.

Quanto à desejada transversalização das ações de humanização, podemos verificar que nas instituições abarcadas por este estudo, esse princípio já está, de alguma forma, presente, pois vários são os setores (ambulatório, maternidade, pediatria, oncologia, cirurgia e outros) que se preocupam com a questão; além disso, 42% das instituições referem que todos os seus setores estão envolvidos com as práticas humanizadoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa deve ser sempre um instrumento de apoio dos gestores para a tomada de decisões e o para o direcionamento do uso dos recursos públicos. Este trabalho pretende subsidiar a gestão. A análise realizada retrata o panorama atual da consolidação da política de humanização em SP e pode direcionar os gestores na tomada de decisão dos investimentos para a institucionalização da humanização na assistência.



IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU

Autor principal: Maria Claudia Souza Matias

Outros Autores: Miria Dias Bibow Baldi; Maristela Delviga Strey Zancanaro; Alessandra Vanessa Heiden; Daisy Maria Evaristo Berndt Frischknecht; Marlene Santes Klitzke Gabriel; Kelly Pereira da Cunha; Eloisa Ceres Schefer; Daniela Woiciechowski

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau/ SC

Município: Blumenau

Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO

A implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) iniciou no Município de Blumenau em fevereiro de 2005. Desde então, a Secretaria Municipal de Saúde atua no sentido de incentivar a transformação das práticas de Atenção e Gestão na rede pública de Saúde do Município, seguindo o disposto nas diretrizes da Política.

JUSTIFICATIVA

A PNH representa a estruturação de diretrizes claras sobre o que o Ministério da Saúde entende por humanização, possibilitando aos municípios agir com respaldo e legitimidade no que tange a este tema. Além disto, a PNH representa um grande avanço na sistematização das iniciativas de humanização no SUS, pois orienta quanto a estratégias comprovadamente bem-sucedidas na área. No Município de Blumenau, a proposta da PNH surge como uma resposta às demandas de transformação das práticas de Atenção e Gestão apontadas como prioritárias por profissionais de Saúde, gestores e usuários do SUS.

OBJETIVOS

Incentivar a humanização das práticas de atenção e gestão em todas as instituições vinculadas ao SUS em Blumenau, melhorando, entre outros: a comunicação e fluxo entre serviços; o atendimento, tomando-o mais acolhedor; a responsabilização das equipes e usuários. Incluem-se entre os objetivos a redução das filas e do tempo de espera, a ampliação do acesso, a garantia do acompanhamento de pessoas da rede social do usuário (de livre escolha). Espera-se também a implementação da gestão participativa aos profissionais da rede pública de saúde e usuários; a ampla divulgação do Código dos Usuários do SUS, consolidando-se o respeito aos seus direitos; o respeito às diferenças étnicas, raciais, religiosas, de gênero, e outras, bem como o incentivo à Educação Permanente em Saúde.

METODOLOGIA

Para implantar a PNH no Município optou-se inicialmente pela realização de oficinas a fim de apresentar a PNH, sensibilizar e instrumentalizar para a proposta. Estas oficinas foram realizadas em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. A partir delas formaram-se vários Grupos de Trabalho de Humanização (GTH's): um com representantes das diversas áreas da Secretaria de Saúde, outro com representantes de várias instituições ligadas ao SUS no Município e ainda um terceiro, em nível regional, com representantes dos municípios que compõem o Médio Vale do Itajaí. Os hospitais da região também foram envolvidos no processo, e alguns desencadearam internamente o processo de formação de GTH's. O GTH da SEMUS reúne-se periodicamente e realiza o estudo sistemático das cartilhas da PNH, a discussão das dificuldades, a proposição de ações e a apresentação de demandas ao gestor municipal, quando necessário. Também realizou oficinas de sensibilização e divulgação da Política entre os gestores.

RESULTADOS

Dentre os resultados alcançados pelo GTH da Secretaria de Saúde de Blumenau e pelo GTH interinstitucional, destacam-se:

- Diagnóstico e planejamento sobre estratégias para a implementação da PNH;
- Plano de ação com propostas específicas para a Policlínica de Referência em Especialidades (unidade com mais de 160 servidores), entre elas a formação de um GTH local, formado pelos profissionais no início de 2006;
- Elaboração do Regimento Interno do GTH da Secretaria de Saúde, com a finalidade de regular o funcionamento do mesmo;
- Programa de Desenvolvimento de Equipes, iniciado ainda em 2005, com proposta de oportunizar aos profissionais de saúde a construção de estratégias que promovam o trabalho em equipe, bem como a qualificação e humanização do trabalho em saúde;



- e) Apresentação da PNH para o Conselho Municipal de Saúde de Blumenau, sensibilizando-os para participarem dos GTH's;
- f) Oficina de sensibilização para gestores da Secretaria de Saúde de Blumenau, com objetivo de apresentar a PNH a todos os coordenadores, gerentes e diretores, sensibilizando-os para a participação de todas as áreas no GTH;
- g) Fomento da articulação entre os diferentes segmentos vinculados ao SUS, no GTH municipal, o que resulta em uma melhor comunicação entre Conselho Municipal de Saúde, hospitais, rede ambulatorial, instituições formadoras, Pólo de Educação Permanente em Saúde e ONG's;

Aprendizado com a vivência: esta experiência evidenciou o desejo das várias instituições vinculadas ao SUS em Blumenau de aderirem a práticas mais humanizadas. Percebeu-se como facilidade o comprometimento das instituições quanto à proposta de transformações na Atenção e Gestão. Como desafio, apresentam-se as questões de infra-estrutura, advindas das dificuldades orçamentárias, e que se refletem na motivação dos profissionais, sendo forte obstáculo à efetivação de mudanças.

Considerações finais: Verificou-se a relevância deste trabalho não somente para a implementação de ações humanizadoras, mas também para a construção de um espaço democrático de pactuação entre as diversas áreas e instituições do SUS no Município. Há a percepção da necessidade de expansão dos grupos de trabalho de humanização, de modo a viabilizar a participação ainda maior de toda a rede pública de saúde local, incentivando a consolidação dos GTH's como espaços de articulação entre profissionais, áreas e segmentos do SUS. Os GTH's, por terem um objetivo em comum – a humanização da Gestão e da Atenção –, transformam o olhar dos que dele participam – que deixa de ser apenas uma visão fragmentada, embasada no interesse imediato de cada participante –, para torná-lo mais ampliado e aprofundar o entendimento sobre os desafios e dificuldades que se apresentam. A partir daí, é possível de fato unir forças, aperfeiçoar estratégias e potencializar ações, já que o processo de análise dos problemas é forçado a considerar uma multiplicidade de fatores que derivam da extrema complexidade da sociedade, do cuidado em Saúde e do SUS.



SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autor principal: Maria Cristina S. R. Amaral

Instituição: USF Jardim Cidade do Aço

Município: Volta Redonda

Estado: Rio de Janeiro

Este trabalho emergiu a partir da necessidade e desejo da equipe de Saúde da Família da Unidade Cidade do Aço de aumentar sua resolutividade na assistência aos usuários portadores de transtornos psiquiátricos estabilizados, egressos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Teve por objetivo facilitar o acesso dos usuários psiquiátricos e a não cronificação dos mesmos e capacitar a equipe de saúde da família no seu manejo. O método utilizado foi a organização de grupos de estudos semanais na unidade de saúde da família integrando as duas equipes (Saúde da Família e Saúde Mental) com discussões de casos que propiciaram trocas de informações. Como resultados obtivemos a consolidação de uma "práxis" a partir da construção de uma nova prática renovada pelo "saber", como também detectamos a estabilização dos usuários atendidos através

das visitas domiciliares e manutenção de sua medicação até então irregular. Esta experiência confirma a necessidade de inserção de novos atores na equipe de saúde da família visto que, é inegável o quanto melhora a qualidade do serviço e conseqüentemente a qualidade de vida deste usuário.





COMUNIDADES QUILOMBOLAS: TERRITÓRIO DE RESISTÊNCIA E UM DESAFIO PARA A EQÜIDADE NO SUS

Autor principal: Maria da Conceição Martins Bezerra

Outros Autores: Regina Célia paz

Instituição: Secretaria de Gestão Participativa/MS

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. A despeito 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.



A IMPORTÂNCIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO PROCESSO DE ACOLHIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO JARDIM CAMANDUCAIA-AMPARO-SP

Autor principal: Maria das Graças Patricio Gonzales

Outros Autores: Amarilys Zaldúa Triana

Instituição: USF Jd Camanducaia Prefeitura Municipal de Amparo

Município: Amparo

Estado: São Paulo

RESUMO

O presente artigo consiste num relato de experiência em uma unidade de saúde da família no município de Amparo SP no ano de 2005, e versa sobre a importância da comunicação nas relações interpessoais entre os profissionais que compõem a equipe de saúde, e na construção e o compartilhar das diferentes histórias de vida dos mesmos, para que estas servissem de instrumento para o acolhimento dos trabalhadores desta unidade, acolhimento interno, e que este trabalho se refletisse no melhor acolhimento e atendimento do paciente e sua família.

INTRODUÇÃO

É importante promover dentro do trabalho da equipe, espaços lúdicos que possibilitem um maior conhecimento dos outros que compartilham o dia a dia de trabalho. O relacionamento interpessoal ocorre todo o tempo entre os membros da equipe, envolvendo também as relações familiares desses sujeitos¹ e suas histórias de vida, que permanentemente permeiam seus valores, posturas, e formas de reagir e se comunicar no ambiente de trabalho. A comunicação adequada precisa existir para que o cuidado seja bem executado com um mínimo de estresse entre aqueles que o executam.

As relações entre as pessoas ocorrem através da comunicação de diversas formas, através da fala, escrita, gestos, murmúrios, toque, ou mesmo através do silêncio. Este conhecimento, principalmente a decodificação da comunicação não-verbal, é importante para o profissional de saúde que deve compreender o ser humano como um todo, capaz de toda espécie de sentimentos, nem sempre expressos verbalmente, e que prejudicam as relações interpessoais².

O objetivo deste estudo foi demonstrar a importância da comunicação nas relações interpessoais e um bom acolhimento dos profissionais no ambiente de trabalho, resultando em um melhor atendimento aos pacientes.

METODOLOGIA

Este artigo refere-se a uma reflexão de um relato de experiência de caráter qualitativo, visando a partir do mesmo focar a importância das relações interpessoais no trabalho em equipe. Foi utilizado como objeto disparador o filme "Colcha de retalhos" da diretora Jocelyn Moorhouse, 1995, associado à metodologia da roda³ e a partir da reflexão sobre o filme, desenhar algo que representasse a história de vida do membro da equipe, para depois compartilhar em roda com o restante da equipe.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A noção de "roda" ficou evidente após as participações nas reuniões, onde todos os membros da equipe participam como sujeitos formuladores de ações e na tomada de decisões, seja na elaboração da pauta, da ata, nas sugestões, críticas e soluções de problemas que afetam o bom atendimento na unidade.

A "Colcha de Retalhos" é realizada de maneira descontraída no salão de reuniões, onde as cadeiras são trocadas por colchonetes, e música suave tranquilizando todos os que chegam e percebem o ambiente propício à introspecção. Objetos facilitadores da atividade: folhas de papel, canetas e um bastão de madeira. Um "sigilo de grupo" foi conveniado.

Depois de assistir o filme, cada membro da equipe faz o desenho que representa sua vida. O bastão, utilizado para indicar quem deveria falar (se o desejasse), é girado no meio da roda, onde sua ponta colorida indicasse aleatoriamente a vez do "contar sua história". Cada um dos desenhos é colocado no centro da roda, armando a "Colcha de Retalhos", bordada a partir de lembranças, emoções, e muita cumplicidade e solidariedade por parte de cada um dos membros da equipe. Foram identificadas condições e características de vida muito semelhantes entre os participantes, o que deu uma clara noção de pertencer a uma equipe de sujeitos resilientes que ao enfrentar diferentes obstáculos, conseguem ver e entender o outro. Histórias de vida



semelhantes surgiram entre as pessoas com maior dificuldade de relacionamento

O afeto, o respeito, a responsabilidade, a iniciativa, o bom-humor que identificam nossa equipe é o resultado também, da melhor compreensão e conhecimento de quais nossas raízes e qual a nossa forma de andar e ver a vida. Esta dinâmica foi fundamental para a aproximação dos membros da equipe, tornando mais fácil o relacionamento no dia-a-dia, até surgir novos conflitos e se tornar necessária uma nova "Colcha", não necessariamente de histórias de vida, mas sim de formas de entender a vida e os problemas com os quais nos deparamos no dia a dia, como equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Comunicação é instrumento fundamental nas ações de saúde, e influi decisivamente na qualidade da assistência em saúde: "A comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação entre as pessoas"⁴.

O relato desta experiência vem comprovar o quanto a comunicação, e o exercício das relações interpessoais harmoniosas e felizes contribuem para o desenvolvimento do trabalho e o atendimento do paciente, significando que para saber acolher é preciso também um permanente processo de acolhimento interno

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Mussi, F.C. Confortamos? Lidamos com o humano sem conhecer o que de humano temos dentro de nós. Rev. Esc. Enf. USP, v33. n.2. p. 113-22, jun. 1999.
- 2- Silva, M.J.P. Comunicação tem Remédio- A Comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde. 4ª ed. São Paulo, Editora Gente, 1996.
- 3- Campos, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo, HUCITEC, 2000
- 4- Stefanelli, M.C. Comunicação com o Paciente-Teoria e Ensino. 2ª ed. São Paulo, Editora Robe, 19



CUIDAR DE QUEM CUIDA: UM OLHAR BIOPSIKOSSOCIAL VOLTADO AO TRABALHADOR DA SES/PE

Autor principal: Maria de Fátima Dias de Sousa

Outros Autores: Cícera Maria de Siqueira; Kátia Brasileiro; Rosane Nascimento; Mirtes da Silva Paula; Eleni de Medeiros; Maria Olindina Dantas Caribé; Rubert Nóbrega; Marcus Túlio Caldas; Carolina Chacon.

Instituição: Secretaria Estadual de Saúde-PE/ UNIAPS

Município: Recife

Estado: Pernambuco

A UNIAPS – Unidade de Apoio Psicossocial é um serviço da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, atuante no cuidado ao funcionário da rede estadual de saúde. Foi implantado em agosto de 1995, estando vinculado atualmente no organograma da SES à Superintendência de Gestão de Pessoas.

Percebe-se que após fase de grande investimento nas instituições, em qualidade tecnológica e infra-estrutura, aspecto que se tornou básico e irrefutável para o bom andamento dos negócios, o grande diferencial passou a ser a gestão de pessoas. Este novo âmbito inclui em seus preceitos a promoção do bem-estar do trabalhador com vistas a aumentar a produtividade, incluindo a satisfação e o reconhecimento no trabalho. Na área da saúde este cenário é mais especificado, pois o profissional que tem como rotina ser cuidador apresenta certa resistência em ser cuidado.

A primeira forma de funcionamento da UNIAPS caracterizava um lugar de escuta das dificuldades psíquicas dos funcionários da SES e FUSAM. A criação do serviço teve como objetivo buscar melhorar a qualidade de vida do funcionário, oferecendo para tanto, um lugar de intermediação entre as necessidades pessoais deste e as exigências de um trabalho institucional, encaminhando as resoluções. Em 1995 já existiam 92 funcionários cadastrados, sendo os principais motivos de procura do serviço: 10,86% desadaptação ao ambiente de trabalho; 58,58% distúrbios emocionais transitórios; 7,6% distúrbios psicóticos; 13,04% alcoolismo; 1,08% drogadição; 1,08% incapacidade permanente para o trabalho; além de outros tipos de dificuldades constatadas. Desta forma, era preciso construir uma proposta de apoio biopsicossocial, oferecendo suporte clínico, psicológico e de apoio social.

OBJETIVOS

GERAL: implantar uma política de revalorização do servidor da área de Saúde de forma assistencial e preventiva, com melhoria na produtividade individual e coletiva, prevenção de doenças e promoção à saúde.

ESPECÍFICOS: cuidar de trabalhadores que se encontram em dificuldades pessoais e/ou laborativas, através de um cuidado biopsicossocial e/ou de atividades educativas com vista à prevenção de doenças e melhoria na qualidade de vida dos mesmos; Possibilitar a implantação e implementação dos Núcleos de Apoio Psicossociais das GERES (Gerências Regionais de Saúde) e Hospitais de referência da rede Estadual na Região Metropolitana do Recife, criando assim, uma rede de apoio psicossocial no estado.

METODOLOGIA

São desenvolvidas atividades por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, distribuídas em: Clínica Biopsicossocial e Serviço de Apoio Pedagógico. Dentre as ações desenvolvidas na Clínica incluem-se: Clínica Psicológica, Psiquiátrica, Clínica Geral, Medicina do Trabalho, Serviço Social. No Serviço Pedagógico: atividades culturais e de lazer (Palestra mensal, CINE/SES, capoeira, Dança de Salão), e trabalho com grupos (Grupo de humanização nas relações de trabalho utilizando biodança, Grupo de apoio ao alcoolista, Grupo anti-estresse, Grupo de Bioenergética, Grupo Operativo de Readaptação ao trabalho).

RESULTADOS ALCANÇADOS E DIFICULDADES ENCONTRADAS

No desenvolvimento das atividades, a UNIAPS tem encontrado algumas dificuldades, tais como: a grande escassez de recursos humanos, didáticos e financeiros, e resistências às mudanças no tocante ao posicionamento das chefias e direções. Contudo, tem conseguido dar andamento a este projeto e seus resultados podem ser avaliados a partir do número crescente de trabalhadores (as) que procuram o serviço (fig. 1), dos atendimentos realizados (fig. 2) e pelo crescimento e descentralização da Unidade de Apoio Psicossocial, através da criação dos núcleos de apoio psicossociais (NUAPS) (fig. 3). Tem se conseguido dar andamento aos casos atendidos, com resgate de trabalhadores à unidade de saúde, além

de mediação de processos administrativos, encaminhando suas resoluções. As soluções dadas aos casos recebidos resultam em uma melhor satisfação e motivação do trabalhador, o que propicia uma maior eficiência em suas atividades laborativas, repercutindo na qualidade do atendimento prestado aos usuários da Rede Estadual de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O serviço de Apoio Psicossocial é um projeto que se destaca no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, por ter um olhar diferenciado a estes profissionais, construindo uma nova visão de gestão pautada no cuidado ao indivíduo que trabalha na saúde.

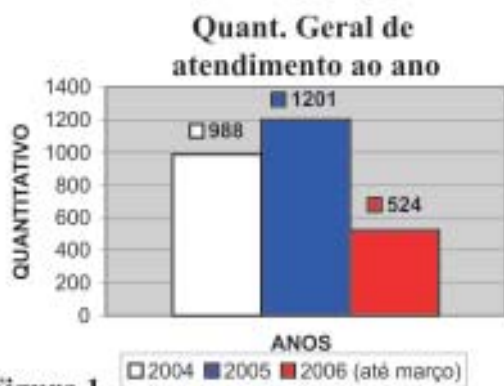


Figura 1



Figura 2

Mapa de implantação dos Núcleos de Apoio Psicossocial – NUAPS nas Gerência Regionais de Saúde

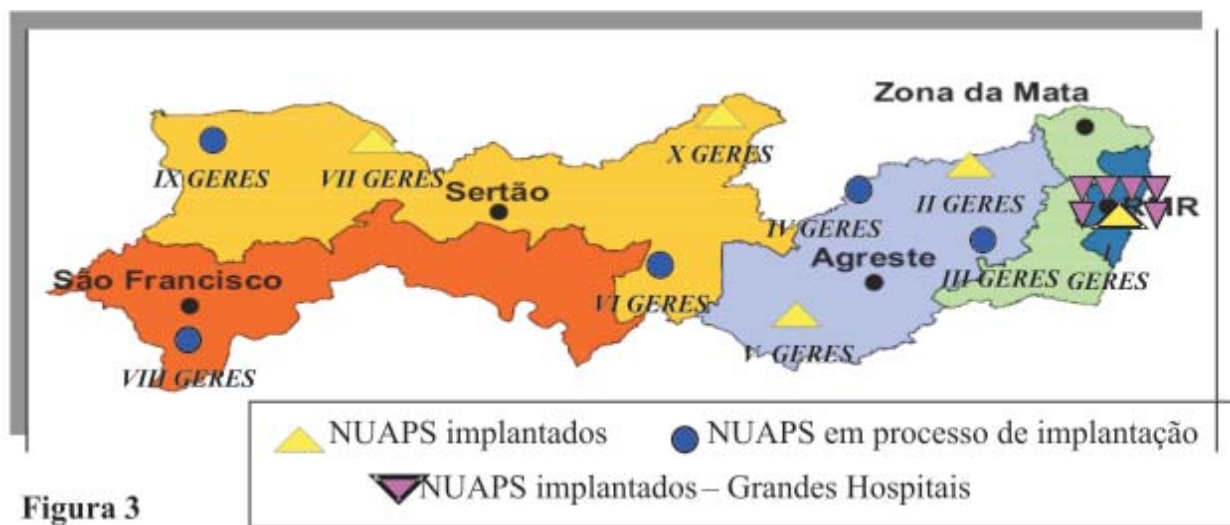


Figura 3



CONHECENDO O CORPO DA MULHER POR DENTRO- PEÇA COMUNICATIVA PARA ESTIMULAR A MULHER A FAZER O EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO SEM MEDO.

Autor principal: Maria de Fátima Medeiros de Cerqueira
 Outros Autores: Isabel Cristina dos Santos Lima
 Instituição USF Jd Camanducaia da Prefeitura Municipal de Amparo
 Município: Amparo
 Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Uma das principais dificuldades para a realização do exame preventivo de câncer de colo de útero (Papanicolaou) é o desconhecimento que todos nós temos sobre o nosso corpo, principalmente as mulheres. Isto se deve provavelmente a diversos fatores: a repressão histórica a qual foram submetidas a maioria das mulheres, o medo de se tocar, a maioria de seus órgãos reprodutores é interiorizada, a dificuldade que nós, profissionais de saúde, temos de utilizar linguagem simples e acessível ao entendimento de nossa clientela e a maior dificuldade de todos nós, pensar de forma simples e transformar este pensamento num instrumento de trabalho educativo efetivo.

OBJETIVOS

Acolher a mulher de forma a que ela se transforme em sujeito de si mesmo, perceba e entenda a importância de realizar periodicamente o exame Papanicolaou sem que seja induzida por nossos apelos como uma tarefa a ser cumprida porque nós, profissionais de saúde, achamos importante e, porque precisamos manter excelentes coberturas (isso é muito importante) mas, principalmente porque esta mulher compreende que isso é importante para ela e para sua vida e sabe exatamente o que estará acontecendo com o seu corpo a cada passo do procedimento. Diminuir a ansiedade, o medo do desconhecido e principalmente diminuir a sensação de ter sua privacidade invadida sem entender o porquê. Relatar o trabalho educativo que realizamos com essas mulheres e sua importância no contexto de trabalho de acolhimento da USF Jardim Camanducaia.

MÉTODOS

Os objetos utilizados para a realização desta peça comunicativa por si só já explicariam o método deste trabalho educativo. O que no início era feito individualmente apenas no consultório da enfermeira durante a consulta, hoje, é socializado por todas as técnicas de enfermagem que se propuseram a demonstrar

esta apresentação e discutir com grupos de mulheres antes da realização do exame de Papanicolaou, onde se trabalha também a educação para o auto-exame de mamas, as doenças sexualmente transmissíveis e os métodos contraceptivos existentes e os disponíveis pela Unidade de Saúde do Jardim Camanducaia. Para tanto, se reuniram e unificaram

CONHECENDO O CORPO DA MULHER POR DENTRO - PEÇA COMUNICATIVA PARA ESTIMULAR A MULHER A FAZER O EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO SEM MEDO.

Autor:
Maria de Fátima Medeiros de Cerqueira
Isabel Cristina dos Santos Lima

Introdução e justificativa:
Uma das principais dificuldades para a realização do exame preventivo de câncer de colo de útero (Papanicolaou) é o desconhecimento que todos nós temos sobre o nosso corpo, principalmente as mulheres. Isto se deve provavelmente a diversos fatores: a repressão histórica a qual foram submetidas a maioria das mulheres, o medo de se tocar, a maioria de seus órgãos reprodutores é interiorizada, a dificuldade que nós, profissionais de saúde, temos de utilizar linguagem simples e acessível ao entendimento de nossa clientela e a maior dificuldade de todos nós, pensar de forma simples e transformar esse pensamento num instrumento de trabalho educativo efetivo.

Objetivo:
Acolher a mulher de forma a que ela se transforme em sujeito de si mesmo, perceba e entenda a importância de realizar periodicamente o exame Papanicolaou sem que seja induzida por nossos apelos como uma tarefa a ser cumprida porque nós, profissionais de saúde, achamos importante e, porque precisamos manter excelentes coberturas (isso é muito importante) mas, principalmente porque esta mulher compreende que isso é importante para ela e para sua vida e sabe exatamente o que estará acontecendo com o seu corpo a cada passo do procedimento. Diminuir a ansiedade, o medo do desconhecido e principalmente diminuir a sensação de ter sua privacidade invadida sem entender o porquê. Relatar o trabalho educativo que realizamos com essas mulheres e sua importância no contexto de trabalho de acolhimento da USF Jardim Camanducaia.

Método:
Os objetos utilizados para a realização desta peça comunicativa por si só já explicariam o método deste trabalho educativo. O que no início era feito individualmente apenas no consultório da enfermeira durante a consulta, hoje, é socializado por todas as técnicas de enfermagem que se propuseram a demonstrar esta apresentação e discutir com grupos de mulheres antes da realização do exame de Papanicolaou, onde se trabalha também a educação para o auto-exame de mamas, as doenças sexualmente transmissíveis e os métodos contraceptivos existentes e os disponíveis pela Unidade de Saúde do Jardim Camanducaia. Para tanto, se reuniram e unificaram um modelo de apresentação onde as quatro usassem a mesma linguagem para tentar manter a mesma linha de orientação. Os objetos utilizados são: pêra de cera (útero), cilindro de borracha (vagina), espelho de borraça (vagina), espelho vaginal de acrílico, espátula de Ayres, escovinha cervical, lâmina de vidro, mama de silicone (mama-amiga), álbuns seriados também de vidro, pêra de cera (útero), cilindro de borracha (vagina), espelho vaginal de acrílico, espátula de Ayres, escovinha cervical, lâmina de vidro, mama de silicone (mama-amiga), álbuns seriados também de vidro, pêra de cera com diversos métodos contraceptivos, (vide fotos anexas do artigo).

Produtos:
Acreditamos que as mulheres que fazem parte da nossa área de saúde têm sido oportunidade de se transformarem em sujeitos de suas próprias de saúde pois perceberam ao conversar com as mães e verificando os melhores exemplos, o entendimento do vínculo com a realidade não só dentro na área mas de outros membros da família pois esse tipo de trabalho educativo sempre traz benefícios além da ignorância porque, quando falamos a língua do corpo, o conhecimento se efetiva e passa que significa tudo: o trabalho, as atitudes, o respeito que sentimos por nossas mães e em troca temos uma relação também de amor, principalmente de confiança e respeito pelo nosso busca de promover saúde no sentido individual e coletivo.

Aprendizado e considerações finais:
Com este trabalho pudemos perceber como é complexo e ao mesmo tempo simples a realização de um trabalho educativo que atingiu os objetivos propostos. A vivência deste trabalho nos trouxe a percepção de nossa prática profissional tão cheia de termos técnicos instigantes, onde muitas vezes nos encontramos atrás de uniformes, óculos e máscaras, nos afastando de nosso alvo que é a formação do vínculo entre a cliente e a equipe. Uma vez tendo o valor de tudo um pode ser reconhecido pelo outro, onde a vida e sua preservação são o mesmo tempo nosso objeto de trabalho e o interesse de todos (profissionais e usuários). Também aprendemos que quando uma equipe se une para realizar um trabalho com o mesmo objetivo com certeza consegue chegar à realidade proposta e é sempre o usuário, sua satisfação, confiança e respeito que nos mostram que estamos trilhando o caminho certo e que essas experiências podem ser compartilhadas por todos da equipe e por outras equipes, testando, melhorando, refletindo, compartilhando o trabalho de educação em saúde.

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

um modelo de apresentação onde as quatro usassem a mesma linguagem para tentar manter a mesma linha de orientação. Os objetos utilizados são: pêra de cera (útero), cilindro de borracha (vagina), espelho vaginal de acrílico, espátula de Ayres, escovinha cervical, lâmina de vidro, mama de silicone (mama-amiga), álbuns seriados



sobre os temas citados, pôster e caixa com diversos métodos contraceptivos.(vide fotos ao final do artigo, além dessas fotos estaremos montando um painel com fotos de todas as ferramentas utilizadas, além do “script” trabalhado pelas técnicas, enfermeiros nesta peça comunicativa)

PRODUTOS

Acreditamos que as mulheres que fazem parte da nossa área adstrita têm tido oportunidade de se transformarem em sujeitos de suas opções de saúde pois percebemos ao conversar com as mesmas e verificando os retornos agendados, o estreitamento do vínculo com a equipe não só dessas mulheres mas de outros membros da família pois este tipo de trabalho educativo rompe muitas barreiras além da ignorância porque, quando falamos a língua do outro, a comunicação se efetiva e parece que simplifica tudo: o trabalho, as atitudes, o respeito que sentimos por nossos usuários e em troca temos uma relação também de afeto mas, principalmente de confiança e respeito pelo nossa busca de promover saúde no sentido individual e coletivo

APRENDIZADO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho pudemos perceber como é complexo e ao mesmo tempo simples a realização de um trabalho educativo que atinja os objetivos propostos. A vivência deste trabalho nos remete a repensar nossa prática profissional tão cheia de termos técnicos inatingíveis, onde muitas vezes nos escondemos atrás de uniformes, crachás e títulos, nos afastando de nosso alvo que é a formação do vínculo numa relação de duas vias onde o valor de cada um pode ser reconhecido pelo outro, onde a vida e sua preservação são ao mesmo tempo nosso objeto de trabalho e o interesse de todos (profissionais e usuários). Também aprendemos que quando uma equipe se une para realizar um trabalho com o mesmo objetivo com certeza consegue chegar à finalidade proposta e é sempre o usuário, sua satisfação, confiança e respeito que nos mostram que estamos trilhando o caminho certo e que essas experiências podem ser compartilhadas por todos da equipe e por outras equipes, testando, melhorando, enfim, aperfeiçoando o trabalho de educação em saúde.



Iª FEIRA DE SAÚDE DE DOURADOS "TUDO DE BOM PRA VIVER BEM"

Autor principal: Maria de Fátima Metelaro

Outros Autores: Maria de Lourdes Dutra; Cristhie Apª Gomes Rodrigues

Instituição Secretaria Municipal de Saúde de Dourados

Município: Dourados

Estado: Mato Grosso do Sul

INTRODUÇÃO

Na perspectiva de avançar na efetivação das diretrizes do SUS e na aproximação dos serviços e comunidade, trabalhadores de saúde com os usuários, gestores municipais e outras instituições que promovem saúde, a Secretaria Municipal de Saúde realizou a 1ª Feira de Saúde de Dourados, nos dias 11 e 12 de Novembro de 2005 visando oportunizar um espaço articulador, de referência e capilarização dos movimentos e práticas promotoras de saúde e de educação em Saúde que acontecem no município.

OBJETIVOS

- Estimular à reflexão da sociedade sobre o conceito de Saúde e a necessidade de ações que a promovam, onde as relações, através de construções coletivas e fraternas, a arte, a alimentação e a educação, o acolhimento, o movimento e o ambiente se constituam como fatores a serem potencializados nas práticas para uma vida saudável, através de uma visão de saúde dinâmica e presente nas diversas esferas da vida;

- Promover e fomentar movimentos e práticas de Educação Popular em Saúde;

- Instalar um espaço de encontro entre as práticas intersetoriais e interdisciplinares desenvolvidas no município que se utilizam múltiplas linguagens para promover saúde.

METODOLOGIA

A preocupação com a promoção da qualidade de vida fez com que pensássemos na construção coletiva da Feira. Ao longo do ano de 2005 realizamos encontros de planejamentos e discussões sobre Saúde apontando a visão de uma saúde integral e dinâmica, presente em diversas esferas de nossa vida, desde nossa alimentação, nossas relações sociais, nossas formas de expressão e no ambiente em que habitamos. Nesta construção estiveram presentes na roda os serviços de saúde, instituições de ensino de nível superior e técnico, ONGs, trabalhadores de saúde, Secretaria Municipal de Assistência Social, Secretaria de Educação, Fundação de Cultura,

Secretaria Municipal de Desenvolvimento, artistas e acadêmicos, programas de DST/AIDS, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Movimento Hip-Hop, artistas circenses, Movimento Negro, Pastoral da Saúde, Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra.

Espaço Físico – Visando atender as diversas formas de expressão e favorecer a aproximação e a troca de saberes entre os atores sociais, pensamos no Parque Antenor Martins como um local acolhedor para o evento. As práticas de saúde, como rodas de conversa, apresentações artísticas e oficinas de ioga, técnicas circenses, remédios caseiros, música, foram realizadas ocupando grande parte do Parque, e desenvolvidas as ações ao ar livre, nos quiosques, na quadra de esportes e na Tenda de Circo, abrigando assim as diversas abordagens terapêuticas em saúde.

RESULTADOS

O evento possibilitou a aproximação e articulação entre a equipe organizadora e os parceiros, favorecendo as relações de trabalho e o engajamento no debate sobre a saúde, havendo uma avaliação positiva do potencial transformador do olhar sobre a Saúde tanto para os profissionais envolvidos quanto para a comunidade que participou do evento, em função da linguagem e metodologia utilizada. Entendemos a educação para a saúde como um processo, interdisciplinar, que se faz no cotidiano, através do permanente diálogo entre os sujeitos com o meio onde vivem e com o mundo e se relacionando com diferentes saberes sem isolá-los do todo que é a vida, assim uma administração municipal comprometida com a saúde pública tem um papel fundamental na construção de uma visão de Saúde integral e na promoção desta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do evento possibilitou um outro olhar para o conceito de saúde, vinculando-o a uma ação dinâmica e aos diversos aspectos da vida. A sinergia entre os diversos atores e o conhecimento adquirido através dos meses de preparação do mesmo, favoreceu uma atuação junto a comunidade durante o



evento, rica em conteúdo e significado. A Feira tornou-se um evento de todas as instituições e movimentos que trabalham com saúde no município, não se constituindo como uma ação apenas do executivo municipal podendo vir a fazer parte do calendário de eventos da cidade, fomentando assim o repensar das práticas de saúde tanto nos serviços como no cotidiano da população.



CURSO DE TERAPIA INTENSIVA PARA AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM EM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR E QUALIFICAÇÃO NA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA

Autor principal: Maria de Fátima Sampaio da Cunha

Outros Autores: Dulcilene de Araújo e Assunção Filha

Instituição: Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco

Município: Recife

Estado: Pernambuco

O curso de terapia intensiva para Auxiliares e técnicas de enfermagem surge no momento em que o gestor do sistema de saúde no Estado propõe a reestruturação e ampliação dos serviços de alta complexidade. Entre todas as reformas está a qualificação dos profissionais de enfermagem, visto que na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) concentra pacientes clínicos e cirúrgicos mais graves, necessitando de monitorização e suporte contínuos de suas funções vitais, e a enfermagem é ponto fundamental na contínua vigilância e informação destes agravos, aos profissionais de competência, para busca da reversão destes quadros. Ao ser admitido na UTI a maioria desses pacientes é submetida a procedimentos invasivos com finalidade diagnóstica e ou terapêutica, o que torna ainda maior a susceptibilidade de riscos, principalmente no âmbito de infecção.

Nos hospitais, a UTI é o lócus assistencial onde o cuidar intensivo promove, cria e determina intensas variáveis intervenientes no processo de trabalho que ali se desenvolve. Entendendo estas variáveis como de relevante importância na assistência, envolvemos os 07 hospitais de referência da cidade do Recife, com uma média de leitos de UTI, em torno 25 leitos por Hospital, e com uma necessidade de treinamento total de mais de 705 auxiliares e técnicos de enfermagem. Entre esses profissionais, uma terça parte não tem vínculo permanente com a instituição pública, ingressando nos serviços de saúde, através de contratos temporários, o que gera alta rotatividade e uma quebra nos processos de treinamento e reciclagens destes profissionais.

Sabe-se também que nesses locais críticos deveriam estar locadas pessoas com plenas condições de desenvolver suas atividades, baseadas na sua formação técnica, porém vemos que existe uma distância visível entre a teoria do curso profissionalizante e a vivência, com o nível de exigência do cuidado de enfermagem dispensado a pacientes de UTI, requerendo conhecimentos dos agravos aos quais estes estão expostos, e o que pode ser feito pela equipe de enfermagem, desde que bem qualificada e consciente do seu papel na busca de retorno desse indivíduo a sociedade.

A escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco (ETESPPE) estruturou um curso baseado nos levantamentos das

necessidades reais, a partir de uma discussão com os enfermeiros supervisores das UTIs, nos sete hospitais envolvidos no processo, identificando as falhas de desempenho, dos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Nesse levantamento buscamos também saber quantos desses profissionais já haviam cursado o técnico e quantos ainda eram auxiliares de enfermagem, constatando que entre os profissionais de enfermagem que compõem o quadro funcional, ainda temos nas UTIs um contingente grande dessa categoria sem a formação do curso técnico de enfermagem, correspondendo um total de 60% dos 705 auxiliares de enfermagem. Com essas informações o curso foi estruturado considerando a necessidade de melhorar o desempenho desses profissionais, através da elaboração de um plano de curso cujo conteúdo fosse aproveitado como itinerante do curso técnico de enfermagem, conforme o contido na resolução 04/99 da câmara de educação e conselho nacional de educação, Artigo 11: A escola poderá aproveitar conhecimentos e experiências anteriores, desde que diretamente relacionados como perfil profissional de conclusão da respectiva qualificação ou habilitação profissional,

Para operacionalizar o curso, com uma carga horária de 280 horas, reunimos os enfermeiros lotados nas UTIs, em torno de 50, os quais foram capacitados pedagogicamente, participando de oficinas para discussão e programação dos conteúdos a serem desenvolvidos. Envolvemos 02 enfermeiros: 01 coordenador pedagógico e 01 coordenador técnico do curso, além dos supervisores e instrutores. Após estas definições elaboramos o material institucional, em apostilas preparadas e direcionadas para situações vivenciadas, patologias com agravos e alterações hemodinâmicas, as quais determinam a presença dos pacientes nas UTIs.

De posse do Material iniciamos os Cursos que foram realizados nos hospitais, seguindo horários e turmas de acordo com a disponibilidade de horário desses profissionais, a alunos e instrutores, pois todos demandam uma carga de trabalho bastante diversificada. Alguns hospitais dispuseram apenas de uma turma com média de 20 alunos enquanto outros optaram e conseguiram formar duas turmas, também com média de 20 alunos por turma,



com horário de aulas diurnos e noturnos. A avaliação prática é acompanhada dentro do serviço no horário de trabalho, pelos enfermeiros plantonistas.

Concluímos uma primeira turma com 105 alunos, e na primeira avaliação obtivemos depoimentos dos instrutores que o curso favoreceu uma visão mais ampla, melhorou o desempenho, nas várias técnicas aplicadas a procedimentos de enfermagem, bem como favoreceu um sentido mais humanizado nas tarefas, e notadamente esta categoria se sentiu mais valorizada e estimulada na busca de desenvolvimento profissional.

Foram também redirecionadas duas profissionais deste grupo capacitado, a trabalhar em outra área do hospital, visto que na UTI o seu desempenho não era compatível à assistência de pacientes do porte de gravidade ali existente.

Estamos em curso com uma segunda turma, com total de 170 alunos com previsão de término para agosto de 2006.

Assegurar que trabalhadores da Saúde estejam satisfeitos com o processo e o resultado do seu trabalho é um caminho prático e certo para o crescimento pessoal do trabalhador do SUS.



educação em saúde e integração social (comemoração de datas festivas), treinamentos e cursos de atualização e formação, entre eles: o segundo grau para 29 servidores, no próprio serviço. No que diz respeito à reorganização dos serviços, aquisição de ferramentas, instrumentos e equipamentos de trabalho, reformas: setor de lavanderia, relocação e melhor ambiência do setor de manutenção; relocação e melhor ambiência do setor de recepção ao visitante; implantação do serviço de triagem classificatória e após mudança no fluxo com adaptação de espaço físico para o atendimento conforme preconização da política de humanização, eixo azul e eixo vermelho; relocação do arquivo morto pois estava ocupando espaço do auditório, para um prédio cedido por órgão estadual, após articulação com o mesmo; articulação e participação com a rede local visando contribuir com a atenção integral através dos níveis existente na rede local. Construção de uma nova UTI neonatal, com outras já em andamento de licitação reforma do pronto-socorro adulto humanizado, centro obstétrico humanizado e construção de novo centro cirúrgico.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A gestão participativa proporciona aprendizado contínuo de ambas as partes, é uma metodologia nova que muitas vezes nem é percebida pela equipe, embora seja uma rotina cotidiana pois as chefias intermediárias exercem a função há bastante tempo, o que enriquece as rodas de conversa e reuniões pois é costume todos falar o que pensam, defender os seus espaços e também refletir o que é melhor para o cidadão a quem devemos servir e tirar encaminhamentos, estamos sempre buscando fazer melhor e fazer bem, respeitando o pensar do outro. As facilidades tem sido o apoio da Direção, que está sempre junto, viabilizando as condições necessárias no que está ao seu alcance, os colegas que acreditam e estão sensibilizados com as propostas de mudanças e também o respaldo e credibilidade da gestão junto à Secretaria. As dificuldades, ampliar o leque de aliados à causa, desenvolver ações de controle e avaliação ou seja medir os resultados, dispor de parâmetros e indicadores que possibilitem melhor acompanhamento; avançar nos protocolos, foram realizadas oficinas, reuniões de acompanhamento e não conseguimos ainda que todos os setores elaborassem o seu manual de práticas e rotinas; avançar nas relações com a rede de apoio local e comunitária e gestão colegiada, próximo passo a ser buscado pela assessoria de recursos humanos e GTH.

A assessoria de recursos humanos, da qual faço parte tem contribuído no que pode, instruindo a direção, para que fortaleça a gestão participativa tendo como base a política de humanização.



AMBULATÓRIO DO PÉ DIABÉTICO DO CENTRO DE SAÚDE II

Autor principal: Maria de Jesus Rodrigues Santos

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

JUSTIFICATIVA

O ambulatório do pé diabético é uma necessidade para todas as unidades de saúde, que faz o acompanhamento do diabético.

OBJETIVO

Prevenir o aparecimento de lesões e tratar as já instaladas, evitando agravamento como: ulcerações e amputações e encaminhar as mais graves.

METODOLOGIA

Examinaremos os pés em cada consulta.

Exame constando de: teste de sensibilidade, verificar pulsações das pernas e dos pés e neuropatias .

Periodicidade dos exames pela equipe de saúde: examinar os pés em cada consulta; sem alteração a cada seis meses, com alteração será de acordo com gravidade no máximo de três em três meses.

Acompanhamento pelo paciente para evitar o pé diabético.

- Olhar os pés todos os dias para detectar a presença de frieira, calos, ou feridas.
- Cortar as unhas em linha reta.
- Usar pedras pomes para os calos.
- Deixar de fumar.
- Usar diariamente creme hidratante, óleo vegetal e glicerina em todo o pé, menos entre os dedos.
- Lavar os pés com água morna, enxugar sempre entre os dedos – evitar deixar de molho em água morna.
- Evitar cortar calos com giletes, canivetes alicates ou lixa metálica.
- Usar sapatos ajustados e confortáveis a cada situação.



PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PRÉ NATAL - PROCESSOS EDUCATIVOS NAS SALAS DE ESPERA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE CONTRA O USO DE DROGAS COMO PREVENÇÃO DAS ANOMALIAS CONGÊNITAS.

Autor principal: Maria de Lourdes de O.Cajueiro.
Instituição: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
Município: Salvador
Estado: Bahia

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Há evidências de que as drogas, como o álcool, o café e o fumo, estão relacionados a uma maior incidência de anomalias congênitas. Não só anomalias gerais, mas também anomalias específicas como: atraso no crescimento, falta de coordenação, tremores, microcefalia discreta, perdas palpebrais, sopros cardíacos, ptose palpebral, hiperatividade.

Utilizamos a educação como recurso fundamental e estratégico para a promoção da saúde mediante a prevenção das deficiências.

O álcool é uma das poucas drogas que tem o consumo admitido e até incentivado pela sociedade. Apesar de sua aceitação social apresenta conseqüências às vezes dramáticas. Causa acidentes de trânsito, violência e a síndrome alcoólica fetal. Por isso o alcoolismo é um importante problema de saúde pública que acarreta altos custos para a sociedade e envolve questões médicas, psicológicas, profissionais e similares.

OBJETIVOS – PROPÓSITOS

Contribuir para a promoção da saúde, evitando as anomalias congênitas causadas pelo consumo, durante a gestação, do álcool, do fumo e do café.

METODOLOGIA

A metodologia adotada para o desenvolvimento deste trabalho constou de uma revisão bibliográfica e documental do tema e de discussões informativas conduzidas com gestantes nas salas de espera das unidades básicas de saúde. Tais discussões versaram sobre as implicações do consumo das citadas drogas por gestantes.

PRODUTOS

Após a condução das discussões com gestantes acerca do

tema referido, notou-se pronunciada mudança de atitude em relação às drogas mencionadas.

APRENDIZADO FACILIDADES E DIFICULDADES

Facilidades:

- A implantação do projeto nas salas de espera foi importante por haver aproveitado um tempo ocioso e beneficiado às gestantes.
- Propiciou a discussão de temas: "O prejuízo que as drogas causam durante a gestação".
- Reduziu a ingestão da droga, devido à conscientização do problema.
- Simplicidade do método.
- Integração com os profissionais dos serviços de saúde.

Dificuldades:

- Grau de instrução deficiente e violência doméstica causadora de apatia em relação aos problemas mencionados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A ação educativa na sala de espera do serviço de pré-natal foi um marco de mudança, não só no processo de promoção da saúde, mas na integração das gestantes com os profissionais inseridos no processo.

- Ter qualidade de vida é assumir o controle das situações que colocam a vida em risco. É manter em harmonia o corpo, a mente e o espírito.



CICLO REGIONAL DE SAÚDE MENTAL COLETIVA

Autor principal: Maria do Horto Loureiro Salbego

Outros Autores: Maria Judete Loureiro Ferrari

Instituição: 10ª Coordenadoria Regional de Saúde/ Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

Município: Alegrete

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil, de 1988, ao consagrar a "saúde como direito de todo cidadão e um dever do estado", estruturou princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde - SUS, dando uma outra lógica a saúde no Brasil. Fundamentada na questão do direito, tendo como princípios a integralidade; a universalidade; a equidade; a participação; a intersetorialidade e a humanização do atendimento. Estes constituem-se em terreno fértil para transformação no campo da saúde.

Considerando que a adequada formação dos trabalhadores em saúde é estratégica para a efetiva implantação do SUS, no ano de 1999, foram constituídos, através da ESP/ Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) nas CRS/ Coordenadorias Regionais de Saúde/SES-RS. Esses núcleos tinham entre seus objetivos trabalhar o processo de educação permanente em saúde, a descentralização, coletivos de gestão e de atenção em saúde.

Na região da Fronteira Oeste do RS, onde está localizada a 10ª região da saúde, o NURESC em parceria com o CESCO/ Centro de Estudos Sociais Contemporâneo e o FGSM/Fórum Gaúcho de Saúde Mental da início a esse processo através da temática da saúde mental.

JUSTIFICATIVA

Considerando: A necessidade da efetiva implantação do SUS, nos municípios da 10ª regional da saúde/RS;

A necessidade de capacitação e assessoria na Política de Saúde, objetivando a atenção integral, a intersetorialidade, a descentralização e participação;

O grau de mobilização dos trabalhadores, dos usuários e familiares para a constituição de serviços de atenção integral a saúde mental, e de uma Política Regional de Saúde Mental;

E a necessidade de capacitação em saúde mental justificou-se a execução do projeto.



OBJETIVOS E PROPÓSITOS

Capacitar trabalhadores de saúde e saúde mental, através da discussão do processo de reforma sanitária e da reforma psiquiátrica; oportunizar aos trabalhadores que atuam na área das Políticas Sociais atualização no que se refere a tecnologias do campo da saúde mental, instrumentalizando-os para o desenvolvimento de ações e Políticas coerentes com as diretrizes do **SUS**; ampliar e fortalecer a rede de saúde mental na região; criar um espaço de apresentação e discussão da reforma psiquiátrica, que contemple trabalhadores, familiares e usuários do sistema de saúde; discutir e vivenciar as interfaces da saúde mental coletiva



METODOLOGIA

O trabalho foi proposto através de um Ciclo Regional de Saúde Mental Coletiva, foram realizados dez encontros regionais, de forma descentralizada, acontecendo um em cada município da Fronteira Oeste. Cada encontro abordou um tema do campo da saúde mental e sua interface com as Políticas Públicas, com uma carga horária de 10 horas aula, totalizando 100 horas aula.

Os integrantes do ciclo que obtiveram 80% de presença, receberam certificado integral.

O processo do ciclo durou dois anos, foi proposto esse intervalo com o objetivo do tempo permitir a alteração das estruturas dos municípios.

PRODUTOS

No início do processo existiam na região 5 serviços de atenção a saúde mental e 10 leitos psiquiátricos no hospital geral, no término do ciclo o número foi para 9 serviços e 35 leitos; (re) articulação do movimento social pela reforma psiquiátrica; foram capacitados 892 pessoas, oriundas dos 13 municípios da Fronteira Oeste. A média de participação dos municípios no ciclo, foi de 73%; os municípios da região demandaram a organização de um curso de aperfeiçoamento em saúde mental, compartilhado e solidário (municípios e região); procura por supervisão com objetivo de qualificar a rede existente; intercâmbio entre os municípios, e entre a rede de serviços e rede social.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Como facilidades identificamos: A Política Estadual de Saúde consubstanciada na reforma psiquiátrica, no RS através da lei 9716/92 e lei federal 10216/01; o grau de mobilização existente na região, no campo da saúde mental; a gestão compartilhada do ciclo com o Fórum Gaúcho de Saúde Mental; a carência de espaços de debates e capacitação em Saúde Pública e o empoderamento do tema das Políticas Sociais na região.

Como dificuldades: Distância geográfica entre os municípios, e destes dos centros acadêmicos; recursos financeiros; falta de organização da rede de saúde pública; prefeituralização da saúde x municipalização e fragilidade do controle social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Quem ensina, aprende ao ensinar e quem aprende, ensina ao aprender”. Paulo Freire A educação permanente em saúde é uma ferramenta estratégica na consolidação do Sistema Único de Saúde. Sua gestão descentralizada, além de potencializar e constituir

a rede local e regional, democratizou o acesso e a produção do conhecimento.

Acreditamos que o Ciclo Regional foi um ator fundamental para a construção da técnica antimanicomial, de sujeitos implicados com a cidadania e democratizadores da gestão em saúde.



EDUCAÇÃO SOLIDÁRIA: A COMUNIDADE ESCOLAR E A DOAÇÃO DE SANGUE

Autor principal: Maria do Horto Loureiro Salbego

Outros Autores: Luciana de Souza Arnut

Instituição: Hemocentro Regional de Alegrete/RS

Município: Alegrete

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

O Hemocentro Regional de Alegrete (HEMOESTE) integra a Hemorrede Nacional, sendo coordenado através do Hemocentro Regional do Rio Grande do Sul. Nosso Hemocentro tem como finalidade descentralizar e desenvolver a Política de Sangue e hemoderivados na região da Fronteira Oeste/RS, sua gestão se dá através da Secretaria de Saúde do município de Alegrete/RS.

Atualmente no HEMOESTE atendemos há seis municípios, são eles: Alegrete, Quaraí, Uruguaiana, São Francisco de Assis, São Gabriel e Rosário do Sul.

Na perspectiva de implantar ações que resgatem o compromisso com a efetivação do Sistema Único de Saúde, o serviço de captação de doadores de sangue acredita que investimento na educação em saúde, através da implicação do Sistema Educacional, o processo de aprendizagem das crianças e adolescentes pode contribuir para consolidação de uma nova cultura em relação a doação de sangue, despertando para uma atitude de doação voluntária e espontânea como forma de exercício da cidadania.

JUSTIFICATIVA

O trabalho com a comunidade escolar justifica-se no sentido de valorizar a atitude da doação de sangue na formação educacional das crianças e adolescentes e assim contribuir para criação de uma nova cultura de saúde, que entende a doação de sangue como ato de cidadania.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

Geral:

Trabalhar a atitude da doação de sangue com o setor da educação, despertando e fortalecendo nas crianças e adolescentes a criação de uma cultura voltada para a doação de sangue.

Específicos:

Desenvolver projetos em conjunto com a rede escolar do município, realizando palestras, encontros e oficinas onde o tema seja a doação de sangue;

Estimular crianças e adolescentes para que no futuro tornem-se doadores voluntários e fidelizados;

Estimular a população acima de 18 anos a aderirem a atitude de doar sangue;

Sensibilizar a comunidade escolar para abordagem de temas do campo da saúde em seus conteúdos programáticos, consolidando um trabalho intersetorial.

METODOLOGIA

Para a execução do projeto a proposta foi de começar através do município sede do Hemocentro, após o término desse primeiro período, avaliar para estender aos demais Municípios da região, de acordo com o interesse dos profissionais do setor de captação de cada município conveniado.

Foram realizadas reuniões com a coordenação pedagógica da Secretaria Municipal de Educação/ Alegrete e com as equipes pedagógicas das escolas municipais. A partir da realidade do setor e de cada escola em particular foi organizado um calendário de atividades como rodas de conversas, oficinas pedagógicas, seminários, palestras e mostras de trabalhos envolvendo a comunidade escolar.

A cidade foi dividida em zona leste e oeste. Iniciamos pela zona leste, a rede municipal de educação possui 6 escolas a duração dessa etapa foi de 8 meses (de abril a dezembro do ano de 2005). A Segunda etapa iniciou em abril do ano atual, e vai até o mês de dezembro. Existe 9 escolas municipais nessa região.

PRODUTOS

A Secretaria de Educação do Município incluiu na sua reunião geral com as equipes das escolas um ponto de pauta específico para o Hemocentro;

Participaram do processo uma média de 1400 participantes, entre alunos, pais e educadores;

As escolas estaduais e particulares passaram a procurar o setor de captação de doadores do Hemocentro para trabalhar a temática da saúde com a sua comunidade;



O setor da educação se comprometeu com realização de campanhas de doadores de sangue, oficializando sua participação com as agendas do dia nacional do doador de sangue. No novembro passado tivemos um incremento de mais de 100% na campanha do dia nacional do doador.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Facilidades: O comprometimento da coordenação da Secretaria Municipal de Educação com a execução do projeto; a curiosidade das crianças e adolescentes com o tema; a estrutura das escolas adequadas para o trabalho com a comunidade; o desejo do setor da educação em realizar um trabalho voltado para educação em saúde.

Dificuldades: Recursos financeiros; ausência de material lúdico para trabalhar com a criança; infra-estrutura deficitária para arcar com o grau de deslocamento necessário; equipe do Hemocentro insuficiente para ampliar o projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na região da Fronteira Oeste o trabalho junto a Hemorrede começou em novembro de 2003, assim a temática da doação de sangue é muito incipiente nesse território. Consideramos fundamental trabalhar a doação de sangue de forma articulada aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, o que sem dúvidas é um desafio. Ficou evidente com a execução do projeto é que a educação em saúde privilegia a criação de uma nova cultura em relação ao tema do sangue, sendo uma estratégia forte e vigorosa, que deve ser aprofundada, qualificada e descentralizada na Hemorrede Nacional.



AUTO-ESTIMA X DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Autor principal: Maria de Socorro Paiva Garrido

Outros Autores: Maria Cecília Roza A. Pinheiro; Débora Moraes Campos.

Instituição: Centro de Atenção Psicossocial para Alcool e Drogas - CAPS AD II

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

Este trabalho é relativo às oficinas terapêuticas relacionadas ao autocuidado e auto-estima, realizadas com os usuários do serviço do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD II) do Guará II no Distrito Federal. O estudo deste tema nos proporciona o aprofundamento do conhecimento, respaldando a articulação teórica com a nossa prática. De acordo com o mito da mitologia grega, Narciso volta-se totalmente para si próprio, caracterizando um exacerbado narcisismo. Isso acontece quando toda a energia libidínica é investida em si próprio, causando, assim, um superinvestimento em si mesmo, caracterizando um estado patológico. Pode-se observar um grau de narcisismo menor ou normal, que faz parte do desenvolvimento do indivíduo e que está relacionado com o amor próprio presente em cada ser humano, em outras palavras, a auto-estima.

JUSTIFICATIVA

A discussão dessa temática surge a partir da necessidade de se fazer um resgate dos valores que estão intrinsecamente ligados ao autocuidado e ao amor próprio e que foram perdidos ao longo da sua relação com a substância química. Desse modo, observa-se a necessidade de recuperar a independência destes usuários no que se refere ao autocuidado e a higiene pessoal.

OBJETIVO

Propiciar aos participantes uma reflexão sobre sua auto-imagem e, conseqüentemente, uma mudança interna e externa do mesmo, propiciando com isso, uma melhora na sua qualidade de vida.

METODOLOGIA

Os critérios de eleição para inserção nestas oficinas são: baixa auto-estima, autocuidado prejudicado e plano terapêutico compatível com os dias da oficina. As oficinas são realizadas às terças e quartas-feiras, perfazendo um total de três horas semanais,

com duração de 6 meses e conta com quarenta participantes. Nos encontros são trabalhados conceitos teóricos associados à prática, utilizando os seguintes recursos: discussão sobre temas relacionados a oficina, filmes temáticos, dinâmicas de interação, relaxamento e autoreflexão; músicas, mensagens motivacionais. Tais recursos permitem aos participantes a multiplicação dos conhecimentos adquiridos com o "outro".

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

AUTO-ESTIMA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

ILUSTRADO: Maria de Socorro Paiva

Introdução
Este trabalho é relativo às oficinas terapêuticas relacionadas ao autocuidado e auto-estima, realizadas com os usuários do serviço do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD II) do Guará II no Distrito Federal. O estudo deste tema nos proporciona o aprofundamento do conhecimento, respaldando a articulação teórica com a nossa prática. De acordo com o mito da mitologia grega, Narciso volta-se totalmente para si próprio, caracterizando um exacerbado narcisismo. Isso acontece quando toda a energia libidínica é investida em si próprio, causando, assim, um superinvestimento em si mesmo, caracterizando um estado patológico. Pode-se observar um grau de narcisismo menor ou normal, que faz parte do desenvolvimento do indivíduo e que está relacionado com o amor próprio presente em cada ser humano, em outras palavras, a auto-estima.

Objetivo
Propiciar aos participantes uma reflexão sobre sua auto-imagem e, conseqüentemente, uma mudança interna e externa do mesmo, propiciando com isso, uma melhora na sua qualidade de vida.

Justificativa
A discussão dessa temática surge a partir da necessidade de se fazer um resgate dos valores que estão intrinsecamente ligados ao autocuidado e ao amor próprio e que foram perdidos ao longo da sua relação com a substância química. Desse modo, observa-se a necessidade de recuperar a independência destes usuários no que se refere ao autocuidado e a higiene pessoal.

Metodologia
Os critérios de eleição para inserção nestas oficinas são: baixa auto-estima, autocuidado prejudicado e plano terapêutico compatível com os dias da oficina. As oficinas são realizadas às terças e quartas-feiras, perfazendo um total de três horas semanais, com duração de 6 meses e conta com quarenta participantes. Nos encontros são trabalhados conceitos teóricos associados à prática, utilizando os seguintes recursos: discussão sobre temas relacionados a oficina, filmes temáticos, dinâmicas de interação, relaxamento e autoreflexão; músicas, mensagens motivacionais. Tais recursos permitem aos participantes a multiplicação dos conhecimentos adquiridos com o "outro".

Produtos
De acordo com nossas observações, percebe-se um considerável crescimento da auto-estima, o que proporciona uma melhora na sua qualidade de vida.

Considerações finais
De acordo com nossas observações, percebe-se um considerável crescimento da auto-estima, o que proporciona uma melhora na sua qualidade de vida.

Aprendizado com a Vivência: Facilidades e dificuldades
De acordo com nossas observações, percebe-se um considerável crescimento da auto-estima, o que proporciona uma melhora na sua qualidade de vida.

Logo: Família Saudável

Logo: GDF - Governo do Distrito Federal

Logo: Secretaria de Estado de Saúde do DF

Logo: Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD II)

PRODUTO

De acordo com nossas observações, percebe-se um considerável crescimento da auto-estima, o que proporciona uma melhora na sua qualidade de vida.



participantes se reconhecerem como alguém, prosseguindo em busca de um eu, que outra perdera, modificando seu modo de ver a si mesmo e ao mundo.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

No que concerne às dificuldades, ressaltamos a rotatividade de alguns participantes, fato este que está intrinsecamente ligado à dinâmica do depende químico. Quanto às facilidades, elas surgem a partir da descoberta da mudança interna como propiciadora da externa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que diz respeito ao trabalho como um todo, este se torna bastante relevante, visto que no propicia a articulação entre a teoria e a prática, além da ampliação dos nossos conhecimentos.

¹ enfermeira do CAPs AD II

² terapeuta ocupacional do CAPs AD II

³ psicóloga do CAPs AD II



ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO NO CUIDAR DE ENFERMAGEM NO PSF: DISCURSO DE ENFERMEIRAS

Autor principal: Maria do Socorro Trindade Morais

Outros Autores: Solange de fátima Geraldo da Costa

Instituição: SMS Bayeux/PB

Município: João Pessoa

Estado: Paraíba

INTRODUÇÃO

O acolhimento tem se mostrado eficaz na reversão do modelo técnico-assistencial para a saúde, pois propõe que o serviço seja organizado de forma a reconhecer as necessidades de saúde da população, permitindo o estreitamento do vínculo com o usuário e a humanização do atendimento. O acolhimento deve ser fruto do esforço de uma equipe multiprofissional, no âmbito dos serviços de saúde, seja ele um centro de saúde, uma unidade do Programa Saúde da Família (PSF) ou em um hospital. Seus principais objetivos são dar respostas à demanda espontânea, ordenar prioridades e humanizar a assistência por meio da escuta aos usuários dos serviços. Diante das considerações apresentadas, senti necessidade de desenvolver um projeto de dissertação, tendo como fio condutor a seguinte questão norteadora: “Qual o discurso de enfermeiras do Programa Saúde da Família, no que concerne ao acolhimento, como estratégia para humanizar o cuidar de enfermagem ao usuário atendido no PSF?”

OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivo investigar o discurso de enfermeiras participantes da pesquisa no que concerne ao acolhimento como estratégia para humanizar o cuidado de enfermagem no Programa Saúde da Família - PSF.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. O campo de investigação centrou-se nas Unidades Básicas de Saúde da Família do Município de Bayeux-PB. Participaram do estudo dez enfermeiras em atuação nessas unidades. Os dados foram coletados no mês de dezembro de 2004, através da técnica de entrevista, com a utilização do sistema de gravação. Estas foram analisadas qualitativamente, mediante a técnica do discurso do sujeito coletivo.

RESULTADOS

Desse modo, foi possível compreender o fenômeno investigado a partir das seguintes idéias centrais: acolhimento é uma estratégia excelente e indispensável para humanizar o cuidar de enfermagem ao usuário do PSF; acolhimento é estar disponível, preparada e receptiva para prestar um cuidar individualizado ao usuário, respeitando a sua singularidade; o acolhimento como instrumento para fortalecer a relação entre o enfermeiro e o usuário assistido no PSF; o acolhimento como um espaço educativo. O estudo revelou que o acolhimento é uma estratégia indispensável para fortalecer o vínculo com o usuário, além de ser visto como uma estratégia imprescindível para o bom desempenho da rede assistencial do PSF. Os resultados mostraram também que, com a implantação do Programa Saúde da Família, foram incorporadas ao processo de trabalho das enfermeiras novas possibilidades, tais como o acolhimento, o vínculo afetivo entre a enfermeira e o usuário e a responsabilização. Com base nessa pesquisa, foi possível vislumbrar a preocupação das entrevistadas em promover uma assistência de qualidade, humanizada e com acolhimento ao usuário assistido no PSF.

FACILIDADES

A partir das oficinas, iniciou-se a introdução do acolhimento nas UFS. Os enfermeiros procuravam ouvir e, na medida do possível atender os pedidos dos usuários, assumindo uma postura capaz de acolher e escutar todos aqueles que procuravam atendimento nas Unidades Saúde da Família, mesmo aqueles que não conseguiam a ficha de atendimento. Observa-se que, o compromisso com os usuários estava no centro das atenções.

DIFICULDADES

Nas Unidades de Saúde da Família do município de Bayeux, constatei que os serviços continuavam impondo barreiras de acesso aos usuários, como forma de racionar a oferta. Havia



problemas, por exemplo, na entrega de fichas de atendimento por ordem de chegada, nos cartazes informando os grupos prioritários para o atendimento, no número de consultas do dia, e ainda nas filas e na triagem. Pude observar que havia falhas nos procedimentos administrativos para organizar o trabalho das equipes de PSF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou à pesquisadora uma nova compreensão como enfermeira, a respeito da amplitude do valor do acolhimento como estratégia imprescindível para um cuidar de enfermagem mais humano. Esta abordagem humanística certamente irá contribuir, cada vez mais, para a satisfação dos usuários, bem como para tornar o profissional mais humano no processo de cuidar. Espera-se que este estudo possibilite novas reflexões no que tange ao acolhimento como prática, na busca de humanizar as relações entre o enfermeiro e o usuário do PSF, bem como estimular a construção de outros trabalhos, tanto no campo da enfermagem como em outras áreas da saúde. Espero também que esta pesquisa abra novas possibilidades no âmbito da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão.



REVISÃO E AVALIAÇÃO DO TRABALHO DIRIGIDO ÀS ESCOLAS: ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL; 2005.

Autor principal: Maria Elaine Esmério
 Outros Autores: Marla Fernanda Kuhn; Guaracy Bomfim Vianna; Maristela Fiorin Tosca; Maria Inês Bello; Rosa Maria Castilhos Fernandes.
 Instituição: Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde de Porto Alegre/RS
 Município: Porto Alegre
 Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

A Coordenadoria Geral da Vigilância em Saúde (CGVS), de Porto Alegre; RS, é composta pelas equipes de: Vigilância da Qualidade da Água para o Consumo Humano, Equipe de Vigilância de Alimentos, Equipe de Vigilância de Doenças e Agravos Transmissíveis, Equipe de Vigilância de Serviços e Produtos de Saúde, Equipe de Vigilância de Zoonoses e Equipe de Vigilância de eventos vitais e de doenças e agravos não transmissíveis. Ao longo de seus dez anos de existência, essas equipes tem atuado de forma significativa no ambiente escolar.

Nesse período, as equipes que compõe a CGVS vêm sendo solicitadas pela rede escolar, tanto para ações de fiscalização quanto para atividades educativas, levando sua experiência e modelo de atuação, para prevenção de doenças e promoção de saúde às escolas.

A Equipe de Águas possui um programa permanente de vistorias desenvolvido especialmente para as escolas. No ano de 2005, esse programa foi avaliado e incorporou uma gama maior de itens, além da vistoria ao reservatório de água, tendo se consolidado como um roteiro de "Inspeções de Saúde nas Escolas", por abranger desde a verificação das instalações sanitárias, bebedouros, disposição final de dejetos até a adequação de refeitórios e despensas de mantimentos. Em convênio com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), promoveu oficinas na "Semana Interamericana da Água" dirigidas a professores, pais e alunos da rede pública.

A Equipe de Zoonoses desenvolveu suas ações no dia "D" de prevenção à Dengue, 19 de novembro, em gincana escolar que mobilizou alunos de 9 a 12 anos, da rede pública municipal.

A Equipe de Epidemiologia, em geral, é solicitada em situações de surtos ou da ocorrência de agravos como hepatites e meningites, levando informações sobre as formas de prevenção e controle destas doenças.

A Equipe de Vigilância de Serviços e Produtos de Saúde possui o Núcleo de Escolas de Educação Infantil, que atua diretamente nas escolas infantis, fazendo cumprir às exigências legais para a obtenção do Alvará de Funcionamento e instruindo as escolas sobre a manutenção de um ambiente saudável. Uma vez ao mês, a equipe ministra palestras de orientação coletiva, dirigidas a diretores, nutricionistas, cozinheiras, pessoal de limpeza e alunos.

A Equipe de Alimentos, quando solicitada, realiza a verificação das cantinas, refeitórios e lanchonetes das escolas, procurando a adequação quanto ao controle dos alimentos, desde o processo de elaboração, manipulação e conservação até o consumo.





OBJETIVO

Apresentar a revisão e avaliação do trabalho gerenciado pela vigilância em saúde ambiental, dirigido às escolas no ano de 2005.

METODOLOGIA

Foram utilizadas técnicas de grupo como oficinas: com uma abordagem teórica dos assuntos, discussão dos tópicos e trabalho construído pelo alunos; Orientação coletiva: com a abordagem de aspectos relativos à higiene, segurança, área física e saúde. Gincana da Dengue: com provas de conhecimento específico sobre a Dengue, a qual culminou com a elaboração de uma peça teatral, com o mesmo tema. As vistorias, atividades de rotina, ou mediante reclamação, seguem o protocolo elaborado pelas equipes. Ações conjuntas entre as equipes, mobilizadas mediante a instalação de surtos.

PRODUTOS

A atuação da vigilância em saúde ambiental, no período, contemplou um conjunto de atividades que foram desenvolvidas por vários setores da vigilância em saúde como mostra o quadro a seguir:

ATIVIDADE	ESCOLAS	PAIS	PROF	ALUNOS	FUNC	DIREÇÃO
Oficina	15	-	-	458	-	-
Inspeção	265	-	-	-	20	-
Form Mult*	02	35	21	402	-	-
Vistoria**	08	-	-	-	-	-
Gincana	10	-	-	450	-	-
Curso***	13	105	92	146	-	-
Palestra	208	-	-	-	-	233
TOTAL	521	140	113	1.456	20	233

*Formação de multiplicadores. ** Demandas por denúncia.

*** Atividade educativa desenvolvida na ocorrência de surtos.

APRENDIZADO COM A VIVIÊNCIA

A implantação da Vigilância em Saúde Ambiental veio incorporar os conceitos de transversalidade, transdisciplinariedade e intersectorialidade aos aspectos ambientais e sua relação com a promoção da saúde.

A avaliação das ações desenvolvidas, dentro dos pressupostos basilares da Vigilância em Saúde Ambiental, aponta

para a elaboração de um “Projeto de Gestão de Vigilância em Saúde” especialmente elaborado para aplicação no ambiente escolar.

Nossa experiência mostra que, no ano de 2005, fomos efetivos em uma parcela significativa da rede pública escolar, porém também, mostra que precisamos caminhar no sentido de promover ações articuladas, programadas e bem planejadas para que possamos potencializar nossas ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos, por fim, a escola como um espaço privilegiado, mas não único, para a construção de novos conhecimentos, novos hábitos e comportamentos na busca de ambiente saudável para todos.



PROJETO TEATRAL SAÚDE NAS ESCOLAS

Autor principal: Maria Elvira Oliveira de Jesus

Outros Autores: Daniella Borges; Karoliny Mariz; Michelle Barbosa

Instituição: Escolas Públicas e particulares do DF

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

O Grupo de Teatro Arautos foi criado em 2000 pela Coordenação do Serviço Disque Saúde, atualmente Departamento de Ouvidoria do SUS (DOGES). Desde então, o grupo passou por várias composições quanto a seus integrantes e hoje conta com as autoras deste trabalho em sua composição, que são teleatendentes do DOGES.

No início, foi chamado "Arautos da Catatrepa", ganhando em 2002, a denominação atual. O nome foi escolhido pela importância do Arauto como mensageiro, surgindo para apoiar as ações de comunicação e prevenção da área da saúde de forma hilariante e pouco ortodoxa.

Os Arautos vêm realizando apresentações no DOGES em datas comemorativas, treinamentos e para divulgar informações pertinentes ao serviço, bem como em Eventos do Ministério da Saúde, em Brasília, e em outras regiões do país.

Em Maio de 2003, os Arautos participaram da II Maratona de Teatro em AIDS na cidade de João Pessoa-PB. O grupo participou de diversas oficinas teatrais e palestras a respeito de AIDS, além de conferir vários espetáculos pela cidade compartilhando experiências com mais 22 grupos de teatro de 12 estados do país, 13 agremiações teatrais locais e ONG's de várias regiões.

Dentre as peças criadas pelo Grupo, o espetáculo "No Mundo Real Prevenir é Legal", utilizado no projeto, enfoca a realidade da AIDS e DST de forma lúdica.

JUSTIFICATIVA

A expressão artística é um observatório eficiente por unir a força, a beleza, a razão e emoção, estabelecendo um canal de comunicação com todas as camadas sociais. A linguagem artística possibilita a captação de valores abstratos que podem ser utilizados de forma concreta e real.

O teatro além de ser uma forma de expressão artística pode ser utilizado também para educação e conscientização da população. Diversos estudos têm mostrado a relevância do mesmo para comunicar sobre prevenção para grupos de jovens, homens, mulheres e adultos.

A estatística do Ministério da Saúde mostra que 13% dos casos de Aids entre 1980 e 1998 acometem os adolescentes e jovens no Brasil. Sendo esta uma fase onde se forma o senso crítico, o objetivo é introduzir definitivamente a conscientização da importância dos métodos preventivos, não apenas como forma de prevenir doenças, mas também a gravidez precoce, sobretudo a utilização do preservativo na relação sexual, seja em qualquer época ou idade. O conhecimento e a abertura para o diálogo são os melhores caminhos para a prevenção, o que torna fundamental o direcionamento do trabalho para homens e mulheres.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

O Projeto Teatral "Saúde nas Escolas", consiste em utilizar o teatro como veículo de informação e educação sobre doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, gravidez na adolescência, automedicação e cidadania para o público alvo de adolescentes do ensino médio e pré-adolescentes do ensino fundamental, pois são temas que vem sendo um dos principais desafios enfrentados pelo Ministério da Saúde

A orientação aos jovens é feita com o intuito de introduzir a prevenção como uma solução para os diversos problemas de saúde pública, utilizando o teatro como veículo de informação e educação. Através do teatro busca-se qualidade de vida por meio da conscientização dos jovens, visando que estes se tornem multiplicadores de informação, prevenção, cultura e também divulgadores do Disque Saúde/DOGES.

METODOLOGIA

O Grupo de Teatro Arautos pesquisou as Regiões Administrativas (RAs) do Distrito Federal que havia maior incidência de infecção pelo HIV e que tinham necessidade de aprimoramento da informação e cultura. Tais grupos são formados por populações carentes e foi estabelecido assim, um canal de comunicação e informação com várias escolas, não só da rede pública como particular, tais como, Centros de Ensino Médio nº 03, nº 06 e nº 09 de Taguatinga e a Escola INSTEI de Ceilândia, abrangendo todas as camadas sociais. O espetáculo teatral "No Mundo Real Prevenir



é Legal", é um texto de autoria do próprio grupo, com 50 minutos de duração, aborda além do tema relacionado a AIDS/DST, assuntos como auto-medicação, gravidez na adolescência, atendimento gratuito pelo SUS e exercício da cidadania, para um público de adolescentes e pré-adolescentes.

Após a encenação do espetáculo, o grupo propicia aos participantes um momento "tira dúvidas" acerca do tema. Através de um debate de aproximadamente 60 minutos, em que os atores aproveitarão o conhecimento adquirido como operadores de teleatendimento do DOGES, para que possam de uma maneira descontraída discutir as questões abordadas na peça, bem como tirar dúvidas que possam surgir relacionados ao tema.

Na semana em que será apresentado o espetáculo sugerimos que a escola realize uma semana ou dias temáticos sobre os assuntos abordados na peça, para que alunos e professores possam estar envolvidos ao máximo nesse trabalho.

CONCLUSÃO

O trabalho realizado nas escolas demonstrou ser uma forma descontraída de facilitar o trabalho dos professores de ciências biológicas, pois aumentou a participação nas aulas sobre os assuntos previstos pelo projeto. Além de ter havido aumento de ligações destes jovens ao serviço de discagem direta gratuita "Disque Saúde".



CUIDANDO DO CUIDADOR.

Autor principal: Maria Geice de Lima Cordeiro

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde

Município: Ulianópolis

Estado: Pará

JUSTIFICATIVA

A consolidação das práticas de Vigilância a Saúde do Trabalhador é objetivo indiscutível da saúde pública, direcionada a prevenção dos agravos à saúde da população trabalhadora.

Estas práticas buscam detectar, conhecer, pesquisar fatores que possam ser determinadas e condicionantes dos agravos à saúde do trabalhador, e a partir disso, planejar e executar ações para eliminá-los ou controlá-los.

A semana justifica-se pela valorização da saúde mental do trabalhador e, com isto a estimulação da prática de exercícios físicos regulares e apresenta diversas vantagens para os trabalhadores, em especial, os da saúde que muitos realizam esforços repetitivos e, principalmente, a mente que às vezes é colocada à prova pelas dores de outros e até mesmo presenciando a morte .

Em razão disso, a Secretaria Municipal de Saúde de Ulianópolis, realiza no mês de abril Semana de Valorização da Saúde do Trabalhador, onde serão desenvolvidas atividades para os funcionários dessa secretaria, com a finalidade de aproximar a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, proporcionando qualidade de vida aos trabalhadores da saúde.

OBJETIVOS PROPOSTOS

Proporcionar avaliação física aos funcionários da Saúde através de Exames Periódicos;

Realizar atividades reflexivas e de Relaxamento através de oficinas com dinâmica de grupo.

Propiciar atividades de integração através da ambientoterapia, gincana cultural, incentivar jogos competitivos em parceria com as demais secretarias municipais.

Realizar ações de Vigilância em Saúde para propiciar o aprimoramento da qualidade de vida no trabalho.

Orientar aos funcionários da saúde, sobre a importância da imunização e realização de exames periódicos quando necessário;

METODOLOGIA

A Secretaria Municipal de Saúde, realiza a Semana de Valorização da Saúde do Trabalhador desde o ano de 2003, no

qual, está em sua 4ª versão e são realizadas avaliações do bem estar físico, como também atividades de relaxamento e oficinas, envolvendo todos os funcionários lotados na Secretaria de Saúde e a participação é livre para as oficinas, que são programadas nos horários de folga dos plantonistas ou através de liberação do horário de trabalho de cada funcionário pelo chefe imediato.

Os funcionários lotados na Secretaria de Saúde em um total de 155 funcionários são agendados primeiramente para realizar exames de análise clínicas e avaliação de enfermagem com solicitação de cobertura vacinal, posteriormente de odontologia, fisioterapia, nutrição, e medicina clínica e de Ginecologia.

Um avanço no programa de valorização da Saúde do trabalhador foi a regularização dos Exames Periódicos, por semestre, pois anteriormente, era realizado apenas uma vez no ano, e através de reunião técnica, foi planejado pelos profissionais de Saúde a importância e planejamento da realização para 2006 dos exames periódicos duas vezes no ano sendo, em abril e a segunda em Outubro, e a organização, ou seja agendamento e acompanhamento seria por cada gerente de unidade conforme o Plano Anual de Trabalho. Este agendamento a cada ano torna-se um desafio, pois com as dificuldades, entre os atendimentos aos usuários, que são reduzidos durante este período, há o atendimento aos funcionários que são previamente agendados, pelo chefe imediato, em que é repassada uma relação, contendo nome, lotação, dia, hora dos atendimentos, tanto, para os setores onde vai haver o atendimento quanto, pela recepção das unidades, chefes imediatos, e profissionais de saúde. Este evento vem tendo sucesso na sua realização pela parceria entre os setores, departamentos, em que antecipadamente, cada profissional que irão prestar os seus serviços no programa, nas reuniões Técnicas já orientam quantas pessoas podem ser encaminhadas, qual melhor horário, quais os dias de não realizar agendamento devido o fluxo de atendimento a população, e para melhorar ainda o atendimento foram divididos por semana o atendimento por unidade de Saúde, como as unidades do programa Saúde da Família, em que os funcionários são menor número é realizado os Exames periódicos nestas unidades, com exceção do atendimento de fisioterapia, nutrição e psicologia em que há o deslocamento destes profissionais para as unidades da Saúde da Família, e os funcionários têm uma semana para concluir os exames periódicos, e os que se ausentarem dos exames realizam



justificativa com o chefe imediato, dependendo do caso é remarcado os exames periódicos.

Já os funcionários dos Programas, Agentes Comunitários de Saúde(PACS), Vigilância Sanitária, Corpo administrativo da Secretaria de Saúde, Programa de Controle de Endemias e os funcionários lotados por departamento no Hospital municipal de Ulianópolis, são todos agendados para esta unidade, em que, para cada setor há uma semana para realização dos exames periódicos, como exemplo:

Então a Semana de Valorização da Saúde do Trabalhador remove-se com a implantação do grupo Anti-Stress que é realizado pelos funcionários de cada setor com orientações da Terapeuta Ocupacional nas Unidades de Saúde. Além disto, as reuniões técnicas com a equipe para avaliar metas alcançadas e esperadas, e dificuldades e avanços pela equipe. Esta Semana de programação, na verdade dura em torno de 30 dias e é encerrada com a Gincana da Saúde, onde é realizado mini- maratonas, atividades culturais e de relaxamento.

Em relação, a metodologia de atuação do programa de Saúde do trabalhador, houve a sistematização da ambientoterapia, que no momento de admissão o novo funcionário é orientado através de palestras de como funciona administrativamente a Secretaria de Saúde e a Prefeitura Municipal; os serviços ofertados para a população, as atribuições de cada programa, departamentos, ou setor ou em especial, onde o funcionário vai ser lotado; direitos e deveres do novo membro da equipe Saúde. Posteriormente, o novo membro é apresentado ao outros funcionários da Secretaria de Saúde, prefeitura, Hospital e unidades de Saúde. Após as apresentações há orientações e capacitação na área burocrática dos programas, como elaborar relatórios (conforme padronização da secretaria de Saúde). solicitação de material, pelo Setor de controle e Avaliação e Epidemiologia. Durante este percurso o novo membro é encaminhando para realização de Exames admissionais e ao termino deste, é encaminhado para o setor que irá desempenhar sua função munido de crachá de identificação funcional, frequência, e se for o caso com uniforme ou solicitação de carimbo.

d. Produtos, que foi realizado e resultados alcançados;

Sector	Responsável	Nº de Funcionários	Data prevista
Endemias	Supervisor Mun. de Endemias	15	17 a 20/04
Estatística	Diretora de Epidemiologia	04	17 a 20/04
VISA	Diretora do VISA	04	17 a 20/04
Corpo Administrativo da SMS	Pedagoga do IEC	08	17 a 20/04
ACS's do PACS + Enfermeira	Enfermeira do PACS	22	24 a 28/04
Infra-estrutura	Diretora de Infra-estrutura	25	10 a 13/04
Enfermagem	Enfermeira Ligia Teixeira	10	24 a 28/04
Nível Superior	-	02	02 a 05/05
Laboratório	Bioquímica	06	17 a 20/04
Almoxarifado	Diretora do Almoxarifado	04	17 a 20/04
Recepção	Diretora da Recepção	11	10 a 13/04
PSF II	Enfermeira da Unidade	29	10 a 13/04
PSF I	Enfermeira da Unidade	14	10 a 13/04

• Ambientoterapia, Exames (admissionais, Periódicos e demissionais); Semana de Valorização do Trabalhador da Saúde; Gincana Cultural; Reunião Técnica

O QUE FOI REALIZADO

Ambientoterapia

São realizados neste programa os Exames (admissionais, e demissionais) e apresentação de como funciona a secretaria de Saúde, sua linha de atuação, padronização dos programas, na verdade visa a demonstração de fluxo de burocráticos, quem serão os colegas de trabalho e suas atribuições, direitos e deveres dos funcionários de Saúde;

RESULTADOS ALCANÇADOS

Maior acolhimento ao novo membro da equipe, e com isto maior chance de adaptação de forma organizada;

• Semana de Valorização da Saúde do Trabalhador: Neste evento são realizados os exames periódicos e oficinas com dinâmica de grupo e de relaxamento, semestralmente, no qual é envolvido todo corpo administrativo da Secretaria e Unidades de Saúde para a realização do mesmo. Em que o agendamento é sistematizado em conjunto pelos: chefes imediatos, equipe de enfermagem, de médicos, de recepção das unidades e corpo administrativo da Secretaria de Saúde. Os funcionários da Secretaria de Saúde realizam check-up com consultas médicas, avaliação de fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia, realizam exames de análise clínica, PCCU, Raios-X, Eletrocardiograma, e as funcionárias são encaminhadas para consulta de ginecologia.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Sistematização de prontuários com anamnese geral contendo informações por especialidade de atendimento. Satisfação do funcionário pelo espaço aberto para realização do check-up e isto intensificou o acesso dos funcionários aos serviços prestados nas unidades, em especial, sem que haja ausência ao trabalho do funcionário para cuidar de sua saúde. Diagnostico precoce de patologias e encaminhamento para tratamento destas ou mesmo instrumento de avaliação para solicitação de mudança de cargo. Maior entrosamento das equipes através das oficinas de relaxamento e a implantação do grupo anti-stress com atividades de alongamento com equipe multiprofissional.

Gincana Cultural: Registra o final da Semana de Valorização da Saúde do Trabalhador com competições físicas, culturais, e lúdicas entre os funcionários da Secretaria , em que os mesmos organizam-se em dois grupos previamente inscritos no Setor de Informação, Educação, e Comunicação em Saúde.



RESULTADOS ALCANÇADOS

Maiores parcerias entre os funcionários de Saúde; Desafio a criatividade e demonstração de novos talentos sejam: para música, teatro, ou condicionamento físico. Expansão da criatividade e construção do espírito competitivo. Equipes que já participaram das Gincanas: Os Guerreiros da Saúde X Os Miores; Os Super amigos X Os Metralhas; Rebordosa X Os Biry-night.

Reunião Técnica: Realizada uma vez no mês com os profissionais de Saúde que há avaliação geral por equipe para avaliação de desempenho e sugestões para a melhoria do trabalho.

Resultado: Maior oportunidade de integração e comunicação entre as chefias imediatas, superiores e colaboradores.

Interação através de jogos competitivos e Comemoração dos Aniversariantes do mês- Saúde Sport Clube.

Os jogos são realizados no ginásio de esportes do município e os atletas são funcionários e os demais vão participar como torcedores quando o time se inscreve nos campeonatos de salão do município.

Resultado: Maior integração entre os funcionários de Saúde; Sensibilização da Prática de Exercícios regularmente;

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Facilidades: Descoberta de novos talentos na área de saúde; Planejamento das Ações em construção com as equipes envolvidas; O aprendizado com os erros cometidos, proporcionando reavaliação do planejamento e ações. Expectativa e aceitação dos funcionários com as programações das oficinas, gincanas e Exames periódicos, e a comemoração dos aniversariantes do mês.

Dificuldades: Planejamento do agendamento dos Exames Periódicos; Sistematização da Ambientoterapia; Resistência dos funcionários em relação a importância da imunização e a participação na primeira Gincana da Saúde.



O FAMILIAR NO PROJETO TERAPÊUTICO DA UTI ADULTO: UMA VISÃO SÓCIO-HISTÓRICA RELACIONAL DIALÓGICA

Autor principal: Maria Helena Soares Souza Marques Dias

Instituição: Hospital Universitário - URCAMP

Município: Bagé

Estado: Rio Grande do Sul

O trabalho tem como objeto a ressignificação da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, posto que vivemos um momento histórico em que muitos conceitos e práticas têm sido revistos no processo de Hospitalização, de adoecimento e tratamento do paciente internado.

Justifica-se pela introdução de ações de humanização adotadas e incorporadas pela “Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão na saúde” de nosso país nos últimos anos, quando a partir de 2003, o Ministério da Saúde decidiu priorizar este tema como aspecto fundamental a ser contemplado na sua filosofia de governabilidade.

Seguindo essa linha de pensamento e ao mesmo tempo sensível a essa necessidade, o Hospital Universitário – URCAMP e a Psicologia Clínica Hospitalar implantaram em agosto de 2005, o Projeto: “Inserindo o Familiar no Projeto Terapêutico na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto” abrindo espaço para que o familiar atue como “Cuidador” e permaneça ao lado de seu parente hospitalizado, à beira do leito, das 16h00 às 18h00.

Sabe-se que a Lei de nº. 11.185, de 2005, no seu art. 12 através do Estatuto da Criança e do Adolescente assegura às crianças à permanência integral de um dos pais ou responsável, durante o período de internação.

De igual maneira, também a Lei de nº. 10.741, de 2003 que trata do Estatuto do Idoso, concede em seu art. 16, aos idosos o acompanhamento do familiar de forma mais efetiva na hospitalização.

Entretanto, em relação ao paciente adulto, não se conhece até o momento, um dispositivo legal que ampare suas necessidades emocionais em relação ao aspecto do rompimento dos laços afetivos familiares na internação dentro de uma UTI, embora estudos mostrem que afeto, carinho, amor e a presença de um intercâmbio mutuamente contingente, modificam os índices de morbimortalidade.

A proposta de humanização na UTI Adulto de nossa Instituição, utiliza-se da abordagem da Psicologia Sócio-Histórica e o Modelo Relacional Dialógico com fundamentação teórica para o embasamento conceitual de nossa ação.

A UTI Adulto, muito mais que um espaço de promoção de vida e cura é, sobretudo, um espaço de construção de saberes e

trocas afetivas que se constroem também através da relação, e do qual participa pacientes, familiares, equipe.

Entendemos que o cuidado na UTI, passará a ser humanizado se houver envolvimento existencial dos cuidadores (familiar e equipe), mas principalmente dos familiares com o ser doente, com os quais vivenciam e compartilham a experiência. É reconhecendo a singularidade um do outro por meio do diálogo que tanto o ser que é cuidado, aquele que “chama”, quanto o ser que cuida, aquele que é “chamado”, sairão fortalecidos com o encontro.

OBJETIVO GERAL

Promover uma ressignificação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com a inserção do familiar no projeto terapêutico nesta unidade de emergência de forma mais afetiva e efetiva durante a hospitalização, promovendo a Humanização na unidade hospitalar, seguindo a Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão na saúde.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa e etnográfica, em fase de análise, realizada na UTI Adulto do Hospital Universitário da Universidade da Região da Campanha – URCAMP, hospital-escola de médio porte na cidade de Bagé, no Estado do Rio Grande do Sul, que conta com 09 leitos e 25 profissionais na equipe.

Entrevistou-se 10 pacientes, 10 familiares de pacientes internados na UTI Adulto há pelo menos três dias e 10 funcionários da equipe da unidade, por ser necessário saber a opinião destas pessoas sobre o que pensam em relação “A Inserção do Familiar no Projeto Terapêutico da Unidade de Terapia Intensiva (UTI)”.

(1º) procedimento: implantação da nova rotina na UTI com a inserção do familiar (previamente orientado) das 16h00min às 18h00min horas dentro da Unidade à beira do leito do seu ente enfermo; (2º) Orientou-se equipe e estagiários de Psicologia Clínica, quanto à proposta implantada; (3º) Solicitação e autorização dos familiares, pacientes e equipe para serem entrevistados, antes do horário de visita. (4º) Realização de reuniões semanais com chefia da enfermagem, estagiários e Psicóloga para ajustes do projeto.



Os dados estão sendo transcritos e analisados segundo a proposta de análise de conteúdo de Bardin (1995).

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Os resultados parciais nos levam a perceber que a humanização da assistência, bem como o cuidado incluindo a família no projeto terapêutico nesta unidade de emergência, é visto como filosofia ideal para o cuidado do paciente; no entanto, enfatiza-se que o aprendizado tem nos apontado que a realidade vivida e sentida no Hospital Universitário, precisa de mais métodos para sua implementação integral. É preciso que se desenvolvam habilidades dos profissionais e estagiários, nas diferentes realidades da prática, com o objetivo de que estes sejam capazes de oferecer um ambiente sensitivo e mais acolhedor.

É importante que se proponham ações que possam desenvolver sentimento de confiança em todos os implicados e um relacionamento mais harmonioso, promovendo um salto qualitativo tanto no cuidado, como no ambiente de trabalho da UTI.

Considera-se de fundamental importância para um atendimento de qualidade a existência de um trabalho contínuo que integre as famílias e os funcionários.

Enfim, a ressignificação da prática terapêutica na UTI nasce da relação entre significados já praticados e os que emergem como uma necessidade de promoção de saúde e é fruto de uma construção. Conforme o resultado e dinamicidade do real surgirão desafios e abertura de caminhos para novas pesquisas ou aprofundamentos sobre a inserção do familiar como mediador no tratamento mais afetivo e efetivo na unidade.

O familiar no projeto terapêutico da UTI Adulto é um instrumento de mediação, um elo entre o paciente e sua rede psicossocial. Possibilita o desenvolvimento de recursos adaptativos para o enfermo na internação.

Compreendemos a UTI como um lugar que busca a vida. Quando falamos em humanização hospitalar, referimo-nos a uma visão completa do processo de funcionamento do hospital, de uma ressignificação dessa unidade. É necessário que toda sua estrutura passe pela detecção, idealização, discussão e implantação de iniciativas que levam a minimização do sofrimento e valorize a afetividade.



OS PROGRAMAS DO SERVIÇO SOCIAL NA EQUIPE DE REABILITAÇÃO DO HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO- BAURU (HRAC-USP)

Autor principal: Maria Inês Gândara Graciano

Outros Autores: Daniela dos Santos; Regina Célia Meira Garcia

Instituição: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP)

Município: Bauru

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) da Universidade de São Paulo (USP), atua na reabilitação das anomalias craniofaciais e distúrbios correlacionados à audição, linguagem e visão. Considerando que a nossa atuação como especializanda em Serviço Social ocorreu na Unidade de Internação do HRAC -USP, daí o interesse em conhecer as experiências da prática profissional dos assistentes sociais de Hospitais da Universidade de São Paulo, visando refletir sobre as suas dimensões e as possibilidades de efetivação do projeto ético-político da profissão. O projeto ético-político profissional do assistente social se reporta ao empreendimento da prática social e política de enfrentamento à questão social e suas interfaces.

OBJETIVO

Analisar a prática do Serviço Social em Unidades de Internação de Hospitais da USP, refletindo sobre a efetivação do projeto ético-político.

METODOLOGIA

Optamos pelo método materialismo dialético, exploratório e abordagem quanti-qualitativa. Os sujeitos do universo da pesquisa foram constituídos de assistentes sociais coordenadoras do Serviço Social das Unidades de Internação de 06 Hospitais ou Institutos da Universidade de São Paulo. Desses, 05 participaram como sujeitos da pesquisa. Como instrumental técnico para coleta de dados, utilizamos a aplicação de questionários semi-estruturados, contendo perguntas abertas e fechadas.

RESULTADOS

Teve como referencial o projeto ético-político enfocando: - Os objetivos do serviço social, identificados como os aspectos psico-



sociais, econômicos e culturais relacionados ao processo saúde – doença; - Os programas envolvem a prestação de serviços, ensino e pesquisa; As principais demandas do serviço social, tanto singulares como coletivas, são articuladas com as políticas sociais e aos programas das instituições (apoio, orientações, encaminhamentos, parcerias e prestação de benefícios); - As dimensões educativa, política e assistencial, estão presentes na prática profissional interdisciplinar; - As dificuldades encontradas pelos assistentes sociais, se de um lado, referem-se à falta de recursos materiais e humanos da esfera pública, do outro, apontam para o reconhecimento da profissão do serviço



social, como imprescindível nessas Instituições; - O posicionamento da equipe do Serviço Social atende às novas exigências da profissão na contemporaneidade que requer um profissional informado, crítico, propositivo, argumentador e pesquisador, que aposte no protagonismo dos sujeitos sociais.

CONCLUSÃO

Há diversas contradições e limites presentes na ação profissional, porém, é preciso ressaltar nesses espaços institucionais que foi possível construir uma prática comprometida com o projeto ético-político, instituindo as assistentes sociais, como estratégia de ação, a luta pelos direitos sociais, a qualidade dos serviços e fortalecimento do usuário, sempre munido de um referencial teórico-metodológico, que lhe permita apreender a realidade numa perspectiva de totalidade, e construir mediações entre o exercício profissional e os limites dados pela realidade de atuação.



A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO DE HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO: ENFOQUE AO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO

Autor principal: Maria Inês Gândara Graciano

Outros Autores: Regina Célia Meira Garcia; Silvana Aparecida Maziero Custódio;

Soraia Helena Bonfim Blattner

Instituição: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP)

Município: Bauru

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O Serviço Social do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), tem como objetivo principal viabilizar o acesso ao tratamento e sua continuidade, visando à inclusão dos portadores de anomalias craniofaciais numa política de saúde em interface com a assistência social, dentre outras.

Na área de anomalias craniofaciais conta com diferentes programas: prestação de serviços, ensino e pesquisa.

Programas de Prestação de Serviços: objetivos

a) Ambulatório

1. Acolhimento e atendimento de casos novos
2. Atendimento ambulatorial: plantão social "in loco" e agendamento
3. Acolhimento e humanização na sala de espera: "Sinta-se em casa"
4. Atendimento ambulatorial grupal para informação de recursos sócio-comunitários/experiências
5. Atendimento à gestante e familiares com diagnóstico de bebê portador de anomalia craniofacial (ultrassonografia)
6. Atendimento social a casos de Bauru ("Projeto Bauru")

b) Internação

1. Integração e dinamização hospitalar (internação, acompanhamento, alta e óbito)
2. Assistência hospitalar aos usuários: plantão social "in loco" e emergencial
3. Acolhimento e humanização de acompanhantes da Unidade de Cuidados Especiais (U.C.E.) e da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) – "Bem Estar"

c) Projetos Comunitários

1. Agentes multiplicadores: pais coordenadores
2. Parceria com Prefeituras Municipais
3. Carona Amiga
4. Capacitação de representantes comunitários
5. Parceria com Promotorias Públicas
6. Prevenção e intervenção a casos de abandono de tratamento
7. Assessoria às associações, núcleos e subsedes

8. Assessoria à REDE PROFIS (Rede Nac. de Assoc. de Pais e Port. de Fissuras Lábio Palatais)

9. Parceria com o Programa de Descentralização HRAC/USP

10. Parceria com Recursos Governamentais, Institucionais e Municipais

11. Mobilização do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) do Sistema Único de Saúde (SUS)

12. Assistência social integrada: HRAC e Soc. de Prom. Social do Fissur. Lábio-Palatal (PROFIS)

Programas de Ensino e Pesquisa do Serviço Social: objetivos

1. Formação de recursos humanos em Serviço Social (supervisão de estagiários, curso de malformações, curso de aperfeiçoamento e curso de especialização)
2. Organização e participação em eventos científicos
3. Desenvolvimento de pesquisas sociais
4. Participação em pesquisas interdisciplinares: colaborar na análise da realidade social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço Social por meio de seus diferentes programas tem favorecido a emancipação e a inclusão social das pessoas portadoras de deficiência na sociedade, viabilizando e efetivando direitos de cidadania no acesso às políticas sociais. Tem procurado, ao longo de sua história (1973 a 2005), desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas a partir de demandas do cotidiano, respeitando o projeto ético político da profissão.

Apoio: Equipe do Serviço Social do HRAC/USP.



REQUALIFICAR A REGIÃO DO ENTORNO DO HRAC/USP

Autor principal: Maria Irene Bachega

Outros Autores: Ronise Frediani Motta; Prof. Dr. José Alberto de Souza

Freitas; Prof. Dr. João Henrique Nogueira Pinto

Instituição: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

Município: Bauru

Estado: São Paulo

A história do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC/USP, carinhosamente conhecido como Centrinho/USP, de Bauru/SP, é marcada por um trabalho humanizado e de referência aos portadores de malformações do crânio e da face, além das deficiências auditiva, visual e de linguagem, atendendo a milhares de pessoas das mais diversas regiões do país. Na trajetória dos 38 anos de atuação, o HRAC registra a iniciativa voluntária de pessoas, profissionais, alunos, pacientes, familiares e visitantes sempre prontos e empenhados a colaborar com a instituição. Entre os casos, encontra-se uma população de bauruenses na vizinhança da instituição, que abriu suas portas para abrigar um grande número de pacientes, acompanhantes e usuários em geral, que vêm em busca de tratamento.

Verifica-se assim, o surgimento espontâneo das pensões e serviços concentrados no entorno do HRAC, para atender a esta população. Com o passar do tempo houve o aumento da demanda de usuários no HRAC e as pensões e serviços tiveram que se adaptar a uma nova realidade. Passa a existir assim, um crescimento estrutural desordenado e desenfreado. Aumenta-se a taxa de ocupação, favorecendo economicamente o setor, no entanto, as instalações oferecidas apresentam-se cada vez mais precárias. No caso das pensões os banheiros são reformados, os dormitórios ampliados com divisórias e construções em recuos obrigatórios frente, fundos e nas laterais; criando novos ambientes, por vezes sem planejamento, isento de aberturas para iluminação e ventilação recomendadas. Neste contexto, com instalações precárias, com baixas receitas em função dos preços acessíveis aos usuários de baixa renda, ficam impedidos de melhorar suas instalações. Também transformam o ato de colaborar (altruísmo), em uma fonte de renda ou um negócio bastante rendoso, sendo um tanto difícil os distinguir.

Não obstante, os estabelecimentos, por força da lei, deveriam possuir alvarás de funcionamento, que só podem ser expedido quando estiverem preparados, de acordo com as leis de código de obras e de vigilância sanitária do município, que dispõem de todas as condições adequadas para os diversos ambientes e seus respectivos usos. São 25 pensões cadastradas, com uma taxa de ocupação de 80%. Há também nessa região vários bares, restaurantes, lojas de conveniências, papelarias, mercados, postos

de gasolina, entre outros estabelecimentos comerciais, em sua maioria oferecendo serviços de baixa qualidade.

Há pouco, o HRAC dispunha de Alojamento específico para os pacientes e acompanhantes mais carentes, atendendo-os em toda a sua necessidade socioeconômica, no entanto, sabe-se que o poder público deixa de participar com estas questões deixando para o 3º setor assumir a responsabilidade. Ocorre que a Profis – Sociedade de Promoção Social do Fissurado Lábio-palatal, entidade sem fins lucrativos, também não tem condições para oferecer e manter uma estrutura para atender a todos.

É fato que se houverem visitas de agentes de vigilância sanitária em todos os estabelecimentos que oferecem serviços de hospedagem e alimentação (pensões, hotéis, restaurantes, lanchonetes, etc), certamente serão autuados e multados, elegendo-se prazos e condições que terão que cumprir, mediante pagamento de multas e no caso, de reincidência, a cassação de alvará, interdição e fechamento por prazo indeterminado.

A exploração comercial dos locais de hospedagem são permanentes e crescentes, proporcionais ao aumento do número de pacientes e usuários do Centrinho. O risco de contaminação existe e precisa ser controlado pela vigilância sanitária, já que o hóspede/paciente pode ficar impedido de ser atendido, caso venha a adquirir doenças infecto-contagiosas no período preparatório às cirurgias. O Hospital neste caso, através das normas e condutas terapêuticas de seu corpo clínico é obrigado a suspender as cirurgias, com conseqüentes prejuízos financeiros, sociais e psicológicos da família.

Além disso, é comum a Ouvidoria do HRAC receber várias manifestações dos usuários que apontam as irregularidades nas pensões, nos bares, lanchonetes e restaurantes do entorno do HRAC. Os motivos variam desde a falta de higiene, até o atendimento inadequado. A maneira que a Ouvidoria, em parceria com a Profis, encontrou para reverter a situação foi a proposta da Vila Centrinho, um Projeto que visa a requalificação do entorno do HRAC, com critérios funcionais, estéticos e ambientais, que devem transformar essa região em um local limpo, agradável, com serviços oferecidos de qualidade; assegurando aos usuários bem-estar, com padrões de qualidade de vida condizentes com os do HRAC.



Apesar das dificuldades encontradas para a sua efetivação, comum neste tipo de intervenção, o Projeto está sendo bem aceito em todos os níveis apresentados, e já apresenta alguns resultados. Até o momento o Projeto Vila Centrinho já realizou várias atividades, como o inventário da região do entorno, o levantamento da taxa de ocupação das pensões, o mapeamento das áreas com alvarás de funcionamento, trabalho realizado em parceria da Prefeitura Municipal de Bauru, e principalmente, foram oferecidas palestras aos proprietários dos estabelecimentos, ministradas por profissionais do HRAC, que enfatizaram o projeto, as noções sobre os passos para a criação de uma associação de bairros, cuidados de higiene e saúde, como conseguir alvarás de funcionamento, acessibilidade, administração hoteleira e planejamento turístico. Mais de 60 proprietários de estabelecimentos foram envolvidos com a proposta. O Projeto foi apresentado para o Comtur – Conselho Municipal de Turismo de Bauru/SP, que apoiará na certificação dos locais de hospedagens, e está em fase de consolidação a parceria com o Sebrae/Bauru/SP, provando que a saúde é sistêmica e global, sendo a articulação desta natureza, urgente e imprescindível.



OFICINAS DE SAÚDE MENTAL COLETIVA

Autor principal: Maria Judete Loureiro Ferrari

Instituição: Centro de Atenção Psicossocial II de Alegrete

Município: Alegrete

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Saúde Mental Coletiva é uma conquista da sociedade brasileira enquanto política pública de saúde. Nestes vinte anos, a Reforma Psiquiátrica no Brasil, tem acumulado um capital social evidente na garantia dos direitos de cidadania da pessoa portadora de sofrimento psíquico, como também, na democratização da sociedade e do saber em saúde e saúde mental.

No campo da Saúde mental tecnologias antimanicomiais foram surgindo para desmitificar a loucura e incluí-la, bem como o “louco”, na agenda do cotidiano da cidade, em um contexto, de respeito às diferenças, à diversidade, à democracia, à pluralidade cultural, ao diálogo, à tolerância e ao desenvolvimento sustentável.

Atualmente a saúde mental no município de Alegrete avança em seu desenvolvimento de rede assumindo o formato de um Sistema de Atenção Integral com ênfase no acolhimento e cuidado ao sofrimento em suas diferentes necessidades.

Neste ambiente de rede articulada tem sido um princípio fundamental a socialização da informação, do saber, das histórias, biografias, experiências de vida, para que a sociedade transforme o que causa o sofrimento psíquico.

As Oficinas de Saúde Mental Coletiva vêm nesta direção, a de romper com os silêncios que enlouquecem e excluem, construindo a cidadania e conscientizando sobre o direito à vida e a felicidade.

OBJETIVOS

Geral: Proporcionar um espaço de escuta e diálogo sobre temas do cotidiano que causam o sofrimento psíquico, oportunizando a inclusão, a cidadania, a conscientização, o direito a vida e a felicidade.

Específicos: Socializar vivências cotidianas, histórias, biografias de vida, através da pedagogia do “causo” e dos saberes de cada participante, respeitando e valorizando a criatividade com ênfase na cultura da solidariedade e da paz; provocar um ambiente coletivo, onde a fala e a escuta tenham um lugar privilegiado; desmitificar o louco e a loucura; romper com a cultura do silêncio facilitadora do sofrimento psíquico; incentivar a formação/qualificação, desde a alfabetização e avanço escolar, bem como os cuidados com o corpo e a natureza; orientar e divulgar informações sobre o SUS e o SAIS Mental; realizar, quando necessário, encaminhamentos para a rede

social do município, o sistema de referência e contra-referência; proporcionar agilidade no atendimento psicológico no CAPS II, através do acolhimento adequado que evite surgimento de listas de espera e, quando necessário, desconstruindo a demanda como demanda de tratamento.

METODOLOGIA

As oficinas semanais tematizadas especificamente para até 20 participantes, com duração de 1 hora e 30 minutos. Os agendamentos são prévios, os temas escolhidos pelos participantes, diversificando o facilitador (pessoa, filme, texto, objeto, pintura, música, Tc). Além do facilitador cada oficina tem um coordenador responsável pela organização da tarefa, desde o local até os recursos necessários. As oficinas são divulgadas nos meios de comunicação locais e são, também, oferecidas aos usuários que procuram e/ou aguardam atendimentos no SAIS Mental. Os temas são: O casal, o amor, o cuidado e a sexualidade; a família, os modelos, o envelhecimento, a sociedade e a saúde mental; a depressão, as perdas, os projetos de vida, o dia de hoje e a felicidade; o futuro, a juventude e o relacionamento com os pais e a sociedade; o trabalho, as pessoas, as drogas, os remédios, o álcool e as dependências e o trabalho, a ocupação, o sofrimento psíquico e as formas de terapia.

PRODUTOS

Foram realizadas 15 oficinas com 300 participantes, com maior participação de mulheres, em torno de 60%. Com idade de 30 a 50 anos, chefes de família e com escolaridade de 1º grau completo. O vínculo profissional varia entre professoras, comerciantes e domésticas. A história situava queixa de depressão; abertura de nova porta de acesso ao SUS, à população com algum tipo de sofrimento psicossocial; terminou com a lista de espera; equipe menos tensa; desmitificação da loucura e do louco; amplia e revigora o processo de educação permanente.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

No momento inicial identificamos como dificuldades: participantes não familiarizados com o processo de fala e escuta em



grupo ou oficina, exigindo incentivo e diversificação do facilitador apresentado; coordenadores sem intimidade com temas relativos aos processos sócio-comunitários. Como facilidades: encaminhamentos de casos emergenciais para atenção qualificada; acolhimento universal e no momento da procura; intervenção junto à outras instâncias; intersectorialização do território psicossocial e desconstrução da demanda apenas como tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Oficinas de Saúde Mental Coletivas estão se constituindo como uma ferramenta importante no princípio de acolhimento universal perseguido pela rede de atenção em saúde mental. Ao mesmo tempo, na transformação da cultura do silêncio e na democratização da técnica em saúde mental. A transdisciplinaridade dos temas e sua implicação com a realidade qualifica o trabalhador de saúde mental e atualiza a rede no que tange as regras sociais provocadoras de adoecimento. Constituem-se também como fonte de pesquisa para a elaboração de políticas de saúde e saúde mental, no âmbito da rede de atenção.



RODAS DO SABER

Autor principal: Maria Judete Loureiro Ferrari

Outros Autores: Maria Izabel Ziani Pradel

Instituição: Centro de Atenção Psicossocial II de Alegrete

Município: Alegrete

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O fazer em saúde e sua complexidade exige dos profissionais do setor, repensar sua prática e seus conceitos, construir e desconstruir saberes, modelos e paradigmas. O conceito de saúde, que temos trabalhado em Alegrete, nestes 17 anos de saúde mental coletiva, nos permite refletir e agir sobre nossas condições de vida e suas interfaces. Isto tem possibilitado aos trabalhadores do Sistema de Atenção Integral à Saúde Mental, o SAIS Mental, fazer trocas e intervir com outros campos de conhecimento que atravessam o da saúde e da saúde mental. Este compromisso de construção da rede de atenção integral nos desafia a organizar momentos para compartilharmos o saber acumulado com as vivências e capacitações em nossa história de trabalho. Ao mesmo tempo a busca da interdisciplinaridade e a intersetorialidade no cuidado e na ação nos levam a dar este carácter de socialização do saber e democratização da formação dos agentes de saúde mental no âmbito do município. A roda é a expressão do compartilhar, da co-autoria e da co-gestão.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

Geral: Possibilitar o estudo, o pensamento, o debate aos trabalhadores de saúde, de educação, da justiça, da assistência social, da cultura, identificando as práticas de exclusão do sofrimento psíquico, as intervenções de discriminação da loucura e substituindo-as por outras capazes de superar o modelo do hospital psiquiátrico e construir a técnica antimanicomial no âmbito do Sistema Único de Saúde e do Sistema de Atenção Integral à Saúde Mental.

Específicos: Promover a solidariedade entre os diferentes espaços e equipes de saúde mental; integrar os âmbitos administrativos e técnicos do SAIS Mental; esclarecer dúvidas a respeito dos fazeres e práticas em saúde mental; fortalecer a referência e contra-referência a luz dos Sistemas de educação, saúde, assistência social, justiça modificando a cultura de exclusão social.

METODOLOGIA

São oficinas mensais (mateadas culturais, plenárias, painéis, palestras, entre outros), extensivas aos trabalhadores, gestores,

representantes ligados ao CAPS II; CAPS I; CADEQ; ACS e PSF; Residência Terapêutica; Moradia Transitória; Santa Casa de Caridade. O calendário anual é estabelecido no primeiro encontro, bem como as temáticas abordadas em cada roda. Tem a duração de três horas distribuídas em uma exposição do assunto previamente agendada com o convidado e plenária de debates.

PRODUTOS

Foram realizadas oito rodas do saber com a participação em torno de 400 pessoas. Nas duas primeiras rodas participaram os trabalhadores das equipes de saúde mental. Após, por solicitação dos integrantes, ampliamos para os educadores, ACS, ONGs e líderes comunitários. Atualmente estamos ampliando para o setor da justiça e da cultura com os CTGs e comunidades religiosas. Os técnicos de nível médio e os de nível superior não ligados ao campo "psi" são os que mais atendem as convocações para as rodas. Os temas: oficinas terapêuticas e de expressão, diretrizes e princípios do SUS foram os com maior audiência e debate. Os trabalhadores do SAIS Mental estão trazendo textos para a socialização entre as equipes. Houve publicação de artigos nos jornais locais e revistas científicas. Vários profissionais estão fazendo aperfeiçoamentos na área de saúde.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Entre as dificuldades encontramos: A priorização da educação em saúde na agenda dos trabalhadores e gestores; a desvalorização por parte do profissional das vivências e do conhecimento adquirido no processo do trabalho; a centralidade do modelo médico hegemônico na concepção de saúde; a hierarquização do conhecimento científico. Como facilidades: A centralidade da educação em saúde pela coordenação do Sistema de Saúde Mental; o desejo de formação no campo da saúde mental; diversidade dos temas apresentados e o método da roda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao propor o método da roda, Gastão Wagner de Souza Campos, revolucionou a lógica da organização da atenção. O SAIS



Mental de Alegrete utiliza o método para a formação e capacitação dos agentes de saúde mental com vistas a co-gestão, transformando a relação verticalizada entre os que ensinam e os que aprendem.



FITOTERAPIA EM UNIDADE BÁSICA DA SMS/RJ – O “SABER POPULAR” VALIDADO CIENTIFICAMENTE

Autor principal: Maria Lucia Viana da Silva

Outros Autores: José Luiz V. da Silva

Instituição: PAM Dr Manoel Guilherme da Silveira Filho - CAP 5. I - SMS Rio de Janeiro

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

Muitas das drogas utilizadas hoje na medicina alopática provêm de substancias isoladas a partir de plantas e ervas utilizadas há milênios por varias civilizações e culturas. Entretanto, percebemos que recentemente surge um maior interesse no conhecimento destas plantas e no estímulo ao seu uso; servindo tambem como uma forma de maior integração da comunidade no sistema de saúde, visando sua maior autonomia, melhor acessibilidade e consequentemente a promoção da saúde no seio desta comunidade.

Este programa visa garantir aos usuários o acesso a métodos terapêuticos alternativos ao contribuir para o resgate de conhecimentos “empíricos”, buscando uma conscientização da importancia deste conhecimento e ressaltando a importância da relação saúde-meio ambiente.

Utiliza-se de uma metodologia participativa, na qual a comunidade têm um papel preponderante desde a elaboração dos canteiros de produção das mudas até o momento da utilização das mesmas; processo permeado por atividades educativas tais como oficinas, palestras, seminarios e visitas.

Percebemos um grande interesse por parte da comunidade, o que resultou em uma maior presença desta na unidade de saúde, bem como uma significativa troca de informações sobre a utilização das plantas medicinais; isto reflete-se na participação maciça nas atividades propostas. Uma expansão significativa na horta comunitária tambem foi verificada, tanto em termos de espaço quanto em termos de variedades de espécies utilizadas; que era inicialmente de 08 espécies para cerca de 20 espécies presentemente. Em um futuro breve, iniciar-se-á o atendimento aos clientes do Programa “Pé diabético”, através da introdução de Calêndula/Uréia sob a forma de pomada.

Com a percepção de um crescente interesse por parte da comunidade, acreditamos que os objetivos iniciais tenham sido plenamente alcançados. Cremos entretanto que com a continuação do Projeto, uma parcela maior da população será alcançada através de um maior envolvimento dos Programas de Saúde implementados nesta Unidade.



IMPORTANCIA DA RELACAO CULTURA E SAUDE

Autor principal: Maria Madalena Brasileiro Ramalho Yoshimoto

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

O presente trabalho pretende relatar a experiência de uma abordagem bilíngüe em saúde, dirigida a colônia japonesa da Vargem Bonita / Núcleo Bandeirante em Brasília DF.

Durante o mês de novembro de 2004, a Supervisão Regional do Programa Família Saudável do Núcleo Bandeirante, promoveu uma interação entre as equipes dessa Regional, onde cada enfermeiro da área urbana participaria da rotina das equipes das áreas rurais. Com a troca de experiências entre as equipes do PFS, que eram recentemente implantadas e as equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde que estavam em fase de implantação, a idéia seria possibilitar o aperfeiçoamento profissional, propiciar o enfrentamento e resolução das situações identificadas.

No trabalho a ser apresentado será relatado a forma como foi realizada esta abordagem, a importância dos valores culturais e as representações culturais para trabalhar em saúde com populações estrangeiras, de culturas distintas em uma área, comunidade, território de outro país.

Ao chegar no Brasil junto a muitos outros orientais (japoneses), os acompanhou a saga dos imigrantes, o medo do novo e em contrapartida a coragem de ingressar em uma nova terra, um novo povo. Os ideais talvez os fortaleceram para permanecer em terra estranha. Sendo entretanto, um povo de cultura bem diferente, recatado, que prefere muitas vezes se envolver em colônias, em grupos fechados, esse fato dificultou o entrosamento dos patriarcas.

Os descendentes, mais jovens, já aceitam a intervenção da cultura brasileira, porém os mais velhos, cabeças da família continuam com dificuldade para aceitar os nossos costumes, talvez por entenderem pouco ou nada da nossa língua.

A equipe da Vargem Bonita conta com quatro Agentes de Saúde, um total de 22 famílias, de 42 destas formadas por pelo menos um oriental ou descendente. Foi descrito dificuldade ao cadastrar e prestar atendimentos em muitas dessas famílias. Junto ao ACS responsável por muitas das famílias japonesas, foi realizado um trabalho de busca ativa. Em alguns momentos do trabalho recepcionados com determinado receio, por membros do grupo citado, para tentar uma aproximação foi utilizado o conhecimento da língua japonesa em um primeiro contato, tal foi a confiança que em pouco tempo essas já nos participavam de situações dantes desconhecidas.

Face a característica da diversidade de populações de outros países residentes no território brasileiro, esta experiência sugere uma reflexão sobre a forma de atuar para atender a necessidade de um grupo de culturas e raças diferentes. É sugestivo que estudantes de graduação e pós-graduação de línguas estrangeiras possam contribuir para um acesso dessas famílias, no que diz respeito a saúde, abrindo as universidades outras possibilidades para práticas curriculares, novas oportunidades que visem favorecer o acesso aos serviços de saúde, aumentar a participação nos programas de saúde. Torna-se necessário uma abordagem mais direta a esse grupo no que diz respeito a saúde.

No Distrito Federal, a Universidade de Brasília oferece cursos de letras em línguas estrangeiras, os acadêmicos poderiam



VALORIZARTE. A SAÚDE POR UMA ARTE CIDADÃ.

Autor principal: Maria Madalena de Almeida Dantas

Instituição: Unidade de Saúde da Família Planície das Mangueiras

Município: Natal

Estado: Rio Grande do Norte

Observando e vivenciando o dia-a-dia de trabalho na Unidade de Saúde da Família Planície das Mangueiras, na zona norte do Natal, RN, constatamos entre os usuários da mesma a necessidade de um incentivo para a adesão aos programas e grupos operativos locais. Os clientes já não se sentiam mais motivados com uma rotina de palestras e exposições repetitivas. Faltava uma força motriz que os atribuíssem pertencimento ao grupo e os arrolassem num processo de integração comunitária. Evidenciamos em nossa clientela uma gama de talentos artísticos e performáticos adormecidos, ou mesmo esquecidos, que necessitavam de um resgate social. Pessoas com aptidões laborativas, destreza manual ímpar, sensibilidade artística elevada, não estavam sendo devidamente valorizadas e aproveitadas na comunidade por falta de divulgação e/ou patrocínio. Concomitantemente encontramos entre os funcionários do PSF/PACS da USF Planície das Mangueiras, aqueles que têm inclinações para trabalhos manuais, atividades teatrais, musicais e que se dispõem a participar em um processo comunitário de troca de experiências construtivas. Esse mutirão participativo, ao qual denominamos VALORIZARTE, tem o intuito de promover uma integração de conhecimentos e difusão do saber cultural, objetivando o bem-estar social e a promoção da saúde da população de nossa área de abrangência. Nesse potencial humano temos artesãos, escultores, pintores, costureiras, bordadeiras, músicos, atores e cantores. Temos, também, o Boi-de-Reis, verdadeira relíquia cultural que corria o risco de desaparecer sem deixar seguidores, mas que sobrevive graças aos esforços de pessoas abnegadas.

A nossa clientela é basicamente formada por donas-de-casa, adultos em atividades produtivas de baixa renda, idosos aposentados ou não, e jovens-a maioria sem ocupação definida. As poucas opções de entretenimento, a falta de ambientes de lazer, tais como: praças, cinemas, teatros, etc; levam ao acúmulo de tensões e à ociosidade. A falta de perspectivas e objetivos geram condições predisponentes ao surgimento de doenças físicas, transtornos mentais, além de outros males. O nosso trabalho propõe a utilização de um espaço na unidade de saúde como um lugar lúdico-terapêutico para a realização de eventos comunitários, encontros e atividades laborativas. Escolhemos, na USF uma área que adaptamos para esse fim. A mesma conta com vários bancos de alvenaria, canteiros e foi nomeada de Pracinha da Saúde. Os

próprios funcionários cuidaram da revitalização da área com a limpeza e o plantio de mudas no local.

O VALORIZARTE tem os seguintes objetivos: a) a promoção da saúde através de atividades lúdicas e laborativas, utilizando-se do potencial humano e dos instrumentos sociais da comunidade; b) reduzir a incidência de doenças mentais e o agravamento das patologias crônico-degenerativas; c) melhorar a auto-estima da clientela e dos funcionários envolvidos através da socialização e do reconhecimento de seus potenciais artísticos, oportunizando a divulgação e propagação de suas habilidades; d) valorizar e promover os talentos artísticos locais.

Após identificarmos as pessoas que tinham habilidades artísticas às convidamos para participarem do trabalho comunitário. Vários artistas encontravam-se desestimulados e desanimados pela falta de apoio promocional e material. Todos aderiram ao convite de imediato, oferecendo seus préstimos no ensino de sua arte aos outros participantes do grupo. Em seguida foram promovidas reuniões para traçar um plano de atividades. Decidimos pela realização de oficinas e cursos visando à aprendizagem de novas práticas e possibilidades de uma futura geração de renda para a comunidade. As oficinas são de crochê, ponto-de-cruz, bonecas-de-pano, fuxico, mamulengos, atividades musicais e danças folclóricas.

O VALORIZARTE é um trabalho comunitário que mexe com o ânimo e a valorização dos participantes, criando uma rede de integração comunitária tendo funcionários da USF como co-participes. Em seu pouco tempo de instalação já provocou uma mudança de estratégia local ao envolver a comunidade como sujeito ativo no processo de promoção da saúde. A integração social, o reconhecimento de valores artísticos na própria comunidade, a oportunidade de aprender algo de novo, belo e útil, permite a melhora da auto-estima e a motivação para uma vida saudável. Observamos uma melhoria do humor dos participantes deste processo construtivo decorrente da constatação de um novo paradigma que, de certa forma, foge do padrão tradicional de saúde x doença. Nas oficinas são introduzidas e discutidas noções de saúde de uma forma que se identifica com a construção do objeto artístico. Constatamos uma diminuição no uso de medicamentos psicotrópicos e anti-inflamatórios por parte de alguns usuários. A atividade física e o inter-relacionamento social contribuem para a



melhoria das queixas relacionadas às doenças músculo-esqueléticas, cardiovasculares e psicossomáticas. A inércia e o sedentarismo acentuam o agravamento das condições clínicas de pacientes com doenças crônico-degenerativas. O isolamento social, a baixa auto-estima e a falta de perspectivas na vida predispoem os indivíduos às doenças mentais. Há a necessidade de uma nova estratégia de prevenção, barata e acessível à comunidade. O trabalho comunitário VALORIZARTE visa a contribuir na promoção da saúde através da valorização das habilidades artísticas e culturais dos moradores da nossa área de abrangência. O bem-estar físico, mental e social, pode ser obtido, também, com atividades que valorizem as artes e os artesãos, estimulando-os a disseminarem o seu saber cultural na comunidade. O VALORIZARTE é uma forma eficaz de resgatar a cidadania e melhorar a qualidade de vida dos comunitários.



O ACOMPANHANTE DURANTE A ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL/ HOSPITALAR : EXPERIÊNCIA DO CISAM-PE:

Autor principal: Maria Mércia Banja Nobrega

Outros Autores: Cristina Marques Yokoyama; Maria Cristiane Santana de Moraes

Instituição: Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros-CISAM/UPE

Município: Recife

Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM, Hospital Universitário da Mulher da Universidade de Pernambuco – UPE, há 59 anos tem acolhido as mulheres durante o evento do pré-natal, parto e nascimento. Como maternidade referência na assistência a gestação e parto de alto risco, nos últimos 6 anos apresentou um total de partos, conforme quadro a seguir:

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	5.535	5.156	5.452	4.897	4.489	4.600

A partir do 2000, O CISAM garante a “visita aberta”, isto é, o direito a escolha de um acompanhante para a mesma durante todo o período de internação; bem como, garante ao “pai” o direito de assistir ao nascimento do seu filho e visitá-lo a qualquer momento da internação. A primeira instituição pública do Estado a promover esta ação.

O presente trabalho relata a experiência vivenciada pelos profissionais que compõem o CISAM – UPE.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

A garantia do acompanhamento durante todo o período de internação; a sensibilização dos profissionais de saúde do CISAM na busca de atividades que contribuam para a humanização da relação paciente – profissional de saúde – família, é os objetivos focados nesse trabalho.

Quanto aos propósitos: adoção de ações que contribuam para o movimento de humanização do atendimento, fortalecendo o resgate da cidadania feminina e a garantia da autonomia da mulher, colocando-a como “sujeito principal” no parto e nascimento.

METODOLOGIA

Para implantação do acompanhante no CISAM, foi realizado um diagnóstico institucional de situação, em parceria com organizações não-governamentais feministas, no qual mostrou a satisfação da usuária diante da assistência oferecida no momento.

PRODUTOS

Após diagnóstico situacional foram realizadas oficinas de sensibilização para os profissionais do CISAM com enfoque na assistência a mulheres; implementação da estrutura física ambulatorial e hospitalar; garantia da presença do acompanhante durante todo o período de atendimento bem como direito ao Pai assistir o nascimento; instituição do Grupo de Trabalho de Humanização – GTH; implantação do serviço de ouvidoria e também do Conselho Gestor.

Os resultados foram positivos: maior satisfação do usuário evidenciada pela indicação da Maternidade para o Prêmio Galba Araújo por 3 vezes; o CISAM tornou-se referência para os demais serviços de saúde, preparando os profissionais e instituições para implantação do acompanhamento.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

As principais facilidades foram:

- Divulgação dos clientes/familiares do conhecimento dos seus direitos e deveres durante o processo de assistência a saúde;
- Reflexão para os profissionais de saúde quanto às questões éticas no relacionamento com o cliente; possibilitando a mudança de atitudes.

As principais dificuldades:

- Resistência de profissionais da equipe de saúde as mudanças de paradigmas;
- Estrutura física desfavorável à implantação das ações;
- Aumento das despesas com o acompanhamento que não estavam contempladas na dotação orçamentária da instituição durante o ano de implantação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência tem sido evidenciada como de grande importância, servindo de fortalecimento na institucionalização progressiva da Humanização, com a participação dos usuários e equipe de saúde, com críticas e sugestões, agregando novos valores ao desenvolvimento dos profissionais e contribuindo para a formação acadêmica através da implantação de serviços tais como a Casa da Mulher (Centro Formador de Profissionais de Parto Natural) e outros.



O USO DE ANFETAMINAS “REBITES” COMO FATOR DE RISCO PARA O ENVOLVIMENTO DE CAMINHONEIROS EM ACIDENTES DE TRÂNSITO

Autor principal: Maria Terezinha Zeferino

Outros Autores: Eunice Passaglia

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Município: Florianópolis

Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO

No âmbito nacional, estima-se que 96% das distâncias percorridas ocorram pelo modal rodoviário, 1,8% em ferrovias e metrô e o restante por hidrovias e meios aéreos. Tal sistema é o principal meio de transporte de cargas no País e desempenha um papel vital para a economia e bem-estar da Nação. Como consequência da priorização do modal rodoviário, dentre outros problemas, o Brasil apresenta índices elevadíssimos de acidentes de trânsito, dentre os maiores do mundo. Dentro deste contexto, ressalta-se que o índice de acidentes de trânsito envolvendo caminhoneiros, segundo dados estatísticos do Ministério dos Transportes foi, no ano de 2003, de 27%, pois dos 187.116 veículos envolvidos em acidentes, 50.342 foram caminhões.

Pode-se ressaltar como um dos fatores de risco para o envolvimento de caminhoneiros em acidentes de trânsito o uso de anfetaminas, que são substâncias sintéticas produzidas em laboratório e também conhecidas como “bolas”, “bolinhas”, “rebitos” ou “ice”. O principal efeito dessa droga é a inibição do sono, ficando a pessoa “ligada” ou “acesa”. Muitos motoristas usam essas drogas na tentativa de se manterem acordados, principalmente à noite, ficam então “pregados” ao volante, daí o nome de “rebitos” dado a essas substâncias. A anfetamina não só inibe o sono, aumentando o estado de alerta, mas em casos de consumo excessivo, o consumidor pode ter, em curto prazo, alucinações, tremedeira, taquicardia, coma e morte.

OBJETIVO

Reunir informações acerca dos estimulantes do tipo anfetaminas e discutir possíveis relações entre o uso destas por motoristas profissionais (caminhoneiros) e os acidentes de trânsito envolvendo esta categoria.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo foi de cunho predominantemente qualitativo, abordando uma pesquisa teórica sobre o tema, combinada



com uma pesquisa de campo junto às empresas de transporte rodoviário de cargas no Estado de Santa Catarina, sendo utilizado o questionário como instrumento de pesquisa. A pesquisa de campo foi dividida em três estágios:

a) Seleção das empresas: Listagem das empresas apresentadas pela Federação das Empresas de Transportes de Cargas no Estado de Santa Catarina e agrupadas em 12 sindicatos, divididos por região de abrangência.

b) Determinação da amostra: Adotou-se o processo da amostragem aleatória simples, proporcional estratificada, uma vez que estes sindicatos estão localizados em diferentes regiões do Estado, mas possuem as mesmas características internas de organização. Participaram deste estudo 20% do total de (237)



empresas listadas pelos sindicatos, ou seja, quarenta e oito (48) empresas de transporte rodoviário de cargas com sede em Santa Catarina, podendo ser matriz ou filial de outro estado com sede neste Estado.

d) Aplicação do questionário: O questionário foi enviado para as empresas, utilizando-se dos seguintes meios de comunicação concomitante: correio eletrônico e postagem e recebidos pelos mesmos meios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1) Existe o problema do uso de drogas pelos motoristas profissionais (caminhoneiros), pois 48% das empresas pesquisadas responderam "sim" e destas 65% evidenciaram o uso de anfetaminas pelos seus motoristas;

2) Evidenciou-se o envolvimento de motoristas profissionais em acidentes de trânsito, pois 94% das empresas pesquisadas já tiveram seus motoristas envolvidos em acidentes de trânsito, sendo que este índice de acidentalidade pode ser influenciado pelo uso de drogas;

3) Há a disponibilidade das empresas em fazer um trabalho preventivo, pois 82% delas possuem tais ações;

4) Dispõe-se de aspectos legais que sinalizam a obrigatoriedade de treinamento para empresas com frotas de veículos;

5) Constatada a necessidade de reavaliação dos métodos aplicados nos treinamentos pelas empresas, pois apesar de 82% realizarem estas ações, mesmo assim 94% delas se envolveram em acidentes de trânsito;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho apresentou-se dados que deram conta de que existe realmente o uso de anfetaminas pelos motoristas profissionais (caminhoneiros) e que este fato pode ser considerado um dos fatores de risco de envolvimento de caminhoneiros em acidentes de trânsito.

Acredita-se que as transformações na área da violência no trânsito só ocorrerão com a implantação de projetos de educação e de fiscalização por meio de ações desenvolvidas de forma intersetorial, interdisciplinar, continuada e a longo prazo. É importante citar que o trânsito só vai parar de matar, a partir de uma conscientização coletiva de condutores, autoridades e todos os atores sociais.

Em relação ao uso de drogas, é reconhecida a necessidade de soluções coletivas para um problema que é de sociedade, constata-se que a atuação preventiva terá tanto mais chances, quanto mais o consumo de drogas for percebido como um entre os muitos problemas que comprometem o bem-estar social, sendo sintoma e não causa de que a sociedade vai mal. O uso de drogas pelos

caminhoneiros é um potencial de risco para o problema de acidentes de trânsito, sendo que as mortes no trânsito são consideradas como um dos principais problemas de Saúde Pública enfrentado pela sociedade. Cabendo ao setor saúde intervir neste âmbito, pois a dimensão cuidadora dos profissionais de saúde vai além de sua base de atuação, devendo ser ampliado para outros setores da sociedade. Cabendo dessa forma exercer o seu compromisso, a sua responsabilidade e comprometimento com a população.



ATENÇÃO BÁSICA: DESENVOLVENDO NOVAS LINHAS DE CONDUTAS NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Autor principal: Mariamalia Newton Andrade

Outros Autores: Leane de Carvalho Machado; Maria José de

Oliveira Evangelista; Ana Angélica Ribeiro de Menezes e Rocha

Instituição: Secretaria de Estado da Saúde

Município: Aracaju

Estado: Sergipe

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Estado de Sergipe em dezembro de 2005, aparece como um estado que registra uma alta cobertura do Programa Saúde da Família, (PSF), contando com 493 equipes de PSF, 270 equipes de saúde bucal e 3.292 agentes comunitários de saúde (ACS), distribuídas nas 517 unidades de saúde da família. Registra-se uma elevada adesão a proposta com cobertura de 98% dos municípios com o PSF implantado. Dessa forma o programa atinge 89,0% e o PACS 98,5% da população sergipana.¹ Constitui-se num grande desafio para a Secretaria de Estado de Saúde (SES) a manutenção e qualificação dessas equipes na iniciativa de reordenamento da Atenção Básica (AB) enfrentando a dificuldade em desenvolver processo de trabalho sob a ótica da vigilância em saúde.

Sendo a capacitação dessas equipes, uma macro-função da Secretaria de Estado da Saúde (SES), em 2005 realizou-se levantamento dos custos referentes as capacitações desenvolvidas no ano de 2003 e verificou-se que não houve impacto significativo nos indicadores de saúde nem nos processos de trabalho desenvolvido pelas equipes durante o ano de 2004, mostrando a necessidade de superar as capacitações tradicionais até então realizadas, visto que as equipes não se sentem preparadas para enfrentar a realidade que se quer modificar.

Foi definido então, a realização de uma nova capacitação/curso, utilizando novas metodologias capazes de sensibilizar os profissionais, utilizando o conhecimento científico já adquirido, dentro de uma ótica humanizada, percebendo o sujeito como um ser integral, fazendo parte de um contexto familiar, pertencente a um território definido, responsabilidade dessa equipe de saúde.

OBJETIVOS

Capacitar profissionais do Saúde da Família e coordenadores municipais da Atenção Básica, para desenvolver novas linhas de conduta nas práticas de saúde, no âmbito da família e da comunidade, baseados nos princípios do SUS, superando os

limites do Curso Introdutório do Programa Saúde da Família e os conteúdos clínicos dos programas de controle.

MÉTODO

O curso foi constituído por 5 módulos com momentos de concentração e de dispersão. Os momentos de concentração acontecem mensalmente com aulas presenciais e o de dispersão é desenvolvido no território onde os mesmos trabalham. Ao final de cada módulo é definido uma tarefa que deve ser apresentada no módulo seguinte.

Nos períodos de concentração, o conteúdo aborda os fundamentos e ferramentas da Atenção à família adaptada do curso da Universidade de Toronto. Um grupo de apoio à gestão e pactuação entra em cena a cada período de dispersão do curso indo até estes municípios realizar processo de avaliação das dificuldades dos treinandos. As necessidades específicas de capacitação levantadas geram novos ciclos de capacitações envolvendo as três dimensões de conhecimento específico, de gestão e de relações e não é centrado apenas em aspectos clínicos das doenças.

Os participantes devem ser membros de uma mesma equipe: médico, enfermeiro e odontólogo, facilitando o desenvolvimento do trabalho e trabalhando a multiprofissionalidade.

A escolha dos municípios é definida por tipologia segundo a dificuldade de cumprir os pactos a partir da mortalidade materna e infantil.

A primeira turma é formada pelos municípios sede de microrregião e módulo assistencial de saúde que darão suporte aos outros municípios que o compõe, e, seguido por municípios com mais fragilidade em alcançar a pactuação, e assim sucessivamente.

RESULTADOS

Até o momento foram ministrados 3 módulos com 2 períodos de dispersão e já alcançamos a adesão às ferramentas oferecidas para facilitar o trabalho em equipe pela grande maioria dos participantes. Como facilitador temos o fato de uma equipe da



SES e profissionais de equipes de saúde terem sido anteriormente capacitados para monitores desta metodologia pela Universidade de Toronto e adaptamo-la a nossa realidade, inclusive incorporando o momento de dispersão que para nós é um momento culminante, e como dificuldade temos o novo aprender dos diversos atores da SES em trabalhar de forma integralizada e superar as demandas de atividades, Reorganizar o processo de trabalho, Fragmentação e desconhecimento do novo papel, como também o apoio dos Gestores municipais neste processo.

Na avaliação dos participantes aos momentos trabalhados, esta avaliação é realizada através de questionário onde abordamos sobre: Organização do curso, conteúdo programático, metodologia e aplicabilidade na prática diária, a maioria (52% à 74%) considera na faixa de bom à ótimo. Sendo ainda a grande dificuldade relacionada à grande demanda de trabalho destes profissionais e a dificuldade em organiza-la.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mudança na forma de assistir a população nas questões da saúde e da doença – ou seja não se pode trabalhar apenas as equipes sem trabalhar os gestores no que tange a efetivamente modificar o modelo de atenção. Por esses motivos é que o trabalho de mudança exige o entendimento entre todos envolvidos a partir da realidade a ser trabalhada – as áreas ou territórios sob a responsabilidade das equipes de saúde da família (ESF). Há uma clara indicação da necessidade de fortalecer o processo de capacitação das equipes; o processo de educação deve facilitar aos profissionais entender melhor o seu papel. O objetivo é desenvolver uma nova consciência de si mesmo, considerando o contexto social no qual está inserido e fortalecer uma postura que o leva a se adequar mais facilmente ao processo de ajustamento ao novo papel, pois são exigidas do profissional novas atitudes e atividades não usuais em sua prática histórica (Meneses e Rocha, 2002,2003).

¹ SES/AB/Siab, 2005



A DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES EM NÍVEL MUNICIPAL E SUA INTERFERÊNCIA NO CONTROLE DA HANSENÍASE EM SERGIPE

Autor principal: Mariamália Newton Andrade

Outros Autores: Eliane Aparecida do Nascimento; Maria Luiza Almeida Dória; Marcos Túlio Raposo

Instituição: Secretaria de Estado da Saúde

Município: Aracaju

Estado: Sergipe

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença curável e seu tratamento dura de 6 meses a doze meses e quanto mais precocemente diagnosticada e tratada mais rapidamente se cura o paciente evitando-se assim a instalação de deformidades e o contágio para outras pessoas que se dá através das vias respiratórias de pessoa doente sem tratamento para pessoas sadias para isso devemos tornar o diagnóstico e o tratamento disponíveis em toda a rede de saúde e especialmente na Atenção Básica para que todas as pessoas possam ter acesso fácil. Em vários contextos a imagem social negativa da hanseníase afeta a avaliação e o manejo dos danos e da disponibilidade de medidas eficazes para a sua prevenção e tratamento, com evidente reflexo na efetividade das ações desenvolvidas. (FELICIANO; KOVACS, 1998). No entanto, o que o usuário necessita é que os serviços de saúde da atenção básica estejam organizados para garantir-lhes acessibilidade, integralidade, equidade e continuidade dos serviços conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Elementos da descentralização do Programa de Controle da Hanseníase incluem prover ao município da capacidade organizativa para realizar as seguintes atividades: busca ativa de casos, diagnóstico clínico dos casos, cadastramento dos portadores, tratamento supervisionado dos casos, controle das incapacidades físicas e medidas preventivas.

JUSTIFICATIVA

Norteados por questionamentos oriundos do monitoramento dos indicadores, acrescidos das observações durante as supervisões das equipes de saúde surgiram inquietações quanto ao desenvolvimento das ações do Programa de Hanseníase. A ansiedade de avaliação dos serviços de saúde está presente também nos gestores que anseiam por instrumentos capazes de auxiliá-los a atingir metas programadas. É nesta perspectiva, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, que se pretende estudar para responder as indagações e apontar soluções que contribuam para a atenção integral, descentralizada e com qualidade ao paciente de hanseníase de forma a auxiliar na gestão dos serviços pelos gestores.

OBJETIVOS

Geral: Analisar fatores que dificultam as ações de controle da Hanseníase na atenção básica a partir da descentralização das ações em saúde para o nível municipal.

Específicos: Descrever a estrutura organizacional dos serviços de saúde da atenção básica nas ações de controle da hanseníase.

Descrever o desenvolvimento das ações de controle nos serviços de saúde da atenção básica.

Verificar a implementação do plano de ação municipal para o desenvolvimento das ações de controle da hanseníase.

Descrever em que medidas estão sendo realizadas, na visão do usuário, as ações do programa de controle da hanseníase

METODOLOGIA

Caracterização do Estudo: Trata-se de um estudo descritivo que empregou metodologia qualitativa e quantitativa e foi dividido em diferentes etapas visando abordar a complexidade do processo de descentralização.

Etapas do Estudo: Etapa I – Nesta etapa foi aplicado questionário do roteiro simplificado de supervisão aos profissionais, enfermeiros e médicos e gerentes das unidades selecionadas, objetivando analisar o desenvolvimento das ações de controle da hanseníase e a estrutura organizacional dos serviços para atenção ao paciente da hanseníase. Etapa II – Esta etapa se destinou a obter informações aprofundadas sobre conceitos, percepções e idéias do grupo para melhor compreensão da situação pesquisada. Etapa III – Nesta etapa a visão do usuário com relação aos serviços prestados no seu tratamento para hanseníase foi investigado. Etapa IV – O acompanhamento e a forma como se organiza as ações de controle no município, foram avaliados nesta etapa, através dos coordenadores de atenção básica. Etapa V – Para complementar a análise da estrutura dos serviços, conhecer a execução do plano de ação municipal e o cumprimento dos pactos de atenção básica, os gestores foram envolvidos no estudo nesta etapa.



Local do Estudo: O Estado de Sergipe está localizado na Região Nordeste do Brasil, possui 75 municípios distribuídos em uma área de 22.054 Km², população estimada para 2003 de 1.874.597 habitantes.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

Estudo qualitativo: Foram selecionados 20 profissionais médicos e enfermeiros, dois representantes para cada unidade do estudo, quantitativamente distribuídos entre as duas categorias profissionais, que participaram dos grupos focais. Os usuários foram totalizados em um número de 25, sendo 17 dos municípios hiperendêmicos com alta taxa de cura e 08 dos municípios hiperendêmicos com baixa taxa de cura. Gestores e coordenadores de atenção básica, de cada um dos 06 municípios foram também envolvidos no processo complementando a análise qualitativa do estudo. Estudo quantitativo: Os dados coletados no sistema de informação (SINAN), referentes aos indicadores epidemiológicos e operacionais do pacto da atenção básica de cada município deram subsídios aos resultados produzidos no controle da doença, de sua distribuição, bem como foram úteis para se investigar de que forma esses dados têm sido utilizados para planejamento das ações municipais. Os critérios para seleção utilizados foram: Municípios hiperendêmicos quanto à detecção de casos em 2003 e com alta taxa de cura e baixa taxa de cura nos anos da coorte e os silenciosos no ano de 2003, divididos em 03 grupos totalizando 06 municípios. As unidades foram selecionadas de acordo com o maior número de casos detectados e menor número de casos detectados totalizando 10 unidades. Quanto aos profissionais de saúde que participaram do grupo focal foram convidados 02 de cada unidade selecionada dos municípios (hiperendêmicos e silenciosos), médicos e enfermeiros. Os gestores e coordenadores fizeram parte do estudo num total de 6, sendo 1 representante de cada categoria para cada município selecionado.

RESULTADOS

Supervisão – monitoramento das ações: Os municípios hiperendêmicos com alta cura, cumprem a maior parte das tarefas preconizadas na área de diagnóstico e tratamento, insumos, sistema de informação e gerência mesmo tendo ocorrido mudança recente do gestor em um dos municípios. Os municípios hiperendêmicos com baixa cura, cumprem parcialmente a área de diagnóstico e tratamento, está em igualdade com os de alta taxa de cura no quesito sistema de informação, na área de insumos cumpre a maioria das tarefas e tem seu pior desempenho no quesito gerência. Os municípios silenciosos são os que menos cumprem as tarefas de diagnóstico e tratamento e insumos e nos quesitos sistema de

informação e gerência conseguem seus melhores percentuais no cumprimento das ações. O déficit do não cumprimento e cumprimento parcial das tarefas está na questão da atitude para todas as categorias de municípios, seguido de conhecimento, a habilidade está presente principalmente nos municípios silenciosos.

Grupo focal: Os profissionais dos municípios hiperendêmicos com alta taxa de cura são aqueles que seus comentários demonstram mais conhecimento sobre a doença e mais envolvimento e atitude. Os hiperendêmicos com baixa taxa de cura e os municípios silenciosos, os profissionais, mostram menos conhecimento sobre a doença, e com pouca atitude em busca do conhecimento e no desenvolvimento das ações de controle e mesmo aqueles que ainda têm motivação encontram dificuldades no gerenciamento do seu município dificultando desenvolver as ações de controle. Os participantes dos grupos focais referiram-se ao aspecto descentralização como estratégia a ser repensada em termos de como definir condições de trabalho adequadas para que esses profissionais possam desenvolver suas atividades.

Gestores: Tanto no tocante ao acompanhamento e organização das ações de controle da doença quanto no tocante à utilização das ferramentas para cumprimento do papel do gerente não há diferenças na atuação dos gerentes dos municípios enquadrados nos diferentes níveis de endemia da doença. Todos demonstram a necessidade de capacitação sobre gerenciamento e sobre as ações de controle da hanseníase.

Usuários: Observa-se tempo de tratamento mais alto nos de baixa cura. Em relação ao comportamento pela busca ao serviço de saúde nos de alta cura, observa-se que em aproximadamente 20% dos usuários se deu por orientação dos profissionais de saúde, 62% dos diagnósticos foram realizados pela unidade básica, a média de tempo do início dos sintomas até o diagnóstico foi de 2,6 meses. Quanto ao acesso, não há diferença em nenhum grupo e o custo é maior nos de baixa cura. Destaca-se como relevante a necessidade de aumento de profissionais pontuada pelos usuários. O tempo de espera esteve em média de 30 min em ambos os grupos. Sobre a qualidade e prioridade para os de alta cura foi relevante a informação e para os de baixa os agentes de saúde simpáticos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos demonstraram que: - serviços de saúde mais organizados ofereceram uma melhor qualidade no atendimento aos portadores de hanseníase; - gestores com experiência em saúde pública ou com formação em saúde priorizaram mais as ações do programa e proporcionaram mais condições aos serviços para atenção aos usuários, resultando em que os investimentos realizados em capacitações na área de



hanseníase tenham produzido melhores resultados nesses municípios;- as capacitações na área de hanseníase acompanhadas de monitoramento produziram melhores resultados;- serviços mais organizados e com mais recursos disponíveis proporcionaram um melhor desempenho na execução das ações de hanseníase pelos profissionais; - nos municípios onde aconteceu monitoramento sistemático, as metas foram alcançadas, profissionais e gestores alcançaram melhor performance e na visão do usuário a atenção a ele prestada foi satisfatória;- os gestores não têm utilizado o plano de ação como instrumento de gerenciamento e talvez isto possa influenciar a qualidade da ação ofertada; - o principal déficit no cumprimento das ações foi a atitude, que talvez possa ter influência das condições de trabalho, da baixa resolutividade e descontinuidade, encontradas no dia a dia, em algumas ações na atenção básica, assim como falta de estrutura e apoio oferecidos pelo programa de hanseníase em alguns municípios situações relatadas por alguns profissionais;- o segundo déficit no não cumprimento das ações, foi o conhecimento, que talvez possa ser superado na medida em que exista monitoramento sistemático, capacitação continuada e treinamento em serviço;- o envolvimento dos diversos atores ampliou o olhar e contribuiu para a definição das responsabilidades dos mesmos com o processo de avaliar;- as diferenças epidemiológicas nos municípios se traduzem na fala dos profissionais; - enfim, a descentralização permitiu avanços ao programa, no entanto muitas atividades ainda não estão sendo realizadas a contento, sendo prioritário acompanhamento sistemático do nível municipal e estadual conforme competências, organização dos serviços e disponibilidade de recursos e ações que possam superar os déficits de atitude e conhecimento percebidas no cumprimento das tarefas entre os profissionais.



COMPROMISSO COM O OBJETIVO DO MILENIO-REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICIPIO DE MACAIBA

Autor principal: Marília Pereira Dias

Outros Autores: Francisca Ederlinda Pereira Dias

Instituição: Município de Macaíba-Secretaria Municipal de Saúde

Município: Macaíba

Estado: Rio Grande do Norte

Os indicadores de saúde são utilizados pela Saúde Pública para avaliar as condições de vida de uma população. A mortalidade infantil é considerada um dos mais sensíveis desses indicadores. Conhecer o perfil da mortalidade infantil é fundamental para a formulação de estratégias que permitam o seu controle. Este deve ser feito desde uma assistência adequada à mulher durante a gravidez e o parto a um acompanhamento principalmente das crianças consideradas de risco. O coeficiente de mortalidade infantil é a relação entre o número de óbitos de crianças menores de um ano e o número de nascidos vivos em determinado local e calculado na base de mil nascidos vivos. Este coeficiente é reconhecido como um dos mais sensíveis indicadores de saúde, pois a morte de crianças menores de um ano é diretamente influenciada por condições de pré natal, gravidez, história materna, conduta e doenças maternas, ruptura precoce de membrana, gemelaridade, idade materna, consanguinidade, procedimentos perinatais, mortalidade perinatal, condições e tipo de parto, síndrome da morte súbita, estado marital, intervalo entre partos, fatores interpartais, diferenças raciais materna e infantil condições sócioeconômicas, prematuridade, baixo peso ao nascer, má formação congênitas, mães portadoras do HIV e de outras doenças infecto contagiosas e outros. Diante deste quadro, analisando esse indicador no Município de Macaíba/RN, de acordo com o Datasus, encontramos um valor de 79,69 no ano de 1990, demonstrando um alto indicador quando se fala de mortalidade infantil e foi a partir deste que acordamos para a necessidade de trabalhar esse índice, no intuito de redução, já que se trata de um problema de saúde pública no qual com determinação podemos combater. Sendo assim, o objetivo do estudo é apresentar o trabalho realizado no município de Macaíba, visando a redução da mortalidade infantil na nossa cidade. Para isso, buscamos parceria com empresas privadas e ONGs no qual já trabalhavam em seus projetos o quarto objetivo do milênio, que corresponde em reduzir a mortalidade infantil, no intuito destas incentivarem e colaborarem para o projeto da redução da mortalidade. A nossa metodologia baseou-se no trabalho da busca ativa com gestantes para o pré-natal, visitas às puérperas, crianças nascidas, crianças para vacinar, crianças desnutridas e crianças cidadãs no qual consiste em registrar crianças que ainda não possuem certidão de nascimento. Contamos com a colaboração dos agentes comunitários

de saúde do nosso município para realizar essa busca ativa, dando como incentivo o prêmio de "agente destaque amigo da criança", sendo escolhido um trimestralmente. Nossas ações contam com atividades desenvolvidas como: curso para gestantes no qual contamos com a participação de médicos, psicólogos, dentistas e enfermeiros orientando sobre gestação, aleitamento materno, higienização, prevenção, vacinação, cuidados, direitos e deveres da gestante e do bebê, com premiações, sorteios, camisetas e lanches de intervalo. Também são realizadas palestras e reuniões nas escolas e creches, no qual traz a comunidade para participar e contribuir na prevenção da mortalidade, identificando as crianças desnutridas, através da nutricionista, além de capacitar os professores nas DSTs/AIDS, servindo como agente multiplicador, além dos mesmos sempre cobrarem a vacinação em dia, para finalizar realizamos também a busca dos recém-nascidos em hospitais e maternidades, visando atender as puérperas e a cobertura vacinal do recém-nascido com orientação pós-parto. Através da comunicação contamos com a colaboração de pediatras em programas de rádio, além de diariamente ser também realizadas vinhetas na rádio da cidade, visando a sensibilização de toda a população a participarem e colaborarem na redução da mortalidade infantil, tendo como nosso lema: "Eu posso, você pode, nós podemos", assumindo o compromisso com o quarto objetivo do milênio. Diante de todo este trabalho, podemos perceber a importância da parceria com a iniciativa privada e ONGs, já que estas atuam também colaborando e incentivando no projeto, além de todos os funcionários que fazem parte do quadro da secretaria municipal de saúde de Macaíba. Ainda não pode-se fazer trabalhos estatísticos do quanto estamos tendo de retorno, porém já percebemos a satisfação de todas as gestantes que estão participando deste projeto, no qual demonstram seu aprendizado e interesse quanto ao cuidado com seu filho, além de todos os agentes multiplicadores, no qual ajudam a levar o aprendizado a toda a população alvo, para que juntos possamos atingir o quarto objetivo do milênio. Quanto a nossa experiência, nos tornamos gratificantes ao perceber a satisfação de cada pessoa trabalhada, e que apesar dos obstáculos e da dificuldade de busca ativa, as facilidades quanto se tem boa vontade em trabalhar são bem maiores e todos esses obstáculos são superados, desde que tenhamos uma equipe consciente, humanizada e interessada em



trabalhar com o mesmo intuito e objetivo, reduzir a mortalidade infantil , colaborando para que cada criança nascida possa crescer mais forte e mais feliz em seu ambiente, nosso intuito é atingir todas as comunidades tanto rurais quanto urbanas, tendo sempre o compromisso com o quarto objetivo do milênio: Reduzir a Mortalidade Infantil em Macaíba.



INTERVENÇÕES ARTÍSTICAS NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO

Autor principal: Marina Aparecida de Araujo

Instituição: Hospital Municipal Dr Mário Gatti / Campinas - SP

Município: Campinas

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Esta proposta insere-se na ampla diretriz do SUS de "HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE". Consideramos que não se pode falar em atendimento humanizado sem que os profissionais estejam também mergulhados em um processo de trabalho humanizado. Estes profissionais exercem um papel profissional que é desenvolvido por pessoas dotadas de talentos e habilidades potencialmente presentes no seu cotidiano. Acreditamos que esta atividade promove a valorização do profissional, reconhecendo o seu talento e colocando-o à disposição da comunidade hospitalar. Contamos também com a disponibilidade de talentos externos ao hospital numa atitude solidária, num movimento cidadão de doação e/ou gratidão ao hospital pela atenção aos graves problemas de saúde da população da cidade de Campinas e região. Consideramos também que o ambiente hospitalar é pesado, onde muitas vezes o ato de cuidar é extremamente solitário (no caso de pacientes dependentes, em coma ou sedados), quando, por horas o profissional presta cuidados em silêncio, sabendo que os seus cuidados são apenas paliativos e não devolverão a vida e a autonomia ao seu paciente, uma vez que o seu prognóstico é grave.. Percebemos que a música surge como um bálsamo aliviando e suavizando o peso desta jornada ao profissional e também ao paciente. Observamos que a música estimula a interação dos profissionais com os pacientes. Através dela surgem conversas, pedidos dos funcionários para certos pacientes com o objetivo de lhes oferecer algo bom, talvez tentar uma terapia não medicamentosa.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

Contribuir para a humanização do ambiente hospitalar, através da arte (especialmente da música), proporcionando momentos de leveza, descontração e interação entre pacientes/funcionários/familiares.

METODOLOGIA

Chamamos também esta atividade de "arte itinerante" e a oferecemos prioritariamente nas áreas assistenciais, e com

menor frequência, nas áreas de apoio e administrativa. Atuamos, principalmente através da música, onde levamos músicos instrumentistas, cantores e corais nos locais, inclusive à beira dos leitos nas áreas de internação e Pronto-Socorro. Iniciamos esta atividade com bastante cuidado, o que mantemos até hoje, sempre consultando, os gerentes/profissionais/pacientes e familiares sobre o interesse e permissão para a realização da atividade.

PRODUTOS

Realizamos atividades semanais no período diurno e mensais no período noturno. Em ocasiões especiais, como exemplo: natal, intensificamos as atividades para praticamente diárias. Para falar dos resultados, cito os depoimentos abaixo, acreditando que eles expressam o resultado do trabalho...

Depoimentos:

"Há muito tempo eu esperava por isso... Passaram várias coisas aqui, os palhaços, o pessoal da igreja, mas isto não... e era o que eu queria ouvir...". Paciente internado na enfermaria de Clínica Médica após ouvir declamação de poesias por funcionários

"Por que vocês não vieram um pouquinho mais cedo? Se tivessem vindo, eu poderia ter sido operada. Me levaram até o Centro Cirúrgico e não pude operar porque a pressão estava alta. E.. agora... ouvindo esta música eu me acalmei." Paciente internada na enfermaria de Ortopedia após ouvir harpa tocada por um funcionário

"Por favor, venha tocar aqui no quarto para a minha filha. Ela foi atropelada, está há três meses aqui no hospital e hoje é o primeiro dia em que ela está sentando"... Filha, esta música é para você, eu sei que você gosta muito. Se você estiver me ouvindo, pisque o olho três vezes para mim. "...E a filha o fez...e a mãe ficou radiante...Paciente jovem internada na Neurologia, com a mãe acompanhante.

"O Arte Cultura e Lazer é uma referência muito positiva para mim. É uma grande alegria quando vocês chegam na enfermaria, quebra um pouco aquele clima pesado. Nós precisamos disso...". Enfermeira Supervisora de um dos plantões noturnos

"Cantar nas enfermarias representa para mim uma oportunidade única de repartir com os meus semelhantes um pouco do dom que recebi de Deus, e de levar aos que sofrem



um pouco de conforto, paz e esperança.” *Cassiana S.Lima, enfermeira do PSI – canta nas enfermarias.*

“A música é um dos maiores tesouros da humanidade, ela tem o poder de penetrar no mais íntimo do ser. Quando cantamos pelos corredores e recepções, temos plena convicção de que estamos contribuindo para o bem-estar de todos os pacientes e funcionários. Procuramos levar amor e esperança através de cada música, na tentativa de amenizar o sofrimento e a dor. É o mínimo que podemos fazer como parte de nossa responsabilidade social.” *Coral Integração Lucent / Maestro Hermes Coelho.*

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Sinto que, para os funcionários representamos um pouco de carinho e cuidado da instituição com eles, significa “ser lembrados...” Para os pacientes e familiares é algo totalmente inesperado e novo... Alguns olham, parece que não acreditando muito no que estão vendo, e costumam ficar espantados quando informamos que somos funcionários e que isto é um projeto do hospital. Percebo que a arte (no caso a música) contribui muito para promover interações, leveza e descontração neste ambiente tão sofrido que é o hospital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência tem mostrado claramente que todos os envolvidos são extremamente beneficiados; o paciente e familiares, os funcionários e o artista (funcionário ou externo). A percepção da mudança do “clima” após as atividades, os pedidos para que se volte aos locais, a expressão de alegria nos olhares tem motivado e impulsionado este trabalho.



DEPRESSÃO EM IDOSOS: FATO COMUM?

Autor principal: Mário Célio Pereira dos Santos

Outros Autores: Ada Farias Oliveira Lima; Paola Moreira Tavares da Rocha; Karoline

Teles Costa; Keila Barbosa da Silva; Gleison Nascimento Santos

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

Brazlândia, cidade satélite do Distrito Federal, possui 07 equipes do Programa Família Saudável (PFS). O Setor Norte é atendido pela equipe do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), composto por uma enfermeira e 9 agentes de saúde (ACS), que trabalha junto ao Centro de Saúde nº 01 e está em fase de cadastramento com 1266 famílias cadastradas.

Em nossas visitas é possível observar nesta população vários idosos apresentando sintomatologia de depressão.

“Os transtornos do humor são uma das desordens psiquiátricas mais comuns em idosos, sendo responsáveis pela perda de autonomia e pelo agravamento de quadros patológicos preexistentes. Dentre eles, a depressão é a mais freqüente e está associada ao maior risco de morbidade e de mortalidade, ao aumento na utilização dos serviços de saúde, à negligência no autocuidado, à adesão reduzida aos regimes terapêuticos e maior risco de suicídio”. (Katona et al)

A literatura traz que depressão é um “transtorno afetivo (ou do humor), caracterizada por uma alteração psíquica e orgânica global, com seqüentes alterações na maneira de valorizar a realidade e a vida”. (BALLONE)

A sintomatologia depressiva é muito variada e a presença de todos os sintomas ao mesmo não é obrigatória. A depressão típica que se manifesta com apatia, desinteresse, tristeza, desânimo, cansaço ou inibição das atividades físicas e psíquicas tal como se houvesse uma perda de energia geral, distúrbios do sono, distúrbios do apetite, lentificação, inquietação, sentimentos de inutilidade e idéias de suicídio, angústia, irritabilidade, diminuição da memória, tendência a pensamentos negativos ou pessimistas, insegurança e auto-estima diminuída. Fisicamente pode aparecer indisposição geral, apatia, sensação de peso ou pressão na cabeça, e zonzeira, impotência sexual, frigidez, queda da imunidade e queixas físicas vagas englobando palpitações, falta de ar, dores incomuns, crises de sudorese e tremores.

Eventos desencadeantes são muito estudados e de fato encontra-se relação entre certos acontecimentos estressantes na vida das pessoas como perda de pessoa querida, perda de emprego,

doença grave ao início de um episódio depressivo. Contudo tais eventos não podem ser responsabilizados pela manutenção da depressão.

A influência genética tem sido considerada um grande fator predisponente. Além do baixo nível socioeconômico, como demonstrado em uma pesquisa realizada no Brasil por Veras onde se investigou “as prevalências de depressão na cidade do Rio de Janeiro, estratificando a população em três demonstrando que foi de 20,9% no distrito com melhor nível socioeconômico e 36,8% no de pior nível socioeconômico”.

OBJETIVO

Verificar incidência de depressão em idosos no Setor Norte de Brazlândia.

METODOLOGIA

O método utilizado foi a pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo quantitativa. Realizamos um levantamento através das fichas A e selecionamos aleatoriamente os lotes que continham idosos com idade igual ou maior que 60 anos. A amostra foi composta por 77 residentes do Setor Norte de Brazlândia.

As entrevistas foram feitas pelos ACS do PACS utilizando a Escala de Depressão Geriátrica (EDG)-15 para identificação de características evidenciadas no paciente depressivo. A EDG-15 é um dos instrumentos mais freqüentemente utilizados para o rastreamento de depressão em idosos e “é uma versão curta da escala original elaborada por Sheikh & Yesavage (1986)”. (Paradela *apud* Sheikh & Yesavage) As respostas receberam pontuação 0 ou 1 de acordo com o método avaliativo do questionário. Se o entrevistado obteve resultado maior que 5 se enquadrava na suspeição de depressão.

RESULTADOS

Dentre os 77 idosos pesquisados, 26 idosos apresentaram quadros compatíveis com depressão, o que



corresponde a aproximadamente 34%. Apenas 3 entrevistados não possuem nenhuma sintomatologia característica de depressão; 6 obtiveram um ponto e 5 dois. A partir de 3 pontos até 5, estes números sobem para 14, 10 e 12 respectivamente.

Os dados acima deixam claro a quantidade significativa de indivíduos que tendem a adquirir um quadro depressivo se não houver intervenção imediata de todos os responsáveis pelo bem-estar desta parcela da população, incluindo administração local, centro de saúde, hospital regional, associação de moradores, escolas e outras entidades locais.

Alguns dos entrevistados já possuem o quadro depressivo instalado, e fazem acompanhamento psiquiátrico no Centro de Saúde de Brazlândia. Entretanto percebemos que, mesmo os que possuem acompanhamento médico e utiliza medicamentos, permanece com alguns sintomas que podem ser melhorados com atividades que os valorizem, proporcionem sentimento de utilidade, que possam revelar seus potenciais, e que tragam um momento de relaxamento, esquecendo por instantes suas preocupações.

É garantia do idoso o direito a “todas oportunidades e facilidades para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social” e “obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso a efetivação do direito à vida, à saúde” artigo 2º e 3º da lei nº 10741/03.

A depressão em idosos, senão podemos considerar que já é, está se tornando fato comum devido à expectativa de vida aumentar, porém a atenção à saúde do idoso não acompanhar este crescimento. Assistir integralmente ao idoso é permitir contemplarem esta fase da vida com mais suavidade e bem-estar, encontrando sua essência, valor social e sentido em viver.



PROGRAMA BEBÊ SAUDÁVEL

Autor principal: Mariza Motta Meirelles

Outros Autores: Ana Beatriz Rabelo Miguel Moreno; Moema Maria Guedes Borges; Elaine

Ap.Desgualdo Osorio

Instituição: Prefeitura Municipal de Sorocaba / Secretaria Municipal de Saúde

Município: Sorocaba

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA

O Comitê de Mortalidade Infantil na investigação dos óbitos em menores de um ano observou que vários óbitos de lactentes ocorriam após 1, 2 ou 3 internações. Com este diagnóstico passamos a considerar as internações como um evento sentinela, para o critério de risco, e estas crianças passaram a ter um acompanhamento diferenciado. Para isto, a Equipe do Programa Atendimento ao RN de Risco iniciou ações conjuntas com os Hospitais SUS em abril de 2004, no seguimento destes lactentes durante o período de internação, e, após a alta, as UBSs realizam os acompanhamentos.

Esperamos com isto estabelecer mais uma ação de redução de agravos e de mortes das crianças em nossa cidade.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

- Melhor seguimento dos menores de 1 ano internados nas enfermarias dos Hospitais.
- Maior vigilância das internações e reinternações.
- Facilitar acesso destes bebês às Unidades Básicas de Saúde e a vigilância deste acesso.
- Diminuição da mortalidade infantil tardia.
- Comparar relação risco ao nascer e risco atual.
- Suporte social e psicológico quando necessário.

METODOLOGIA

As crianças com até um ano de idade internadas nas enfermarias SUS dos hospitais de Sorocaba recebem diariamente visita da equipe formada por enfermeira, auxiliar e técnicos de enfermagem. Estes lactentes são acompanhados até a alta hospitalar, quando são marcadas consultas nas UBSs de origem, em no máximo uma semana. Todas as crianças recebem uma ficha com resumo dos dados mais relevantes da internação, quando da alta hospitalar. A UBS responsabiliza-se pelo acompanhamento desta criança e solicita apoio da equipe do programa, caso a criança falte à consulta ou aconteça qualquer outra intercorrência. Após a alta, conforme critérios de risco pré-estabelecidos como: reinternações, internações de crianças com

menos de um mês de idade, e doenças respiratórias de repetição, os bebês recebem visitas da equipe multidisciplinar do programa, composta por enfermeira, auxiliares de enfermagem, assistente social e psicóloga. Casos de maior gravidade são encaminhados para acompanhamento nas especialidades de neonatologia, neurologia, pneumologia, fonoaudiologia, fisioterapia, da Policlínica Municipal.

São enviados às UBS mensalmente uma planilha, com todos os dados dos lactentes de sua área de cobertura que foram internados, constando nesta, além dos diagnósticos de internação e alta, o período de internação, e outras informações colhidas pelos auxiliares de enfermagem durante a internação, que são bastante relevantes para a UBS, como: situação vacinal, ausência de registro de nascimento, alteração de endereço, risco social, etc.

PRODUTOS

Foram acompanhadas 595 internações em 8 meses de 2004 e 766 em 2005, com uma média mensal de 71,4 e 63,8 internações mês respectivamente.

Em 2004, 10,8% das internações ocorreram em bebês com menos de 1 mês e em 2005 esta taxa foi de 11,2%. A faixa etária com maior percentual de internações foi a de 1 a 6 meses, com 53,4 e 55,9%, respectivamente nos dois anos estudados. Monitorando as reinternações, verificamos que em 8 meses de 2004, 29,2% dos bebês tiveram mais de uma internação, e no ano de 2005, este índice caiu para 25,4%.

Os principais diagnósticos de internação ocorreram no Capítulo das Doenças Respiratórias, com mais de 60 % dos diagnósticos. Dentre estes, a broncopneumonia e a pneumonia foram os principais, tanto em 2004 como em 2005, com 70,2% e 69,2% dos casos, respectivamente, seguida da bronquiolite com 17,8% e 19,4%.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Ocorreu com esta nova experiência uma maior evidência, para os pediatras das unidades básicas de saúde, dos lactentes de maior risco em sua área de cobertura, propiciando um



melhor seguimento e uma retaguarda multidisciplinar para os casos mais complexos.

Os serviços hospitalares também se integraram mais com a atenção básica, já que estes lactentes recebem um relatório emitido pelo pediatra do hospital, na ocasião da alta, e são agendados para acompanhamento com os pediatras da rede básica, proporcionando assim uma melhor qualidade no seguimento pós-alta.

Verificando o grande número de internações por doenças respiratórias mais uma ação foi estruturada para a atenção destas patologias; a criação do Programa da Asma na Policlínica Municipal em agosto de 2004, com um impacto muito positivo na redução da morbidade. Das 226 crianças acompanhadas por 1 ano pelo programa, 104 haviam sido internadas antes do início do programa, e após um ano de seguimento, somente 16 delas foram internadas. Em abril de 2006 o Programa da Asma foi ampliado para toda a rede básica municipal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da integração das ações do Programa Recém Nascido de Risco e Programa de Atenção à Criança; proporcionado pelo Programa Bebê Saudável ficou bastante evidenciado nos resultados das ações realizadas com o monitoramento das internações e busca ativa dos faltosos ao programa, demonstrando que as internações, como evento sentinela de critério de risco resultaram em uma queda gradativa do número de óbitos infantis tardios; 39 óbitos em 2003, 29 óbitos em 2004 e 26 óbitos em 2005, reduzindo o coeficiente de mortalidade pós-neonatal, de 4,9/mil nascidos vivos em 2003 para 3,4/mil nascidos vivos em 2005.



DESAFIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NA GESTÃO DA 9ª REGIONAL DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU - PR DE 2003 A 2006

Autor principal: Marlei da Rosa

Instituição : 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu

Município: Matelândia

Estado: Paraná

A 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu situa-se na região oeste do Paraná e abrange 09 (nove) municípios: Foz do Iguaçu, com a população superior a 300.000 habitantes e de até 50.000 habitantes, tais como Medianeira, Matelândia, Missal, Ramlândia, São Miguel do Iguaçu e Santa Terezinha de Itaipu; além de conviver com a situação da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina.

A organização das ações e serviços de saúde, segundo a territorialização, estabeleceu a criação de 7 (sete) macrorregionais, que tem como objetivo articular e fortalecer as 22 Regionais de Saúde, que constituem a instância administrativa da SESA/ISEP-PR. (Secretária de Estado da Saúde do PR). Através delas o estado exerce seu papel, de prestar apoio, cooperação técnica, administrativa e financeira aos municípios e consórcios, como também, no processo de descentralização, favorecer a regionalização, oportunizando a busca contínua e crescente de eficiência com qualidade.

As 08 Secretarias Municipais de Saúde encontram-se em gestão plena de atenção básica ampliada, sendo que Foz do Iguaçu encontra-se em gestão plena de atenção básica.

Esta região e Regional, tem uma situação privilegiada de complexidades, principalmente pela proximidade com o país vizinho Paraguai, que tem um sistema de saúde ainda tímido.

Assim, convive desde sua instalação com situações de desafios e para estas, tem pensado em conjunto com gestores municipais, estadual e federal; políticas que colaborem para o aperfeiçoamento do SUS.

Entre muitas estratégias, ao ser sensibilizada pela política da Educação Permanente em Saúde, tem feito da mesma, um dos pilares de sua gestão.

O objetivo então do trabalho foi através da composição de um grupo de profissionais que tivessem relação com a saúde, desencadear ações que estivessem na lógica da Educação Permanente para a construção coletiva da produção da saúde e do cuidado, para os municípios da região da área de abrangência da 09ª RS e outros municípios. Reconhecer nos profissionais da saúde interlocutores da teoria com a prática, sem exclusão dos usuários no processo, reconhecendo-os como sujeitos da intervenção; vislumbrar a importância do processo ensino-aprendizagem e do trabalho de equipe multiprofissional, da prática institucionalizada e

sua transformação, da ação contínua, da metodologia centrada na resolução dos problemas, e do enfoque nos problemas de saúde. Mobilizando a formação no setor de saúde, propondo o planejamento e formulação de políticas de gestão e regulação da força de trabalho atuante nos serviços.

A metodologia adotada para operacionalização do trabalho, tem se dado com a implantação da mesma na 09ªRS, quando esta foi sensibilizada pela Escola de Saúde Pública - ESPP/SESA, em 2003, através de uma reunião em Curitiba em meados de junho, depois pela deliberação Nº 259/2003, da Comissão Intergestores Bipartite, da SESA e do COSEMS/PR. Posteriormente, por uma reunião do SGTES/MS e pela Portaria 198/GM/MS (anexo I), sendo identificada pela mesma como estratégia para formação e desenvolvimento de profissionais de saúde.

Compôs-se um quadrilátero, PREPS- Pólo Regional de Saúde, composto de diversos atores que, de forma direta ou indireta, trabalham com saúde: Gestão (Municipal, Estadual), Ensino (docente e discente), Atenção Básica e Controle Social; que realiza reuniões mensais, visitas in-locco nas instituições de ensino e de serviço, constrói oficinas nos locais de trabalhos, atua lócco regionalmente, realiza eventos de formação a partir da necessidade, trabalha demandas e diagnósticos; através das Rodas de Conversas e da Aprendizagem Significativa, valendo-se da metodologia da Educação Permanente em Saúde.

Assim, foram alcançados alguns produtos importantes: Abertura da RS para municípios e usuários; sensibilização da gestão e da atenção básica, para buscar a inversão do modelo do SUS em um mais humanizado e comprometido com o sujeito; aproximação do ensino e serviço; comprometimento e valorização do trabalhador de saúde, do usuário e da instituição; atividades em equipe multiprofissionais, discussão da PPI e TAM nas Secretarias Municipais; regularização da Bipartite Regional com calendário, presença e participação efetiva de técnicos e Secretários de Saúde e de alguns conselheiros; orientação e participação nas Conferências e Conselhos Municipais, co-participação na 7ª Conferência Estadual de Saúde, realizada em Foz do Iguaçu, inclusive com moção de aplauso a RS; financiamento de Unidades Básicas de Saúde, pela SESA; presença assídua dos municípios na RS; construção do 1º Boletim Epidemiológico; envolvimento da RS nas políticas de saúde



na fronteira; Oficina: o SUS, o servidor, a Regional, uma proposta de Gestão Coletiva para 2006, participação no Pólo Ampliado e no colegiado Gestor de EP, abertura de estágio curricular na RS, produção de trabalhos científicos de EP na 09ª RS, como: 1ª monografia em EP do PR: a Abrangência da Política de EP no Programa Saúde da Família de Medianeira – Pr, (nota 10), inscrição e aprovação de trabalhos para congressos, reuniões por e entre setores, rodas de conversas.

A aprendizagem com a vivência tem levado o grupo, a regional e as Secretárias Municipais de Saúde, a repensar a prática, o referencial teórico e como se dá à relação com os usuários, objetivo final da ação. Também como está precarizada as relações sociais e de trabalho, a presença da verticalização e como a reproduzimos.

Finalmente, pode-se dizer que a Educação Permanente em Saúde, através do exercício da dialética, a formação de recursos humanos é importante para um sistema de saúde de qualidade que atenda os usuários, traga satisfação pessoal e contribua na efetivação do SUS. É um imenso desafio que se propõe percorrer.



ASSOCIAÇÃO DE FAMILIARES; AMIGOS E BIPOLARES

Autor principal: Martha Helena Oliveira Noal

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

Município: Santa Maria

Estado: Rio Grande do Sul

A Associação de Familiares, Amigos e Bipolares é uma entidade sem fins lucrativos, fundada em 1997, como projeto de Extensão do Ambulatório de Transtornos do Humor do Hospital Universitário de Santa Maria (RS). A AFAB foi a primeira associação nacional de pacientes bipolares, sendo modelo para a criação de associações semelhantes no Estado do Rio Grande do Sul, e antecedendo o surgimento da Associação Brasileira de Transtornos Afetivos (ABRATA) em São Paulo.

Norteia-se pelos princípios da interdisciplinaridade, integralidade, reabilitação psicossocial, humanização na atenção em saúde, democratização dos saberes e da visão sistêmica do paciente como um ser biopsicossocial.

O objetivo geral da AFAB é oferecer uma abordagem terapêutica abrangente e integrada dos Transtornos Bipolares, complementar ao tratamento farmacológico, que contemple aspectos psicológicos, educacionais, familiares e sociais da doença. Objetivos específicos:

1) Congregar pessoas com vivências em comum referentes ao Transtorno Bipolar do Humor (TBH) para atender suas necessidades.

2) Estimular a conscientização e o conhecimento sobre o TBH, nos pacientes e familiares, para uma melhor adesão ao tratamento e conseqüente diminuição dos índices de reagudizações.

3) Divulgar conceitos atualizados sobre os Transtornos do Humor tanto ao meio médico quanto à comunidade em geral, visando um correto diagnóstico.

4) Reduzir as taxas de internações psiquiátricas devido ao TBH.

5) Permitir a troca de experiências entre os participantes, valorizando o processo de identificação entre eles, atenuando assim, seu sofrimento e desgaste de ser ou ter alguém doente em seu convívio.

6) Desfazer preconceitos ainda existentes em relação aos portadores de sofrimento psíquico, através da inserção da Associação na comunidade.

7) Facilitar a re-inserção social do paciente através de intervenções que promovam a reabilitação psicossocial.

8) Respaldar legalmente reivindicações e conquistas do grupo na sociedade.

9) Promover melhor qualidade de vida aos portadores de TBH e seus familiares.

A Associação conta atualmente com 178 sócios e uma diretoria composta por pacientes, familiares e conselho técnico, este constituído multidisciplinarmente por psiquiatra, psicóloga, enfermeira e assistente social.

Desde novembro de 1999 ininterruptamente as reuniões principais ocorrem na primeira quarta-feira de cada mês, onde são abordados temas diversos como as características da patologia, formas de identificação precoce e prevenção das crises, orientações de manejo

para familiares, dificuldade de aceitação da doença, estigma, suicídio, medicamentos, etc.

Membros da diretoria revezam-se três tardes por semana no expediente que visa prestar orientações sobre a AFAB e o TBH para aqueles que estão iniciando seus tratamentos ou mesmo àqueles que já em acompanhamento, desejem naquele momento dividir alguma questão com os "veteranos", como eles mesmos se





auto-denominam. As atividades desenvolvidas são uma Palestras, Apresentação de Vídeos Educativos e Filmes, seguidos de debates, a Biblioteca, as Aulas de Educação Física e Informática, a Oficina de Leitura, Participação em Eventos Científicos, Reuniões de Confraternização, e Divulgação na Mídia. A AFAB recebeu Menção Honrosa no Prêmio de Inclusão Social 2004.

Os resultados são visíveis através da concretização de praticamente todos os objetivos propostos: em resumo, uma vida mais saudável e com melhor qualidade. A principal dificuldade é especialmente a limitação financeira como por exemplo para compra de um computador, vídeo cassete e televisão. Outra dificuldade encontrada é que a alta rotatividade de participantes torna o grupo heterogêneo no grau de conhecimentos adquiridos e demandas a serem correspondidas.

Além da perspectiva informativa, na interface entre a pedagogia e a psicoterapia, estimulamos o caráter reflexivo do grupo através de relatos e trocas de experiências. Nesta lógica não cabem hierarquias, o papel da equipe técnica é de facilitador do grupo. Muda-se o enfoque do modelo médico ortodoxo como detentor do conhecimento e o paciente, pela própria acepção do termo, aquele que submete-se passivamente. Nas reuniões, há uma troca contínua de saberes.

Nossa página na internet para maiores informações sobre AFAB é: www.afabsm.kit.net



CONSTRUÇÃO DO SUS: A EXPERIÊNCIA DO CMU

Autor principal: Maurício Antonio Pompílio

Outros Autores: Wilson Ayach; Sandra Christo dos Santos; Flavio Pieretti Ferrari; Paulo Eduardo Cabral; Wagner Sayd; Renata Vidal Cardoso

Instituição: UNIDERP

Município: Campo Grande

Estado: Mato Grosso do Sul

O Curso de Medicina da UNIDERP (CMU) iniciou suas atividades no primeiro semestre de 2000. Apresenta um Projeto Pedagógico atualizado e adequado às diretrizes curriculares dos cursos de graduação em Medicina. Tem como eixo o Ensino Baseado na Comunidade (EBC) e emprega a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como metodologia. Este relato expressa a necessidade de adequar o Estágio Supervisionado (ES) (5º e 6º ano) para o perfil profissiográfico do médico no SUS.

As Instituições de Ensino Superior devem preocupar-se com a formação do futuro médico para que atenda às necessidades do mercado de trabalho atual, considerando os três níveis de assistência do SUS. O CMU tem como propósito que o egresso seja capaz de atuar profissionalmente em ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, monitorando integralmente o ser humano desde sua concepção até a senectude, tanto em nível individual quanto coletivo, pautado em princípios éticos, nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Após ampla discussão com entidades médicas e do setor saúde no município de Campo Grande, a UNIDERP formalizou Convênio com a prefeitura local por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) estabelecendo uma parceria para a formação de Recursos Humanos no SUS. O PINESC (Programa Interinstitucional de Ensino, Serviço e Comunidade) é um módulo longitudinal do (CMU) que permite a inserção dos acadêmicos nas equipes de saúde da família (ESF) desde o primeiro semestre, com atividades de observação e intervenção

com ordem crescente de complexidade até o oitavo semestre. Neste cenário da Atenção Primária participam alunos, docentes, preceptores (médicos e enfermeiros da rede municipal) e gestores (UNIDERP e SESAU), planejando e implementando ações integradas visando a formação médica e fortalecimento da estratégia do PSF nestas áreas adscritas. As experiências vivenciadas no PINESC permitiram concluir

que o ES deveria contemplar a Atenção Primária como cenário de práticas. Em planejamento democrático foi definido que o ES seria organizado por níveis de atenção à saúde: dois semestres na atenção primária e dois semestres na atenção terciária (cada um fazendo interface com o nível secundário), estabelecendo o sistema de referência e contra-referência, inserindo o acadêmico na rede de serviços estimulando-os aos desafios de um SUS em construção.

Manteve-se as UBS-PSF no campo de estágio do 5º ano. No 6º ano ampliamos para a atuação em populações prioritárias em Mato Grosso do Sul, assentados e indígenas, denominado Estágio Regional, obrigatório, rotativo, com duração de cinco semanas. Neste momento a parceria foi ampliada para outros municípios do Estado (Maracaju, Sidrolândia e Aquidauana)

e a Coordenação Regional da FUNASA. Inicialmente foi necessário um trabalho de articulação entre as Instituições parceiras, corpo docente, discente e lideranças indígenas.

A Atenção Secundária está representada pelo Centro de Especialidades Médicas (CEMED) da UNIDERP, com central de agendamento pelo gestor municipal e outros serviços da rede

UNIDERP

CONSTRUÇÃO DO SUS: A EXPERIÊNCIA DO CMU

Wilson Ayach; Sandra Christo dos Santos; Flavio Pieretti Ferrari; Paulo Eduardo Cabral; Wagner Sayd; Renata Vidal Cardoso; Maurício Antonio Pompílio.

Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (UNIDERP) - Campo Grande - MS

Objetivo

O Curso de Medicina da UNIDERP (CMU) tem um Projeto Pedagógico atualizado e adequado às diretrizes curriculares do MEC. Tem como eixo o Ensino Baseado na Comunidade (EBC) e emprega a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como metodologia.

O CMU tem como propósito que o egresso seja capaz de atuar profissionalmente em ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, monitorando integralmente o ser humano desde sua concepção até a senectude, tanto em nível individual quanto coletivo, pautado em princípios éticos, nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Convenção

A UNIDERP formalizou Convênio com a prefeitura local por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) estabelecendo uma parceria para a formação de Recursos Humanos no SUS. O PINESC (Programa Interinstitucional de Ensino, Serviço e Comunidade) é um módulo longitudinal do (CMU) que permite a inserção dos acadêmicos nas equipes de saúde da família (ESF) desde o primeiro semestre, com atividades de observação e intervenção com ordem crescente de complexidade até o oitavo semestre. Neste cenário da Atenção Primária participam alunos, docentes, preceptores (médicos e enfermeiros da rede municipal) e gestores (UNIDERP e SESAU), planejando e implementando ações integradas visando a formação médica e fortalecimento da estratégia do PSF nestas áreas adscritas. Assim o ES se organiza em dois semestres na atenção primária e dois semestres na atenção terciária (cada um fazendo interface com o nível secundário), estabelecendo o sistema de referência e contra-referência, inserindo o acadêmico na rede de serviços, estimulando-os aos desafios de um SUS em construção.

Resultados

- 1. Intervenção dos médicos: alguns egressos estão atuando em municípios do interior do Estado, em UBS-PSF, ambulatórios e Pronto-Atendimentos;
- 2. Vinculação a rede municipal de saúde de Campo Grande: alguns egressos foram aprovados em concurso público municipal e atuam como médicos de ESF, ambulatório ou plantonistas;
- 3. Realização de Projeto de Extensão em Atenção Primária com problematização de temas mais prevalentes;
- 4. Construção coletiva de um Projeto de Residência Médica em Medicina do Família e Comunidade e ser implantada em 2007;
- 5. Elaboração e aprovação de Curso de Especialização em Saúde da Família para médicos e enfermeiros que atuam em ESF em Campo Grande;
- 6. Aprovação das comunidades locais para a participação dos acadêmicos nos serviços de saúde da rede SUS e conveniadas.

Conclusão

A responsabilidade da instituição formadora no processo de fortalecimento de SUS requer uma construção de visões coletivas, definição de papéis, metas e cronograma. A experiência do CMU concorda com a proposta das diretrizes curriculares do MEC.



municipal como Centro de Doenças Infecto-Parasitárias (CEDIP). O nível terciário foi organizado em hospital conveniado (Santa Casa) e dividido em Saúde do Adulto e Materno-Infantil, buscando a abordagem integral do paciente e permitindo o atendimento do binômio mãe-filho neste cenário. Após os seis anos de implantação do curso (primeira turma graduada em 2005) alguns resultados foram obtidos:

- Interiorização dos médicos: alguns egressos estão atuando em municípios do interior do Estado, em UBS-PSF, ambulatórios e Pronto-Atendimentos;
- Vinculação a rede municipal de saúde de Campo Grande: alguns egressos foram aprovados em concurso público municipal e atuam como médicos de ESF, ambulatório ou plantonistas.
- Realização de Projeto de Extensão em Atenção Primária com problematização de temas mais prevalentes;
- Construção coletiva de um Projeto de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade a ser implantado em 2007;
- Elaboração e aprovação de Curso de Especialização em Saúde da Família para médicos e enfermeiros que atuam em ESF em Campo Grande;
- Aprovação das comunidades locais para a participação dos acadêmicos nos serviços de saúde da rede SUS e conveniados.

A interlocução das Instituições parceiras se dá num processo contínuo de divisão e revisão de papéis. Isto significa que em alguns momentos pode haver tensão quando cada Instituição tem prioridades distintas. A busca por negociação em espaços coletivos tem se demonstrado um bom caminho. No início os acadêmicos encontravam-se inseguros e fizeram resistência a atuar no Estágio Regional. A Coordenação do Curso de Medicina, através de suas Comissões, conquistou a credibilidade dos órgãos colegiados da UNIDERP. Após os primeiros rodízios os próprios acadêmicos já se manifestavam a favor desta iniciativa. Outras dificuldades encontradas estão relacionadas à capacitação dos preceptores da rede em que garantimos inicialmente uma reunião mensal com todos os atores para programação e revisão das atividades. A participação de outros docentes especialistas no eixo EBC ainda se constitui um desafio para a academia. A mudança freqüente de alguns gestores de Instituições tende a protelar a resolução de alguns problemas de ordem administrativa e impede a ampliação da parceria. A UNIDERP como instituição privada de ensino facilitou a adesão dos preceptores da rede municipal garantindo-lhes um pró-labore e o acesso ao acervo bibliográfico e às bases de dados. Este mesmo fato dificultou o processo de negociação em alguns coletivos.

A responsabilidade da instituição formadora no processo de fortalecimento do SUS requer uma construção de espaços coletivos, definição de papéis, atores e cenários. A experiência do CMU concretiza a proposta das diretrizes curriculares do MEC.



PROJETO SAÚDE E EDUCAÇÃO DE MÃOS DADAS REALIZADO NO MUNICÍPIO DE MACAÍBA/RN

Autor principal: Michelli Karina Fonseca Elias Coutinho

Outros Autores: Marília Pereira Dias / Eudivar Correia de Farias Neto / Lisiana Santos de Albuquerque

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Macaíba/RN

Município: Macaíba

Estado: Rio Grande do Norte

A prevenção é um método de custo reduzido, alta eficácia, e é literalmente um tratamento para manutenção da saúde. A demanda pela prática de medicina preventiva e promoção de saúde no Brasil é muito intensa e abrange diversas áreas. É tanto um instrumento para melhoria na qualidade de vida da população em geral quanto para a redução de custos do sistema de saúde que muitas vezes sobrecarregam os orçamentos das Prefeituras e Secretarias Municipais de Saúde. A intervenção primária em escolas, abordando crianças e adolescentes, é uma ação muito eficiente, pois permite que a informação seja propagada, além de dentro da escola, para o seu círculo de amizades e família. O processo educativo de caráter formativo e produtivo na solução de problemas concretos com a comunidade promove, antes de tudo, a cidadania.

Contemplar a saúde no contexto escolar é fundamental. Esta orientação amplia as possibilidades de se trabalhar as questões relacionadas à saúde, por um lado, e permite a introdução de ações inovadoras, sob uma nova ótica, por outro. E trabalhar em uma nova perspectiva, no caso da saúde, é possível a partir da adoção dos fundamentos da promoção da saúde.

Reconhecer a abrangência dos processos de saúde e doença, no contexto escolar, contribui para o redirecionamento das questões associadas ao desenvolvimento e à própria aprendizagem, além de permitir a compreensão das relações entre condições de vida e saúde, estilos de vida e bem viver.

Neste sentido este projeto objetivou levar a todas as escolas da rede municipal de ensino do Município de Macaíba as equipes do Programa de Saúde da Família, bem como outros profissionais da área da saúde para as salas de aula a fim de abordar temas relacionados à saúde, contribuindo assim para o desenvolvimento intelectual e biopsicossocial tanto dos alunos quanto dos professores.

Com isso esperávamos também dinamizar as ações educativas que visavam informar a clientela acerca de assuntos que promovem a melhoria da saúde a nível educacional. Além disso, pretendíamos sensibilizar os educadores acerca da importância da implantação de temas nas escolas que enfocassem educação em saúde, viabilizando um canal de parcerias interinstitucional promovendo ações educativas, preventivas e curativas.

Como metodologia adotamos o trabalho com escolares e professores através da utilização de material audiovisual, desenvolvimento de atividades em grupo, utilização de técnicas de colagem, pintura, realização de palestras com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, dentistas, psicólogos, agentes comunitários de saúde, dentre outros. As atividades foram divididas entre os grupos de acordo com as séries, onde eram selecionados os temas a serem abordados. Foi estimulada a formação de grupos teatrais que retratassem a temática abordada. Cada semana uma escola da rede municipal de ensino do município de Macaíba que não é coberta por uma Unidade de Saúde da Família é contemplada com a equipe do Projeto Saúde e Educação de Mãos Dadas da Secretaria Municipal de Saúde e nas áreas onde existe a cobertura das Unidades de Saúde da Família a própria equipe é responsável pelo desenvolvimento do projeto, que além dos profissionais envolvidos e da logística empreendida conta ainda com uma Unidade Móvel de Saúde que é utilizada para o tratamento curativo dos casos de maior necessidade, assim como o Centro Municipal de Saúde, que conta com cerca de 22 especialidades médicas e serve de referência para o encaminhamento dos alunos que necessitam de tratamento.

As diretrizes para a melhoria de vida da população macaibense estão sendo otimizadas através de ações da saúde em conjunto com a educação que beneficiam o crescimento sócio-cultural levando uma consciência crítica à cerca da importância dos cuidados com a saúde, reiterando a prevenção das doenças e transformando nossa clientela estudantil e professores em multiplicadores sociais.

Já foram contempladas com o projeto 28 escolas abrangendo cerca de 5.000 alunos onde tivemos como produto a conscientização social do meio em que os alunos vivem acerca dos cuidados com a saúde, melhora do aproveitamento do aluno no âmbito escolar, multiplicação dos conhecimentos escolares no contato familiar. Os alunos tornaram-se mais receptivos e entusiasmados com o assunto, os professores foram se percebendo como mediadores entre a equipe escolar e os profissionais da saúde, foi observada também a disposição e empolgação dos alunos frente a tarefas futuras, melhoria da prática



pedagógica e metodológica, melhora no relacionamento dos alunos com professores e entre colegas no âmbito da escola, colaboração de outros professores, estímulo à criatividade, propostas de novas atividades pelos alunos multiplicadores, aprendizagem do conceito e generalização para uma nova estratégia de aprendizagem, além da melhora e ampliação do acesso aos serviços de saúde a todos os contemplados com o projeto.

A saúde e a educação são áreas estratégicas da sociedade que, trabalhadas a partir da escola, permitem pensar no cidadão que assume a sua parcela de responsabilidade por sua saúde e condições de vida. A comunidade, a família e a escola são segmentos que interagem em íntima relação com o contexto social em que estão situados e, portanto, não podem estar dissociados de um processo educativo mais integral.



UNIVERSALIZANDO E INTEGRANDO A ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Autor principal: Mirella Giongo

Outros Autores: Marcia Torres; Elisete Casotti; Clotilde Teixeira

Instituição: Secretaria Municipal do Rio de Janeiro

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO: AMPLIANDO O OLHAR E O CUIDADO

A pressão da demanda, a mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população, as evidências de que os problemas bucais, até então tratados como independentes da condição sistêmica dos indivíduos, redefiniram o papel do cirurgião-dentista e do Programa de Saúde Bucal no Município do Rio de Janeiro - "Carioca Rindo à Toa".

É exigido um novo pacto de atuação social centrado na realidade dos 6 milhões de habitantes da cidade do Rio de Janeiro, ampliando a nossa participação nas políticas públicas de saúde, cumprindo, portanto, os princípios do SUS. Metas exequíveis geradoras de universalidade de acesso para toda população, equidade no cuidado, integralidade na atenção e estímulo à participação popular estão pactuadas e em exercício na gestão desta Coordenação desde 2001 até o presente momento.

OBJETIVO: ONDE QUEREMOS CHEGAR

O objetivo deste trabalho é incorporar a odontologia às demais áreas da saúde, numa perspectiva de extensão de cobertura, através de ações de promoção, prevenção e cuidado, permitindo trocas e construções de conhecimentos, colaborando desta forma na consolidação da integralidade na atenção a saúde da população.

METODOLOGIA: FAZENDO ACONTECER

Atenção em Promoção de Saúde

Partindo da proposta de acolhimento e extensão de cobertura a população adulta, estamos desenvolvendo uma metodologia de capacitação e acompanhamento, baseada na ação programática em saúde e nas atividades coletivas já existentes nos serviços de saúde, o dentista então sai da cadeira, para participar junto com os outros profissionais de saúde dos grupos, integrando desta forma as ações de saúde bucal aos demais programas. Temos a carga horária de 24 horas por unidade distribuída pelos profissionais da equipe de saúde bucal para a construção transversal nos

programas dos conteúdos de saúde bucal, onde também são desenvolvidas ações de prevenção, entrega de kits contendo escova, pasta e fio dental.

Atendimento integrado com outros Programas – priorizando atendimento aos indivíduos e famílias vulneráveis nos grupos existentes nas unidades de atenção básica em sintonia com os demais programas:

- Saúde da criança - planejamento conjunto de ações das unidades amigas da criança
- Saúde da mulher (com os grupos de pré-natal/gravidez de risco);
- Sistemicamente comprometidos (nos atendimentos coletivos e agendamento individual) – Grupos de pacientes comprometidos por doenças crônico-degenerativas, infecto-contagiosas.

Atenção ao Paciente no Leito

Assim como nas unidades básicas, nas unidades de média e alta complexidade estamos implantando ações de promoção de saúde ao paciente internado com base no princípio da integralidade e na ação interdisciplinar. Entendemos que a assistência em saúde bucal no leito, deve ser incorporada à rotina diária do hospital, possibilitando desta forma a criação de um espaço privilegiado de promoção, prevenção e cuidado em saúde bucal, como também um espaço de disseminação e troca de informações interdisciplinares em saúde entre as equipes de enfermagem, médica e odontológica, nutrição, psicologia e serviço social entre outros aumentando assim o potencial da unidade em gerar/recuperar saúde e minimizar e ou eliminar os agravos oriundos das doenças bucais.

ENFRENTANDO DESAFIOS, VENCENDO OBSTÁCULOS E SOMANDO EXPERIÊNCIAS.

A dificuldade inicial foi a de rompimento do paradigma baseado no intervencionismo clínico, ainda preponderante na saúde bucal, que limita a percepção do potencial que tecnologias leves e atividades mais simples geram de impacto significativo no estado de saúde da população. Este desafio vem sendo enfrentado através de grupos de discussões, educação permanente e divulgação de experiências bem sucedidas de forma interdisciplinar. Outra barreira que está sendo rompida é a do isolamento do setor de Saúde Bucal nas Unidades de Saúde.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia de humanização do acesso ao cuidado em saúde bucal procura romper a lógica de porta de entrada baseada na fila e nos sorteios. Estamos construindo uma nova cultura onde o acolhimento é universal somado a busca da equidade no campo biológico e social dos indivíduos e de suas famílias. Nossos resultados nos procedimentos odontológicos dos grupos 3 e 10 evoluíram de 1.884.610 em 2001 para 4.775.448 em 2005. Cabe informar que em algumas unidades essa ação nos grupos de diabetes e hipertensão apresentou 40 % de resolutividade nos espaços promotores. Esse conjunto de intervenções vem possibilitando a abertura do atendimento individual cirúrgico-restaurador para todas as faixas etárias.



PROGRAMA SAÚDE E CIDADANIA DENTESCOLA

Autor principal: Mirella Giongo

Outros Autores: Marcia Torres; Elisete Casotti; Tania Roças; Celia Camanho; Rodrigo Prado

Instituição: Secretaria Municipal do Rio de Janeiro

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

A cidade do Rio de Janeiro tem aproximadamente 6 milhões de habitantes sendo a população carioca de 0 a 14 anos é 1.323.582 (Instituto Pereira Passos) e estão matriculados na rede pública de ensino 757.074. Um universo com demandas históricas e evidências de que os problemas bucais, até então foram tratados como independentes da condição sistêmica e social dos indivíduos e de suas famílias, tornando-se imprescindível um novo pacto de atuação social centrado na realidade social, ampliando a nossa participação nas políticas públicas.

A publicação do Decreto nº20.311 de 30 de julho criou dentro dos Programas de Saúde Bucal do Rio de Janeiro – Carioca Rindo à Toa o "PROGRAMA DE SAÚDE E CIDADANIA DENTESCOLA" para alunos da rede municipal de ensino, o qual reúne a possibilidade e o desafio de ampliar a cobertura da assistência odontológica ambulatorial oferecida sem ampliação de equipamentos.

Ações coletivas de caráter educativo-preventivo, como propostas pelo SAÚDE E CIDADANIA DENTESCOLA, estão diretamente implicadas nas mudanças do perfil epidemiológico de grupos populacionais, onde a tecnologia necessária não está relacionada com o aporte de equipamentos e instrumentais, mas principalmente com a integração de ações e conhecimentos.

Obter redução dos níveis de doença cárie no grupo atendido pela rede municipal de creches e escolas significa reduzir a necessidade cirúrgico restauradora nesta faixa etária e conseqüentemente ampliar a porta de entrada dos serviços ambulatoriais para grupos até então não prioritários (adolescentes, adultos e idosos), assim como, criar condições para atingir metas da OMS de saúde bucal para o ano de 2010 (75% das crianças de 5 anos livres de cárie e em média um dente atacado pela cárie em crianças de 12 anos).

NOSSOS OBJETIVOS

· Implementar ações de saúde nos espaços de formação (creches e escolas) tendo como matriz o Projeto Político Pedagógico local, construindo através de ações promotoras de saúde a interface de

temas transversais, com a intenção de criar nesses espaços, pólos geradores da consciência individual e coletiva a cerca de suas necessidades.

- Promover o reequilíbrio biológico e a valorização da auto-estima
- Construir um olhar para a saúde bucal na perspectiva integral e desenvolver ações educativo-preventivas de controle das principais doenças bucais.
- Implementar a formação de agentes multiplicadores de forma gerar a conscientização individual e coletiva e aprendizado sobre a cogestão do Programa a nível local.

METODOLOGIA

Capacitação de forma permanente da equipe de trabalho em atividades de promoção de saúde integradas aos Projetos Políticos Pedagógicos de cada unidade escolar e creche, incorporando ao SAÚDE CIDADANIA DENTESCOLA as atividades do Projeto Escola Promotora de Saúde, agregando os Programas existentes na SMS/RJ.

Cumprimento de protocolo onde são desenvolvidas as ações:

Levantamento epidemiológico da condição dental (OMS) – amostra dos escolares; Implementação da escovação diária nos espaços das creches e escolas; aplicação do flúor tópico em todos os escolares sob o controle do cirurgião-dentista; formação de agentes multiplicadores de saúde; criação de espaços facilitadores para incorporação dos hábitos de higiene (escovários); Encaminhamento das necessidades de saúde e bucais imediatas para a rede de saúde municipal;

NOSSOS RESULTADOS

Estamos com 417.812 alunos, de 508 escolas e 145 creches (da rede de educação e comunitárias) incluídas no Programa, todos participam de ações educativas, recebem kit de higiene (escova, fio e pasta dental) e 5% deles foram atendidos nas escolas com a técnica de restauração atraumática convencional (sem uso de equipamentos odontológicos) pelos supervisores Dentescola nas próprias unidades escolares.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A meta do Programa Saúde e Cidadania Dentescola está em expansão no corrente ano, com previsão de alcance de cobertura de 757.074 escolares matriculados na rede municipal de ensino. Nesta perspectiva, com a meta prevista para 2006 estaremos cobrindo 57,2 % da população de 0 a 14 anos com ações coletivas em saúde bucal.



PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA E HIPERTENSÃO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA GRUPAL SOB O OLHAR DA PSICOTERÁPIA COMPORTAMENTAL

Autor principal: Monica Augusta Mombelli

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Matelândia - UBS VILA PAZZA

Município: Matelândia

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO

Diante do aumento consideravelmente da demanda pelo atendimento médico e das crescentes inquietudes dos profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em relação à falta de aderência ao tratamento clínico, ao abandono do tratamento medicamentoso iniciado e à não frequência em programas de prevenção da Hipertensão Arterial (HA), consolida-se a necessidade de ampliação do quadro clínico definido pelo Ministério da Saúde (MS) para o Programa de Saúde da Família (PSF).

Jardim, Souza e Monego (1996)¹ defendem que a atenção básica de saúde pública deve vir subsidiada por programas que atendam o indivíduo em seu contexto social, minimizando dessa forma as complicações e os efeitos colaterais da enfermidade. Não obstante, a implantação de uma nova sistemática de atenção básica em saúde, que propõe deslocar o eixo de exigência da população centrado na atuação médico/clínica para a equipe multidisciplinar através da atenção humanitária e do acolhimento, a presença de um profissional na área de psicologia como componente dessa equipe, passa a ter sua justificação intrínseca ao próprio processo de reestruturação do PSF.

Nestas perspectivas, a análise das ações do profissional de psicologia desenvolvidas junto ao PSF de Vila Pazza, no município de Matelândia – PR, baseadas no modelo de organização de atenção humanitária da saúde pública, se configura como de significativa relevância, não apenas para a melhoria da qualidade da atenção básica em saúde praticada na comunidade que serviu de amostra, ou para subsidiar com dados o aperfeiçoamento de estratégias adotadas, mas, e, sobretudo, para estimular a constituição de novos grupos com demandas diferentes, porém, com objetivos comuns: prevenção e promoção da saúde mental da população.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

Este relato tem por objetivo ressaltar a importância da inserção do profissional de psicologia no PSF, através a divulgação dos resultados de um projeto-piloto desenvolvido em Matelândia - PR com um grupo temático-terapêutico de indivíduos portadores de HA.

Através do debate instaurado por este estudo, pretende-se contribuir para uma reflexão acerca da importância da psicologia estar inserida em programas de atenção básica em saúde. Propõe-se também uma composição de saberes e fazeres, com a articulação da psicologia e os princípios de atuação multiprofissional do PSF, apostando na eficácia dessa composição. Não obstante, enfatiza-se que o papel do psicólogo na saúde pública deve estar voltado para uma assistência mais humanizada e menos tecnicista.

METODOLOGIA

Tendo em vista a organização do grupo para intervenção, foram convidados aleatoriamente indivíduos portadores de HA assistidos pelo PSF da Vila Pazza, reunindo-se vinte (20) pessoas, de ambos os sexos, com idades médias de 41 anos que passaram a participar dos encontros quinzenais iniciados em setembro de 2005 e que ainda estão em andamento.

As dinâmicas de grupo constituem-se na principal metodologia de intervenção, a qual está embasada nos pressupostos teóricos da abordagem comportamental. Os encontros com o grupo afiguram-se como espaço de difusão de informações sobre a HA, incentivo à participação no tratamento medicamentoso e na prevenção em saúde. Os resultados observados em cada encontro foram anotados, de forma sucinta, para posterior análise.

RESULTADOS ALCANÇADOS

No início do trabalho pôde-se observar que o grupo demonstrava pouca ou quase nenhuma compreensão acerca da patologia da qual é portador; expressava não saber como administrá-la, além de algumas dificuldades, tais como: discriminar os antecedentes e conseqüentes de seus comportamentos; déficit no repertório verbal; desconhecimento de si e de análise crítica do contexto social; comportamentos guiados por auto-regras que dificultam a aderência ao tratamento e à participação em programas de prevenção e controle da HA.

À medida que os encontros ocorriam, a frequência média dos participantes aumentou porque conseguiam sentir algo reforçador



no grupo, além de que, se observaram sensíveis mudanças comportamentais uma vez que o espaço grupal proporcionou a conscientização das reais dificuldades de cada um, trocas de experiências, novas possibilidades de enfrentamento da rotina diária do HA e permitiu pequenas, mas significativas mudanças na participação na vida comunitária.

APRENDIZAGEM

A maior dificuldade encontrada no início da constituição do grupo de HA foi à necessidade de conscientizá-los sobre papel do psicólogo tanto na clínica quanto no grupo, ou seja, no sentido de desmistificar o ditado “ah, nem vou lá, psicólogo é coisa para louco mesmo”, trabalho este feito através de explicações sobre essa ciência e sua forma de atuação. Na dinâmica do convívio sistematizado tanto portadores de HA, quanto psicólogo constataram juntos que a psicologia pode trazer grandes benefícios para a terapia da hipertensão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto da saúde pública deste município, através deste projeto piloto com o grupo temático-terápico de hipertensos, foi possível constatar que a abordagem em grupo sobre essa patologia mostrou-se uma alternativa interessante, uma vez que o trabalho não se encerra no grupo e, estende-se aos profissionais de saúde no sentido de trocas de informações e suporte as equipes logo, é possível ser implementada em outras UBSs.

Conclui-se, assim que ao serem considerados os interesses e as necessidades da população, é possível à construção de um sistema de saúde pública firmado na promoção, proteção e recuperação da saúde e na garantia da atenção psicológica efetiva junto à equipe multidisciplinar do PSF.

¹ JARDIM, P. C. B. V.; SOUZA, A. L. L.; MONEGO, E. T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. In: Medicina. n. 29, p. 232-8, 1996.



A RELEVÂNCIA DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA CIB DA 9ª REGIONAL DE SAÚDE

Autor principal: Monica Gomes

Outros Autores: Renata Eli Gonçalo

Instituição: 9ª Regional de Saúde

Município: Foz do Iguaçu

Estado: Paraná

As Comissões Intergestores Bipartites (CIB), são legitimadas pela Portaria do Ministério da Saúde nº 545 de 20 maio de 1993. Instituída como uma instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS. Tendo como eixo principal, a prática do planejamento integrado entre as instâncias municipais e estadual de governo.

Tendo em vista a prática do planejamento integrado, a 9ª Regional de Saúde, situada no extremo Oeste do Paraná, na cidade de Foz do Iguaçu, implementou em sua Regional o Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde – PREPS (devido a necessidade de descentralização, tendo em vista fatores diferenciados no cotidiano de uma região fronteira).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, foi instituída através da Portaria 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. No estado do Paraná, a Política de Educação Permanente em Saúde é implementado em conformidade com a Política de Preparação de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, com 06 Pólos Ampliados de Educação Permanente em Saúde. Contudo, o Paraná estimula a constituição de 22 Pólos Regionais de Educação Permanente em Saúde – PREPS- sendo um em cada uma das 22 Regionais de Saúde, que tem por objetivo a transformação do processo de trabalho, ou seja, por orientações que elevem as condições de trabalho e conseqüentemente no aperfeiçoamento na qualidade de serviços prestados aos usuários, com a fomentação da equidade e da integralidade do acesso aos serviços de saúde.

A relevância deste trabalho, está em apontar a importância da correlação da Política de Educação Permanente com a gestão. Portanto, a Educação Permanente faz-se de fundamental responsabilidade das instâncias e unidades técnico política de gestão nos Serviços de Saúde. Outro sim, apontamos como exemplo a 9ª Regional de Saúde que passou a trabalhar na CIB, os aspectos norteadores do PREPS, sucedendo uma diferenciação nos processos de intervenção da CIB. Pois, a Educação Permanente na CIB, mostrou-se como uma ferramenta que amplia a qualidade de serviço na gestão. Partindo assim, de reflexões próprias/distinta do cotidiano regional, fomentando possibilidades no redesenho de um sistema de saúde mais integral e equânime no desenvolvimento do SUS.

Este trabalho tem como objetivo, demonstrar de que forma a Educação Permanente em Saúde, vem auxiliando como instrumento, em reuniões na CIB da 9ª Regional de Saúde, incentivando os gestores e técnicos, no desenvolvimento de suas ações no cotidiano de trabalho em cada município de abrangência desta Regional, ampliando assim, o campo de possibilidades na efetivação dos princípios do SUS.

Utilizou-se a Educação Permanente, como instrumento na CIB, em:

- Planejamento: através deste, pode-se realizar uma agenda anual, elaborada entre gestores e técnicos municipais e do Estado.
- Reuniões: a Educação Permanente possibilitou que a 9ª Regional de Saúde, percebesse que os gestores e técnicos municipais também são atores coadjuvantes nas reuniões da CIB. Com isso, as pautas passaram a ser construídas coletivamente, refletindo conseqüentemente na participação de todos os atores.
- A Educação Permanente possibilitou, a sensibilização, tanto na coletividade entre: Estado X Município X Município, quanto na capacitação contínua de Recursos Humanos na Saúde.

Com a implementação da Educação Permanente na 9ª Regional de Saúde, por conseguinte na CIB, repensou-se a necessidade de articulação mais concomitantemente entre Estado e Município. A partir de então, percebeu-se a necessidade de um planejamento das reuniões da CIB, para uma integralidade entre Estado-Município-Municípios. A Educação Permanente, também, fomentou as discussões de interesse do coletivo. Outro sim, impulsionando a construção de pautas coletivas, sendo abordado interesses de todos os atores envolvidos, mobilizando um repensar contínuo de ações e experiências vivenciadas por cada município. Estabelecendo gradativamente um elo entre educação e serviço.

Partindo do pressuposto de que a Educação Permanente está sendo implementada gradativamente, há alguns processos a serem repensados, tais como: Avaliação, Monitoramento e normatização da implementação da gestão descentralizada, nas ações e serviços de saúde no Estado e municípios.

A partir dessas pontuações, consideramos que a Educação Permanente faz-se de fundamental responsabilidade das instâncias e unidades técnico política de gestão nos Serviços de Saúde. Sendo



esta, uma ferramenta que abre possibilidades de intervenção capaz de mobilizar, discutir, produzir e transformar conhecimento que mobiliza a política em dimensão estratégica de atuação, para assim melhor desenvolver um vínculo de integralidade e equidade em todo o processo de desenvolvimento do SUS.



A SISTEMATIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO HIPERDIA

Autor principal: Mônica Loureiro Müller Pessoa Costa

Outros Autores: Geraldina da Costa Ribeiro; Luciano Ladeira; José Francisco Machado de Souza e Kátia da Silva Rocha

Instituição: Unidade Básica de Saúde Hécio Roque de Matos

Município: Maripá de Minas

Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Comprometida com os princípios do SUS e com as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, a equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde de Maripá de Minas tem aperfeiçoado as propostas de humanização do atendimento e de educação na saúde, com vistas ao atendimento da coletividade, com incentivo à conquista de maior qualidade de vida para todos, a partir do novo paradigma da saúde.

Ao definir prioridades entre os problemas de saúde da população de Maripá de Minas, município da Zona da Mata Mineira, com aproximadamente 2800 habitantes, destacou-se a hipertensão, adotou-se o grupo de HIPERDIA. Trata-se de um número significativo de usuários (489), motivo pelo qual o grupo foi criteriosamente planejado e dividido em subgrupos.

OBJETIVOS

Atender a todos os hipertensos e diabéticos do município mensalmente, de forma humanizada; trabalhar assuntos diversos, dentro dos aspectos físicos, mentais e sociais, incentivar os usuários para a busca de hábitos saudáveis e qualidade de vida.

METODOLOGIA

Foram definidas as prioridades de acordo com a gravidade da doença, a prevalência, a possibilidade de controle e a aceitação comunitária; usado o critério de pontuação de 1 a 4 para definir a necessidade, tendo sido feita posteriormente a tabulação das pontuações. Foi priorizada a hipertensão e, por causa do HIPERDIA, programa do governo federal, adotado o grupo de hipertensos e diabéticos. O primeiro passo foi a elaboração da relação nominal pelos agentes comunitários de saúde (ACS), com dados informativos de cada um. Em seguida, foi realizada a divisão dos mesmos em oito grupos, de acordo com o local de moradia. Foi montada uma planilha mensal constando o grupo, data, hora, local, palestrante e ACS responsável, agendada uma consulta médica a cada oito meses e reservada uma data mensal para consultas de reavaliação, se

necessário. A equipe multiprofissional selecionou os temas para a exposição em um grupo por mês. Foi elaborada uma ficha e um cartão de controle para os clientes, feita a digitação de uma relação nominal para registro individual dos controles e uma lista de presenças. Foram acertados os locais das reuniões, preparada uma ficha de controle de medicamento com ajustes no número de dias para que os blisters de comprimidos não fossem cortados. Finalmente, feitos os convites individuais, nominais, entregues em mãos pelos ACS. A equipe de serviços gerais incumbiu-se de organizar o espaço físico.

Mensalmente, após a conclusão dos atendimentos do HIPERDIA, a equipe faz a avaliação do trabalho e a busca ativa dos faltosos.

REALIZAÇÃO E RESULTADOS

A proposta foi seguida passo a passo, houve dificuldade de compreensão por parte de alguns membros da equipe mas, depois de elaborada uma agenda detalhada e da realização dos primeiros meses, ficou mais fácil a solução dos nós críticos e a participação de todos tem sido efetiva e imprescindível.

Para uma proposta de prevenção e promoção da saúde, não se pode contar com grandes resultados à curto prazo, mas sim destacar alguns: a presença significativa de usuários, a participação dos mesmos durante as reuniões, a expectativa que demonstram antes dos encontros e a proposta de mudanças de hábitos observada em alguns.

Como facilidades considera-se a participação e interesse de toda a equipe, destacando o trabalho dos ACS e a disponibilização do espaço físico. A maior dificuldade encontrada foi a resistência à participação por parte de alguns usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi iniciado um trabalho cujos frutos serão colhidos ao longo de alguns anos, mas a equipe sente-se gratificada por cumprir seu papel e já obter como resultado concreto uma maior humanização no atendimento.



VIVA SAÚDE ; TERCEIRA IDADE

Autor principal: Mônica Vieira Leão

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Jaguaquara

Município: Jaguaquara

Estado: Bahia

INTRODUÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde e a operacionalização dos seus princípios e diretrizes representam o principal compromisso da Secretaria Municipal de Saúde de Jaguaquara, garantindo o acesso universal e equânime da população as ações e serviços de saúde qualificada.

A Secretaria Municipal de Saúde vem investindo no fortalecimento das ações de promoção a saúde e prevenção de doenças, voltado para a qualidade de vida de pessoas da terceira idade, não somente na melhoria da saúde, mais para o grupo compreender mais amplamente a realidade, fortalecendo sua confiança e sua possibilidade de transforma-la.

JUSTIFICATIVA

Entendemos que para um atendimento eficaz e eficiente faz-se necessário que os serviços oferecidos estejam organizados e compatíveis com a necessidade da população.

São com a Atenção Básica que evitamos internações desnecessárias, doenças, além de um grande efeito sob o ponto de vista da saúde preventiva.

Através do diagnóstico das condições sócio-ecomômicas e de saúde da população, constatamos que na cidade de Jaguaquara cerca de 2.528 pacientes são hipertensos com diabetes, perfazendo um total de 5% da população.

A Diabetes Mellitus vem aumentando sua importância pela crescente prevalência, assim como a hipertensão, que constitui o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares e a primeira causa de morte do Brasil (27,4%), segundo dados do Ministério da Saúde - 1998.

As ações desenvolvidas nesse projeto, prioriza o idoso de forma a estimular hábitos, atitudes, estilo de vida e comportamento saudáveis, utilizando-se de uma abordagem individual e de grupos, controlando de forma rigorosa a doença prevenindo ou diminuindo esses agravos.

OBJETIVOS

- Estimular hábitos, atitudes, estilo de vida e comportamentos

saudáveis para a terceira idade, através da abordagem individual e de grupos específicos.

- Utilizar informações e dinâmica de grupo que ampliem a participação do idoso no contexto social.
- Valorizar cada pessoa como ser social possuidor de direitos e cidadania
- Construir coletivamente, socializando o conhecimento.
- Enfatizar a importância da participação e troca de experiências.
- Avaliar de forma contínua e processual, participativa, dos indicadores e parâmetros para uma análise de impacto.

METODOLOGIA

Nosso projeto foi elaborado sob uma proposta de planejamento situacional, visando a promoção da qualidade de vida e saúde da terceira idade. Nesse sentido, foi estabelecida uma programação, contendo etapas e cronograma de execução das mesmas, de forma a completar o trabalho já realizado pelas Unidades de Saúde.

- Identificação das necessidades e problemas coletivos dos idosos.
- Conhecer os fatores determinantes para a melhoria dos mesmos
- Contextualizar o processo educativo
- Utilizar informações e dinâmicas de grupo que ampliem a participação efetiva do grupo.

Através dos ACS - agentes comunitários de saúde, e parcerias com 05 Unidades de Saúde da Família, Eliezer Nascimento, Lourival Rosa Sena, José Tosta Lima, Nilton Freire de Assis e Jorge Amado, formamos grupos de idosos com prevalência epidemiológica de Hipertensão e diabetes de forma a construir novos conhecimentos e práticas solidárias de saúde, conscientizando ao grupo a importância da participação e construção do saber.

Montamos uma equipe multiprofissional composta de Assistente Social, Enfermeira, Psicóloga, Fisioterapeuta, Odontólogo, Professor de Educação Física e nutricionista, valorizando cada pessoa como ser social, possuidor de direitos e cidadania, estimulando a atividade física e orientando através de palestras, a alimentação saudável e hábitos de postura.



ATIVIDADES REALIZADAS

1. Atividade física: Entre as atividades que trabalham o sistema cardiovascular estão as caminhadas regulares.
2. Palestras sobre a sexualidade: Enfermeira informando acerca da disfunção erétil que pode estar associada a doenças como diabetes e hipertensão e da necessidade de reposição hormonal.
3. Musicoterapia : trabalho com o corpo, estimulando a mente
4. Palestras de saúde bucal: Odontóloga informando a necessidade de uma boa higiene bucal e manejos com a prótese dentária
5. Terapia em grupo: Assistente Social, estimulando as relações inter-pessoais e de auto-estima, firmando compromisso, responsabilidade e comprometimento com a população. Orientação e reflexão entre os membros do grupo, exercendo efeito terapêutico sobre os mesmos.
6. Atividades manuais: trabalho com artesanato de forma a valorizar o idoso no processo de socialização.
7. Palestra de fisioterapia: Fisioterapeuta informando e conscientizando o grupo da necessidade de ter uma boa postura. Além do atendimento clínico habitual, as técnicas de relaxamento.
8. Palestra de hábitos alimentares: A Nutricionista abordando modificações dos hábitos de vida, reorganizando os hábitos alimentares e incentivando a suspensão do tabagismo e o sedentarismo.

RESULTADOS ALCANÇADOS

1. Melhoria da qualidade do sono.
2. Melhoria do humor e auto-estima.
3. Conhecimento de seus direitos e deveres.
4. Maior relação entre a comunidade e a equipe de saúde
5. Redução dos sintomas depressivos.
6. Reorganização dos hábitos alimentares.
7. Consciência da importância do seu papel na sociedade.
8. Grupo mais ativo e dinâmico.
9. Uso correto de medicações.

DIFICULDADES ENCONTRADAS

1. Espaço físico inadequado em algumas Unidades de Saúde.
2. Falta de profissionais da equipe multidisciplinar de saúde
3. Falta de recursos financeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As equipes das USFs são profissionais que articulam o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção da saúde

como de identificação e ação sobre a causalidade das doenças, intervindo em todos os níveis nos programas de saúde, constituindo um passo importante para acelerar o processo do trabalho comunitário, organizando planos de ações orientadas para a mudança.

Acreditamos que proporcionando aos grupos de idosos, tratamento psico-social através da utilização dos procedimentos à população, socializando informações e refletindo a respeito dos fatores sócio-políticos econômicos e culturais, que interferem na saúde, obteremos uma melhor qualidade de vida para a terceira idade, diminuindo assim os agravos tão nocivos para o ser humano.



"CUIDANDO DE QUEM CUIDA: A SAÚDE DOS TRABALHADORES DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO"

Autor principal: Mônica Villela Pereira

Outros Autores: Elza Maria Vernet de Borba; Tatiane Moreira de Vargas e Lisiane Boer Possa

Instituição: Grupo Hospitalar Conceição

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

O Serviço de Saúde do Trabalhador/GHC, em Porto Alegre/RS, vem reestruturando o seu projeto de atenção à saúde dos trabalhadores. Essa reestruturação visa a desenvolver ações de atenção integral à saúde com ênfase na identificação, monitoramento e intervenção nos locais de trabalho buscando reduzir os riscos e agravos advindos das condições de trabalho. O intuito desse movimento de reestruturação é atingir um padrão de integralidade a partir de um olhar ampliado no que diz respeito à compreensão do sujeito no seu processo de vida, inserido num contexto social, de trabalho e familiar, numa rede de relações que interagem e interferem na sua qualidade de saúde e na afirmação da vida.. A nova organização do Serviço, tem como objetivo superar as dificuldades e deficiências para realizar estas ações, sobretudo construindo vínculo e responsabilização das equipes da Saúde do Trabalhador com os trabalhadores em cada local de trabalho.

O direito de participação dos trabalhadores e suas entidades representativas é fundamental em todas as etapas do processo de atenção à saúde, desde o planejamento e estabelecimento de prioridades, o controle permanente da aplicação dos recursos, a participação nas atividades de vigilância em saúde, até a avaliação das ações realizadas pela Saúde de Trabalhador. Através das equipes de referência, responsáveis por um universo delimitado de trabalhadores, o Serviço de Saúde do Trabalhador/GHC está potencializando esta participação. Trata-se de uma inovação na medida em que estamos superando as ações individuais e controladoras que historicamente prevaleceram nesse contexto. A perspectiva é de construir com os trabalhadores, nos seus locais de trabalho, o diagnóstico e as propostas de intervenção, no sentido de minimizar riscos e agravos, garantindo a qualidade de vida e de saúde.

OBJETIVOS

- Conhecer a realidade dos cotidianos de trabalho para, em conjunto com os trabalhadores, planejar ações de prevenção, promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde;

- Identificar os principais motivos de adoecimento e de incapacidade laborativa, a ocorrência de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais, e construir propostas de intervenção;
- traçar o perfil sócio-demográfico dos trabalhadores dos setores.



METODOLOGIA

Desde maio de 2005, o Serviço de Saúde do Trabalhador/GHC iniciou ações de vigilância nos ambientes de trabalho, agrupando os setores de trabalho do Grupo Hospitalar Conceição e constituindo 12 equipes de referência, responsáveis por um



universo delimitado de trabalhadores. Essas equipes de referência são formadas por médicos (clínicos ou do trabalho), engenheiros de segurança do trabalho, técnicos de segurança do trabalho, assistentes sociais e profissionais de enfermagem.

A atuação das equipes de referência nos setores de trabalho é realizada através de instrumentos diversos como entrevistas e questionários, observação, escuta sensível, revisão de prontuários, análise de indicadores, reuniões com o conjunto dos trabalhadores e grupos focais. Através desses mecanismos, as equipes de referência sistematizam as informações das condições de trabalho e de saúde e formatam o prontuário de cada setor de trabalho no hospital. Essa avaliação é devolvida aos trabalhadores do setor, sendo validada e desenvolvidos planos de ação para intervenção nos problemas identificados.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Dentre os resultados alcançados, destaca-se o aumento da procura pelo Serviço como espaço de escuta e acolhimento das questões trazidas pelos trabalhadores, com a possibilidade de planejamento de intervenções. Assim, vai-se constatando a construção da referência no cotidiano, pela criação de vínculos, pelo acolhimento possível em cada encontro, pelas ações que já apresentaram modificações nos ambientes e na organização do trabalho. Por outro lado, os profissionais que fazem parte da equipe conheceram a realidade de trabalho a partir do contato direto nos setores, além dos relatos em consultório, potencializando sua intervenção tanto no cuidado individual, quanto no coletivo. O trabalho em equipes trouxe a experiência da prática interdisciplinar entre esses profissionais, refletindo na operacionalização da proposta de integralidade do atendimento aos trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um projeto que se propõe a mudar a lógica de atenção à saúde do trabalhador, através da busca da integralidade, em ações de vigilância com a constituição de equipes de referência nos setores de trabalho têm possibilitado uma aproximação diferenciada com os trabalhadores. É um processo de construção conjunta, com reflexos importantes na melhora da qualidade de saúde, no grau de satisfação, motivação e valorização dos trabalhadores, que são importantes indicadores na qualidade de vida no trabalho. Essa vivência tem possibilitado um significativo aprendizado no cotidiano das práticas em saúde. Todo processo de aprendizagem requer o enfrentamento de dificuldades que se colocam no decorrer da experiência, como o acesso a informações anteriormente fragmentadas ou os entraves da instauração de uma prática que se propõe interdisciplinar. Porém, facilidades encontradas, como a

receptividade dos trabalhadores e as melhorias identificadas, motivam a continuidade e apontam para a certeza de que estamos no caminho certo.



IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE EM UMA ÁREA PROGRAMÁTICA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO; BRASIL.

Autor principal: Nancy Chagas

Outros Autores: Marcela Bhering; Isabel Maria Lopes; Hedi M..M. Oliveira; Mônica R. Chaves; Mônica Andrade; Thelma Bataglia; Carmem Lucia Bento; Hercília Montenegro.

Instituição: Roda de Educação Permanente da AP4.0

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

Saúde é um direito de todos. A equidade, integralidade e a universalidade no acesso da população à rede de serviços públicos são pilares fundamentais para a construção e democratização do sistema único de saúde brasileiro. A descentralização política e administrativa são as diretrizes norteadoras à participação da sociedade. No entanto, ao se reconhecer as inegáveis mudanças nas práticas de saúde promovidas com o advento do SUS, ainda assim, é real o dilema de sua insuficiência diante de um cenário de exacerbada desigualdade social, política e econômica no País.

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde”, estratégia transformadora das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde.

Enquanto metodologia a ser utilizada para a capacitação dos diferentes atores que atuam com a tuberculose, a implementação da Educação Permanente na AP4 é uma proposta pioneira. E, no atual contexto, facilitada pela capacidade de organização na área que historicamente vem provendo a busca da excelência nos indicadores de cura e tratamento da tuberculose.

Este trabalho tem como objetivo implementar a estratégia de Educação Permanente junto aos profissionais de saúde e controle social, nas ações de controle da tuberculose, em uma área programática do município do Rio de Janeiro e desenvolver a capacitação dos diferentes atores institucionais e sociais do entorno da AP4, envolvidos no Programa de Controle da Tuberculose.

A metodologia foi constituída com a realização de reuniões mensais, com a participação de atores representativos, conselhos, representantes de órgãos formadores, gestores, profissionais de saúde e sindicato, para estudo da proposta, documentação, legislação que fundamentam a educação permanente, análise e discussão do tema e propositura de projeto.

Como resultado da convocação dos segmentos sociais, gestores e profissionais de saúde o processo de trabalho foi iniciado: realização de reuniões, participação no Colegiado do Pólo da Região Metropolitana I (Rio de Janeiro e municípios da Baixada

Fluminense) e a criação da Roda da Educação Permanente na AP4 - um marco a ser registrado. O processo para entendimento da Educação Permanente vem sendo aprofundado nas reuniões





mensais na Roda da AP4 e resultou na elaboração de um abrangente projeto de construção coletiva: Ações básicas para a tuberculose em que se insere a atualização do conhecimento dos diferentes segmentos sociais em tuberculose.

A interação sistemática dos diferentes segmentos sociais para a discussão da proposta de educação permanente e do cenário da tuberculose, é uma experiência interessante como ponto de partida para ampliar as discussões sobre a situação da saúde e das causas da tuberculose no lócus comunitário. Credita-se a esta prática, de apropriação do saber sobre a tuberculose, maior envolvimento e comprometimento dos envolvidos em que a soma de esforços para solução de problemas comuns possam ser estimuladas.

Melhorar os indicadores de cura da tuberculose é a meta a se atingir. Dialogar sobre saúde com os diferentes segmentos para promover o exercício da cidadania é o grande desafio desta estratégia para fortalecer o Sistema Único de Saúde. Portanto, a articulação deve ser permanente junto aos diversos segmentos sociais vez que saúde e cidadania está intrinsecamente interligada.



SAÚDE DA FAMÍLIA EM CONSTRUÇÃO: GRUPO COMO ESPAÇO PARA TRANSFORMAÇÕES

Autor principal: Nara Helena Lopes Pereira da Silva

Outros Autores: Cármen Lúcia Cardoso

Instituição Universidade de São Paulo - Centro de Saúde Escola

Município: São Paulo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família enfatiza ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e busca efetivar a reorientação do modelo de atenção, preconizado pelo SUS. Norteados por tais definições, um grupo de três psicólogos-estagiários observaram, por meio de observação participante, visitas domiciliares e reunião de famílias, a necessidade da criação de espaços de troca e reflexões entre os profissionais no que se refere à promoção de saúde, a fim de sistematizar atividades e romper com os paradigmas centrados na cura de doença. O estágio é desenvolvido pela Universidade de São Paulo, *campus* Ribeirão Preto, em parceria com um Centro de Saúde Escola e Núcleo de Saúde da Família, vinculada a esta universidade.

JUSTIFICATIVA

Trata-se de uma equipe mista, composta por profissionais da Saúde da Família e das áreas de ginecologia e pediatria. Há três anos a primeira passava a fazer parte de uma antiga unidade materno-infantil, e o relacionamento entre os profissionais em decorrência de um outro paradigma em saúde dificultava a mudança e a implementação das propostas do SUS e sugeria a necessidade de espaços para discussão e construção de um novo agir em saúde. Notou-se um potencial no trabalho do agente comunitário para o desenvolvimento de atividades de promoção, a partir das visitas às famílias, do contato com os moradores, da escuta de seus desejos e de suas concepções sobre saúde. Entretanto, era difícil expressarem as impressões vindas da comunidade à equipe, bem como o desenvolverem em conjunto ações promotoras de saúde.

OBJETIVO

Considerando a necessidade de criação de espaços para transformações a partir das tecnologias leves, ou seja, no campo relacional, foi feito um convite a todos interessados em promoção de saúde para participarem de um grupo. Esta atividade teve como objetivo o desenvolvimento de habilidades interpessoais para o

trabalho, em específico, a comunicação e os relacionamentos, a fim de potencializar recursos pessoais e profissionais a serem utilizados no trabalho de promoção de saúde junto à comunidade.

METODOLOGIA

A atividade se configurou em um grupo fechado, do qual participaram dez profissionais, a saber: 2 médicos, 1 residente, 5 agentes comunitários de saúde e 2 auxiliares de enfermagem. Foram estruturados seis encontros, abaixo descritos, com duração de uma hora e meia cada. Em cada tema foram usados vídeos, textos e dinâmicas com o objetivo de facilitar a conversação.

Adotou-se a perspectiva do construcionismo social como norteador. Dentro dessa óptica, qualquer ato ou conhecimento se insere através do contexto social, cultural e histórico e é compartilhado através do uso da linguagem, que é por sua vez compreendida como atividade, ação, comportamento expressivo e, portanto, construtora de mundos sociais e indivíduos. Dessa forma, não há universalismos, mas sim ações locais, socialmente construídas.

1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia
Objetivos dos encontros	Tema: <u>novo</u>	Tema: <u>vínculo</u>	Tema: <u>scr</u> <u>escutado</u>	Tema: <u>escuta</u> <u>qualificada</u>	Reflexões <u> finais</u>

RESULTADOS ALCANÇADOS

A interação do grupo possibilitou um espaço onde os participantes puderam conversar a respeito de suas expectativas em relação ao trabalho. Falaram do desejo de poderem trocar as experiências e da realidade do trabalho solitário, que muitas vezes é decorrente de dificuldades no relacionamento interpessoal, do sentimento de ameaça e medo do julgamento do trabalho, da sensação de falta de sinceridade entre as pessoas. Discutiram também a dificuldade de mudança dos paradigmas em saúde, dificuldade para dar foco para ações preventivas e do valor cultural da medicalização da saúde. A partir das colocações sobre a expectativa de resultados imediatos na Saúde da Família, puderam



refletir sobre melhoras já atingidas na comunidade. Os conflitos pessoais e profissionais parecem compor o contexto da conversa e influenciar no desenvolvimento de ações em saúde. Desejam poder olhar para os potenciais uns dos outros sem o medo do julgamento e reconhecer o outro na relação. Aparecem nas limitações da atuação profissional decorrente de preconceitos, crenças e valores, em específico, no contato com populações vulneráveis ao HIV/Aids e que envolvem o tema da sexualidade.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A estratégia grupal possibilitou reflexões sobre as crenças e os valores existentes entre os profissionais, que podem limitar o trabalho diante das mudanças ocorridas na saúde. Nota-se a necessidade de preparo das equipes para lidar com as questões de vínculo, proximidade, responsabilidade e da alteridade contidas nos pressupostos da Estratégia da Saúde da Família. A experiência de propiciar um espaço relacional mostrou-se como um potencial para ampliar as ações em saúde, a partir da aproximação entre os trabalhadores, das trocas e interações e da atenção às tecnologias leves, aos microprocessos que influenciam o desenvolvimento de ações condizentes com a proposta do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de construção de espaços de relações e trocas, o desenvolvimento desta atividade pode propiciar condições para que os interlocutores/participantes – profissionais da Unidade de Saúde da Família - assumissem um lugar no qual se apropriassem das próprias crenças, interesses, desejos e ações. Esses interlocutores/participantes ocuparam um lugar de participação ativa, não somente através da fala, mas também da escuta e legitimando, dessa forma, o outro na conversação. É com a construção de práticas, conhecimentos, dinâmicas sociais e através de processos reflexivos que se dá a apropriação dessa construção coletiva.



CUIDANDO DO CORPO E DA ALMA

Autor principal: Nely Aparecida Guernelli Nucci

Outros Autores: Elizandra Lara Leite

Instituição: Hospital Municipal Dr. Mário Gatti - Centro de Atenção Integral em Oncologia

Município: Campinas

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Na assistência oncológica Campinas é importante centro regional, sendo referência no sistema público e privado. O sistema público de saúde envolve uma complexa rede de serviços, instâncias de gestão e controle social. O atendimento ao paciente oncológico (internação e ambulatório) conta com a efetiva participação do Centro de Atenção Integral em Oncologia do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti que oferece os serviços de: Oncologia Clínica, Radio e Quimioterapia, Cirurgia Oncológica, Ambulatório e Cirurgia Cabeça e Pescoço. A integração de uma equipe multiprofissional (Medicina, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Voluntariado) atuando em nosso Centro mostra-se eficiente e necessária não só para a atenção direta aos pacientes, como também para o apoio técnico e administrativo do serviço. O Centro de Atenção Integral em Oncologia do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti atende exclusivamente pacientes de SUS da cidade de Campinas (36%) e da região (64%) dentro de uma proposta de integralidade e equidade.

OBJETIVOS

1) Humanizar o atendimento, 2) Qualificar a assistência, 3) Oferecer atendimento integral e resolutivo, 4) Acolher o paciente em suas necessidades extrínsecas e intrínsecas, 5) Promover melhoria na Qualidade de Vida dos pacientes e equipe de saúde.

METODOLOGIA

Implantação de projetos, dentro de uma construção coletiva e participativa, envolvendo equipe de saúde, voluntariado, usuários. Para alcançar os objetivos propostos estão sendo desenvolvidas ações dentro das dimensões do Cuidar, na promoção de vínculos, responsabilização, compromisso e comprometimento.

RESULTADOS

ACOLHIMENTO: Realizado em grupo, integra pacientes entre si e com o Serviço, favorece a manifestação de dúvidas e apreensões, fornece informações e orientações, diminui tensões,

medos e fantasias, facilita a aceitação e adesão ao tratamento, previne intercorrências psicológicas, promove melhoria na qualidade do atendimento, facilita o trabalho da equipe de saúde. ENTREVISTA PSICO-SOCIAL: avalia situação profissional e financeira, dinâmica familiar, estado emocional, aceitação e enfrentamento da doença e tratamento. GRUPO ANTI-TABAGISMO: ação preventiva de sensibilização para os prejuízos e riscos do tabagismo, informa e discute temas relacionados ao tabagismo, promove educação em saúde integrada a assistência curativa. GRUPO PSICO-SOCIAL NA QUIMIOTERAPIA: propicia assistência humanizada integral aos pacientes, acolhendo e contribuindo para uma participação ativa em todo o processo de tratamento; utiliza o tempo de aplicação do medicamento quimioterápico para promoção do bem estar bio-psico-social; promove um espaço para expressão das questões emocionais; integra os pacientes e acompanhantes, compartilhando informações, ampliando conhecimentos. GRUPO DE ACOMPANHANTES: espaço para troca de experiências entre acompanhantes/cuidadores; fornece meios para uma melhor forma de enfrentamento da doença; trabalha o sistema de apoio familiar; fortalece recursos internos e externos através da escuta acolhedora e identificação de necessidades. CANTINHO DA BELEZA: coordenado pela equipe de Voluntários, tem aumentado a auto-estima, através da recuperação da imagem corporal; integra pacientes e acompanhantes; proporciona ambiente descontraído e prazeroso; fornece orientações sobre estética e higiene. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE FESTIVIDADES: Dia da Mulher, Páscoa, Dia das Mães, Festa Junina, Dia dos Pais, Natal. É preparada por toda a equipe de saúde mesa de doces e salgados, jogos, brincadeiras, lembrancinhas. MÚSICA NA SALA DE RADIOTERAPIA: Proporciona relaxamento, descontração e baixa da ansiedade com músicas selecionadas a partir de pesquisas realizadas na área da Musicoterapia. CANTINHO DA CRIANÇA: favorece lazer e espera mais tranqüila ao paciente pediátrico; integra pacientes adultos e as crianças em tratamento BIBLIOTECA: favorece oportunidade de lazer e cultura a pacientes, acompanhantes, equipe de saúde. MANUAIS INFORMATIVOS: suporte informativo, facilita a aceitação e adesão aos tratamentos, respeitando a autonomia e o direito do paciente em conhecer e



participar das propostas terapêuticas. **PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA DAS CRIANÇAS PARA RADIOTERAPIA:** representa proteção aos direitos psicológicos das crianças; facilita vinculação da criança com o serviço e o ambiente; reduz a necessidade de sedação para os procedimentos. **GRUPO DE SALA DE ESPERA:** espaço de interação, socialização, informação e prevenção. **GRUPO DE MULHERES:** acolhimento às pacientes em tratamento de câncer de mama; suporte informativo, emocional e socialização; fornecimento de bojos de enchimento para pacientes mastectomizadas (os bojos são confeccionados por uma voluntária) **PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO:** avalia a qualidade do atendimento prestado, identifica problemas e prioridades; busca sugestões, alternativas e estratégias para melhoria da assistência. **REUNIÕES DE COLEGIADO:** valoriza o trabalho em equipe, constrói contratos e compromissos coletivamente, compartilha poder, decisões, avaliações e responsabilização. **EM ELABORAÇÃO:** vídeo em sala de espera. **RETOMANDO:** Canto do Fuxico (artesanato).

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A construção coletiva favoreceu a reconstrução subjetiva, num aprofundamento interno na dimensão do Cuidar Humanizado. O crescimento individual da equipe repercutiu na elaboração das ações, no comprometimento e responsabilização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Promover o compartilhamento de idéias e de objetivos, ao lado da internalização do paciente como agente ativo, resgatando-o como protagonista no processo da doença/tratamento deve representar o desenvolvimento de ações norteadas pela integralidade, equidade, eficiência e resolutividade, dentro do respeito mútuo – paciente/equipe, num exercício de cidadania, autonomia, aceitação das diferenças e individualidades. Humanização em saúde deve ser mais que um programa de ações. É preciso que seja atitude, postura na vida, um propósito existencial desencadeando ações a partir da compreensão de si mesmo e do outro.



ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO NOVO DO PARECIS EM 2004 E 2005 NO PROCESSO DE GESTÃO DO CONHECIMENTO

Autor principal: Nereide Lucia Martinelli

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Campo Novo do Parecis-MT

Município: Tangará da Serra

Estado: Mato Grosso

INTRODUÇÃO

Ainda que incipiente na administração pública o tema gestão do conhecimento tem ganhado espaço na agenda de gestores que reconhecem que o conhecimento adquirido pelos indivíduos a eles pertence e somente será partilhado se a organização apoiar e criar as condições para que esse conhecimento às vezes escasso possa ser compartilhado.

O município de Campo Novo do Parecis-MT, está habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e, entre as prerrogativas, cabe a ele reorganizar e implementar o Modelo de Atenção Básica. Para monitorar os indicadores da atenção básica, otimizar a aplicação dos recursos financeiros e implementar as ações, a Secretaria Municipal de Saúde recorreu ao planejamento das ações através da metodologia da problematização do planejamento estratégico situacional no ano de 2004 e 2005. Entre as ações/atividades programadas a capacitação dos profissionais foi um recurso muito utilizado, fato que resultou no Projeto de Educação Continuada, que além de buscar um novo perfil, oferece oportunidades ao profissional.

OBJETIVOS

Analisar como a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Novo do Parecis-MT organizou-se para contribuir com a gestão do conhecimento em 2004 e 2005. Também foram objetivos do estudo: 1- conhecer o projeto de educação continuada, 2- conhecer os instrumentos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde-Plano de Saúde, Relatório de Gestão e Controle e Avaliação; 3- analisar o apoio da Secretaria Municipal de Saúde na gestão do conhecimento.

METODOLOGIA

É um estudo de caso do tipo exploratório, descritivo e documental que analisa e descreve a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Novo do Parecis, no que se refere à gestão do conhecimento através do Projeto de Educação Continuada.

Para analisar fez-se: 1- um estudo documental do processo de construção do planejamento estratégico, do projeto de educação continuada, dos relatórios das reuniões, e do produto do planejamento, 2 - analisaram-se os indicadores pactuados, a estratégia estabelecida para monitoramento, o alcance dos resultados; o quadro de pessoas, a participação, o número de capacitações internas e externas, as reuniões técnicas e de condução, as atividades educativas, e o apoio da Secretaria Municipal de Saúde na realização das capacitações. Os procedimentos quantitativos envolveram a coleta de um conjunto de dados secundários: capacitações, reuniões técnicas, relatórios mensal, relatório de gestão, e relatório de avaliação do Plano Municipal de Saúde.





Fizeram parte do estudo os 187 profissionais que desenvolvem suas atividades na Secretaria Municipal de Saúde, e nas 5 unidades básicas de Saúde da Família, no Centro e no Posto de Saúde, Centro de Reabilitação e Centro odontológico. Alguns destes profissionais foram os instrutores das capacitações oferecidas pela Secretaria Municipal de Saúde e coordenadores de áreas estratégicas.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS;

Com a implantação do Projeto de Educação Continuada, em 2004, 22 capacitações foram realizadas no período de junho a dezembro/2004, com 588 participações técnicas e 36 durante o ano de 2005, com 642 participações. Além das capacitações técnicas, também fizeram parte do Projeto de Educação Continuada as 30 reuniões técnicas que ocorreram em 2004 e 38 em 2005. Estas reuniões foram conduzidas pelos coordenadores estratégicos e técnicos envolvidos nos projetos prioritários, os temas sempre foram definidos em consonância com a Agenda de Saúde. As atividades educativas realizadas com a comunidade envolveram 11.661 participantes em 2004 e 11.811 em 2005.

Todo este processo, de capacitações internas e externas, reuniões técnicas e atividades educativas tiveram como resultado: realização de 125 atividades em 2004, com 972 participações dos profissionais e 11.661 participações da comunidade em atividades educativas; 128 atividades em 2005, com 1259 participações dos profissionais e 11.811 participações da comunidade em atividades educativas. Além das atividades citadas acima, as relações interpessoais estabelecidas entre gestor, coordenadores de áreas estratégicas e profissionais da rede básica foi fundamental e contribuiu para o crescimento e fortalecimento da gestão participativa e do Projeto de Educação Continuada.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Durante este processo tivemos a oportunidade de conhecer e utilizar os pontos fortes e fracos da Secretaria Municipal de Saúde e dos profissionais, bem como estabelecer parcerias com outras secretarias momento que trocamos saberes a partir dos pontos de vista diferente.

As preocupações, o stress, as reclamações da sobrecarga aconteceram, como também houve momentos de desarticulação com as áreas estratégicas, mas os coordenadores, monitores e o grupo de condução souberam conduzir para que não houvesse prejuízo nos resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia do planejamento estratégico situacional utilizado, buscou direcionalidade técnica e alterou as relações e os valores no interior da Secretaria Municipal de Saúde, pois exigiu articulação entre os profissionais das atividades meio e fins. Ainda que de forma parcial resultou numa intervenção institucional, através da qualificação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde e, influenciou nos resultados dos indicadores da atenção básica, colocando o município nos dois últimos anos entre os melhores em cobertura dos indicadores da atenção básica do estado de Mato Grosso.

É possível afirmar que ocorreu desenvolvimento organizacional através da incorporação e uso de instrumentos de monitoramento na organização e condução das ações de saúde na rotina dos trabalhos e, contribuiu para que o gestor se posicionasse no sentido de mudar a estrutura hierárquica que foi alterada no início de 2005.

Sempre houve uma defasagem entre a oferta e a necessidade de capacitações e o Projeto de Educação Continuada foi e esta sendo a oportunidade do profissional apreender novos valores, reconstruir sua experiência, aumentar a sua competência e habilidade e compartilhar conhecimentos.

Estes resultados confirmam que certamente, há um grande desafio a ser enfrentado para que de fato possa haver mudança na conduta dos profissionais e que resultem em influencias nas práticas sanitárias. Há que se superar a idéia de Recursos Humanos como mero insumo, e recuperar a dimensão da gestão de pessoas, onde o importante não são apenas os conhecimentos ou idéias, nem os comportamentos corretos e fáceis que se esperam, mas, o aumento da capacidade e do potencial das pessoas, para que se tornem participantes e agentes de transformação social diante de problemas detectados.

Espero que este trabalho contribua com os gestores municipais de saúde, sensibilizando-os quanto à necessidade de refletir, dialogar e romper a pratica da gestão burocrática institucional estabelecida historicamente, que não valoriza entre outros a sistematização dos serviços, o preparo e envolvimento dos profissionais, com perdas significativas na qualidade dos serviços ofertados a população usuária do Sistema Único de Saúde.



RENASCER: RELATO DO GRUPO DE ALONGAMENTO E RELAXAMENTO.

Autor principal: Neuza de Fatima Pavanin da Silva

Outros Autores: Josefina de Loudes Gobbo de Oliveira; Marisa dos Santos Pereira Nelson;

Ivete Candida dos Reis

Instituição: Centro de Saude Escola Vila Tiberio da Faculdade de Medicina USP Ribeirão Preto

Município: Ribeirão Preto

Estado: São Paulo

Este relato de experiência trata da produção do cuidado na atenção básica, entendida como um conjunto de práticas assistenciais, norteadas pelas diretrizes da política pública. Tradicionalmente a organização do trabalho em saúde se baseia num modelo de atenção voltado para a concepção de saúde e doença, que se concretiza em práticas intervencionistas focalizadas em queixa e conduta. As transformações do modelo de assistência em saúde que vêm se consolidando desde a Constituição de 1988 e da lei 8.080/90, imprimiram o entendimento da saúde–doença como processo social. O local de estudo é em uma unidade de saúde, denominada Centro de Saúde Escola da Vila Tibério. Fica localizada na região central da cidade de Ribeirão Preto.

1- Técnica de enfermagem da universidade de São Paulo, alocadas no centro de Saúde Escola da Vila Tibério do município de Ribeirão Preto.

2- Auxiliar de enfermagem do Programa de Saúde da Família, pela Fundação de Apoio Ensino e pesquisa- FAEPA-

A Unidade tem parceria com a Faculdade de medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP e Secretaria da Saúde. A intenção inicial era trabalhar com pacientes obesos, hipertensos que freqüentavam o grupo de reeducação alimentar ofertado pelo local. O objetivo foi sensibilizar o grupo de pessoas para autonomia e vínculo dos integrantes, proporcionando exercícios físicos aeróbicos de alongamento e relaxamento, entretenimento com dinâmicas de grupo e música. Contamos com a ajuda de uma professora voluntária, moradora da própria comunidade e dos próprios integrantes que se encarregavam de divulgar o grupo. O trabalho é realizado na área interna do prédio, utilizada como sala de espera dos usuários. Os encontros são oferecidos duas vezes por semana no período da manhã. A análise proposta é a qualitativa a qual aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, que possui carga histórica cultural, política e ideológica. Assim delineamos o relato de experiência aproximando-nos dos desafios e possibilidades da participação de usuários na Unidade acima descrita. Quanto aos resultados, avaliamos um trabalho de enfermagem “extra-muro”, ou seja, saímos de ações individuais de procedimentos centrados e aproximamos das pessoas de forma lúdica e amorosa. Apesar das

dificuldades físicas locais, abstraímos outra forma de trabalho que possa ser complementar ao trabalho já existente. A assiduidade e freqüência da população participante nos trouxe uma reflexão de que a satisfação com os vínculos e o fortalecimento com a comunidade é uma importante parceria para um trabalho de integralidade. A intenção da troca com outros programas já existentes deve valorizar a cultura e melhorar na identificação das necessidades de todos. Apesar dos limites de nossas análises e avaliações, as evidências sugerem que os instrumentos da estrutura institucional ainda não são plenamente explorados pelos atores das ações ofertadas pelo setor saúde. Podemos concluir que este novo modo de fazer em saúde estão sendo eficazes na promoção da saúde, facilitando a experiência de vida do sujeito, através de fatores facilitadores de uma dinâmica de interações que (re)significa o modelo tradicional de intervenção no cuidado.



COOPERAÇÃO E GESTÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE REPRODUTIVA: UMA INICIATIVA ENTRE A BEMFAM E MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Autor principal: Ney Francisco Pinto Costa

Outros Autores: Claudia Turco; Alexandra Kolling e Ivana Lima

Instituição BEMFAM - Bem Estar Familiar no Brasil

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

Este trabalho vem apresentar a experiência de cooperação em saúde sexual e reprodutiva entre municípios brasileiros e a BEMFAM, entidade filantrópica e de utilidade pública com 40 anos de atuação na área da Saúde Reprodutiva e 30 anos de parcerias com governos municipais e estaduais na implantação de programas nas áreas de saúde e de ação social. Com uma estrutura que compreende 10 Programas Estaduais, a BEMFAM está presente em 16 estados brasileiros, oferecendo atendimento especializado em 06 Clínicas próprias, que funcionam como centros de demonstração e referência em saúde sexual e reprodutiva, tendo suas atividades apoiadas por 02 Laboratórios de Análises Clínicas e 01 de Citopatologia. Essa capilaridade é dada pelos convênios de cooperação técnica estabelecidos com governos locais, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, de integralidade, equidade e humanização do atendimento. São apoiados na necessidade de implementação das políticas públicas voltadas para a atenção à Saúde Reprodutiva e considerados um desafio no âmbito da atenção primária, com a criação do PAISM – Programa de Assistência Integral Saúde da Mulher.

Neste quadro, os esforços de gestores municipais para a implantação de serviços de saúde reprodutiva devem estar centrados na superação de problemas ainda existentes em nível local.

Os principais problemas a serem trabalhados são a capacitação das equipes de saúde e a disponibilização de insumos para a implantação de programas de saúde reprodutiva, incluindo não apenas a compra destes, mas a sua efetiva distribuição através de um sistema logístico eficiente. Estes insumos se traduzem em métodos anticoncepcionais, com ênfase no preservativo, em medicamentos para tratamento de DSTs e também em materiais educativos e informativos de apoio para profissionais e destinados a usuários do sistema. Em termos de capacitação, as equipes devem conhecer os direitos sexuais e reprodutivos, o conceito de gênero e suas manifestações na área de saúde sexual e reprodutiva, anticoncepção, prevenção e tratamento das DSTs, prevenção de HIV/Aids, entre outros.

Desde 1997, a BEMFAM está aumentando o número total de atendimentos em conjunto com os governos municipais e

expandindo o acesso a serviços gratuitos e de qualidade em Saúde Sexual e Reprodutiva, conforme quadro:

ANO	Nº DE ATENDIMENTOS
1997	1.904.249
1998	1.988.324
1999	1.904.249
2000	2.685.100
2001	2.860.316
2002	3.180.612
2003	4.492.350
2004	4.763.783
2005	5.288.490

Do total de mais 5.200.00 atendimentos em 2005, cerca de 90% foram para pessoas das classes E e D da população, com rendas mensais de R\$ 424,00 e R\$ 927,00, respectivamente. Além disso, são atualmente mais de 970 convênios ativos, em 16 estados brasileiros.

As principais dificuldades encontradas são as discontinuidades tanto em nível de gestão de programas de saúde municipais, quanto na composição das equipes das unidades básicas de saúde. A superação desta dificuldade é realizada através de uma assessoria local constante, que inclui a apresentação de resultados para cada município parceiro (feedback), informando gestores e profissionais de saúde. Adicionalmente, as capacitações de equipes de saúde são realizadas também continuamente, envolvendo cada parceiro, no mínimo, duas vezes ao ano.

A parceria entre municípios e BEMFAM reafirma os princípios básicos do SUS de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. A BEMFAM, em colaboração com os governos municipais, tem contribuído para:

- desenvolver habilidades em equipes multiprofissionais para identificar características e demandas de mulheres, homens e adolescentes;
- fortalecer o componente educativo, através de apoio a ações de profissionais dos serviços municipais, de ações diretas com usuários finais e fornecimento de material educativo;



- auxiliar na identificação de aspectos administrativos, de infra-estrutura e de logística, para atingir objetivos de integração, continuidade e sustentabilidade de serviços; e
- integrar temas como gênero, diversidade, sexualidade e violência de gênero ao planejamento familiar.

COOPERAÇÃO E GESTÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE REPRODUTIVA: UMA INICIATIVA ENTRE A BEMFAM E MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Autores: COSTA, Ney. F. P.; TURCO, Cláudia S.; ROLLING, Alexandre B.; LIMA, Ivana O.
Instituição: BEMFAM – Bem Estar Familiar no Brasil

JUSTIFICATIVA:

Este trabalho tem apresentar a experiência de cooperação em saúde sexual e reprodutiva entre municípios brasileiros e a BEMFAM, entidade filantrópica e de utilidade pública com 46 anos de atuação na área de Saúde Reprodutiva e 38 anos de parceria com governos municipais e estaduais na implantação de programas nas áreas de saúde e de ação social. Com uma estrutura que compreende 10 Programas Estaduais, a BEMFAM está presente em 18 estados brasileiros, oferecendo atendimento especializado em 36 Clínicas próprias, que funcionam como centros de demonstração e referência em saúde sexual e reprodutiva, tendo suas atividades apoiadas por 02 Laboratórios de Análises Clínicas e 01 de Citopatologia. Essa capilaridade é dada pelos Convênios de Cooperação Técnica estabelecidos com governos locais, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, de integralidade, equidade e humanização do atendimento. Esses convênios são apoiados na necessidade da implementação das políticas públicas, voltadas para a atenção à Saúde Reprodutiva e considerados um desafio no âmbito de atenção primária, com a criação do PRSM - Programa de Assistência Integral Saúde da Mulher.

OBJETIVOS:

O objetivo geral é contribuir para a garantia de acesso da população brasileira a serviços de pré-natal, anti-concepção, controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e da sífilis de mama, cervix uterina e de pênis. Como objetivos específicos, podemos citar:

- Desenvolver habilidades em equipes multiprofissionais para identificar características e demandas de mulheres, homens e adolescentes;
- Fortalecer o componente educativo, através de apoio a ações de profissionais dos serviços municipais, de ações distintas com usuários finais e fornecimento de material educativo;
- Auxiliar na identificação de aspectos administrativos, de infraestrutura e de logística, para atingir objetivos de integração, continuidade e sustentabilidade de serviços; e
- Integrar temas como gênero, diversidade, sexualidade e violência de gênero ao planejamento familiar.

METODOLOGIA:

- Capacitação das equipes de saúde, de nível superior, técnico e fundamental;
- Assessoria contínua com visitas periódicas nas unidades de prestação de serviços;
- Disponibilização de insumos para a implantação de programas de saúde reprodutiva, incluindo material informativo e educativo, anticoncepcionais, medicamentos para tratamento das DST e instrumental para registro estatístico;
- Reorientamento periódico das ações desenvolvidas e das necessidades identificadas para gestores municipais, profissionais de saúde e ator de contabilidade.

RESULTADOS:

Desde 1981 a BEMFAM está aumentando o número total de atendimentos em conjunto com os governos municipais.

Do total de mais 8.200.00 atendimentos em 2008, cerca de 80% foram para pessoas das classes E e D da população, com rendas mensais de R\$ 424,00 e R\$ 923,00, respectivamente. Além disso, são atendidos mais de 870 convênios ativos, em 16 estados brasileiros.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa parceria entre municípios e BEMFAM reflete os princípios básicos do SUS de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Além de proporcionar melhoria na qualidade dos serviços, qualificação dos profissionais de saúde e fornecimento de insumos.





EXPERIENCIA DO CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO CARIRI OCIDENTAL PARAIBANO - CISCO

Autor principal: Niedja Rodrigues de Siqueira
 Outros Autores: Francisco de Sales Clementino
 Instituição: Prefeitura Municipal de Sumé
 Município: Sumé
 Estado: Paraíba

INTRODUÇÃO

Para a real implantação dos princípios e diretrizes preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e conseqüente melhoria do setor saúde, a idéia de Consórcio Intermunicipal de Saúde desponta como estratégia de organização do setor, sendo reconhecida pela lei Orgânica 8080/90 de 19 de setembro de 1990. Na Paraíba, foi estruturado o CISCO – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Cariri Ocidental, implantado em 1998, com sede no município de Sumé-PB, abrangendo uma população de 1.04.000 habitantes, distribuída em 16 municípios.

Constituído sob a forma jurídica de associação civil, o CISCO é regido pelas normas da Legislação pertinente, pelo presente estatuto

e pela regulamentação que vier a ser adotada pelos seus órgãos, bem como, normas específicas de direito público aplicáveis. Sua estrutura básica envolve o conselho diretor, representado pelos prefeitos consorciados; o conselho curador ou fiscal (controle social), representado pelos conselhos municipais de saúde e o conselho técnico executivo, constituído pelas secretarias municipais de saúde. Presta serviços de média e alta complexidade, a nível ambulatorial, que visam atender os principais problemas de saúde da população com apoio diagnóstico e terapêutico.

JUSTIFICATIVA

Considerando-se as fragilidades do setor e as possibilidades de melhoria apresentadas pela idéia de Consórcio Intermunicipal de Saúde, a gestão de saúde do município de Sumé-PB acompanhou a implantação e evolução do CISCO, estratégia organizativa com sede neste município. O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de observar e registrar as mudanças ocorridas na regional após a criação do Consórcio, a fim de aprimorar e fortalecer o modelo local e servir como referência para outras regionais.

OBJETIVOS

- Avaliar o Consórcio Intermunicipal de Saúde como estratégia de fortalecimento no processo de regionalização do cariri ocidental;
- Estudar os processos de referência e contra-referência do modelo de consórcio;
- Apontar a participação dos gestores municipais na efetivação do CISCO.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, onde foi feito um levantamento de dados secundários a partir do banco de dados do CISCO-PB, entre os anos de 1998 e 2006, sendo, deste último, até o primeiro trimestre. Foram levantadas questões acerca dos tipos de especialidades médicas disponíveis na regional, além





do número de consultas, exames e cirurgias realizados. Os resultados foram apresentados na forma de tabela descritiva.

RESULTADOS

Antes da implantação do CISCO, o atendimento médico era caracterizado por ações pontuais, curativas e de baixa resolutividade, situação agravada pela livre demanda de pacientes atendidos por médicos plantonistas dos hospitais locais e pela elevada demanda de pacientes transferidos para os grandes centros, como Campina Grande e João Pessoa. Conforme pode ser visto na Tabela I, a quantidade de consultas, cirurgias e exames, prestados por especialidade médica, à população era insuficiente para o atendimento da demanda local.

A reorganização da saúde na regional do Cariri Ocidental Paraibano, após a criação do CISCO, proporcionou uma melhor atuação da equipe, permitindo elaborar um calendário mensal (enviado aos municípios), garantindo o acesso aos usuários referenciados vários benefícios, tais como: atendimento por uma equipe especializada, consultas apazadas de acordo com a necessidade encaminhada pelos municípios à Sede do CISCO.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados catalogados, percebe-se que a implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde na região do Cariri Ocidental representou melhorias sobre os serviços de saúde dos municípios constituintes, com um melhor atendimento aos usuários. Apesar das fragilidades ainda observadas, O CISCO mostrou-se como uma importante estratégia de organização à disponibilidade da gestão de saúde. Pretende-se, com esses resultados, expandir a experiência de Consórcio a outras regionais e, inclusive, a outros setores, uma vez que trata-se de uma idéia organizativa adaptável a diferentes esferas de atendimento.

TABELA I – Número de consultas, cirurgias e exames, segundo categoria de especialidades médicas e ano, realizados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Cariri Ocidental – CISCO, 1998 a 2006.

ESPECIALIDADES	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	Total
Histórias	00	00	07	253	18	224	160	185	00	827
Cardiologia(ECG,ECO,TESTE ERGOMÉTRICO)	501	452	2.788	2.378	3.814	3.285	3.194	4.130	999	21.699
Cirurgias de Catarata	00	00	87	260	160	956	922	406	52	2.863
Dermatologia	00	800	1.182	1.234	2.245	2.081	1.801	1.826	585	11.589
Endocrinologia	00	00	00	00	414	791	595	908	235	2.943
Endoscopia	563	898	215	181	987	998	1.036	905	369	6.052
Fonaudiologia	00	00	00	00	00	00	00	190	50	199
Ginecologia e Mastologia	00	00	00	00	00	1.227	1.052	1.836	891	4.706
Neurologia(EEG)	00	00	00	00	1.173	1.475	1.872	2.422	780	7.642
Oftalmologia	00	00	00	8.210	3.776	7.287	7.253	3.296	163	22.898
Ortopedia	00	407	496	544	1.276	1.589	1.296	1.364	539	7.831
Otorrinolaringologia	00	678	1.837	1374	2.511	1.970	1.579	2.482	647	12.888
Psiquiatria	00	00	00	00	1.113	1.327	1.404	1.446	333	5.623
Radiologia	00	177	3.850	1.788	4.271	3.671	3.076	3.088	795	19.926
Ultrassonografia	2.871	4.617	4.897	3.859	7.180	6.656	7.187	7.332	2.135	45.952
Urologia	00	00	00	00	00	00	00	1.497	515	6.182

Fonte: Consórcio Intermunicipal de Saúde do Cariri Ocidental – CISCO, 1998 a 2006.

* Dados referentes ao primeiro trimestre.



PROJETO INFÂNCIA SAUDÁVEL

Autor principal: Nilcéia Aparecida Mota Marques

Outros Autores: Marisa da Rocha

Instituição: Secretaria de Saúde de Itajaí SC

Município: Itajaí

Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO/ JUSTIFICATIVA

Diversas são as transformações observadas nos padrões do que é oferecido às crianças no ato de brincar, sendo que, na vida escolar e no cotidiano das crianças, há cada vez menos tempo para a brincadeira. Além disso, o empobrecimento das famílias impede sua aquisição de brinquedos e leva muitas (crianças a trabalhar mais cedo) mães a trabalhar em período integral, diminuindo as oportunidades de interação entre a criança e sua família. A brincadeira não é um mero passatempo. Por estimular a socialização, a capacidade cognitiva e as habilidades motoras, ela resulta na promoção no desenvolvimento neuropsicomotor infantil. As brinquedotecas têm sido uma forma de estender a oportunidade de brincar em espaços variados, alcançando crianças que não têm acesso a jogos e brinquedos. A Secretaria de Saúde de Itajaí SC está desenvolvendo o Projeto Infância Saudável, o qual teve início em julho de 2005, com a implantação das brinquedotecas nas Unidades Básicas de Saúde e com a realização de visita domiciliar, por um profissional de saúde, a todas as crianças que têm diagnóstico de desnutrição grave ou tenha sido hospitalizadas. Na visita, além da entrega de um brinquedo adequado à idade da criança, é avaliado o seu desenvolvimento neuropsicomotor e psicossocial.

OBJETIVOS

Estimular o desenvolvimento integral das crianças; valorizar as atividades lúdicas e o brincar; promover o acolhimento das crianças e suas famílias nas unidades de saúde; promover e avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor; auxiliar no tratamento e recuperação das crianças com desnutrição ou que sofreram hospitalização; enriquecer as relações familiares, através da participação dos adultos nas atividades infantis; desenvolver hábitos de responsabilidade e de cooperação das crianças entre si, e entre as crianças e os adultos.

METODOLOGIA

Para desenvolvimento do Projeto Infância Saudável, foi composta uma equipe multiprofissional, com a equipe de enfermagem,

Projeto Infância Saudável
Autoras: MARQUES, Nilcéia Mota¹ ROCHA, Marisa da²

Introdução: As brinquedotecas têm sido uma forma de estender a oportunidade de brincar em espaços variados, alcançando crianças que não têm acesso a jogos e brinquedos. A Secretaria de Saúde de Itajaí SC está desenvolvendo o Projeto Infância Saudável, o qual teve início em julho de 2005, com a implantação das brinquedotecas nas Unidades de Saúde e com a realização de visita domiciliar, por um profissional de saúde, a todas as crianças que tenham sido hospitalizadas. Na visita, além da entrega de um brinquedo adequado à idade da criança, é avaliado o seu desenvolvimento neuropsicomotor e psicossocial.

Objetivos: Estimular o desenvolvimento integral das crianças; valorizar as atividades lúdicas e o brincar; promover as relações familiares, através da participação dos adultos nas atividades infantis; desenvolver hábitos de responsabilidade e de cooperação das crianças entre si, e entre as crianças e os adultos.

Metodologia: Entres as atividades nas brinquedotecas estão: a utilização de textos, atividade escrita, desenhos e blocos de montar; ler histórias; desenho livre; escolha de brinquedos e brincadeiras pela criança e/ou seu(s) acompanhante(s). Nas visitas domiciliares é destacado a importância de brincar para a criança, e a relevância do envolvimento familiar nestas brincadeiras, apoiando-as e até mesmo estimulando-as. Após a visita, os profissionais elaboram um relatório detalhado do estado geral da criança, das condições de moradia, da interação entre familiares, criança, vizinhos, bem como das orientações fornecidas.

Resultados: Após a implantação das brinquedotecas, durante a espera para a consulta ou qualquer outro procedimento nas Unidades de Saúde, seja para a própria criança ou para seu acompanhante, verifica-se mais tranquilidade e menos impaciência das crianças e de seus pais/responsáveis suas famílias, além de importante interação entre eles. As mesmas crianças que antes frequentavam a Unidade de Saúde, hoje, aguardam calmamente sua vez, plenamente concentradas nas atividades lúdicas. Com relação às visitas domiciliares, tem sido verificada uma excelente receptividade pelos pais/responsáveis. Além disso, o brinquedo tem sido apreendido pelos profissionais de saúde como elemento facilitador da sua aproximação com as crianças.

Considerações finais: O espaço ocupado por nossas brinquedotecas é bem simples, mas estamos procurando adequá-lo com decoração e melhor disposição dos brinquedos, sendo considerada também a possibilidade de realizarmos empréstimos de brinquedos, para despertar ainda mais nas crianças a vontade de brincar e expressar-se, pois a interação entre crianças e adultos, abre-lhes oportunidades de conhecer novos aspectos do mundo. Vale lembrar que mesmo a oportunidade de brincar livremente já traz efeitos positivos para o desenvolvimento, e no momento, é nisso que nós estamos apostando.

1- Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, Setor de Saúde e Gestão do Trabalho, Coordenadora do Programa Maternidade Infantil.
2- Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstétrica, Ginecológica e Obstetria Neonatal, Diretora do Departamento de Atenção Integral à Saúde.

médico, cirurgião dentista, agente comunitário de saúde e nutricionista para seu envolvimento efetivo na construção do projeto e nas atividades desenvolvidas nas brinquedotecas das Unidades de Saúde e nas visitas domiciliares. Entres as atividades nas brinquedotecas estão: a formação de grupos de quatro crianças da mesma faixa etária, em torno de uma mesa infantil retangular, sendo aplicado um instrumento com os marcos do desenvolvimento infantil, com utilização de textos, atividade escrita, desenhos e blocos de montar; ler histórias; desenho livre; escolha de brinquedos e brincadeiras pela criança e/ou seu(s) acompanhante(s). Nas visitas domiciliares a criança é presenteadada com um brinquedo, e de acordo com a situação e necessidade observada, são oferecidas orientações sobre nutrição, higiene alimentar e ambiental, destacando-se sempre a importância do brincar para a



criança, e da relevância do envolvimento familiar nestas brincadeiras, apoiando-as e até mesmo estimulando-as. Após a visita, os profissionais elaboram um relatório detalhado do estado geral da criança, das condições de moradia, da interação entre familiares, criança, visitador, bem como das orientações fornecidas.

RESULTADOS

Após a implantação das brinquedotecas, durante a espera para a consulta ou qualquer outro procedimento nas Unidades de Saúde, seja para a própria criança ou para seu acompanhante, verifica-se mais tranquilidade e menos impaciência das crianças e de seus pais/responsáveis suas famílias, além de importante interação entre eles. As mesmas crianças que antes danificavam a Unidade de Saúde, hoje, aguardam calmamente sua vez, plenamente concentradas nas atividades lúdicas. Com relação às visitas domiciliares, tem sido verificada uma excelente receptividade pelos pais/responsáveis. Além disso, o brinquedo tem sido apontado pelos profissionais de saúde como elemento facilitador da sua aproximação com as crianças.

DIFICULDADES/FACILIDADES

Houve muita resistência inicial dos funcionários das Unidades de Saúde, que consideravam que a brinquedoteca não daria certo. Alguns dos motivos alegados foram: nunca haveria brinquedos suficientes, pois as crianças levariam todos os brinquedos para casa; as crianças faziam muito ruído com as cadeirinhas; e, dava muito trabalho higienizar os brinquedos no final de cada turno. Contudo, muitos funcionários foram surpreendidos com diversas situações demonstrando que a brinquedoteca é possível e que pode realmente dar certo, entre elas: crianças que pediram os brinquedos emprestados, levaram para suas casas e, posteriormente, os devolveram; a observação dos pais/responsáveis ajudando a criança a montar os blocos, lendo histórias para crianças ainda não alfabetizadas. As famílias que são visitadas pela equipe sentem-se valorizadas, fortalecendo seu vínculo com os profissionais da rede de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto Infância Saudável tem se mostrado como uma estratégia que promove a atenção à saúde da criança, enfocando-a de forma equânime e buscando uma abordagem integral. Em nossa realidade, o espaço ocupado por nossas brinquedotecas é bem simples, mas estamos procurando adequá-lo com decoração e melhor disposição dos brinquedos, sendo considerada também a possibilidade de realizarmos empréstimos de brinquedos, para despertar ainda mais nas crianças a vontade de brincar e expressar-se, individualmente ou em grupos, pois a interação entre crianças e adultos, abre-lhes

oportunidades de conhecer novos aspectos do mundo. Assim, queremos estimular a criatividade e as práticas sociais, propiciando a socialização das crianças, oferecendo-lhes chance de realizar atividades coletivas livremente. Além disso, não é descartada a importância da orientação e do estabelecimento de diretrizes pedagógicas para a operação da brinquedoteca, pois este também é um espaço de formação de educadores, por oferecer condições de interação e observação das crianças. Estudantes de pedagogia, magistério e outros cursos afins, devidamente acompanhados e orientados, podem ser inseridos, inicialmente, através de estágios nas Unidades de Saúde, para desenvolverem seus planos de estágios, oportunizando novas estratégias e fortalecendo este Projeto. Contudo, vale lembrar que mesmo a oportunidade de brincar livremente já traz efeitos positivos para o desenvolvimento, e no momento, é nisso que nós estamos apostando.



REDE DE ATENÇÃO ESTOMATOLÓGICA PARA O CONTROLE DO CÂNCER DE BOCA; RECIFE/PE.

Autor principal: Nilcema Figueiredo

Outros Autores: Fabiana Motta; Tereza Campos Neta

Instituição: Secretaria de Saúde / Prefeitura do Recife

Município: Recife

Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

O programa Sorriso Melhor da Secretaria de Saúde do Recife vem intervindo nos principais problemas bucais dos grupos do Ciclo da vida, buscando ampliar o acesso a ações em saúde bucal, para efetivação de um modelo de atenção baseado nos princípios e diretrizes do SUS com vistas a um viver saudável. Nesta perspectiva, a Saúde Bucal é um componente significativo da Saúde Geral, principalmente pelo fato dos problemas bucais interferirem 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 (BALDISSEROTTO, 1995).

Dentre as doenças bucais, o câncer de boca pode ser considerado um problema de saúde pública, haja vista o impacto que gera na qualidade de vida dos cidadãos. Os carcinomas epidermóides representam cerca de 8% de todas as neoplasias, destes, 95% são neoplasias de boca, onde apenas 15% são diagnosticados em estágio inicial, restando o diagnóstico avançado e/ou tardio para os demais portadores da doença, onde 50% dos casos já apresentam metástase regional e um prognóstico sombrio (Dib et al, 2000). As estimativas de taxas brutas de incidência do INCA (2006) para neoplasia maligna da cavidade oral indica que para estado de Pernambuco a taxa estimada é de 7,41 casos para cada 100.000 homens e de 3,6 casos para cada 100.000 mulheres em 2006. Na análise comparativa a outros estados, as taxas encontradas para Pernambuco estão no grupo de segunda maior incidência.

PROPOSITOS

Implementar uma rede de atenção estomatológica para o controle do câncer de boca, na perspectiva de sistematizar ações de promoção de saúde, prevenção, detecção precoce, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde bucal para esta doença.

METODOLOGIA

O município do Recife está localizado no litoral com aproximadamente 220km² 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.

Na implementação de uma rede de atenção estomatológica para o controle do câncer de boca as ações devem ser operacionalizadas nas 75 Unidades de Saúde da Família com 90 Equipes de Saúde Bucal (72 Modalidade I e 18 II), 25 Unidades Tradicionais (72 Cirurgões 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 21 ACD), Laboratório Municipal de Exames, além de prestadores de serviços (apoio diagnóstico, cirurgia buco-maxilo-facial, etc).

O processo de educação continuada para qualificação das equipes nos diferentes níveis de atenção deve ser prioridade para intervenção neste problema, possibilitando o desenvolvimento de ações promoção de saúde, prevenção, detecção precoce, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde bucal para esta doença, bem como, o estabelecimento de protocolos, fluxos de referência e contra-referência e garantia de insumos, exames complementares, etc. Ações intra e intersetoriais também se fazem necessárias à ampliação do impacto da intervenção. Cabe salientar que ao modelo de atenção municipal não cabe atualmente as ações de tratamento e reabilitação ao câncer de boca, sendo esta responsabilidade da gestão estadual de saúde.

RESULTADOS

Ações de promoção são desenvolvidas para reforçar o controle sobre os riscos, principalmente ao fumo e álcool, optando-se pela estratégia de abordagem de risco e fatores de proteção comum às doenças não transmissíveis, esta como estratégia populacional.

No processo de educação continuada, qualificação para o diagnóstico clínico de lesões bucais foi realizada para rede básica, com



dois cursos de sensibilização em 2004, o conteúdo programático enfocou as principais lesões e condições cancerizáveis, permitindo ampliação do acesso as ações de detecção precoce de lesões bucais para referência aos CEOs. A busca ativa de casos aos grupos mais vulneráveis pode ser realizada como estratégia de alto risco e para reforçar a detecção precoce.

O atendimento em estomatologia foi implantado no CEO Clementino Fraga – DS III, como referência para atenção básica de atenção. Há a confirmação do diagnóstico através da realização dos exames complementares e atuação de profissionais especializados, que após sua confirmação realizam o tratamento em nível local ou o referenciam a hospitais especializados, caso do câncer de boca ou casos mais complexos da região buco-maxilo-facial. A Média diária de atendimentos é de 6, com maior procedência do Recife, mas atendendo também usuários de outras cidades da região metropolitana. O número de atendimentos com lesão confirmada foram 118 (outubro de 2004-agosto de 2005), sendo 80 do sexo feminino e 38 do sexo masculino. A maior frequência dos casos diagnosticados foi: hiperplasia fibrosa, candidíase, lipoma, leucoplasia, mucocele, carcinoma epidermóide. Para o sexo feminino: 1º Úlceras traumáticas; 2º Hiperplasia fibrosa; 3º Mucocele e para o sexo masculino: 1º mucocele; 2º Carcinoma epidermóide. Os casos positivos ao Câncer de boca foram 7 (5 masc. e 2 fem.) naquele período. Sendo este serviço o referencial para a notificação dos casos para o início da vigilância para esta doença.

Outras ações foram desenvolvidas tanto para reforçar a consolidação do modelo de atenção: articulação com outras diretorias, serviços, Secretaria Estadual de Saúde/PE, na perspectiva da assistência. Como na ampliação de ações de promoção, prevenção e informação a sociedade: articulação com as políticas municipais de combate ao tabagismo e outros fatores de risco ao câncer, de redução de danos (álcool e outras drogas), bem como, participação de eventos, como na vacinação de idosos (exames bucais, incentivo ao autocuidado, etc), e, em parcerias com outras Entidades (CRO/PE e ABO/PE) e Universidades em campanhas educativas a população em geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações realizadas possibilitaram a melhoria do acesso contribuindo decisivamente para efetivação de uma rede de atenção às lesões estomatológicas, principalmente para o diagnóstico precoce do câncer de boca. Sendo o CEO, um importante elemento na consolidação de um modelo hierarquizado de saúde bucal, com garantia de referência e contra-referência.

RECOMENDAÇÕES

- Reforço em ações intra e intersetoriais para promoção de saúde desta doença.
- Garantir educação continuada ao profissionais de saúde de todos os níveis de atenção, com ênfase às ações avançadas pelas equipes dos CEOs.
- Ampliar o atendimento em estomatologia para todos os CEOs do Recife. E, principalmente,
- Garantir a referência ao tratamento e reabilitação do câncer de boca nos Hospitais especializados, que atualmente é o grande limite para consolidação desta rede de atenção.

INVERTENDO O MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TIBAGI - PARANÁ

Autor principal: Nilse Terezinha Brandalise Romel

Outros Autores: Maria Isabel do Valle Gomes

Instituição: Hospital Luiza Borba Carneiro/ISEP/SESA

Município: Tibagi

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO

Este trabalho demonstra a experiência do município de Tibagi, no Estado do Paraná, que está superando a imposição do modelo tradicional de atendimento à saúde: salas cheias, disputas de “fichas” para acesso à consultas, falta de racionalidade na procura dos serviços, desperdícios, entre outros. Com aproximadamente 20.000 habitantes, segundo maior município em extensão territorial do Estado, ocupa o 371º lugar no IDH do Estado

OBJETIVOS

Geral: - transformar o Hospital Luiza Borba Carneiro, pertencente ao ISEP- Instituto de Saúde do Paraná/SESA-Secretaria do Estado da Saúde, em Unidade Mista de Saúde, incluindo atendimentos eletivos, com aproveitamento total de sua capacidade, concentrando recursos físicos, humanos e de equipamentos da área da saúde disponíveis no Município.

Específicos:

- implantar sistema de agendamento de consultas, eliminando filas, garantindo acesso digno ao atendimento básico de saúde;
- setorializar o atendimento da saúde básica do município, de modo a dar cobertura à demanda;
- reunir recursos do Estado e Município nas ações da área da saúde;
- criar e ofertar serviços de saúde mais resolutivos à população.

METODOLOGIA

À partir da vontade política e da análise dos serviços prestados pelo Governo do Estado através do HLBC e da Prefeitura através do Posto de Saúde, alguns fatores tornaram-se percebíveis a exemplo, do trabalho do Centro de Recuperação Nutricional que fez diminuir o número de internamentos pediátricos e da falta de obstetra que fez diminuir a assistência ao parto, e conseqüentemente o número de partos. A queda do número de internamentos, juntados à análise de outros fatores, mostraram entre outras coisas, que as duas Instituições estavam prestando o mesmo tipo de atendimento ambulatorial de forma pouco resolutiva.

À partir daí uma equipe passou a planejar o HLBC como uma Unidade Mista de Saúde. É fundamental dizer que a proposta de Unidade Mista cresceu junto com a idéia de implantação de 3 equipes de PSF, um urbano e 2 rurais.

IMPLANTAÇÃO DA NOVA ESTRUTURA

Na Secretaria Municipal de Saúde estabeleceram-se: a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde propriamente dita,

INVERTENDO O MODELO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

NO MUNICÍPIO DE TIBAGI

A PARCERIA DO GOVERNO DO ESTADO E DA PREFEITURA DE TIBAGI, COM A CRIAÇÃO DA UNIDADE MISTA DE SAÚDE, TROUXE OS SEGUINTE BENEFÍCIOS:

- ELIMINAÇÃO DE FILAS**
- AGENDAMENTO DE CONSULTAS ATRAVÉS DO 0800-645-8060**
- GARANTIA DE ACESSO HUMANIZADO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**
- OTIMIZAÇÃO DO USO DOS RECURSOS DO ESTADO E DO MUNICÍPIO**

Prefeitura de Tibagi
www.tibagi.pr.gov.br

GOVERNO DO PARANÁ
Hospital Luiza Borba Carneiro
ISEP/SESA

**HLBC
ISEP
SESA**



Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica, Programas: idoso, hipertenso e diabético, saúde da criança, pré-natal.

Coube ao Hospital Luiza Borba Carneiro: - responsabilidade de fornecer consultas eletivas à toda população do município, excedente das áreas de abrangências dos três PSFs instalados no município; atendimentos 24 horas de urgências e emergências; serviço de raio X; nebulizações e curativos eletivos com horários pré-determinados; serviços de laboratório do Posto de Saúde que juntaram-se aos do HLBC, assim como seus funcionários; serviço de Farmácia Ambulatorial (básica) foi instalada no HLBC que por estar localizado em região central da cidade, facilita o acesso da população.

Objetivamente os resultados alcançados com este projeto foram:

eliminação de filas; concentração dos recursos disponíveis, levantamento de dados oportunizando conhecimento da realidade, criação do Programa do Hipertenso, diabético e idoso, conhecimento parcial da demanda que utiliza medicação psicotrópica, acesso da população a consultas médicas eletivas com previsão, através de agendamento de horários, inclusive por telefone, melhor aproveitamento das estruturas do Posto de Saúde e Hospital, criação de protocolos de atendimentos, cobertura dos serviços incluídos na atenção básica.

VIVÊNCIA

Podemos descrever como facilidades: o envolvimento de todos os servidores no processo de mudança e o acréscimo de recursos humanos e equipamentos pela Prefeitura Municipal.

Apontamos como dificuldades neste processo: diferenças nas estruturas organizacionais dos serviços de saúde do Município e do Estado, principalmente no setor de Recursos Humanos quanto a previsão do trabalho por turnos, considerando o atendimento 24 horas; diferenças salariais entre funcionários do Estado e Município desenvolvendo mesmas funções; descrédito da população no atendimento SUS quanto a garantia de acesso à consultas; falta de aceitação da população por novos médicos devido ao costume de serem atendidos pelos médicos do quadro do Estado e/ou Município; resistência de alguns profissionais médicos quanto ao agendamento de consultas e respeito ao tempo de atendimento ao paciente (pelo menos 15 minutos) e o despreparo da equipe para o atendimento humanizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este novo modelo iniciado com a implantação dos PSFs em maio de 2005, efetivou-se em 05/10/2005 quando aconteceram todas as mudanças de estruturas dos serviços

O trabalho mostra que é possível planejar e ofertar serviço de saúde SUS aos moldes e com a qualidade de serviço de saúde privado, garantindo o acesso da população de forma humanizada.



GRUPOS DE ENFERMARIA NO HOSPITAL GERAL

Autor principal: Nina Rosa d'Ávila Paixão

Outros Autores: Luciana Mecking Arantes; Juliana Antunes de Sousa; Denise Müller Böhn

Instituição: Universidade Federal de Pelotas-Hospital Escola- HE

Município: Pelotas

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO / JUSTIFICATIVA

A prática exercida nos hospitais gerais é de grande complexidade; seja pelas vicissitudes da pessoa internada e seus familiares, seja pelos profissionais envolvidos neste processo, seja ainda pelo meio institucional e sociocultural onde esta prática acontece. Assim sendo a atenção assistencial torna-se um grande desafio, pois observa-se que cada vez mais se tem criado recursos técnicos para fazer frente a essa realidade.

Neste contexto as técnicas grupais na assistência ao paciente e como suporte aos profissionais de saúde são boas alternativas dentre esses recursos, e seu uso vem sendo difundido de modo crescente.

Dentro desse âmbito, como parte da estratégia do Plano de Ação do Serviço de Psicologia Clínica, os *Grupos de Enfermaria* foram idealizados com a finalidade de incrementar a assistência psicológica desenvolvida nos setores, áreas ou unidades do hospital, conforme demanda, visando otimizar a qualidade da mesma, bem como facilitar o processo ensino - aprendizagem, a pesquisa e especialmente a prevenção.

OBJETIVO GERAL

Prestar assistência psicológica promovendo a interdisciplinaridade, o ensino-aprendizagem, a humanização e a prevenção.

METODOLOGIA

Os *Grupos com pacientes e acompanhantes na enfermaria* acontecem na própria enfermaria, semanalmente, em dois turnos, manhã e tarde; contam com a participação de membros da equipe multidisciplinar: Pediatra, Obstetra, Médico Residente, Enfermeiro, Psicólogo, Estagiário de Psicologia, Estagiário de Enfermagem; e tem como tônica a troca de informações a nível de esclarecimento aos usuários e seus acompanhantes. A atividade tem uma sistemática própria, adequada a necessidades específicas, conforme descrito abaixo.

1- Levantamento das necessidades: os temas abordados foram selecionados através de coleta de dados junto aos pacientes e

GRUPOS DE ENFERMARIA NO HOSPITAL GERAL

AUTORES: Nina Rosa d'Ávila Paixão, Luciana Mecking Arantes, Juliana Antunes de Sousa, Denise Müller Böhn

INSTITUIÇÃO: Universidade Federal de Pelotas-Hospital Escola- HE

APRESENTAÇÃO: Este projeto foi desenvolvido no âmbito do Plano de Ação do Serviço de Psicologia Clínica, visando otimizar a assistência psicológica desenvolvida nos setores, áreas ou unidades do hospital, conforme demanda, visando otimizar a qualidade da mesma, bem como facilitar o processo ensino - aprendizagem, a pesquisa e especialmente a prevenção.

OBJETIVO GERAL: Prestar assistência psicológica promovendo a interdisciplinaridade, o ensino-aprendizagem, a humanização e a prevenção.

METODOLOGIA: Os Grupos com pacientes e acompanhantes na enfermaria acontecem na própria enfermaria, semanalmente, em dois turnos, manhã e tarde; contam com a participação de membros da equipe multidisciplinar: Pediatra, Obstetra, Médico Residente, Enfermeiro, Psicólogo, Estagiário de Psicologia, Estagiário de Enfermagem; e tem como tônica a troca de informações a nível de esclarecimento aos usuários e seus acompanhantes. A atividade tem uma sistemática própria, adequada a necessidades específicas, conforme descrito abaixo.

RESULTADOS: Os resultados da aplicação dos grupos entre os meses de agosto e dezembro do ano de 2005, foram apurados através do

CONTECTOS: nina@ua.com.br

acompanhantes nas enfermarias específicas e junto a equipe multiprofissional do Setor de Obstetrícia.

2- Aplicação dos temas: os temas são aplicados conforme classificação abaixo:

Tema A – Aberto à explanação de dúvidas e/ou curiosidades dentro do contexto da internação;

Tema B - Cuidados com o recém nascido

Tema C - Promoção e orientação sobre aleitamento materno

RESULTADOS

Os resultados da aplicação dos grupos entre os meses de agosto e dezembro do ano de 2005, foram apurados através do



registro de cada grupo, de contato com os usuários após a aplicação das informações e da percepção da equipe.

Dados numéricos

- Número de grupos realizados: 16
- Número total de participantes: 110
- Tempo médio de duração dos grupos: 50 min
- Média de participantes por grupo: 4 mães com no mínimo 1 acompanhante cada
- Faixa etária dos participantes: 15-70 anos
- Tempo de internação dos pacientes: 1-7 dias

Atitudes dos participantes

- No início do grupo

Geralmente curiosos e com expectativa em relação ao que vai acontecer.

- Durante o desenvolvimento do grupo

Atentos, interessados e gradativamente participativos (através do relato de suas experiências) e questionadores.

- Após o término do grupo

No geral, demonstram satisfação, relativa tranquilidade e com bom vínculo com a equipe e com os parceiros de enfermaria.

Dificuldades encontradas

- Circulação de funcionários na enfermaria;
- Disponibilidade da equipe interdisciplinar.

Encaminhamentos

Efetua-se encaminhamento do usuário quando é identificada a necessidade de assistência dentre as diversas especialidades da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na avaliação da atividade concluiu-se que, além dos usuários demonstrarem satisfação e a equipe exercitar a interdisciplinaridade, identificou-se que um número significativo de idéias distorcidas sobre os assuntos abordados, foi desfeito, tais como: o uso da faixa umbilical; o uso de moedas no umbigo; o uso do álcool puro no coto umbilical; o uso de bico; o uso de águas e chás; o uso do talco, etc.

Diante de tais resultados concluiu-se que a atividade atingiu os objetivos propostos, o que fortalece a sua aplicação intensificada e atualizada para o período de maio a dezembro de 2006.



O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NA SALA DE ESPERA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Autor principal: Nina Rosa d'Ávila Paixão

Outros Autores: Alessandra Rodrigues Moreira de Castro

Instituição: Universidade Federal de Pelotas / Hospital Escola / Fundação de Apoio Universitário

Município: Pelotas

Estado: Rio Grande do Sul

APRESENTAÇÃO

O projeto Sala de Espera na UBS surgiu através de experiências anteriores, de Grupos de Sala de Espera já realizados pela Unidade Básica Santos Dumond, assim como, faz parte das ações desenvolvidas pelo Serviço de Psicologia Clínica e Departamento de Educação do Hospital Escola UFPel – FAU.

Dentre os principais objetivos deste trabalho pode-se destacar o desenvolvimento de ações sistemáticas de caráter sócio-educativo que buscam promover o cuidado com a saúde do usuário do SUS, bem como a integração acadêmica à projetos extra-muros visando a multidisciplinaridade e a humanização do atendimento.

DESENVOLVIMENTO

Durante o ano de 2005 (ano de implantação do projeto), foram desenvolvidas várias etapas, como parcerias com cursos da área de saúde (Odontologia, Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição), vinculação com professores /supervisores (responsáveis por disciplinas que dão suporte técnico aos acadêmicos) processo de seleção e capacitação de estagiários, formação de equipes de trabalho multiprofissionais, planejamento das ações (organização de temáticas e cronograma de atividades), reuniões de planejamento e avaliação e tabulação dos resultados.

Quanto a metodologia utilizada destaca-se a periodicidade das atividades, que ocorrem semanalmente com duração em média de 20 minutos cada (podendo ocorrer no máximo quatro por turno), nos turnos da manhã e/ou tarde..

A intervenção dos acadêmicos se dá através de uma conversa informal com os usuários que estão aguardando consulta na UBS e entrega de folder educativo, ficando sobre responsabilidade de cada professor / supervisor, o compromisso de acompanhamento e supervisão;

Ao final da atividade aplica-se um instrumento de avaliação que tem como propósito levantar os conhecimentos prévios do usuário da UBS sobre o tema apresentado e após avaliar a influência desta ação “educativa /informativa”, através da reaplicação do mesmo teste, comparando ao final as mudanças de opiniões.

RESULTADOS

Os dados levantados no ano de 2005 demonstraram que as informações oferecidas pelos estagiários, tiveram influência na mudança de opinião dos usuários, com destaque de maior aproveitamento do conhecimento em determinadas áreas do que em outras.

Em relação à área da nutrição constatou-se que o índice de aproveitamento das informações oferecidas foi de 19,58%, que representa 48,71 % do aproveitamento total. Este dado pode estar associado ao fato de que assuntos relacionados à nutrição e a hábitos alimentares foram de maior interesse dos usuários, e, ainda, pode-se ponderar a questão da cultura popular sobre os chamados *tabus*. A população em geral possui concepções erradas sobre fatores nutricionais

Quanto à área da fisioterapia observou-se pouca influência na mudança dos resultados. Este fato pode estar relacionado à falta de conhecimento prévio do nível cultural da população, justificada a partir da ausência do serviço nesta UBS. Esta situação pode ter sido refletida pelo baixo nível de exigência apresentada nos instrumentos de avaliação aplicados aos usuários.

Sobre a área da odontologia o aspecto *tabu* e a falta de conhecimento sobre saúde bucal encontraram-se tão presente quanto na área da nutrição. Além disso não se pode desconsiderar a realidade do nosso sistema de saúde que é insuficiente quanto à estrutura física e o atendimento.

De acordo com os dados obtidos pela área da enfermagem constatou-se que a variável mais significativa envolveu assunto específico dentro do âmbito da crença popular, já que os outros assuntos estavam relacionados a doença e seu tratamento, principal motivo que leva os usuários até o serviço de saúde.

Analisando de forma geral os resultados, foi possível perceber que independente da área e suas variáveis o projeto evidencia através dos dados levantados, que os usuários conseguem responder positivamente aos temas apresentados, a partir de uma intervenção informativa/educativa, mostrando a importância do trabalho de Educação para a Saúde.

Ao todo foram realizados 32 encontros, totalizando 337 pacientes atendidos.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente o projeto, avançou da fase experimental passando a ter um corpo mais significativo; outras áreas vem aderindo a proposta, como a psicologia e a medicina, possibilitando uma visão multidisciplinar. Outra etapa que esta sendo vislumbrada ainda para este ano é de verificar se além da mudança de opinião, que foi constatada através dos resultados apurados, se há também possibilidade de mudança de comportamento deste público alvo, através da inserção de acadêmicos de serviço social, agindo através de visitas domiciliares.



PSICOLOGIA HOSPITALAR: PROPOSTA DE UM MODELO DE ASSISTÊNCIA

Autor principal: Nina Rosa d'Ávila Paixão

Outros Autores: Luciana Mecking Arantes; Catiane dos Santos; Juliana Antunes de Souza

Instituição: Universidade Federal de Pelotas / Hospital Escola / Fundação de Apoio Universitário

Município: Pelotas

Estado: Rio Grande do Sul

JUSTIFICATIVA / INTRODUÇÃO

No decorrer dos últimos anos, parece que as demandas referentes à assistência em saúde, estão voltadas para uma proposta integradora. Poderíamos dizer que estamos vivendo o início de um processo de mudança na cultura de atendimento à saúde.

Nesse âmbito o governo, através do Projeto Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, tem trabalhado para que as instituições de saúde, resgatem a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos, do usuário e do cuidador, na intervenção em saúde.

Entendemos que é tarefa primordial do psicólogo, como integrante das equipes multiprofissionais que atuam em instituições de saúde, assistir e auxiliar a assistir o ser humano no âmbito biopsicossocial, sem perder de vista o contexto institucional e seus objetivos.

Sendo assim, o Serviço de Psicologia Clínica do Hospital Escola, desenvolve o seu *Plano de Ação I*, a partir de levantamento de necessidades, com o intuito de cumprir o seu papel dentro do contexto da saúde.

OBJETIVO GERAL

Proporcionar uma visão mais integrada do ser humano, visando articular o conhecimento teórico e técnico aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos.

ESTRATÉGIA

Como estratégia para atingir os objetivos propostos, desenvolvemos programas específicos para os setores de assistência, conforme apresentação a seguir.

1. Programa de Consultoria Psicológica

Este programa tem a finalidade de auxiliar a equipe multidisciplinar no manejo com o paciente internado e de ambulatorio, e seus familiares, bem como no enfrentamento de aspectos emocionais oriundos da própria prática profissional, através das seguintes modalidades: Avaliação prévia do paciente

internado; Assistência individual ao paciente e familiares; Grupos com pacientes e acompanhantes na enfermaria; Grupos de orientação com os familiares e/ou responsáveis pelos pacientes internados na UTI; Grupos com pais e/ou familiares de recém-nascidos; Grupos heterogêneos com pacientes somáticos de ambulatorio; Grupos homogêneos com pacientes de ambulatorio; Grupo com familiares de pacientes de ambulatorio; Grupo de sala de espera; Acompanhamento à equipe de assistência; Atividades lúdicas dirigidas; Participação nos rounds; Ronda psicossocial; Atividades de lazer; Acompanhamento pré e pós-cirúrgico.

2. Programa de Recreação Hospitalar

Este programa é balizado pelo projeto específico nomeado Projeto Piloto Integrado de Recreação no Hospital Escola – UFPEL.

3. Programa de Produção Científica

Visando aprimorar o conhecimento, este programa orienta as atividades do setor, de forma que estas sejam facilitadoras do desenvolvimento científico, através de projetos de pesquisa, publicações, apresentações em eventos afins.

4. Programa de Estágio

O referido programa abrange todos os aspectos que norteiam o estágio na área da psicologia e áreas afins.

5. Programa de Integração

Este programa visa a participação em projetos de outras áreas com atividades afins.

RESULTADOS

Para apresentação dos resultados utilizar-se-á o panorama das atividades assistenciais realizadas no ano de 2005, embora o serviço atua desde o ano de 2002. Foi a partir ano de 2005 que o serviço completou a formação do seu grupo de trabalho, o que conseqüentemente possibilitou um resultado mais efetivo.

Pacientes assistidos pelo Serviço de Psicologia Clínica durante o ano de 2005 (panorama geral).

·PED = Pediatria ·C = Cirurgia ·GN/O = Ginecologia e Obstetrícia ·CM = Clínica Médica ·CC = Centro Cirúrgico ·UTI G = UTI Geral ·O/Q = Oncologia/quimioterapia ·HD =



Hospital Dia ·PN = Pré-Natal ·GPN = ·Grupo Pré-Natal ·NUTRI =
 = Nutrição ·TV = Toque de Vida ·GSE = Grupo Sala de espera
 ·PIDI = Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar ·R =
 Recreação ·Total assistências = Total de assistências ·T G =
 Total geral



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da atuação do Serviço de Psicologia Clínica é realizada através de discussões semanais pelo grupo de trabalho do serviço, discussões semestrais com os grupos de trabalho dos setores clínicos, aplicação de instrumentos e relatórios mensais e anuais.

Os resultados apurados em termos numéricos mostram o número de pacientes assistidos e o número de assistências realizadas. Estes resultados foram alcançados através de uma sistemática experimental, o que sugere dúvida quanto a sua fidedignidade. Neste ano trabalha-se para efetivar sistemas de levantamentos quantitativos mais eficazes, não só no que tange a avaliação numérica da assistência bem como avaliar a qualidade da assistência prestada nos seus vários seguimentos, de forma que possibilite resultados palpáveis que possam ser utilizados para fins científicos.

CURSO INTEGRADO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Autor principal: Odaiz Cilene de Andrade Machado

Outros Autores: Eugenio Luiz Lazarotto / Tania do Rocio Ferreira / Odacir de Andrade Machado

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. 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.

Aliada a esta necessidade premente, já se antevia a implantação do programa SIS Fronteiras, que visa a integração de municípios de faixa de fronteira em todo o país.

Servindo-se da oportunidade do curso de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, disponibilizado pela Fundação Fiocruz para alguns profissionais de saúde eleitos no Estado, entendeu-se a urgência de estender a metodologia e reflexões recorrentes a um número maior de participantes, convidando à participação profissionais de saúde diversos, dos três municípios em questão: Barracão-PR, Dionísio Cerqueira-SC, e Bernardo de Irigoyen-Provincia de Misiones-Argentina.

A partir dos encontros deste curso, foram possibilitadas várias ações integradas de intervenção sobre a realidade local, bem como sobre as diversas formas de enfrentar as problemáticas de saúde de maneira mais humanizada e eficiente.

OBJETIVOS

O objetivo principal deste projeto é a criação de um espaço de discussão e reflexão sobre a práxis dos serviços de saúde na localregião Tri-fronteira, visando a integração, a humanização e a melhoria da qualidade destes serviços prestados nas unidades de saúde da localregião. O estreitamento dos laços de afetividade no relacionamento interpessoal entre os profissionais, visa a valorização de todos, sendo necessário mais comprometimento e integração das equipes de saúde.

O planejamento de ações de intervenção junto aos atores envolvidos, promoveu a saúde em seu conceito mais amplo, definido como bem estar físico, psicológico e social do ser humano (OMS).

METODOLOGIA

Utilizando-se dos textos e técnicas disponibilizados no site da Fundação Fiocruz, para o curso de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, foram efetuadas reflexões e análises da prática atual dos serviços de saúde da localregião tri-fronteira, em encontros semanais, durante sete meses. Identificaram-se problemas relacionados à própria equipe de saúde e ao atendimento à população

Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde

Pela situação ímpar da tri-fronteira seca, separados por linhas divisórias imaginárias, há necessidade de integrar as ações dos três municípios, e de refletir sobre a prática real dos serviços de saúde na região.

Servindo-se da oportunidade do curso de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, disponibilizado pela Fundação Fiocruz, estendeu-se a metodologia e reflexões à profissionais de saúde diversos, dos três municípios em questão: Barracão-PR, Dionísio Cerqueira-SC, e Bernardo de Irigoyen-Provincia de Misiones-Argentina.

O objetivo deste projeto é a discussão e reflexão sobre a práxis dos serviços de saúde na Tri-fronteira, visando a integração, a humanização e a melhoria da qualidade destes serviços prestados.

A valorização do relacionamento interpessoal entre os profissionais, visa o comprometimento e integração das equipes de saúde. O planejamento de ações de intervenção junto aos atores envolvidos, promoveu a saúde segundo o conceito da OMS.

Algumas ações importantes originadas deste curso:

MUNICÍPIO DE BARRACÃO – PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CADERNETA INTEGRADA DE VACINAÇÃO
LIBRETA INTEGRADA DE VACUNACION



e, planejaram-se ações integradas entre os três municípios para uma solução mais eficiente da problemática apresentada.

RESULTADOS DO PROJETO

Os principais problemas levantados e discutidos a partir da análise realizada foram:

- Ações desconectadas e/ou ineficazes nas campanhas isoladas dos municípios dentro da mesma localidade, devido à ausência de planejamento integrado de ações.
- Ausência de integração e valorização de todas as profissões e funções em saúde, observando-se pouca percepção de si mesmo e do outro no ambiente de trabalho, prevalecendo o individualismo nas ações dentro da equipe e de cada município.
- Distanciamento e pouco comprometimento dos atores da saúde nos três municípios (profissionais, usuários, gestores), originada pela ausência dos mesmos nas discussões e decisões de saúde local. Faltam informações e a conscientização do conceito de saúde integral (OMS), não ocorrendo a aplicação destes princípios nos serviços. Agrava-se a situação pela falta de discussão e reflexão sobre a prática da saúde na localidade, com a participação de todos os atores envolvidos.
- Falta de conhecimento dos índices de saúde dos municípios contíguos, e das terapêuticas usadas (medicamentos, técnicas, equipamentos...).
- Pouca divulgação e repercussão de informações relevantes nos serviços de saúde e de ações preventivas nos três municípios, atingindo pouco impacto social isoladamente.

No decorrer do curso foram realizadas ações integradas como congressos, fóruns e campanhas integradas, para minimizar as diferenças operacionais nas práticas de saúde.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Percebeu-se com este trabalho integrado, a importância da discussão em equipe para uma visão clara e objetiva de todo o trabalho, facilitando encontrar soluções ou construir estratégias de enfrentamento quando todos os atores participam. Uma dificuldade encontrada foi a participação dos representantes do município de Dionísio Cerqueira, que freqüentaram apenas alguns encontros, mas que não impediu a análise e o planejamento de diversas ações integradas, como campanhas preventivas conjuntas sobre dengue; DSTs e traumatologia; odontologia; dentre outras que já estão planejadas para os próximos meses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se desta experiência que a humanização dos serviços de saúde e eficiência dos mesmos de acordo com sua

finalidade junto a população está diretamente relacionada ao comprometimento e integração da equipe de atores envolvidos em todo o processo, sendo ainda necessário trabalhar no sentido de esclarecer toda a população quanto ao verdadeiro sentido da Saúde, para que seja possível a quebra de paradigmas e um atendimento embasado nos princípios do SUS, pois sem a participação e conscientização de todos não é possível entender realmente a problemática para depois encontrar meios de solucioná-la.



GRUPO DE SAÚDE MENTAL

Autor principal: Odaiz Cilene de Andrade Machado

Outros Autores: Tania do Rocio Ferreira

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Barracão Paraná

Município: Barracão

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A depressão acomete praticamente 4% da população adulta hoje, estando entre uma das maiores causas de afastamento do trabalho, incapacitando temporariamente o indivíduo para suas funções rotineiras, devidas especialmente à falta de vontade e desânimo geral em que tal doença deixa estes pacientes.

No município de Barracão/PR, as mudanças de hábitos e dificuldades de relacionamento em geral têm sido as principais causas de tal enfermidade, o que causa o aumento da procura por consultas médicas nas unidades de saúde.

O crescente número de pessoas que fazem uso de medicação psicotrópica também é um indicativo de que a doença está aumentando no município, o que preocupa-nos enquanto equipe de saúde pública, cujos objetivos de trabalho são exatamente a promoção da saúde integral do indivíduo.

Face a estas preocupações e visando a efetiva promoção da saúde em nosso município, percebeu-se a necessidade de criar um programa específico de saúde mental, através de atendimentos semanais em grupo que contam com a coordenação de uma equipe multiprofissional, que visando a orientação e apoio a estes pacientes, bem como um encaminhamento terapêutico psicológico para alicerçar sua recuperação e acompanhamento.

O atendimento em grupo beneficia a todos os componentes, na medida em que fornece oportunidades de que cada participante reflita sobre as colocações dos outros e elabora-se em conjunto as estratégias de enfrentamento da situação originadora do conflito emocional, do sofrimento psicológico, de forma que todo participante torna-se também terapeuta.

OBJETIVOS

O principal objetivo é melhorar a qualidade de vida de pacientes portadores de transtornos mentais, especialmente depressão, através do grupo de orientação e apoio, que visa a reabilitação e reinserção social destes pacientes, bem como oferecer informações e apoio a seus familiares e a toda a comunidade. Pretende-se com este trabalho fornecer tratamento especializado a portadores de transtornos mentais, especialmente depressão, no intuito de resgatar a auto-estima e desenvolver capacidades e

potencialidades do indivíduo em tratamento, de modo a promover sua reabilitação psicológica para que compreenda sua real situação e aprenda a adaptar-se ao meio em que vive.

METODOLOGIA

A equipe de profissionais de saúde, coordenada pela psicóloga, reúne os participantes encaminhados das unidades de saúde semanalmente, onde através de dinâmicas, reflexões e discussões em grupo, são avaliadas as dificuldades e frustrações destas pessoas, no intuito de elaborar suas vivências traumáticas.

O grupo é aberto, destinado a portadores de transtornos mentais, especialmente depressão, e à comunidade em geral, utilizando-se metodologia terapêutica semelhante aos grupos de auto-ajuda, onde cada participante é ao mesmo tempo paciente e terapeuta.

Participam do grupo pessoas residentes nos municípios de Barracão (PR), Bernardo de Irigoyen (Argentina) e Dionísio Cerqueira (SC).

RESULTADOS DO PROJETO

As pessoas que participaram do grupo já apresentam significativa melhora nos sintomas depressivos e especialmente no enfrentamento das situações originadoras dos transtornos, devido ao fortalecimento da personalidade e o apoio fornecido pelo grupo. As constantes avaliações do trabalho, realizadas entre os presentes, têm apontado uma grande aceitação por parte das pessoas, relatando que as informações e vivências proporcionadas pelo grupo são importantes para resgatar a auto-estima e autoconfiança das pessoas, fortalecendo-as com isso para as decisões e enfrentamentos necessários na sua vida diária.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Percebeu-se a importância do apoio a pessoas com depressão, que o grupo proporciona, no sentido de favorecer uma educação emocional, ou seja, educar-se a entender e controlar as emoções, para diminuir a ansiedade e a angústia e aprender assim a enfrentar os problemas de maneira mais eficaz. A dificuldade



enfrentada é a pouca frequência dos participantes, especialmente quando percebem melhoras em seu quadro. Um ponto positivo é a participação de pessoas dos três municípios, pois a realidade é a mesma, e o fato de conviver com histórias de vida diferentes, analisando as dificuldades de outros, especialmente no que refere-se ao outro país, tem ajudado as pessoas a perceberem melhor sua própria realidade e aceitar melhor sua condição para superar-se depois.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em uma avaliação final, considera-se que o grupo atingiu seus objetivos como apoio e coadjuvante no tratamento de pessoas portadoras destes transtornos, na medida em que diversos relatos de melhoras e de significativa mudança pessoais têm chegado a equipe coordenadora.

A ampliação do trabalho a população das cidades vizinhas, brasileira e argentina, acrescentou mais eficácia ao grupo e ao fortalecimento das pessoas que o freqüentam, especialmente na conscientização sobre a necessidade de despertar para o autocuidado e a felicidade de obter melhores condições de vida aceitando-se e vivendo cada dia melhor, realizando exercícios e tomando as devidas precauções de prevenção de doenças.



FORUM INTERNACIONAL DE SAUDE MENTAL

Autor principal: Odaiz Cilene de Andrade Machado
Outros Autores: Tania do Rocio Ferreira / Alice Werner
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Barracão Paraná
Município: Barracão
Estado: Paraná

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Tão importante quanto a saúde física, a saúde mental merece igual importância e atenção. A manutenção do equilíbrio psíquico é de suma importância para a manutenção da saúde geral, devendo estar enquadrada no sistema de atenção básica à saúde, onde a humanização do tratamento, os grupos de orientação e apoio, e demais atividades individuais preventivas tornarão possível a reinserção social e familiar destes pacientes.

Da mesma forma os portadores de deficiências são 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.

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.

Este FÓRUM INTERNACIONAL visa discutir a realidade destas pessoas nos municípios da tri-fronteira, analisando e planejando propostas de políticas de atendimento que trará a melhoria da qualidade de vida de toda a população.

OBJETIVOS

O principal objetivo deste Fórum é esclarecer a população a respeito dos temas referentes à saúde mental e oportunizar a participação nas discussões e análises do contexto local no que se refere à saúde mental e aos direitos das pessoas deficientes, no intuito de elaborar e desenvolver, em conjunto com os municípios vizinhos de Dionísio Cerqueira/SC e Bernardo de Irigoyen/RA, proposta de políticas públicas na área de saúde mental, que levará à elaboração de ações preventivas em saúde mental, em parceria com os municípios vizinhos, Dionísio Cerqueira/SC e Bernardo de Irigoyen/República Argentina.

METODOLOGIA

Em uma iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de Barracão, em parceria com o Departamento de Promoção Social e a Escola de Educação Especial Novos Horizontes (APAE) deste município, o Fórum foi um espaço de discussão sobre o contexto local (tri-fronteira) a respeito desta realidade, tendo sido convidados a participar os órgãos de saúde e promoção social dos municípios de Bernardo de Irigoyen (Argentina), Bom Jesus do Sul (PR) e Dionísio Cerqueira (SC). Durante o evento, realizou-se palestra sobre acessibilidade do portador de deficiências; mesa redonda "Saúde Mental – Desafios e Estratégias, com a participação de profissionais de diversas áreas; apresentação do trabalho realizado na Escola Especial (APAE) do município; e a discussão em grupos referente a metas e estratégias sobre a saúde mental nos municípios da Tri-fronteira. Foi também aprovado e constituído o Conselho Municipal dos Direitos do Portador de Necessidades Especiais de Barracão, e instituída uma equipe para posterior constituição do Comitê Internacional de saúde, composto por pessoas de Barracão, Bernardo de Irigoyen e Dionísio Cerqueira.

RESULTADOS DO PROJETO

A aceitação e participação do público foi excelente e, como principais problemas na tri-fronteira, apresentou-se as seguintes demandas: falta de uma equipe multiprofissional especializada na área, bem como de um ambulatório de saúde mental na tri-fronteira, que disponha de estrutura física e recursos adequados à demanda. Falta maiores informações à população sobre o tema, onde os municípios tem trabalhado isoladamente, o que não traz resultados eficazes. Falta nos municípios políticas públicas específicas, que atendam às necessidades de medicamentos, internações e atendimentos especializados.

Sobre as sugestões de melhoria no atendimento referente aos temas propostos, dentre outras, destacam-se as seguintes: integração de políticas públicas nos quatro municípios



da fronteira; campanhas educativas/preventivas em relação à saúde mental; maior divulgação de informações na mídia; fortalecimento dos programas de saúde como PSF e outros; grupos de apoio a familiares e pacientes com transtornos mentais; Educação Permanente em saúde e grupos de voluntários; destinação de recursos financeiros específicos nos municípios para ambulatorios de saúde mental; Hospital integrado com disponibilidade de leitos para transtornos mentais; criação do CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. Sugeriu-se ainda novos fóruns municipais e regionais, e outros eventos locais relacionados ao tema, com participação de várias esferas da sociedade, com periodicidade anual, no mínimo. Insistir na participação dos pais e/ou responsáveis de pessoas com deficiências e com transtornos mentais nos fóruns e outros eventos. Participação efetiva dos responsáveis pelos órgãos públicos, (prefeitos, vereadores, secretários...) durante todo o evento, especialmente nas discussões e deliberações.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Percebeu-se a importância da união das equipes para que a ação seja eficiente. A dificuldade enfrentada foi a pouca participação dos municípios envolvidos e da sociedade em geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização deste evento serviu de apoio a várias outras ações da secretaria de saúde. Conclui-se desta experiência a importância das parcerias e da participação popular para elaborar políticas que venham de encontro com as reais necessidades da população.



GRUPO DE PARKINSON: UM OLHA CIDADÃ !

Autor principal: Olga Maria do Nascimento

Outros Autores: Adriana Liporatti de Albuquerque; Heliane Maria Pessoa do Valle

Instituição: Prefeitura Municipal de Vitória/SEMUS/CRAI

Município: Vila Velha

Estado: Espírito Santo

O Centro de Referência de Atenção à Saúde do Idoso – CRAI criado em 1995, é um órgão da SEMUS - Prefeitura Municipal de Vitória, atende aos idosos da Região Metropolitana da Grande Vitória (Vitória, Serra, Vila Velha, Viana, Cariacica), bem como outros municípios do Espírito Santo e estados vizinhos, cuidando da Doença de Parkinson e outras doenças crônicas degenerativas da terceira idade com agravos de saúde, como Demência, Alzheimer, AVC e Doenças ósteo-articulares e outros. É um serviço especializado a nível de ambulatório que oferece serviço juntamente com os Hospitais Gerais da Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, cuja gestão está a cargo da Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com o estabelecido na NOAS/2002. Embora seja um serviço sob a responsabilidade do Estado, esta ação é desenvolvida pelo Município por reconhecer a importância de dar resposta a esta demanda crescente da população de Vitória. Segundo dados do NPS – Núcleo de Planejamento Setorial da Prefeitura Municipal de Vitória, foi estimado em 32.000 o n.º da população de Idosos, o que equivale a 10% da População de Vitória em 2005.

Considerando o aumento significativo da demanda de usuários do CRAI com Doença de Parkinson, verificamos a necessidade de um atendimento em grupo como suporte à estes usuários. É sabido que a Doença de Parkinson é progressiva, altamente debilitante e geradora de tremores rígidos involuntários (músculos entorpecidos e rígidos), lentidão dos movimentos, levando à perda da sua própria autonomia, entretanto com a preservação da memória e consciência de seu estado geral. Acreditamos que o processo de grupo pode facilitar sua socialização, sendo que todos estes fatores geram limitação para o convívio social.

O grupo é baseado na teoria de Paulo Freire que trabalha a construção do sujeito a partir da sua realidade social. Tem como propósito elaborar as limitações que a Doença de Parkinson impõem em seu cotidiano, através da troca e integração com o outro, assim como, ser um agente de mudança na vida social do usuário, esclarecendo dificuldades individuais, rompendo os estereótipos da doença (pois seus sintomas são visíveis e muitas vezes causam constrangimento) possibilitando a identificação dos obstáculos que impedem o desenvolvimento do indivíduo e encontrar nas próprias condições resolução ou enfrentamento de suas limitações, que

fortalece a compreensão do usuário como protagonista da construção do sujeito.

Inicialmente é realizada uma Entrevista Social pelo Assistente Social com o usuário e a participação do familiar, na busca de identificar a realidade social que o mesmo se encontra, além da aplicação do Índice de Katz que permite avaliar a autonomia e a independência do idoso. O Terapeuta Ocupacional realiza uma Avaliação Funcional do usuário (AVP – Avaliação de Vida Prática, AVD – Avaliação de Vida Diária, Lazer e Trabalho). A avaliação de Fonoaudiologia é realizada através da avaliação da voz, da deglutição, da articulação mandibular, respiração. O Grupo é acompanhado por estes três profissionais possibilitando uma ação interdisciplinar integralizada, de visão holística, favorecendo assim uma ação, que efetivamente, fortaleça o conceito de saúde com um olhar biopsicosocial.

O Grupo de Parkinson foi iniciado em novembro de 2002 de periodicidade semanal e se mantém ativo até a presente data com um grupo aberto de 15 idosos. Nos encontros são realizadas atividades lúdicas/laborativas, atividades de relaxamento e respiração (melhora da consciência corporal) atividades artesanais (melhora na coordenação motora possibilitando livre expressão) orientações quanto a possibilidades de adaptações nas AVDs e AVPs. Desenvolve-se também exercícios oromiofuncionais (melhora o desempenho dos músculos da face e da articulação mandibular), exercícios vocais, apoio emocional e discussão do cotidiano globalizado. Realiza também atividades externas (passeios em locais públicos como cinema, parques, hipermercados, museus, planetário, monumentos históricos) possibilitando a ressocialização e interação com a comunidade local.

Os usuários apresentaram uma melhora da sua independência e autonomia e das relações no convívio familiar e social com despertamento de sua afetividade, além de descobertas de potenciais adormecidos ou desconhecidos relacionados a arte e a cultura. Observamos ainda melhor adesão ao tratamento, e um estreitamento das relações com os outros profissionais do serviço.

O grande desafio tem sido o espaço físico insuficiente que limita ampliar o número de participantes no grupo, entretanto, a Gerência do Serviço têm sido grande parceira ao viabilizar os recursos materiais e transporte necessários. Toda a equipe do CRAI, mesmo os profissionais que não interagem efetivamente com o grupo, incentivam e participam, contribuindo para que estas ações se concretizem.



FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO EM SAÚDE BUCAL ATRAVÉS DE TRÊS ESTRATÉGIAS COMPLEMENTARES: PLANEJAMENTO DAS AÇÕES; CRIAÇÃO DE MODELO BUCAL GIGANTE FEITO A PARTIR DE MATERIAL RECICLADO E CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO PSF CHÃO DE ESTRELAS DA CIDADE DE RECIFE –PE

Autor principal: Oswaldo Gomes Correa Negrão

Instituição: PSF - Secretaria Municipal de Saúde- Cidades do Recife - IMIP -

Instituto Materno Infantil de Pernambuco

Município: Recife

Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Unidade de Saúde da Família de Chão de Estrelas está localizada no bairro de Campina do Barreto, região norte da cidade do Recife/PE, ocupada predominantemente por bairros populares residenciais, de baixa renda, com uma população estimada em 5.800 habitantes, segundo cadastramento e levantamento das fichas A realizadas pelas equipes I e II desta USF, em abril de 2006.

O acompanhamento permanente e contínuo das famílias residentes nas micro-áreas, realizadas pelas equipes de saúde da família, acontece desde maio de 2001, e possibilita o desenvolvimento de ações de vigilância, promoção e de educação em saúde. No entanto, a relação entre a equipe de saúde bucal e os demais componentes de equipe, permanecia distanciada. As ações de saúde bucal, principalmente aquelas de educação em saúde e prevenção, que poderiam ser desenvolvidas por toda equipe, continuavam sendo realizadas predominantemente pela equipe de saúde bucal. O desenvolvimento de atividades de promoção em saúde bucal esbarrava ainda em outra questão crucial: a dificuldade de recursos financeiros para a aquisição de materiais didáticos.

OBJETIVOS

Diante dessas demandas, buscou-se a concretização de ações aparentemente distintas, mas que tinham um mesmo objetivo em comum: a ampliação das ações de promoção em saúde bucal: 1) Através da adesão dos agentes comunitários de saúde (ACS) nas ações de rotina, 2) da capacitação destes profissionais e 3) da construção de um macro modelo bucal pela equipe de saúde bucal.

METODOLOGIA E PRODUTOS

A estratégia para a efetivação destas ações deu-se inicialmente, no processo de planejamento anual das atividades da

ESF. Através da negociação com os demais profissionais (médicas e enfermeiras, e as próprias ACS) justificou-se a necessidade e importância da participação permanente das ACS nas ações (semanais) rotineiras de promoção desenvolvida pela ESB nas escolas e espaços comunitários. Foi possível então amarrar a participação efetiva destes profissionais nas ações de promoção em saúde bucal, através da construção de uma escala semanal para a participação dos ACS.

Para que ocorresse uma mudança na percepção dos trabalhadores e usuários da USF em relação à saúde bucal, foi elaborado um projeto para capacitação para as ACS. Para tanto buscou-se parcerias com entidades locais, como: Associação Comunitária de Chão de Estrelas e a ONG Visão Mundial, que possibilitaram a liberação de sala, material didático e insumos para confecção de apostilas. As atividades foram desenvolvidas em cinco módulos de duas horas aula, perfazendo um total de 10 horas aula.

Concomitantemente, buscou-se o desenvolvimento de um macro modelo que fosse ao mesmo criativo e despertasse curiosidade. Partindo do pressuposto que os modelos de saúde bucais mais tradicionais, como a arcada dentária e dentes individuais, existentes no mercado eram geralmente feitos de material acrílico são de alto custo e muito frágeis. Estas características acabavam por estabelecer um distanciamento quase imediato entre o material que deveria servir como objeto de estímulo visual e tátil e que, ao mesmo tempo, estimulasse a curiosidade para o público alvo.

A confecção deste material aconteceu exatamente pela necessidade que a própria equipe de saúde bucal percebeu, durante os eventos que promovia na comunidade de Chão de Estrelas. Buscou-se então o desenvolvimento de um modelo que fosse ao mesmo tempo barato, durável e resistente. A partir do conhecimento prévio do uso de materiais recicláveis, buscou-se a criação deste modelo bucal gigante, utilizando-se garrafas de refrigerantes descartáveis (PET), jornal, fita adesiva, cola branca, isopor, tinta "guache" e verniz.



RESULTADOS APRENDIZADO CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização e o planejamento das ações de promoção desenvolvidas pela ESF em Chão de Estrelas, e a capacitação dos ACS foram estratégias encontradas para instrumentaliza-los em conhecimentos específicos, inerentes à área de saúde bucal, possibilitando a identificação dos problemas de saúde bucal dos comunitários, estimulação e incentivo aos hábitos saudáveis, noções de auto cuidado, escovação adequada e dieta. Aspectos fundamentais para o controle das principais patologias bucais.

A participação dos ACS nas ações de promoção em saúde desenvolvidos conjuntamente com a ESB permitiu ampliação da cobertura para todos os espaços públicos, filantrópicos e comunitários presentes na nossa área de abrangência.

A construção do macro modelo gigante, feito a partir de material reciclado, permitiu o uso de um equipamento de baixo custo, alto apelo visual e resistente que desperta interesse e curiosidade em crianças e na população alvo das atividades educativas.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA PENITENCIÁRIA FEMININA DO DISTRITO FEDERAL

Autor principal: Palmira Guimarães

Instituição: Fundação Zerbini / Penitenciária Feminina do Distrito Federal

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Equipe de Saúde da Fundação Zerbini iniciou suas atividades na Penitenciária Feminina do Distrito Federal em fevereiro de 2004, com ações de saúde baseadas na Portaria Interministerial nº. 1777/GM, de 09 de setembro de 2003. É uma equipe multiprofissional composta por um psiquiatra, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, um assistente social, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma cirurgiã-dentista e uma auxiliar de consultório dentário, que desenvolve um trabalho coletivo e implicado com a adoção da universalidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo e equidade no atendimento, como estratégia para o desenvolvimento de suas ações. O conjunto de intervenções de saúde é desenvolvido no âmbito individual e no coletivo, que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento de doenças e redução de sofrimentos físicos e/ou psíquicos que possam comprometer o modo de vida da população carcerária. A existência de profissionais de saúde que atuam diretamente no ambiente de confinamento representa um grande avanço, que possibilita o acesso às ações e aos serviços de saúde, além de representar a inclusão da população penitenciária no SUS.

OBJETIVOS

Esta apresentação tem por objetivo mostrar como as ações de saúde estão sendo realizadas, de forma pioneira e inovadora, pela

Equipe de Saúde da Fundação Zerbini na Penitenciária Feminina do Distrito Federal. Estarão expostas no pôster as atividades específicas desenvolvidas pelos profissionais de saúde, assim como, as atividades coletivas: controle da tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, DST/HIV/AIDS, hepatites, o Programa Mãe-Bebê e o Programa das Multiplicadoras de Saúde.

METODOLOGIA E RESULTADOS

No desenvolvimento de suas atividades específicas, assim como, das atividades coletivas, a equipe de saúde percebeu que a responsabilização e criação de vínculo dependiam, fundamentalmente, da instituição de novos padrões de relacionamento entre o profissional de saúde e o usuário, no caso a população confinada. E, para ampliar o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e favorecer a troca de informações foi iniciado o Programa das Multiplicadoras de Saúde. Por meio desse programa, é realizado o treinamento e a capacitação de internas com o intuito de criar um elo das mesmas com a Equipe de Saúde. Dessa maneira, as Multiplicadoras de

Saúde colaboram na realização de atividades e programas de prevenção e promoção de saúde, assim como, auxiliam na identificação de sinais e sintomas de doenças na população carcerária e encaminham para o atendimento pelos profissionais de saúde. Essa parceria gerou uma mudança na relação entre os profissionais de saúde e as internas, criando, além do senso de responsabilização e comprometimento, um vínculo fundamental para que as ações possam





ser realizadas de modo integral e com valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo da produção da saúde. Outra iniciativa de fundamental importância é o Programa Mamãe-Bebê. Ele é realizado de forma integrada pela equipe de odontologia e de enfermagem, com orientações às gestantes e nutrizes quanto aos cuidados com a alimentação, higiene bucal e do corpo, desde o período pré-natal até os seis meses de vida de seus bebês (limite de permanência dos mesmos na PFDF). Através de palestras informativas e atendimento individual, as internas recebem total assistência, desde o período da gestação até o período pós-parto, com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos bebês. A construção compartilhada de conhecimentos, o diálogo entre os diferentes campos do saber e a integração dos diferentes profissionais de saúde na PFDF conduz ao desenvolvimento de propostas criativas na realização de seus trabalhos. Desse modo, a Equipe de Saúde na PFDF está ampliando a compreensão de saúde no sentido da qualidade de vida e caminhando a passos largos na direção da consolidação dos princípios do SUS.

APRENDIZADO E VIVÊNCIA

Contribuir para a promoção da saúde das pessoas privadas de liberdade, além de ser um avanço, representa um desafio para os profissionais de saúde na PFDF. O ambiente de confinamento, por si só, apresenta barreiras naturais não encontradas nos outros estabelecimentos prestadores de serviços em saúde. As dificuldades de escolta para o deslocamento das internas para o núcleo de saúde, o tempo limitado para a realização das intervenções individuais e coletivas, bem como, o impedimento de um contato mais próximo dos profissionais com a população carcerária são entraves a serem superados, dia a dia, na realização das ações de saúde. O Programa das Multiplicadoras de Saúde também sofre dificuldades devido ao rodízio das internas. Mesmo passando por uma seleção prévia, na qual o quesito tempo de permanência na PFDF é analisado, muitas delas acabam saindo da penitenciária. Isso faz com que a Equipe de Saúde se mobilize em treinamentos e capacitações constantes a outras internas, para que o elo, fundamental na realização das ações de saúde, não seja quebrado. Buscando soluções criativas, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde, estabelecendo vínculos e compartilhando experiências, assim a equipe de saúde supera as dificuldades e luta por melhorias nas condições de saúde daqueles que são o objeto e razão única de sua ação: os cidadãos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso compreender que as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de seu delito, estão privadas de liberdade e não

dos direitos humanos inerentes à sua cidadania. Para isso, a iniciativa e a criatividade de cada profissional, o trabalho coletivo e implicado da Equipe de Saúde como um todo, com adoção da universalidade, integralidade, equidade, responsabilização, humanização e estabelecimento de vínculo estão proporcionando a promoção do direito à cidadania das pessoas privadas de liberdade, permitindo acesso às ações de saúde de forma integral e efetiva.



A TERAPIA OCUPACIONAL NO ATENDIMENTO ONCOLÓGICO DO PACIENTE DO SUS: UM ELO ENTRE A HUMANIZAÇÃO E A INOVAÇÃO - VIVÊNCIA NO CENTRO REGIONAL INTEGRADO DE ONCOLOGIA (CRIO)

Autor principal: Patrícia Benevides Soares Citó

Outros Autores: Daniele Castelo Branco Pires

Instituição: Centro Regional Integrado de Oncologia - CRIO

Município: Fortaleza

Estado: Ceará

O CRIO, fundado em 1977, é um núcleo interdisciplinar de tratamento do câncer, equipado com setor de radioterapia e quimioterapia. Paralelamente possui um serviço de oncologia clínica com tratamento ambulatorial em diversas especialidades: mastologia, ginecologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia abdominal e pélvica, urologia, pele e partes moles.

Possui equipe interdisciplinar formada por médicos especialistas, físicos, enfermeiras, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, farmacêutica, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos e técnicos.

O referido trabalho aborda a intervenção da Terapia Ocupacional no Centro Regional Integrado de Oncologia - CRIO, onde 95% dos seus pacientes são atendidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS, ressaltando a necessidade da Terapia Ocupacional estar inserida na equipe interdisciplinar da instituição; além de representar um esforço de mudança, inovação, transformação e contribuição para a consolidação do SUS.

A internação por longo ou curto período, provoca transformações geralmente bruscas na rotina diária de um indivíduo, afastando-o do convívio familiar, dos hábitos pessoais, do trabalho, submetendo-o a uma rotina de procedimentos clínicos, avaliações, exames, relação intensa com aparelhos hospitalares, visitas médicas extenuantes, que podem acarretar em diversos graus de depressão, ansiedade e inatividade provocada pelo tempo de internação.

Neste âmbito, a Terapia Ocupacional atua no contexto hospitalar e ambulatorial, minimizando através da atividade estes estados, predispondo o paciente a uma melhora geral para recuperar-se ou para enfrentar situações cirúrgicas, sessões de radioterapia e quimioterapia, e o tempo de convalescença, bem como no processo de reabilitação em seqüela motora, psíquica e social; tendo como objetivo principal proporcionar um equilíbrio entre os aspectos biopsicossociais e o processo de enfermidade-doença nos portadores de câncer, juntamente com os seguintes objetivos específicos:

- Elevar auto-estima e auto-confiança;
- Promover socialização;
- Minimizar pensamentos mórbidos do enfermo;

- Favorecer exploração, conhecimento, domínio e compreensão do paciente acerca da patologia;
- Promover independência nas atividades de vida diária (AVD's);
- Estimulação sensorial;
- Estimular, desenvolver e/ou reforçar amplitude articular e força muscular;
- Orientação familiar, objetivando um maior apoio e incentivo ao tratamento.

A concreta compreensão deste propósito se dá através de prática com pacientes adultos, de ambos os sexos, portadores de vários tipos de câncer. A dinâmica terapêutica consiste em atender pacientes nas salas de espera da radioterapia, ambulatório da quimioterapia, pacientes oriundos do interior do estado e de estados vizinhos internados na casa de apoio do CRIO, atendimento nos leitos de hospital anexo e atendimentos individuais. Nos atendimentos individuais, os pacientes são avaliados através de protocolo elaborado pelas profissionais do setor, onde consta história de vida e exame físico. Logo após é traçado seu plano de tratamento e sua evolução é anotada a cada atendimento. Nos atendimentos grupais, são observados o comportamento e o depoimento de cada paciente durante o "feedback".

Como meio de intervenção são utilizadas atividade auto-expressivas, laborativas, lúdicas, socializantes (passeios), oficinas, contoterapia, dinâmicas de grupo, grupos operativos, treino de AVD's (atividades da vida diária), condicionamento funcional, circuitos. Nessas atividades são utilizados materiais diversos, inclusive reciclável. O material restante é adquirido com a renda de bazares de atividades confeccionadas pelos próprios pacientes.

Com a realização do projeto terapêutico ocupacional, concretiza-se os seus benefícios (já traçados acima) para os pacientes, além de comprovada a diminuição do número de desistências do tratamento por parte dos mesmos.

Para o CRIO, a intervenção terapêutica ocupacional tem papel essencial, contribuindo com o processo de humanização entre os pacientes, instituição e profissionais. E desta forma, atua diretamente para um prognóstico favorável dos mesmos.



Para a Terapia Ocupacional, estar inserida em uma área anteriormente não explorada no estado do Ceará, é um grande desafio. Não maior que o aprendizado diário pelo intercâmbio com profissionais especializados e pacientes que se mostram verdadeiras fontes de garra e força de vontade.

Como em todo trabalho, tivemos nossas dificuldades. Primeiro em convencer toda a equipe da importância e essencialidade da Terapia Ocupacional, profissão que infelizmente ainda não tem seu valor reconhecido, estar presente no tratamento oncológico. E por fim, de se adaptar como profissional e ser humano, a uma área tão sofrível como a oncologia. Mas o importante é não enxergar o portador de câncer apenas como uma parte, mas como um todo, um ser humano que pensa, sente, age e que tem plenas condições de gozar a vida da forma mais prazerosa possível.

O objetivo final do referido trabalho é o de confirmar o papel transformador e essencial do terapeuta ocupacional em unidade oncológica, visto que é possível a partir da utilização de recursos e atividades terapêuticas dirigidas, contextualizadas a cada história de vida, proporcionar condições que através da ocupação façam o paciente interagir, não com o propósito de simplesmente amenizar o seu quadro clínico, mas reintegrá-lo como um ser biopsicossociocultural e histórico. Isto significa um resgate de sua identidade, capacidade, potencialidade, não desprezando sua patologia e sim respeitando e aceitando sua nova condição de saúde e vida.



O USO DO FLUXOGRAMA DESCRITOR COMO APOIO AO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor principal: Patrícia Dias Braz Rodrigues

Instituição: Prefeitura Municipal de Amparo

Município: Amparo

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Com o objetivo de construir o planejamento da Unidade de Saúde da Família do Jardim Brasil, em Amparo/SP, através da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus, foi iniciado o processo de levantamento de problemas da unidade. Durante o processo constatou-se que os trabalhadores tinham tendência a discutir aspectos mais gerais, macroestruturais do serviço, muitas vezes trabalhador-centrado, com dificuldade de visualizar o processo de trabalho da unidade e a inserção do usuário neste processo. Observa-se que para que a análise de um serviço de saúde seja eficaz, é necessário levar em conta a micropolítica da organização do serviço, as relações firmadas entre os trabalhadores dentro do processo de trabalho e os interesses em jogo no dia-a-dia do serviço. Só assim será possível mergulhar nos processos microdecisórios do cotidiano do serviço, identificando seus problemas, a partir dos ruídos gerados na assistência oferecida ao usuário.

OBJETIVOS

Este artigo tem como objetivo descrever o processo de construção do Fluxograma Descritor da Unidade de Saúde da Família do Jardim Brasil e a partir deste avaliar o processo de trabalho da unidade, visando analisar o cumprimento das diretrizes adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, baseada no Modelo Assistencial de Defesa da Vida, que são: acolhimento, vínculo, responsabilização, resolutividade e autonomia

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi o Fluxograma Descritor (Merhy et al, 1997; Franco & Merhy, 1999). Este consiste em uma representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho, buscando perceber os caminhos percorridos pelo usuário quando procura assistência e sua inserção no serviço. O Fluxograma permite um olhar agudo sobre a produção da assistência à saúde, no momento em que ela é realizada, e desta forma permite a detecção de seus eventuais problemas. O trabalho de construção do Fluxograma contou com a participação de

todos os trabalhadores da Unidade de Saúde da Família do Jardim Brasil, durante as reuniões semanais de equipe, com três horas de duração. Buscou-se, no registro da memória da equipe, os passos seguidos pelo usuário, em busca da resolução do seu problema, nos diversos espaços produtores de assistência na Unidade de Saúde. Após a construção, o Fluxograma foi discutido por todos da equipe, analisando-se os problemas levantados pela equipe e o cumprimento das diretrizes adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

PRODUTOS

Os produtos gerados na construção do Fluxograma e na sua análise foram múltiplos. O processo de construção coletiva apresenta um produto muito rico, pois integra múltiplos saberes. Dentre os produtos construídos pela equipe estão:

- Formação pelos profissionais da unidade de uma opinião coletiva em torno da realidade (e/ou dificuldades) vivenciada pelo usuário, conseqüente da organização do processo de trabalho.
- Conscientização de toda a equipe de como são organizadas as ações de saúde desenvolvidas pela unidade, com um conhecimento maior sobre as atividades realizadas por outros profissionais da equipe.
- Integração da equipe em torno de uma construção coletiva, lúdica, com motivação da participação de toda a equipe, que se “enxerga” dentro do processo.
- Percepção, de forma clara, de todo caminho percorrido pelo usuário dentro da unidade, de acordo com a sua demanda e dos serviços oferecidos pelo serviço para acolher essas demandas.
- Reforço das diretrizes sobre as quais a unidade de saúde é organizada, tentando-se percebê-las na organização do processo de trabalho. A equipe constatou que está utilizando estas diretrizes no dia-a-dia de seu atendimento. Alguns problemas levantados pela equipe foram discutidos e o processo de trabalho reorganizado quando necessário.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O maior aprendizado com esta vivência foi a importância de visualizar o usuário dentro da organização do processo de trabalho a



firm de garantir um atendimento humanizado que forneça uma escuta qualificada e a resolução das necessidades de saúde dos usuários da unidade. Além disso os trabalhadores se perceberam como produtores de cuidado dentro da equipe e a continuidade do cuidado em outros setores da unidade, reforçando a importância do trabalho em equipe.



CURSO DE SENSIBILIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DA REDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Autor principal: Paula Regina Rodrigues Machado

Outros Autores: Ivanilza Etelvina dos Santos; Maria do Carmo de Souza Araújo; Margarida Maria Carreiro de Barros; Carla Núbia Nunes Borges

Instituição: Secretaria Estadual de Saúde

Município: Recife

Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

A Gerência de Atenção à Saúde do Idoso tem o objetivo: Garantir a atenção integral à saúde do idoso, através de ações e serviços que visem a prevenção, promoção e recuperação da saúde nos diversos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde, através de:

- Implantação e implementação de programas na Atenção à Saúde do Idoso nos municípios e nas regionais, assegurando o cumprimento da Constituição Federal, da Lei nº 8.080/90, que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde, Portaria nº 1.395, de 10/12/1999 referente a Política Nacional de Saúde do Idoso, Lei nº 8.842/94, regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 03/07/1996, referente a Política Nacional do idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, Estatuto do Idoso e as recomendações das conferências municipais de saúde relativas ao idoso;
- Promoção de ações de educação junto à população e com profissionais de saúde divulgando a problemática do idoso, seus direitos e conquistas;
- Descentralização de fiscalização em instituições de longa permanência;
- Promover cursos de especialização e mestrado em Geriatria e Gerontologia em parceria com as universidades e organizações não governamentais;
- Realizar campanhas educativas anuais rotineiras para a 3ª idade, visando atender aos agravos oculares, aos diabéticos e hipertensos;
- Desenvolver pesquisas na área de saúde do idoso.

Diante dos objetivos propostos a partir do ano de 2004 estamos desenvolvendo cursos de sensibilização na atenção básica da rede do Sistema Único de Saúde com os profissionais que tratam do usuário idoso.

JUSTIFICATIVA

Com os agravos decorrentes do aumento da população idosa recentemente com a aprovação do Estatuto do Idoso, torna-se necessária a realização de curso de sensibilização na atenção básica da rede do Sistema Único de Saúde com os profissionais que tratam do usuário idoso.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Desde da implantação do projeto vários municípios realizaram projetos e implantaram serviços voltados ao atendimento as pessoas idosas. Até o presente momento foram sensibilizados vinte e dois municípios (Serra Talhada, Salgueiro, Recife, Bezerros, Vivência, São José do Belmonte, Buique, Fernando de Noronha, Barreiros, Taquaritinga do Norte, Altinho, Correntes, Petrolina, Triunfo, Ouricuri, Pombos, Paudalho, Limoeiro, Flores, Agrestina, Ibirajuba, Santa Cruz da Baixa Verde).

METODOLOGIA

A equipe de profissionais da Gerência entrou em contato com cada município informando sua disponibilidade em realizar a sensibilização para os profissionais da rede e perguntou do interesse sobre as questões relacionadas ao envelhecimento. A partir deste primeiro contato agendou-se uma data provável para o deslocamento da equipe de profissionais compostas por: um coordenador do curso, assistente social, médicos geriatras, psicóloga e em alguns municípios foi possível contar com a presença de nutricionista, enfermeiro e odontólogo. A sensibilização sempre é realizada em dois dias durante o dia todo. São confeccionados textos de apoio, dinâmicas, trabalhos em grupos, levantamento da expectativa grupal e necessidades locais a fim de adaptar as informações a demanda regional. Finalizamos a sensibilização com um projeto realizado pelo grupo para atuação e intervenção pela equipe presente nos dois dias de sensibilização. A parceria com o município visa o compromisso local com material didático, sala, xerox, além da presença dos gestores locais que facilitarão a execução do projeto de implantação de serviços voltados ao público idoso.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

- Facilidades – Constatamos a disponibilidade dos municípios e dos profissionais envolvidos em querer se capacitar



para o atendimento ao idoso. Percebemos o empenho dos gestores locais em implantar serviços e desenvolver projetos.

· Dificuldades – O deslocamento da equipe para os municípios é dificultada pelos inúmeros afazeres de cada um além de contarmos com municípios distantes dificultando mais ainda o pernoite dos profissionais. Nossa equipe é pequena não tendo a presença de todos os profissionais. Às vezes negociamos com setores desta Secretaria a fim de levarmos outros profissionais e convidamos profissionais de outros municípios para se deslocarem até o local da sensibilização. Como nosso projeto envolve vários órgãos e secretarias, encontramos dificuldades em agendar uma data adequada para todos os profissionais - O Programa de Saúde da Família é composta por um médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde com uma demanda grande de serviços. No entanto, o curso de sensibilização é dirigido para profissionais da rede de saúde (PACS, PSF, Secretaria de Ação Social, Conselhos, Secretaria de Educação e Esporte, representantes de instituição de longa permanência e associação de idosos).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste Projeto tivemos a oportunidade de conhecer os municípios e suas dificuldades, contactar com os profissionais da rede de assistência, dialogar com os gestores e o mais importante servir de parâmetro na implantação de serviços voltados ao grupo idoso. Sempre disponibilizamos orientações na elaboração de projetos e assistência técnica na fase de execução. Nossa equipe é capacitada com cursos de especialização em geriatria e gerontologia e a maioria com título de geriatra e gerontólogo pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Desde o início desde Projeto vislumbramos uma nova realidade se configurando em nosso Estado. Os profissionais sensibilizados construíram outra postura no atendimento ao idoso, fato comprovado pelo crescente projeto de implantação de serviços na área do idoso que nos chega.

Nossa equipe tem aprendido muito quando vivência a realidade de cada local e questiona postura e parâmetro, tornando-se mais reflexiva, questionadora e crítica as demandas que nos chega.

Pelos resultados alcançados iremos continuar com as sensibilizações e temos como meta sensibilizar os cento e oitenta e cinco municípios do nosso Estado.



PEREGRINAÇÃO PELO SUS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: EXPERIÊNCIA DA SALA DE ACOLHIMENTO NA PORTA DE ENTRADA DO HOSPITAL DA LAGOA

Autor principal: Paulo Cesar Cerdeira Campos

Instituição: Hospital da Lagoa

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

A crise permanente da saúde pública no estado do Rio de Janeiro se evidencia no fenômeno cotidiano da peregrinação por atendimento à saúde e das filas da madrugada nas portas de entrada dos estabelecimentos de saúde pública. Este processo, decorrente dos problemas de planejamento e gestão, envolvendo as três esferas de governo, culminou no ano de 2005 com a re-federalização de quatro unidades hospitalares (Hospital da Lagoa - HL, Hospital de Ipanema, Hospital do Andaraí, Hospital de Laranjeiras e Hospital Cardoso Fontes), decorrente da perda da gestão plena do Município do Rio de Janeiro.

O Município do Rio de Janeiro apresenta uma desproporção entre a demanda e a oferta de atendimentos primários, devido à baixa cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF). O HL está situado na Área Programática 2.1, próximo à Favela da Rocinha, que apresenta uma densidade populacional estimada em 50.000 habitantes para um único posto de saúde.

Da mesma forma, toda a Região Metropolitana I apresenta baixa cobertura do PSF, gerando peregrinação dos usuários/pacientes para os grandes hospitais do Município do Rio de Janeiro. Associado a esta distorção, indutiva ao modelo centrado no hospital, há um sistema de referência e contra-referência precário, que contribui para as representações sociais negativas dos próprios profissionais da saúde. Assim, a porta de entrada da saúde pública no estado do Rio de Janeiro se faz majoritariamente pelas unidades de emergência do SUS.

O HL desenvolveu proposta de regulação e humanização de sua porta de entrada (PEHL) iniciada antes mesmo da sua municipalização em 1999. A partir de março de 2003, o HL informatizou seu sistema de marcação de consultas ambulatoriais especializadas, pelo sistema HOSPUB – DATASUS. Ademais, esta oferta foi disponibilizada para a rede básica por meio de um sistema de agendamento por *e-mail*, via internet, tendo como pré-requisito a observância aos protocolos da especialidade referenciada.

Este projeto institucional teve a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde e permitiu o intercâmbio entre gestores de diferentes níveis de atuação. Contudo, a despeito desta iniciativa, a PEHL permaneceu na rota das peregrinações e com formação de filas da madrugada. Foi preciso pensar uma proposta acoplada a da

regulação informatizada, visando o acolhimento dos usuários/pacientes, não contemplados pelos agendamentos informatizados feitos pelas unidades básicas das APs 2.1, 5.1, 5.2, e 5.3 do Município do Rio de Janeiro.

A Sala de Acolhimento (SA) na PEHL é uma proposta atinente ao Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, contudo concebe a humanização institucional pela abordagem da violência das peregrinações pelo acesso à saúde pública. As portas de entrada dos estabelecimentos de saúde do estado do Rio de Janeiro são locais de competição, conflito e negociação pelo acesso aos serviços de saúde. Face ao volume da demanda, há um notório controle social institucional pelo uso do homem-fardado-na-porta como agente de triagem.

A construção da SA na PEHL necessitou de uma pesquisa-ação, voltada para a elaboração de um modelo de recepção, que nos permitisse um contato com os usuários/pacientes da fila do HL. Assim, foi proposto um trabalho em Educação Popular, em grupo, iniciado às 7:00 horas, em local apropriado, para informação sobre o novo modelo de agendamento informatizado e avaliação dos encaminhamentos para a PEHL.

A proposta institucional visou investir em maior comunicação e informação com os usuários/pacientes e resolubilidade da demanda em peregrinação na PEHL. Prioritariamente, necessitavam de ser informados sobre o novo modelo de agendamento - integrando-se ao processo comunicativo, como agentes multiplicadores da proposta do HL, junto as suas comunidades de origem.

A SA exigiu a criação de um sistema paralelo de protocolo das guias de referência e contra-referência dos usuários/pacientes em peregrinação na PEHL para ulterior agendamento pelo HOSPUB, após auditoria interna das clínicas especializadas demandadas pelos usuários/pacientes peregrinos.

Assim, a SA da PEHL contribuiu para aumentar o raio de ações centradas nos interesses dos usuários com a implantação do modelo de gestão participativa da PEHL. A construção compartilhada do saber, mediada pelo referencial da Educação Popular, indicou: a substituição dos vigilantes masculinos por femininos no território da PEHL; a criação do “café do cidadão” devido às queixas de fome e



ocorrências de desmaios por hipoglicemia e a utilização do mapa do Município do Rio de Janeiro, com os endereços das Coordenadorias de Áreas Programáticas.

A SA permitiu também realizar um estudo exploratório da peregrinação, envolvendo 592 usuários, durante os meses de agosto a dezembro de 2005, visando o levantamento sócio-demográfico. Um questionário sobre peregrinação foi aplicado a 434 usuários/pacientes (74,8%) da amostragem total para avaliação da acessibilidade, assim como do modo e dos critérios técnicos utilizados pelos profissionais da saúde nos encaminhamentos para a PEHL.

Os trabalhos em Educação Popular nos permitiram a utilização de estratégias qualitativas, como o livro de sugestões, as anotações de campo e a participação observante na orientação dos principais aspectos a serem investigados na pesquisa quantitativa, sob o ponto de vista do usuário/paciente em peregrinação pelo SUS.

Assim, a SA da PEHL é uma abordagem representativa do uso de tecnologia leve, inextrincável da tecnologia dura do modelo de regulação informatizada mediado pelo HOSPUB. A proposta se faz em prol dos Direitos Humanos na saúde pública, no combate à violência institucional da peregrinação por atendimentos, em conformidade com a PNH do SUS no estado do Rio de Janeiro.



HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON: UMA HISTÓRIA DE TODOS NÓS

Autor principal: Paulo Cesar Estaitt Garcia

Outros Autores: Denise Soares Bastos; Cláudia de Negreiros Magnus

Instituição: Hospital Sanatório Partenon

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

O trabalho “Hospital Sanatório Partenon: uma história de todos nós” apresenta o projeto de construção da história desta instituição, dentro de uma perspectiva de educação continuada visando uma maior participação e comprometimento dos servidores na gestão da instituição, refletindo-se no sentimento de apropriação/ligação. A vivência que vamos apresentar é uma tentativa de construir/reconstruir coletivamente um sentido comum através da própria história da instituição. O HSP é uma instituição pública referência estadual do RS no combate à tuberculose, pertencente à Secretaria da Saúde do RS, e que atende exclusivamente pelo SUS.

Em 2001 o HSP completou 50 anos de existência. A fim de comemorar esta data foi organizada uma exposição contando a história da instituição desde a compra de seu terreno em 1908, as instituições que a precederam, seu desenvolvimento e seu momento atual. Esta história institucional foi apresentada interligada com a história da saúde pública gaúcha e brasileira, bem como contextualizada em suas dimensões políticas, econômicas, sociais, culturais, etc. Esta exposição foi o passo inicial de um projeto de recuperação/construção da história do HSP, se tornando uma atividade destinada a construir vínculos entre o passado e o presente, projetando o futuro e criando elos entre os servidores da instituição e os objetivos/metastesta, oportunizando uma consciência participativa de gestão.

OBJETIVOS

Geral: desenvolver uma pesquisa histórica que visasse a qualificação profissional em uma perspectiva crítica e cidadã, no qual o conhecimento se configura enquanto possibilidade de construir o sentimento de pertencimento, buscando à identificação e comprometimento com os serviços da instituição.

Específicos: desenvolver a capacidade crítica para que o servidor possa discernir a serviço de que e de quem estão os seus recursos e influenciar para sua democratização; oportunizar uma apropriação crítica de seu ambiente profissional; situar os servidores como participantes do processo histórico; buscar alternativas para

a fragmentação e isolamento dos serviços e funcionários; estimular uma cultura de participação na gestão da instituição; oportunizar a construção de vínculos e identidades coletivas que implementem uma gestão sistêmica, integrada e integradora.

METODOLOGIA

- criação da equipe de pesquisa composta por um médico, um historiador e uma museóloga;
- pesquisa bibliográfica e documental em arquivos e bibliotecas;
- entrevistas e relatos de funcionários, ex-funcionários, pacientes e ex-pacientes, inserindo estes atores como participantes e construtores da história institucional;
- publicação de artigos, organização de exposições, palestras, comunicações e oficinas.

PRODUTOS

- módulo de qualificação profissional e educação continuada “Conhecendo o HSP”, que relata aos participantes a história da instituição. Entre os anos de 2003 e 2004, foram realizadas 18 turmas reunindo 150 funcionários;
- exposição “Do Isolamento ao Sanatório: A Luta Contra as Doenças Contagiosas no Rio Grande do Sul e os 50 Anos do Hospital Sanatório Partenon” exposta no HSP, no Memorial do RS e no Museu de Porto Alegre, nos anos de 2001 e 2002;
- painel “Desconstruindo a Exclusão – Relatos Sobre a História da Saúde por Diferentes Vozes” com a participação de servidores do HSP, e professores da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, apresentado no Memorial do RS no dia 07/03/2002.
- comunicação oral “História da Saúde Pública no Rio Grande do Sul e História do Hospital Sanatório Partenon”, apresentada nos anos de 2003, 2004, 2005 e 2006 dentro da política de formação de recursos humanos para o SUS no Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do RS
- publicação do artigo “Do isolamento ao sanatório: diferentes práticas e serviços em um espaço de saúde pública de Porto Alegre - de



1909 a 2001". Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 133-142, 2002.

- apresentação do trabalho "Do Isolamento ao Sanatório: Diferentes Práticas de Saúde Pública em um Bairro de Porto Alegre". no Congresso Nacional da ANPUH, 2001, RJ.

- apresentação do trabalho "Isolar era Curar: Hospitais de Isolamento e Lazaretos de Porto Alegre (1891-1928)". no Congresso Brasileiro de História da Medicina, 2005, Porto Alegre.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Foram vários os aprendizados, porém ressaltaremos dois. O primeiro remete a questão que a despeito de todas as dificuldades (falta de infra-estrutura e recursos financeiros, servidores não qualificados, etc) na implementação de melhorias de gestão e qualificação profissional, é possível realizar mudanças significativas a partir da dedicação de alguns servidores e apoio institucional. O segundo aprendizado refere-se ao fato de que a maioria dos servidores têm um interesse latente tanto em se qualificar, quanto em participar criticamente e ativamente da gestão da instituição, bastando que se ofereça as condições para isso.

CONSIDERAÇÃO FINAIS

Quem eu sou? De onde eu vim? Para onde eu vou? Estas são as perguntas fundamentais que acompanham a humanidade desde que ela começou a refletir sobre a sua existência. Estes questionamentos remetem a questão do sentido de nossa vida, para que estamos aqui? Estas dúvidas também estão presentes nas instituições, e se refletem nas questões sobre os objetivos da coletividade. O estudo da história da instituição possibilitou que, ao refletirem e questionarem o passado, os funcionários passassem também a questionar e pensar a sua própria realidade, as suas interações, seus contextos, percebendo que na realidade os setores e serviços possuem uma continuidade de objetivos e problemáticas, que para serem alcançados e resolvidas, devem ser pensados de forma coletiva e integrada na gestão institucional.



SAÚDE BUCAL E A RELAÇÃO COM A ALEGRIA

Autor principal: Paulo Roberto Reis Seady

Outros Autores: Julio Cesar Abreu Pereira

Instituição: Prefeitura Municipal Macaé

Município: Macaé

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

Os Programas de Saúde Bucal realizados em escolares, ao longo da história, sempre estiveram voltados para campanhas de escovação e aplicação tópica de flúor. Analisando as metodologias empregadas em educação e saúde bucal em escolares, resolvemos fazer um trabalho diferenciado através de práticas mais humanistas, capazes de incentivar sentimentos de alegria de forma a estimular o desejo de sorrir associando aos cuidados de higiene bucal.

JUSTIFICATIVA

A finalidade de uma ação educativa deve ser sempre a produção de novos conhecimentos e, a educação como um ato dinâmico e permanente que amplia a capacidade transformadora e a percepção da realidade, faz da escola um lugar privilegiado de formação de hábitos e valores, com condições de transformar a vida dos alunos, pais, professores e comunidades. Ganhar uma escova e uma pasta de dente não coloca os alunos como atores de sua própria realidade e não estimula o engajamento deles numa discussão dos reais determinantes de sua história. Despertar o conhecimento de forma alegre e descontraída é construir de forma participativa a motivação necessária para que os escolares sejam agentes na promoção de sua saúde.

OBJETIVO GERAL

Inserir no espaço escolar um modelo de atenção odontológico, voltado para promoção e manutenção da saúde bucal dos escolares de forma lúdica e participativa.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Realizar ações educativas enfatizando a importância do auto-cuidado na preservação da saúde bucal de uma forma alegre, criativa e humanizada. Prevenir a instalação e/ou o progresso da doença cárie e da doença periodontal. Estimular

hábitos de higiene bucal adequados. Sensibilizar professores quanto à necessidade de fazer prevenção através do incentivo e do exemplo. Motivar integração da comunidade, família e escola na promoção da saúde bucal. Desenvolver e valorizar a participação das crianças como parte ativa do programa.

METODOLOGIA

Essa atividade acontece dentro dos colégios de maneira que ao brincar a criança aprende os cuidados que ela deve ter com sua saúde bucal. O Dentista e a THD a partir do contato inicial com os escolares e funcionários, avaliam o nível de conhecimento de saúde bucal desse universo, e desenvolvem então uma programação de educação para a saúde bucal com níveis de individualização e atuações coletivas. A equipe desenvolve atividades educativas em salas de aula, apresentando alguns recursos culturais; peça de teatro de fantoches que ocorre ampla participação das crianças, cartazes, slides, filme, um mascote o boneco dentão que faz grande sucesso com a garotada, além de brincadeiras como passatempos, desenhos para colorir, mesa clínica com modelos didáticos com a evolução da doença cárie e da doença periodontal, quadros, folderes e outros materiais que irão despertar grande interesse nos escolares, tudo é feito de modo a sensibilizar as crianças de forma alegre e descontraída. Paralelas às atividades descritas, estão programadas atividades de integração com a comunidade, através de reuniões com professores, pais, líderes comunitários e grupos naturalmente motivados.

RESULTADOS ALCANÇADOS

O Projeto já atinge 90% das creches e 60% das escolas de modo que a maioria dos escolares já escovam os dentes todos os dias após a merenda. Houve uma mobilização para colocação de escovódromos em várias escolas e ocorre grande distribuição de pastas e escovas de dente. A Divisão em Odontologia Coletiva foi criada e, conseqüentemente, diminuiu o número de cárie na população infantil.



CONCLUSÃO

As principais críticas que se faz ao modelo higienista e medicalizante são que esses métodos de prevenção geram a incapacidade e a alienação dos escolares no processo do aprendizado. Eles são colocados como objeto nas ações preventivas, ao invés de serem o sujeito da sua própria promoção de saúde. Nós do município de Macaé acreditamos que um sorriso vale mais que mil palavras.



PARTICIPAÇÃO SOCIAL DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL NO MUNICÍPIO DE LAURO DE FREITAS

Autor principal: Paulo Sergio Amado dos Santos

Outros Autores: Daniela Miguez Costa; Tiago Bahia Fontana

Instituição: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) Eduardo Alves de Araújo

Município: Lauro de Freitas

Estado: Bahia

INTRODUÇÃO

Em atenção às propostas da Reforma Psiquiátrica, que tem por meta a superação da exclusão do portador de transtorno mental, temos construído, partindo do coletivo/comunitário, práticas de inclusão e desenvolvimento de ações onde os atores agenciam atividades de reinserção social e de afirmação da cidadania, utilizando-se de meios e métodos de geração de renda e reconhecimento do papel de produtor.

JUSTIFICATIVA

Trata-se de um processo de mudança na atenção do portador de transtorno mental e dos familiares, tendo por fim a desmistificação da loucura e a mobilização inicial dos familiares na participação efetiva no cuidado.

Torna-se fundamental a constituição de vínculos, o fortalecimento da rede e a mudança na relação entre profissionais de saúde e usuários para o surgimento de espaços permanentes de negociação.

OBJETIVO

A implementação de ações diferenciadas, com vistas à humanização das relações entre serviços, comunidade, os portadores de transtorno mental e seus familiares.

METODOLOGIA

Através do desenvolvimento de ações dentro de uma perspectiva do coletivo (pessoal, grupal) onde o usuário insere-se enquanto sujeito, com a inclusão da comunidade e familiares, desenvolvem-se instrumentos e meios de integração, de habilidades e artefatos geradores de renda.

PRODUTOS

Atenção grupal com inclusão de familiares e/ou

acompanhantes com relação próxima ao usuário (Acolhimento Coletivo).

Oficinas para desenvolvimento de habilidades para produção de artefatos geradores de renda.

Assembléias

Atividades domiciliares e compartilhamento de responsabilidades com a atenção básica.

Mudança nos meios de atenção.



CIDADANIA FM: PREVENÇÃO DA AIDS ATRAVÉS DO RÁDIO

Autor principal: Perceval Nunes de Carvalho Filho

Outros Autores: Maria da Conceição Alves Barbosa

Instituição: Sociedade Terra Viva

Município: Natal

Estado: Rio Grande do Norte

INTRODUÇÃO

A STVBrasil – Sociedade Terra Viva tem buscado empreender um modelo diferenciado de atuação na tentativa de oferecer a comunidade uma oportunidade de integração e de ampliação de seus conhecimentos. Nosso trabalho é uma proposta voluntária e conta com o apoio da FM Olho D'água.

nossos horizontes e permitindo vislumbrar o papel importante do recurso da mídia no trabalho de educação e saúde. A penetração do rádio nas comunidades é muito forte e permite uma maior propagação das informações junto a comunidade, que somada a uma proposta paralela de trabalho educativo oferece uma resposta social de relevância em relação ao HIV/AIDS.

OBJETIVO

O Programa CIDADANIA FM tem como objetivo levantar o debate acerca de questões como AIDS, gênero, sexualidade, etnia e direitos junto a comunidade de São José de Mipibu-RN, através do rádio.

METODOLOGIA

O Programa CIDADANIA FM é apresentado todos os domingos, das 09:30 às 11 horas, através da FM Olho D'água. A sua programação é definida a partir de discussão prévia entre os membros da organização em conjunto com a comunidade durante reuniões semanais com apoio de outras ONGs. Em cada programa é realizada uma entrevista com personalidades importantes do cenário local ou estadual, com vistas a estabelecer um debate de alto nível e precisão nas informações prestadas.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Após o início do Programa CIDADANIA, observamos um aumento sensível no número de pessoas que procuram a nossa organização em procura do preservativo e de orientações sobre as formas de transmissão e prevenção das DST/AIDS. Este trabalho está permitindo a ampliação de nossas parcerias com escolas da comunidade para realização de oficinas pedagógicas e distribuição de preservativos.

CONCLUSÕES

O trabalho no Programa CIDADANIA FM, hoje com mais de 120 edições, nos proporcionou uma nova experiência, ampliando



PROJETO A COR DO SORRISO

Autor principal: Quitéria Maria de Oliveira
Instituição: PSF São Cristóvão I
Município: Palmeira dos Índios
Estado: Alagoas

Este trabalho aborda o desenvolvimento de ações que buscam a inclusão das pessoas carentes a uma saúde pública de qualidade, ainda que, observemos múltiplas manifestações de exclusão econômicas, políticas e social.

“Um sorriso gera outro sorriso, uma carranca pode gerar outra cara feia”, assim o nosso trabalho promoveu melhorias nos serviços utilizados pelos usuários do PSF São Cristóvão I (onde foi desenvolvido nosso trabalho). Entendemos que, para ser ter uma vida melhor, é preciso promover mudanças necessárias, sem medir esforços para que este desejo se realize. Trabalhando como auxiliar em saúde bucal, ajudo a levar o sorriso aonde o povo está.

A saúde bucal está na maneira de encará-la. Há muito tempo, as pessoas não se importam com a saúde dental, não conheciam as funções de cada dente e as necessidades de uma higiene.

Antigamente, as pessoas da zona rural não se preocupavam com a higiene para manter os dentes fortes e saudáveis. Elas achavam que era moda colocar prótese dentária, que era normal ficar banguela.

Graças à ação governamental, que através do programa em saúde bucal, investe em seus profissionais, mudando a mentalidade das pessoas e mostrando que a prótese dentária é coisa do passado.

Para a execução do projeto, os seguintes objetivos foram previstos de serem atingidos:

- Realizar visitas a domicílios, esclarecendo a importância da escovação;
- Fazer com que os pacientes conheçam sua dentição;
- Esclarecer às mães sobre os cuidados que devem ter com a higiene das gengivas da criança;
- Conscientizar os usuários do SUS sobre o aumento do câncer bucal e de outras doenças contagiosas.

O papel do auxiliar em saúde bucal é fundamental para a realização de um bom trabalho, desde a recepção dos pacientes até os cuidados para manter o consultório odontológico com biossegurança.

Ao lado do dentista, fomos conhecer cada paciente. Fizemos a ficha pessoa, a qual explica toda a história realizada à saúde do indivíduo (vacinas tomadas, doenças adquiridas, como anda sua saúde etc).

Informamos às pessoas que até os nove anos de idade há a dentição decídua. Após esta idade começa a dentição permanente,

onde o cuidado tem que ser maior, se caso perder um dente, não vai nascer outro. Sempre que comermos alguma coisa, devemos escovar os dentes e usar o fio dental. “Não é o doce que faz o dente ficar doente e sim a falta de escovação. A fermentação dos alimentos é a fonte principal para obtenção da carie, se não cuidar dele, pode-se perdê-lo”.

Periodicamente, realizamos ações educativas de escovação nas escolas, pois o sorriso é o cartão de visita do ser humano.

Produzimos um portfólio utilizando figuras de órgãos com doenças e com as orientações sobre prevenção e tratamento da saúde bucal.

Com o projeto as pessoas valorizaram a nossa iniciativa, compararam a realidade de hoje com descrita pelas pessoas mais idosas. Resgatamos a grande importância da saúde pública familiar. Além disso, ajudou a pensar nos motivos pelos quais vários administradores públicos não conseguem desenvolver mecanismos para tratar melhor os usuários do SUS.

Por mais que sabemos, por mais que aprendemos, sempre haverá algo novo a se fazer, para permitir serviços públicos de melhor qualidade para todos.

Os pais devem participar levando seus filhos ao consultório dentário para fazer um exame preventivo. Os idosos também devem fazer um exame clínico. E para aquele que já são banguelos, devem colocar prótese, para não comprometer o restante dos dentes.

Que este trabalho incentive outras pessoas a construir uma sociedade melhor. Que a responsabilidade social não é competência só das instituições públicas, cabe a resolver as diferenças com simples projetos. A falta de referência dessa gente culmina com a falta de esperança, denominada por uma baixa escolaridade e pouco acesso à informação.



ENFERMEIRAS DE RELACIONAMENTO UM NOVO MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE SÃO CAETANO DO SUL

Autor principal: Rachelina I. P. Gonçalves

Outros Autores: Rubens Amaral; Marilu Garrido Loureiro; Eliana Rston; Regina Maura Zetone Grespan; Alexandra Marçal.

Instituição: Diretoria de Saúde de São Caetano do Sul

Município: São Caetano do Sul

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Buscando melhorar a relação do usuário com o sistema de saúde pública de São Caetano do Sul tivemos por criar a figura da Enfermeira de Relacionamento para atuar nas Unidades Básicas de Saúde, este programa foi criado para que o profissional possa acompanhar o usuário e facilitar a identificação do problema e melhorar o atendimento a saúde da comunidade.

OBJETIVO

Facilitar, melhorar e qualificar a prestação de serviço aos usuários do SUS, quer nas relações pessoais assim como institucionais, criando um ambiente acolhedor e confortável, descobrindo novas necessidades e buscando solução para as mesmas. Ao mesmo tempo esta Enfermeira também ficou responsável por melhorar o ambiente interno de trabalho junto a equipe de saúde.

METODOLOGIA

Foram contratadas 10 Enfermeiras, localizadas nas referidas UBSs e iniciado o treinamento para interação de todos os serviços oferecido no município como: vacinação, coleta de papanicolau, programa saúde da mulher, idoso, obesidade infantil, progesta 12, bebe cidadão, hipertensão, diabetes, e outros.

RESULTADOS

Observamos melhora no relacionamento com os usuários em 90%, relacionamento interno em 82%, no retorno às consultas em 74%, marcação e resultados dos exames em 95%, adesão ao retorno dos curativos em 89% e adesão ao tratamento medicamentoso 83%.

APRENDIZADO COM A VIVENCIA FACILIDADES E DIFICULDADES

Houve uma melhora na acessibilidade dos usuários e um melhor entrosamento de toda equipe das UBS. O trabalho mostrou que a enfermeira de relacionamento ampliou a oferta de resolução para a equipe trazendo equilíbrio para o ambiente de trabalho. As dificuldades foram: resistência a mudanças de alguns membros da equipe, divisão de tarefas com outros funcionários. As facilidades: melhor resolutividade, maior entrosamento da equipe, melhor organização nas UBSs, melhor empenho da equipe nas campanhas.

CONCLUSÃO

Em face dos resultados alcançados e da aceitação da comunidade concluímos que a Enfermeira de Relacionamento é uma estratégia de gestão em saúde eficaz e inovadora e que se mostrou adequada na rede de saúde pública de São Caetano do Sul.

**ENFERMEIRA DE RELACIONAMENTO
UM NOVO MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE
SÃO CAETANO DO SUL.**

Autor: Rachelina I. P. Gonçalves
Co-autores: Marilu Garrido Loureiro, Regina Maura Zetone Grespan,
Alexandra Marçal, Eliana Rston.

INTRODUÇÃO Apresentação do modelo de gestão em saúde nas UBSs de São Caetano do Sul.	OBJETIVOS Facilitar, melhorar e qualificar a prestação de serviço aos usuários do SUS.	AMOSTRA 10 ENFERMEIRAS DE RELACIONAMENTO
AMOSTRA Imagem de uma enfermeira atendendo um usuário.	AMOSTRA Imagem de uma enfermeira atendendo um usuário.	METODOLOGIA Treinamento das enfermeiras para atuação nas UBSs e Unidades de Especialidades.
METODOLOGIA 1. Realização de visitas de observação.	RESULTADOS Gráfico de barras mostrando resultados em porcentagem.	CONCLUSÃO A Enfermeira de Relacionamento é uma estratégia de gestão em saúde eficaz e inovadora.

Logos: DS (Diretoria de Saúde de São Caetano do Sul) e Prefeitura Municipal de São Caetano do Sul.



PLANTAS MEDICINAIS EM MÓDULOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA / SUS

Autor principal: Radjalma Cabral de Lima

Instituição: Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Acre

Município: Rio Branco

Estado: Acre

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O uso das plantas medicinais em Módulos de Saúde da Família pela Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Acre (Jardins da Saúde), teve início no Módulo de Saúde da Família do Bairro Mauri Sérgio no ano 2001, quando houve uma epidemia caracterizada por febre elevada, acompanhada de intensas dores articulares e musculares. Naquela época as amostras de sangue colhidas para confirmação de dengue, eram enviadas à Cidade de GOIÂNIA GO, tendo uma previsão de trinta dias para a chegada dos resultados.

Durante a epidemia, o estoque de antitérmicos e antiinflamatórios da rede pública foi rapidamente consumido. Por essa região brasileira ser endêmica em malária, alcoolismo e hepatite, é recomendável cuidado na prescrição dos analgésicos/antitérmicos, pelas seguintes contra indicações:

AAS - não deve ser utilizado em casos de dengue, devido ser um potencial de desencadear a síndrome hemorrágica da dengue; Dipirona - não deve ser utilizada em casos de dengue, devido ao seu potencial hipotensor e o risco de desencadear a síndrome de choque hipovolêmico da dengue; Paracetamol - devido ao seu potencial hepatotóxico, deve ser evitado em portadores de malária, hepatite e alcoolismo.

Diante da gravidade da situação: com o avanço da epidemia, a escassez e os riscos medicamentosos, houve a utilização de um recurso étnico de eficácia demonstrada em situações semelhantes, pelo mesmo médico da Equipe de Saúde da Família (pós-graduado em fitoterapia pela Universidade Federal de Pernambuco), no hospital da Cooperativa Pindorama, município de Piaçabuçu, estado de Alagoas e no Programa de Saúde da Família do município de Caruarú, estado de Pernambuco, no ano 1999.

Foram instaladas farmácias vivas, onde a população recebia gratuitamente “mudas” da planta que servia de medicamento e embelezava seus jardins, a custo zero para os cofres públicos. Paralelamente foram tomadas as medidas preventivas de controle dos vetores preconizadas pelo SUS. A experiência foi reproduzida em outros Módulos de Saúde nos anos seguintes, com resultado semelhante.

Com a municipalização da assistência básica, está sendo

implementado de forma piloto, um projeto integrando: Comunidade, Escola, Prefeitura que visa a instalação de JARDINS DA SAÚDE em todas as residências do Bairro Jardim Primavera, com ensino transversal do uso medicinal das plantas inserido no currículo escolar.

OBJETIVOS

Restaurar e preservar o conhecimento das populações tradicionais, aliadas a um novo conceito de gestão, onde a diversidade de saberes étnicos e étnicos, possam coexistir somando seus potenciais em favor da qualidade de vida da população.

METODOLOGIA

Foram instalados jardins de plantas medicinais no Módulo de Saúde da Família, na escolinha da Igreja Católica do bairro e nas residências dos cinco agentes comunitários de saúde, com imediata campanha de uso do chá utilizado nos seringais acreanos por sua capacidade de aliviar dores, conhecido pela comunidade como “cravo de defunto” (*Tagetis sp.*) e confeccionadas planilhas de controle (uma para a microárea de cada Agente Comunitário), onde eles anotavam a identificação (e neutralização) dos focos de mosquitos, os logradouros onde residiam pessoas sintomáticas, bem como a idade e o sexo daquelas pessoas, além da medicação utilizada. As pessoas foram orientadas a tomar imediatamente o chá assim que se iniciassem os sintomas, independentemente do uso de analgésicos/antitérmicos. A comunidade aceitou rapidamente as orientações da equipe de saúde da família, porque quando as pessoas tomavam apenas analgésicos, apresentavam recorrência dos sintomas, por dias seguidos, enquanto ao tomarem o chá do cravo, os sintomas desapareciam por completo.

PRODUTO

Todos os resultados foram anotados nas planilhas pelos Agentes Comunitários de Saúde e consolidados, perfazendo um total de 103 pessoas tratadas.



APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

○ uso criterioso de métodos étnicos favorece a participação da comunidade, facilita o trabalho da equipe e reduz os custos operacionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de descentralização e gestão participativa do Ministério da Saúde é perfeitamente viável, dependendo apenas da adequada elaboração e apoio dos gestores municipais.



PROJETO ACOLHIDA NO HGB VERSUS PROJETO DE REABILITAÇÃO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE EM MALANGE/ANGOLA – RELATOS DE VIVÊNCIA COMPARADOS: DIFERENTES CONTEXTOS, MESMOS PROBLEMAS

Autor principal: Rafael dos Santos

Outros Autores: José Luiz Viana da Silva

Instituição: Hospital Geral de Bonsucesso

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

O Hospital Geral de Bonsucesso (HGB) encontra-se situado no bairro de Bonsucesso, zona norte do Município do Rio de Janeiro, e encontra-se inserido na AP (Área de Planejamento) 3. I, que abrange os bairros de Manguinhos, Ramos, Bonsucesso, Olaria, Penha, Penha Circular, Brás de Pina, Cordovil, Parada de Lucas, Vigário Geral, Jardim América, Complexo do Alemão, Maré, além de toda a Ilha do Governador, perfazendo uma área de 86 km², com uma população de 617.991¹.

Encontra-se situado à beira da Avenida Brasil, principal eixo de ligação Zona Oeste-Zona Norte-Centro, além de principal acesso a partir da Costa Verde e na confluência das Linhas Amarela e Vermelha (corredor expresso Baixada-Centro). Na Avenida Brasil também desembocam as duas auto-estradas (Via Dutra e Washington Luiz) para a Baixada Fluminense, Região Serrana e via de entrada a partir do sul-sudoeste (São Paulo) e norte-noroeste (Minas Gerais e Espírito Santo), com um enorme fluxo de bens e pessoa.

Segundo dados da SMS esta AP 3. I conta com 03 Unidades com Serviços de Pronto-Socorro (Emergência), a saber: Hospital Estadual Getúlio Vargas, no bairro da Penha; Hospital Municipal Paulino Werneck, na Ilha do Governador e o Hospital Geral de Bonsucesso, no bairro do mesmo nome.

O Hospital Geral de Bonsucesso pode ser classificado como um Hospital de grande porte e especializado. Disponibiliza serviços de alta complexidade, tais como transplantes hepáticos, renais e de córnea, sendo portanto também excelente recurso na formação, treinamento e aperfeiçoamento e de profissionais. É também referência no Atendimento às gestante de alto risco.

O Projeto Acolhida surge em um momento de situação caótica em que se encontrava o Setor de Emergência do HGB, que devido à da incapacidade da rede básica de saúde de absorver e administrar todos os pacientes que dela necessitavam, apresentava-se freqüentemente em situação de superlotação, pois funcionava como efetiva porta de entrada para os usuários no Sistema Único de Saúde.

Apartir da experiência de um dos autores em Gestão de Projetos de Apoio à Rede Básica de Saúde em países em situação precária no continente africano (Projeto Malange, na Província de Malange – Angola- de 1994 a 1996 e de 1998 a 1999), através da ONG Internacional Médicos sem Fronteiras, laureada com o Prêmio Nobel da Paz no ano de

1999, tenta-se estabelecer, com base nesta mesma experiência, um paralelo de comparação da eficácia desta estratégia através do cruzamento dos relatos de ambos os autores.

PROJETO ACOLHIDA NO HGB VERSUS PROJETO DE REABILITAÇÃO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE EM MALANGE/ANGOLA

Relatos de vivência comparados, diferentes contextos, semelhantes problemas.

INTRODUÇÃO
O Projeto Acolhida surge no HGB como resposta ao crescimento exponencial de usuários no setor de emergência. Tem como principal característica de ser um projeto iniciado de uma emergência com base em relatos de vivência.

O Projeto Malange surge no distrito de Baixo Curo no Angola em uma situação de emergência e crise de saúde pública. A população residente e a maioria da população de Baixo Curo, no distrito de Baixo Curo.

IMPLEMENTAÇÃO
Projeto Acolhida no HGB surge como resposta ao crescimento exponencial de usuários no setor de emergência. Tem como principal característica de ser um projeto iniciado de uma emergência com base em relatos de vivência.

Projeto Malange surge no distrito de Baixo Curo no Angola em uma situação de emergência e crise de saúde pública. A população residente e a maioria da população de Baixo Curo, no distrito de Baixo Curo.

EVOLUÇÃO
Projeto Acolhida surge no HGB como resposta ao crescimento exponencial de usuários no setor de emergência. Tem como principal característica de ser um projeto iniciado de uma emergência com base em relatos de vivência.

Projeto Malange surge no distrito de Baixo Curo no Angola em uma situação de emergência e crise de saúde pública. A população residente e a maioria da população de Baixo Curo, no distrito de Baixo Curo.

CONCLUSÃO
Projeto Acolhida surge no HGB como resposta ao crescimento exponencial de usuários no setor de emergência. Tem como principal característica de ser um projeto iniciado de uma emergência com base em relatos de vivência.

Projeto Malange surge no distrito de Baixo Curo no Angola em uma situação de emergência e crise de saúde pública. A população residente e a maioria da população de Baixo Curo, no distrito de Baixo Curo.

Rafael dos Santos – Enfermeiro Projeto Acolhida – José Luiz Viana da Silva – Acadêmico de Enfermagem CEJCEL



Com base nas vivências experimentadas pelos autores, que aparentemente encontram-se distanciadas por situações contextuais absolutamente distintas; onde em uma situação a rede básica encontra-se absolutamente fragmentada devido, sobretudo, à falta de acesso das estruturas centrais de saúde, culminado em uma situação de isolamento, como consequência primária da guerra; no caso do país africano, enquanto que na outra situação apesar dos esforços envidados pelas estruturas de saúde, estes mostraram-se insuficientes sobretudo devido à baixa cobertura sanitária, quer seja devido ao aumento da população sem o conseqüente aumento dos serviços de saúde primária oferecidos a população, quer seja devido a distribuição inadequada desta rede. Uma comparação inicial dos relatos levam-nos a conclusões surpreendentes e muito semelhantes, a despeito da diferenças das situações contextuais.

Apesar da estratégia adotada pelo Projeto Acolhido, de atendimento a livre demanda, esta não foi suficiente para acabar com as filas, e ainda assim estimulava a presença de usuários já desde as primeiras horas da madrugada aguardando o atendimento. Um outro aspecto identificado foi uma grande flutuação de clientes, que vinham inclusive de outras áreas programáticas, talvez devido ao “se espalharem os rumores de que o HGB estava atendendo”. Esta enorme flutuação de paciente mostra um paralelo com o relato da experiência no país africano, mas com causa diversa: o intenso fluxo de pessoas na comunidade devido aos deslocamentos pela instabilidade da segurança causada pela guerra.

É certo que um longo caminho ainda há que se percorrer a fim de que se garanta uma gestão de programas de saúde até que se alcance a excelência no servir. Aspectos como a humanização, a integralidade do ser-usuário, passível de uma abordagem holística e a conscientização de ambos, trabalhadores e população precisam ainda ser cuidados e melhor desenvolvidos. É mister que se consiga diferenciar e perceber o Projeto Acolhida como uma real porta de entrada do usuário no Sistema e não como simplesmente uma “triagem” como estratégia para “esvaziar a emergência”. Compete a todos nós, gestores, envidar todos os esforços no sentido de alcançarmos estas metas.

¹ Fonte: IBGE

– Arquivo de Microdados da Contagem da População - 1999



AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DOS IDOSOS DE UMA ÁREA DO PSF

Autor principal: Ranolfo Gladstone de Freitas Maia

Instituição: UBS-PSF DE MAPUÁ-Secretaria Municipal de Saúde de Jaguaribe- CE

Município: Jaguaribe

Estado: Ceará

INTRODUÇÃO

Do ponto de vista demográfico, no plano individual, envelhecer significa aumentar o número de anos vividos. O processo de envelhecimento no Brasil, diferente dos países europeus, aconteceu de uma maneira brusca, provocando um verdadeiro boom de idosos. As projeções estatísticas demonstram que a população de idosos no Brasil passará de 7,3% em 1991 (11 milhões) para quase 15% (30 milhões) em 2025, que é a atual proporção de idosos na maioria dos países europeus. A transição demográfica no Brasil tem provocado ainda uma rápida mudança nos perfis de saúde, caracterizados em primeiro lugar, pelo predomínio das enfermidades crônico-degenerativas não transmissíveis, e em segundo, pela importância de diversos fatores de risco para a saúde que requerem ações preventivas em diversos níveis. A experiência vivenciada durante mais de três anos, observando o estado de saúde dos idosos tanto por ocasião das visitas domiciliares como nas consultas médicas ambulatoriais, levou-me a elaborar esse trabalho, tendo como substrato maior, avaliar o estado nutricional dos idosos ali residentes.

OBJETIVOS

Geral: Conhecer o estado nutricional dos idosos com 65 anos e mais, residentes na área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) do distrito de Mapuá.

Específicos: 1-Identificar os idosos que estão em risco nutricional. 2-Identificar os idosos que estão desnutridos. 3-Conhecer os idosos que estão com sobrepeso ou obesos.

METODOLOGIA

Este trabalho é uma pesquisa de campo, quantitativa e descritiva sobre o estado nutricional dos idosos com 65 anos e mais, de uma área de abrangência do PSF situada no distrito de Mapuá, no município de Jaguaribe-Ce. O distrito está localizado ao sul deste município, situado na 1ª Região Administrativa do Estado do Ceará, mais precisamente no Vale do Jaguaribe (Médio Jaguaribe). Mapuá possui aproximadamente 400Km² de extensão; estão cadastradas 780 famílias e 3014 habitantes. Desta população, 9,0% são pessoas com idade de

65 anos e mais. A hipertensão arterial sistêmica é a doença crônica de maior prevalência na área, aproximadamente 7,7% da população total. Os participantes deste estudo, constituídos por 272 idosos residentes na área de abrangência do PSF, tinham até o dia 31 de dezembro de 2004, 65 anos ou mais de idade. Os dados foram coletados mediante a utilização do formulário de Mini Avaliação Nutricional (MAN), e foi aplicado em todos os idosos com idade de 65 anos e mais, residentes nessa área. A MAN é um formulário fechado, composto de mensurações simples e rápidas. Trata das seguintes medidas: antropométricas (peso, altura, perda de peso, circunferência do braço e panturrilha); avaliação global (perguntas relacionadas com o modo de vida, medicação e mobilidade); questionário dietético (perguntas relativas ao número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos e autonomia de alimentação) e avaliação subjetiva (a autopercepção da saúde e da nutrição). Empregou-se o IMC modificado pela OMS, que é igual ao peso em quilograma dividido pela altura em metros ao quadrado ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$), como parâmetro para avaliar o grau de sobrepeso e obesidade dessa população estudada.

RESULTADOS

Na faixa etária de 70 a 74 anos, os homens apresentam mais que o dobro da prevalência das mulheres, de risco nutricional. Em todas as outras faixas etárias, as mulheres têm maior prevalência do que os homens, havendo associação estatisticamente significativa entre o estado nutricional e idade, $p=0,012$. A prevalência de sobrepeso é maior nas mulheres do que nos homens. A obesidade prevaleceu mais nas mulheres do que nos homens, resultado estatisticamente significativo, $p=0,001$.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa constitui um instrumento de grande valor para desenvolvimento do trabalho da equipe do PSF junto aos idosos das áreas do município de Jaguaribe: implementar a MAN como um procedimento de rotina por ocasião das consultas médicas/enfermagem dos idosos; identificar as possíveis causas relacionadas com o estado nutricional e definir estratégias e ações para eliminá-las ou controlá-las; motivar a população de idosos com ações educativas e de prevenção às alterações do estado nutricional principalmente com mudanças dos hábitos alimentares e de estilos de vida.



CIRCUITO DA SAÚDE BUCAL

Autor principal: Raquel Guimarães de Aguiar Greco

Outros Autores: Lucélia dos Reis Trindade

Instituição: Secretarato municipal de saúde Divinópolis

Município: Divinópolis

Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO

A incorporação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) às Equipes de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de estender a toda a população adstrita as ações de saúde bucal dentro da perspectiva da integralidade torna-se necessário pensar novas práticas educativas que efetivamente sejam incorporadas pelas populações e abra novas "portas de entrada" ao serviço odontológico além da dor e do desconforto historicamente associado.

OBJETIVOS

Inserir efetivamente a Saúde Bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família

Desmistificar a dor nos processos odontológicos e conscientizar os usuários da importância do tratamento e da prevenção

Resgatar a dimensão lúdica do processo educativo em saúde

METODOLOGIA

A ESB das comunidades de Djalma Dutra e Quilombo, comunidades rurais do município mineiro de Divinópolis detectou a necessidade de interagir com a comunidade através de ações educativas que resultassem em mudanças de hábitos de vida, como caminho viável e seguro para romper o ciclo da cárie, transformando a utopia em realidade.

O Projeto Circuito de Saúde Bucal foi concebido como estratégia para enfrentar esse desafio de uma forma lúdica, prazerosa, fácil de ser reproduzida nas brincadeiras do dia a dia, além de proporcionar interação da ESB com a comunidade.

Sua metodologia interativa estimula a participação da comunidade.

Em praça pública foi riscado um tabuleiro em giz com um circuito sinalizado por placas contendo conceitos e ordens a serem cumpridas pelos participantes. Cada rodada era disputada por três participantes, os peões. O jogo, era facilitado pelo juiz que sorteava as casas a serem ocupadas com um dado. Quem terminasse o circuito primeiro vencida a rodada e levava o prêmio. Foram usados aventais

coloridos indicativos para os competidores, placas, apito, som, dados gigantes, balões, bandeirolas, etc.

RESULTADOS

Durante o circuito as crianças mantiveram alto grau de motivação e toda comunidade foi mobilizada como "torcida organizada". O evento possibilitou a participação de toda a comunidade e mobilizou os pais e professores em torno da proposta de educação para a saúde bucal. Notou-se, à partir de então, uma maior interatividade entre a ESB e a comunidade e a melhoria da colaboração das crianças e pais nas atividades preventivas presenciais (escovação) e domiciliares (cuidado cotidiano), possibilitando melhor controle dos fatores geradores da cárie e uma melhoria na colaboração de todos durante as ações curativas.

REFLEXÕES E PERSPECTIVAS

A ESB considera que o caminho proposto atingiu seu objetivos levando conhecimento, sensibilizando pais e crianças, melhorando a qualidade do cuidado, estreitando os laços entre o serviço e a comunidade.

Importante ressaltar que pela facilidade de se montar e o poder de atração que este jogo tem a Secretaria Municipal de Saúde o adotou tendo sido reproduzido e usado pelas outras equipes do PSF em eventos em suas áreas de abrangência.



EQUIPE DE SAÚDE BUCAL-CONCILIANDO AÇÕES PREVENTIVAS E CURATIVAS.

Autor principal: Raquel Guimarães de Aguiar Greco

Outros Autores: Lucélia dos Reis Trindade

Instituição: Unidade de saúde PSF Quilombo | Djalma Dutra

Município: Divinópolis

Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO

A inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF) além da necessidade de uma estruturação que possibilite sua integração à Equipe de Saúde da Família (ESF), coloca o desafio de conciliar as ações curativas e preventivas na prática clínica. A ESB deve se inserir na ESF ao mesmo tempo de modo singular e complementar. Singular no sentido de expor a todos o seu objeto de trabalho, a boca, resgatando sua importância. E complementarmente colaborando com as ações organizacionais que norteiam o saúde da família, ou seja, integralidade, universalidade, humanização e participação popular. No entanto, seu maior desafio tem sido conciliar as ações preventivas sem prejuízo das ações curativas criando a cultura da prevenção e promoção da saúde em substituição à cultura da doença.

OBJETIVO

Racionalizar e otimizar os serviços de saúde bucal criando espaço para ações preventivas sem prejuízo das ações curativas. Motivar a população para ações de prevenção e promoção em saúde bucal. Colaborar com o PSF na construção de um novo paradigma em saúde apoiado no tripé: Integralidade, humanização e participação popular.

METODOLOGIA

A ESB que atua nas comunidades rurais de Quilombo e Djalma Dutra (comunidades rurais de Divinópolis, município situado a 110 km de Belo Horizonte) desenvolve um trabalho que tenta conciliar ações preventivas e curativas de modo eficiente e agradável. Otimiza seus serviços partindo do pressuposto que promoção em saúde passa pelo desejo, pela motivação, e que as ações devem ser realizadas “com”, e não “para” ou “sobre” a população. Dentro desta perspectiva organiza, juntamente com a ESF, escola e lideranças comunitárias formais e informais, eventos interativos e lúdicos que valorizam o prazer de aprender a fazer, o que leva a um alto grau de motivação: Otimização da escovação, Dia de campo, gincanas, concursos, oficinas, desfiles, etc. sem o prejuízo do atendimento

curativo. São usadas técnicas construtivistas como teatro interativo (Menino Macaquinho, A menina do dentinho triste), teatro de fantoches, jograis, jogos (Circuito da Saúde Bucal, Show do Milhão, Biossegurança), além de comemorar de modo educativo todas as datas importantes: natal, carnaval, páscoa, dia internacional da mulher, dia das mães, dia das crianças, semana da saúde, com entrega festiva dos kits de higiene bucal. sempre registrando os eventos em murais (mais uma oportunidade de abordagem educativa com representações gráficas, fotos, painéis) e matérias na mídia, valorizando a participação de todos. Concomitante a preocupação das ações preventivas e constantes, vem o desenvolvimento das ações curativas, quando se racionaliza ao máximo os serviços. É definido o público alvo (escolares e comunidade em geral) especificando porta de entrada para cada segmento, definindo um horário fixo na agenda para procedimento preventivos e curativos, estabelecendo metas, trabalhando dentro de levantamento das necessidades curativas, participando ao público alvo o levantamento feito (quadro do “Assim estão nossos dentes” – o antes e o depois do tratamento). Envolvimento dos agentes comunitários na busca ativa dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se uma melhor inserção da ESB no PSF e na comunidade, através do estreitamento dos laços de convivência e confiança. Um envolvimento maior dos usuários com o cuidado em saúde bucal e busca de informações. Tecnicamente é sensível a melhoria do perfil epidemiológico traduzido pela melhora gradativa do CPOD na população assistida. A ESB juntamente com a coordenação municipal da odontologia avalia positivamente as ações e acredita que através delas, possa-se, de modo gradual e contínuo, ir estendendo a assistência em saúde bucal a toda a população, com qualidade e co-responsabilidade dos usuários.



RÁDIO SAÚDE

Autor principal: Raquel Lourdes Rizzo

Outros Autores: Paulo Braga

Instituição: Secretaria Estadual de Saúde do Paraná

Município: Curitiba

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA, INDICANDO A SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO LOCAL

As Conferências Nacionais de Saúde realizadas no Brasil nos últimos anos têm continuamente reiterado a importância da informação, da comunicação e da educação como instrumentos fundamentais para a consolidação do SUS no país. Trabalhando com a hipótese de que o aproveitamento das potencialidades educativas e comunicativas dos recursos tecnológicos auxilia na democratização e na universalização das informações sobre a saúde, proporcionando um aumento da qualidade de vida da população, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná mantém, desde abril de 2005, a produção diária do Rádio Saúde. O Rádio Saúde é um projeto permanente de educação, informação e comunicação em saúde que produz programas, entrevistas, matérias, dicas e vinhetas informativas, ao vivo e gravadas, para uma rede de emissoras de rádio que atuam no Paraná. Atualmente o Rádio Saúde trabalha com 22 emissoras de rádio parceiras com entradas semanais ao vivo, 04 emissoras de rádio comunitárias, 160 emissoras com programação gravada e um público potencial estimado em 1 milhão e 600 mil pessoas.

Pesquisa do IBGE, desenvolvida em 2001, confirma o rádio como o veículo de comunicação mais utilizado pelo povo brasileiro. Todo mundo pode ouvir, pode ter em qualquer lugar o seu “radinho”, sua grande companhia. O rádio pode atingir pessoas de todas as camadas sociais, isoladas por região, conflito, analfabetismo e pobreza. Neste contexto, uma instituição de saúde, para além de seus muros, pode ter no rádio um grande aliado, um verdadeiro agente de educação em saúde.

PÚBLICO ALVO/OBJETIVO PRINCIPAL

O público alvo da Rádio Saúde é o conjunto da população paranaense, com especial atenção ao usuário do SUS. O objetivo principal é possibilitar uma comunicação polifônica entre os profissionais de saúde, rádios parceiras e comunidade, levando e recebendo informações sobre saúde, prevenção de doenças, hábitos de vida saudáveis e notícias de interesse para a saúde coletiva. Desta forma acreditamos ser possível criar um fluxo permanente de

informações e sentidos que resulte num aumento do conhecimento em saúde da população.

METODOLOGIA

A Rádio Saúde funciona de segunda a sexta-feira, no horário das 8 às 18 hs. Diariamente são produzidas e veiculadas de 5 a 7 inserções ao vivo com duração média de 25 minutos, além de matérias gravadas e dicas de saúde. Esporadicamente são gravados outros produtos sonoros, como espera telefônica para unidades de saúde, spots para campanhas de saúde, pop-ups para Internet e rádio novela. Os programas são transmitidos ao vivo através de rede física - linha telefônica - para as emissoras parceiras a partir do estúdio do Rádio Saúde, localizado nas dependências da Secretaria. A faixa horária de veiculação da programação é variada, sendo que o dia e horário (pré-programados) são fixos. Os programas gravados são enviados via e-mail, CDs e também disponibilizados para download no site: www.saude.pr.gov.br/radio. O acesso e reprodução do material do Rádio Saúde está liberado para instituições governamentais e não governamentais, paróquias, associações, emissoras de rádio comunitárias e técnicos da área de saúde para serem utilizados em ações de educação, bem como rádios comerciais que tenham interesse nesse projeto de utilidade pública.

A palavra-chave da Rádio Saúde é: PARCERIA. Parceria ativa e responsável com as emissoras de rádio, com os profissionais de saúde e com a comunidade.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

- Público estimado em 1 milhão e 600 mil pessoas
- 26 emissoras de Rádio parceiras – inserções ao vivo e gravadas.
- 160 emissoras de rádio gravadas – através da Rede Paranaense de Notícias.

Uma avaliação realizada no mês de abril /06 com as emissoras parceiras demonstrou que 100% delas está satisfeita e quer continuar com a parceira com o Rádio Saúde. 80% considerada os temas abordados de grande interesse da população. 100% classifica os entrevistados como ótimos. 100% obtém bom retorno de seus



ouvintes quanto a programação do Rádio Saúde. Outra avaliação, realizada com os entrevistados, também considerados parceiros fundamentais, demonstrou que 96% considera que, em relação ao SUS, este projeto busca e consegue cumprir um papel fundamental na educação e veiculação de informações em saúde. 100% considera que projetos como este podem auxiliar na transformação de práticas e hábitos em saúde.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA CONSIDERAÇÕES FINAIS

No trajeto do Rádio Saúde o aprendizado tem sido riquíssimo, indicando que o caminho encontrado para a efetivação deste processo vai de encontro a necessidade de um canal permanente de troca de saberes com a população. Talvez a percepção mais significativa até o momento é que o rádio não é uma ferramenta passiva, unidirecional. O rádio é potencialmente um veículo democrático, multidirecional, que possibilita a descentralização de informações e a criação de vínculos permanentes. O rádio é polifônico, e por isto, espaço ideal para o diálogo em saúde

A educação, como um processo de diálogo, indagação, reflexão, questionamento e ação partilhada, propõe, como objetivo principal, tornar as pessoas cada vez mais capazes de pensar – consciência crítica – e de encontrar formas alternativas de resolver seus problemas, entre eles o de saúde-doença, e não apenas de “seguir normas recomendadas de como ter mais saúde ou evitar doenças”. Possibilitar, aperfeiçoar e manter estes conceitos são alguns dos principais desafios que a equipe de Rádio Saúde tem pela frente.



DESENVOLVIMENTO DA AUTONOMIA: SUPORTE PARA ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE

Autor principal: Regiane Rezende

Outros Autores: Marilyne S. Monteiro; Aldenira F. C. Gomes; Maria de Lourdes P. Silva; Henrique F. Médice; Tânia R. Martinovski.

Instituição: Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins

Município: Palmas

Estado: Tocantins

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Estado do Tocantins está localizado na Região Norte, foi criado em 1988, sendo o mais novo da federação. A Estratégia Escolas Promotoras de Saúde implantada em âmbito Estadual em 2002 busca incluir a escola na rede de cuidados, compondo o Sistema Único de Saúde. Atualmente atende a cerca de 32% das crianças matriculadas na rede pública do ensino. A Estratégia tem como desafios advogar por uma política de promoção da saúde com base em evidências sociais e fazer com que a gestão e o planejamento assumam a produção de pessoas e coletivos organizados, considerando a gestão uma tarefa coletiva e dependente da construção de habilidades para compor consensos, alianças e implementar projetos, ampliando a capacidade de análise e de intervenção.

A Estratégia está implantada em dez municípios e abrange 205 escolas e 98 unidades de saúde de referência, é gerenciada em âmbito estadual, municipal e local pelas Equipes de Gerenciamento Integrado, formando um sistema de co-gestão entre saúde e educação. No âmbito local as escolas contam com um agente escolar de saúde, responsável pela articulação com a unidade de saúde de referência. O Sistema de Informação de Saúde Escolar foi construído com o intuito de oferecer subsídios para estabelecer prioridades locais e possibilitar a adequação das ações implementadas. A alimentação dos sistemas de informação normalmente é feita por pessoas que desconhecem a razão pela qual a estão realizando e sobre como utilizar os dados para transformar a realidade, o que pode gerar desmotivação e baixo impacto das ações. Este cenário justifica o desenvolvimento de um processo de trabalho articulado com o processo educativo no sentido de promover o empoderamento dos diversos atores, o desenvolvimento da autonomia local e fortalecer a descentralização.

OBJETIVO GERAL

Promover o desenvolvimento da autonomia local como suporte para a Estratégia Escolas Promotoras de Saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Promover a apropriação do processo de trabalho; desenvolver sentimentos de pertinência e pertencimento; efetivar o processo de educação permanente; estimular a participação dos diversos atores no planejamento; desenvolver habilidades para a análise dos dados e sua utilização; fornecer subsídios para o planejamento e o desenvolvimento de ações de forma contextualizada e comprometida com a transformação da realidade; fortalecer a descentralização.

METODOLOGIA

A operacionalização da Estratégia requer mudanças conceituais, desenvolvimento de habilidades diferenciadas e quebra de paradigmas neste sentido a formação dos atores assume papel preponderante para o seu desenvolvimento. A formação básica aborda aspectos conceituais e relacionados à organização e operacionalização da Estratégia, o que auxilia as fases iniciais de desenvolvimento e a coleta dos dados. Posteriormente a Oficina de análise dos dados e experiência de planejamento estratégico contribui para o processo de planejamento integrado e participativo junto à comunidade escolar que em consequência subsidia o desenvolvimento do processo de formação/educação com base nas necessidades de atenção e aprendizagem, das localidades e municípios.

Durante as Oficinas é feita uma reflexão sobre a importância da apropriação do processo de trabalho para a constituição de sujeitos. Posteriormente é realizado um estudo preliminar sobre a base de dados e sua importância. Cada agente evidencia situações importantes e comparam dados utilizando gráficos, identificando problemas e situações comuns entre escola comunidade e unidade de saúde de referência, cruzam os dados coletados para identificar fatores condicionantes e determinantes, em seguida fazem uma reflexão, utilizando conhecimentos e observações pessoais, ampliando a capacidade de argumentação e advocacia. Os resultados da análise são utilizados para uma experiência de planejamento estratégico, como forma de experimentar a sua utilização, no planejamento e



cotidiano da escola e da unidade de saúde de referência, para a transformação da realidade. A partir desta experiência, são organizadas oficinas para o planejamento estratégico, integrado e participativo e para elaboração coletiva do Boletim Informativo Esquemático, que tem como objetivo disponibilizar as informações e tornar o planejamento passível de monitoramento pela comunidade.

RESULTADOS

A Oficina é realizada de dois em dois anos, como parte do processo de trabalho, gerenciamento e gestão da Estratégia desde 2002. A partir de 2006 terá periodicidade anual, por sugestão das Equipes. Este processo ajuda a comunidade escolar, municípios e Estado a identificar, priorizar problemas e trabalhar a promoção da saúde com base em evidências, promovendo a descentralização, planejamento ascendente, fortalecimento da autonomia local, construção da capacidade de instituir compromissos e solidariedade e ampliação da capacidade reflexiva, contribuindo para a autonomia dos agentes de produção a partir da apropriação do processo de trabalho.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A experiência permite rever técnicas, métodos, caminhos, atitudes, posturas, pensamentos e sentimentos no sentido de quebrar paradigmas e resignificar o processo de trabalho como produtor de sujeitos e de cidadania, resignificando também a dicotomia entre a dor e o prazer da transformação.

CONCLUSÃO

O empoderamento e a inclusão promovidos a partir do processo descrito, contribuem para a sustentabilidade dos projetos produzidos, em decorrência da participação instrumentalizada e consciente dos atores no processo de trabalho e na construção e tomada de decisões, o que favorece a adequação aos meios materiais e subjetivos necessários para o seu desenvolvimento, facilitando simultaneamente a adesão e a responsabilização.



FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA COMO SUPORTE PARA A EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E DO PACTO PELA VIDA; EM DEFESA DO SUS E DE GESTÃO – TOCANTINS 2006.

Autor principal: Regiane Rezende

Outros Autores: Milena Alves de Carvalho Costa; Sandra Cristina Oliveira Santos

Instituição: Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins

Município: Palmas

Estado: Tocantins

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, e deve ser desenvolvida através de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, através da utilização de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade (Política Nacional de Atenção Básica - PNAB MS/2006). A PNAB inclui entre as áreas transversais: desenvolvimento comunitário, intersectorialidade, cuidado integral, educação e comunicação em saúde, participação popular e entre as áreas estratégicas a Promoção da Saúde (PS) convergindo com as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Neste contexto, o Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão contribuirá para a operacionalização das PNAB e PNPS. O Pacto valoriza a cooperação técnica e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo. Ao final de 2004 a SESAU-TO foi habilitada na gestão plena, o que favoreceu a participação com cerca 23,5% do financiamento para a AB. Em 2006 várias demandas foram feitas à Coordenação da Atenção Básica (CEAB): PROESF (Plano de Monitoramento e Avaliação—M&A da AB); Consultoria (Linhas-guia); DAD (Pacto pela Vida em defesa do SUS e de Gestão); CONASS (Projeto de M&A para AB); DAB - Implantação do instrumento de Avaliação da Melhoria da Qualidade (AMQ); somando aos desafios, a produção de sentidos, apropriação do processo de trabalho e institucionalização das políticas conceitos, teorias e práticas construídas coletivamente na integração destas demandas. Pretende-se descrever o trabalho desenvolvido pela CEAB, para transpor estes desafios.

OBJETIVOS

Fortalecer a AB do TO, integrar as demandas, organizar e ressignificar o processo de trabalho, desenvolver sentimentos de pertinência e pertencimento, construir objetos de investimento comuns.

METODOLOGIA

O cenário descrito levou a equipe da CEAB a desenhar e desenvolver um processo de trabalho que permitisse a desconstrução e a reconstrução de aspectos conceituais, teóricos e práticos partindo das experiências e vivências pessoais e coletivas, por meio de encontros, oficinas, atividades lúdicas e de técnicas de participação ativa, problematização, codificação e decodificação. O desenvolvimento desse processo será descrito em etapas para melhor compreensão, contudo várias atividades vêm acontecendo simultaneamente. 1ª etapa: reflexão sobre a gestão, função gerencial e identificação de habilidades e competências. 2ª etapa: Construção coletiva: dos conceitos Saúde/Adoecimento, AB e Promoção da Saúde, dos Modelos de Gestão e Atenção à Saúde e dos Domínios da Avaliação para a AB (valores a serem observados, pilares fortalecidos e condicionantes a serem modificados a partir das ações desenvolvidas). Reflexão sobre o cuidado, tecnologias e espaços intercessores: Estado/Municípios, sobre a influência das diversas forças que operam nestes espaços e sobre a influência da Visão no processo de equilíbrio entre estas forças e tecnologias. 3ª etapa: Planejamento Estratégico da AB; Avaliação dos Campos de Força; Construção coletiva da Visão e da Missão; Identificação e priorização dos Problemas; Identificação dos âmbitos de resolução e possíveis parceiros; Abertura do planejamento à participação de outros atores, setores e instituições; Construção coletiva de Linhas-guia (LG) como instrumento de apoio e orientação para a resolução dos problemas, fortalecimento da AB e efetivação das PNAB, PNPS e do Pacto. 4ª etapa: análise do Plano de M&A construído, com o intuito de identificar a correspondência do mesmo com os desafios e necessidades; Estudo do contexto e Perfilização de indicadores (parâmetros próprios). 5ª etapa: Desenvolvimento de instrumentos e metodologias para o planejamento ascendente e assessoria aos Municípios com base em evidências: estudo para a utilização do instrumento (AMQ) e para a classificação de risco para a AB. Estratégia para validação e implantação das LG: reconstrução das LG no âmbito municipal, com a participação da comunidade, utilizando metodologia semelhante à construção no âmbito estadual



com o objetivo de identificar potencialidades, construir capacidades e desenvolver autonomia local.

PRODUTOS

Construção de vínculos interpessoais, intersetoriais e interinstitucionais; Ampliação da visão crítica sobre conceitos e práticas de gestão, saúde, atenção e cuidado e seu desenvolvimento na AB; Planejamento estratégico participativo e integrado: formação de compromisso e co-responsabilidade; Socialização e apropriação dos conceitos de empoderamento e advocacia; Descentralização e horizontalização da gestão; Definição da Educação Permanente e Educação Popular como suporte para a gestão. *Avaliação pela equipe e parceiros*: consenso em relação aos objetivos e decisões, integração e possibilidade de participação, aprendizagem, produtividade e interesse real nas discussões, sinceridade e confiança nas manifestações pessoais. Quanto às oficinas: Metodologia utilizada para facilitar a aprendizagem e Grau de assimilação do conteúdo: 95,5% dos participantes consideraram entre Muito Bom e Ótimo; Contribuição para o melhor desempenho das ações: 73,3% consideraram entre Muito Bom e Ótimo ; Contribuição para motivação: 72,7% entre Muito Bom e Ótimo.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A mobilização para este processo envolve negociação, partilha de poder, reconhecimento de limitações, desprendimento, disponibilidade e disposição para o trabalho em equipe e valorização de outros saberes: aspectos fundamentais para a Gestão Participativa e intersetorial e para a PS. Parte daí a importância da construção de um espaço coletivo para a identificação, explicação, resolução de conflitos e busca de consensos, chamando também para este espaço, o cotidiano, sentimentos, desejos, medos, angústias, mas também uma boa dose de humor, promovendo a inclusão e a humanização do processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da gestão, do processo de trabalho, da formação e integração dos diversos atores, setores e instituições, constituem-se em um “fazer” e um espaço de valorização da dimensão subjetiva e social, na construção da co-responsabilidade com a produção de sujeitos e da saúde e desta forma para o Fortalecimento da Atenção Básica e promoção da Vida.



ARTICULAÇÃO E POTENCIALIZAÇÃO DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Autor principal: Renata Cristina de Souza Ramos

Instituição: NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial (CAPS II)

Município: Belo Horizonte

Estado: Minas Gerais

No cenário atual nacional, a atenção à Saúde Mental tem sido marcada por uma série de transformações. De uns anos para cá, a afirmação dos direitos da cidadania das pessoas portadoras de transtorno mental e a superação do modelo asilar tornam-se as principais diretrizes das políticas públicas.

Neste contexto de mudanças, surgiram os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial); dispositivos fundamentais para as transformações propostas pela Reforma Psiquiátrica. Tem como principal objetivo ocupar um lugar estratégico na substituição dos manicômios e desenvolver o “cuidado em liberdade”, enfocando a autonomia e a reinserção do sujeito na família e na comunidade. No modelo de atenção psicossocial, não se elege a doença para tratamento, e sim, o sujeito, que participa ativamente de seu projeto terapêutico, bem como sua família e comunidade.

Não se trata de uma tarefa fácil, pois fazer a invenção cotidiana dos serviços efetivamente substitutos aos hospitais psiquiátricos e produtores de uma nova forma de lidar com a loucura é um grande desafio. Requer da gestão e da equipe muitos desdobramentos, habilidade para lidar com a crise, criação de diversas possibilidades e articulação com outros dispositivos.

Pela complexidade de um CAPS, é necessário uma equipe multiprofissional, composta por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e profissionais de apoio. Vários saberes que

precisam ser disponibilizados para os usuários, sem hierarquia de papéis. Para isso, é fundamental que todos os profissionais tomem para si a responsabilidade de tentar intervir em inequidade, injustiça e exclusão social, através de ações sérias e consolidação de serviços comprometidos com a lógica da atenção psicossocial. Assim, torna-se possível assumir também o papel de articular, no território,

outros serviços e iniciativas que possam ser parceiros reais e irradiadores de ações transformadoras para os mais vulneráveis usuários. Levando isto em consideração é que o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de Ribeirão das Neves tem buscado potencializar os seus profissionais e investir muito na articulação da equipe; para só depois desenvolver parcerias. Assim, vem utilizando, entre outras, as seguintes estratégias:

- Construção da “missão” da Unidade – através de alguns encontros e sensibilização, foi discutido e construído em conjunto a “missão” do CAPS e seus objetivos. Dessa forma, todos os profissionais (do médico ao porteiro), tomam para si a sua parcela de responsabilidade e colaboram ativamente para atingir os objetivos.

- Reuniões clínicas diárias – momento importante para discussão dos casos e elaboração de estratégias para viabilização do Projeto Terapêutico.

- Reuniões gerais mensais – todos os profissionais da Unidade se reúnem, para a tomada de decisões no coletivo, através de uma gestão compartilhada.

ARTICULAÇÃO E POTENCIALIZAÇÃO DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL*

Potencialização da Equipe







Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) são dispositivos fundamentais da Reforma Psiquiátrica, desenvolvendo o “cuidado em liberdade”, enfocando a autonomia e a reinserção do sujeito na família e na comunidade.

Fazer a invenção cotidiana dos serviços efetivamente substitutos aos hospitais psiquiátricos e produtores de uma nova forma de lidar com a loucura é um grande desafio. Requer muitos desdobramentos, habilidade para lidar com a crise, criação de diversas possibilidades e articulação com outros dispositivos.

Os profissionais precisam tomar para si a responsabilidade de tentar intervir em inequidade, injustiça e exclusão social e também articular no território outros serviços que possam ser parceiros reais e irradiadores de ações transformadoras para os mais vulneráveis usuários.

O CAPS de Ribeirão das Neves tem buscado potencializar os seus profissionais e investir na articulação da equipe, através das seguintes estratégias: construção da “missão” da Unidade, reuniões clínicas diárias, reuniões gerais mensais, assembleia de usuários, comissões diversas, grupos de estudo, realização de eventos festivos, valorização profissional.

Como resultado, já consolidou no território vários parceiros, tais como: Casa de Cultura, Projeto EMATER, Secretaria de Esportes, Biblioteca Municipal, Programa DST/AIDS, PSF.

Arte, cultura, lazer, saúde, esporte, trabalho... Enfim, pessoas e instituições que, através da sensibilização da equipe do CAPS, tornaram-se mais disponíveis para conviver com o portador de transtorno mental aceitando-o com suas diferenças e demonstrando para a comunidade que é possível abrir mão dos manicômios através da co-responsabilidade.

Essas ações promovem mudanças importantes na vida dos usuários, possibilitando ressignificar suas vivências. Além disso, possibilita também uma redefinição dos papéis dos profissionais, inventando para si um modo mais autêntico, mais humanizado e mais solidário de se fazer clínica, construindo novas possibilidades e conquistando novos horizontes.

*Autora: Renata Cristina de Souza Ramos, psicóloga, coordenadora do NAPS de Ribeirão das Neves/RO

Articulação de Parcerias









- Assembléia dos usuários – os usuários participam das decisões cotidianas, o que possibilita o desenvolvimento da autonomia e exercício da cidadania.

- Comissões – os profissionais participam ativamente de comissões diversas (de comunicação, de ações intersetoriais, de pesquisa, de associações, etc), multiplicando assim as ações, de forma diversificada.

- Grupo de estudo – semanalmente, há um espaço para estudo, sendo previamente escolhido o tema e o profissional responsável. Instrumentalizar a equipe para o trabalho na rede pública dentro dos princípios do SUS tem sido muito importante para implementação das ações.

- Realização de eventos – muitas vezes, o trabalho no CAPS é cansativo e desgastante para o profissional, por isso a promoção de festas, comemorações, campeonatos tem se mostrado um valioso recurso.

Possibilitar que equipes e serviços se tornem humanizados implica em resgatar valores éticos e uma cultura de solidariedade entre usuários, profissionais, familiares e comunidade. Com as estratégias citadas anteriormente, já conseguimos avançar um pouco, pois além de um CAPS mais saudável para todos, temos vários parceiros, como por exemplo:

- Casa de Cultura – que recebe vários usuários para cursos diversos.

- Projeto EMATER (Minas Sem Fome) – que oferece subsídios para avicultura e horticultura, além de treinamento, para usuários.

- Secretaria de Esportes – que viabiliza o Estádio Municipal para realização de jogos de futebol.

- Biblioteca Municipal – que disponibiliza o espaço e profissional para realização de Oficina de Leitura.

- Programa DST/AIDS – que realiza oficinas de sexualidade, testagem para HIV e aconselhamento.

- PSF (Programa Saúde da Família) – várias equipes compartilham ações, possibilitando que o usuário circule no território.

Arte, cultura, lazer, saúde, esporte, trabalho... Enfim, pessoas e instituições, que através da sensibilização da equipe do CAPS tornaram-se mais disponíveis para conviver com o portador de transtorno mental, aceitando-o com suas diferenças e mostrando para a sociedade que é possível abrir mão dos manicômios, através da co-responsabilidade.

A experiência tem nos mostrado que essas ações promovem mudanças importantes na vida dos usuários, possibilitando ressignificar suas vivências, seus valores, suas representações. Além disso, possibilita também uma redefinição dos papéis dos profissionais, inventando para si um modo mais autêntico, mais humanizado e mais solidário de se fazer clínica, construindo novas possibilidades e conquistando novos horizontes.



COMITÊS COMUNITÁRIOS VITÓRIA DA VIDA

Autor principal: Renilsa Silveira Amorim Souza

Outros Autores: Sônia Regina Sartori

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Vitória

Município: Vitória

Estado: Espírito Santo

INTRODUÇÃO

Partindo do princípio que a participação social e o estabelecimento de parcerias entre unidades de saúde, ONG's, pessoas físicas e jurídicas, podem melhorar os índices de saúde em um município, Vitória capital do Espírito Santo, implantou os "Comitês Comunitários Vitória da Vida", a fim de contribuir na identificação, cadastramento e acompanhamento de gestantes e crianças de risco nos territórios de saúde, visando à promoção, prevenção e assistência a sua saúde, além da mobilização da sociedade na diminuição da mortalidade materna e infantil no município.

Os comitês são uma ferramenta de participação popular junto às unidades de saúde para a melhoria dos indicadores sociais e de saúde das crianças e gestantes munícipes de Vitória.

OBJETIVOS

Desenvolver uma rede de ações intersetoriais de proteção à família e vigilância ao óbito materno infantil, objetivando a qualidade de vida e redução do índice de mortalidade no município;

Mobilizar a sociedade como parceira no projeto a fim de diminuir a vulnerabilidade social das famílias identificadas em situação de risco.

METODOLOGIA

O projeto tem as suas ações coordenadas pela equipe saúde da criança a nível central, funcionando como um apoio às atividades desenvolvidas, estando o apoio a nível local sob a responsabilidade do diretor da unidade de saúde, ou profissional designado para tal.

A composição dos comitês é decidida a nível local, com participação paritária de profissionais de saúde e pessoas da sociedade civil. São constituídos por representantes das unidades de saúde, outras secretarias do município e voluntários de entidades da sociedade civil organizada, igrejas, universidades, escolas, etc, com mandato de dois anos, podendo ser prorrogado conforme decisão dos membros. A coordenação local dos comitês tanto pode ser da unidade de saúde, como da comunidade.

Os comitês reúnem-se regularmente, com periodicidade quinzenal ou mensal. As reuniões têm por objetivo levantar problemas e estabelecer metas, definindo tarefas para solução dos problemas identificados. Os comitês devem discutir intensamente os fatores de risco de sua comunidade, auxiliando as equipes para implementação de estratégias de vigilância à saúde.

As ações do comitê devem sempre ser realizada visando à dignidade humana, valorização da vida e resgate da cidadania.

O controle social em relação às ações desenvolvidas em torno das situações de risco identificadas contribui no processo de planejamento e tomada de decisões.

1ª EXPOGEST - Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS
 TEMA - EIXO 2 - Gestão do Cuidado em Saúde
 TÍTULO - "Comitês Comunitários Vitória da Vida"
 AUTORES: SOUZA, Renilsa Silveira Amorim; SARTORI, Sônia Regina
 e-mail: renilsa@vitoria.es.gov.br

INTRODUÇÃO:
 Partindo do princípio que a participação social e o estabelecimento de parcerias entre unidades de saúde, ONG's, pessoas físicas e jurídicas, podem melhorar os índices de saúde em um município, Vitória, capital do Espírito Santo, implantou os "Comitês Comunitários Vitória da Vida", a fim de contribuir na identificação, cadastramento e acompanhamento de gestantes e crianças de risco nos territórios de saúde, visando à promoção, prevenção e assistência a sua saúde, além da mobilização da sociedade na diminuição da mortalidade materna e infantil no município. O comitê é uma ferramenta de participação popular junto às unidades de saúde para a melhoria dos indicadores sociais e de saúde das crianças e gestantes munícipes de Vitória.

OBJETIVOS
 Desenvolver uma rede de ações intersetoriais de proteção à família e vigilância ao óbito materno infantil, objetivando a qualidade de vida e redução do índice de mortalidade no município;
 Mobilizar a sociedade como parceira no projeto a fim de diminuir a vulnerabilidade social das famílias identificadas em situação de risco.

METODOLOGIA
 O projeto tem as suas ações coordenadas pela equipe Saúde da Criança a nível central, funcionando como um apoio às atividades desenvolvidas, estando o apoio a nível local sob a responsabilidade do diretor da unidade de saúde, ou profissional designado para tal.

A composição dos comitês é decidida a nível local, com participação paritária de profissionais de saúde e pessoas da sociedade civil. São constituídos por representantes das unidades de saúde, outras secretarias do município e voluntários de entidades da sociedade civil organizada, igrejas, universidades, escolas, etc, com mandato de dois anos, podendo ser prorrogado conforme decisão dos membros. A coordenação local dos comitês tanto pode ser da unidade de saúde, como da comunidade. O comitê é uma ferramenta de participação popular junto às unidades de saúde para a melhoria dos indicadores sociais e de saúde das crianças e gestantes munícipes de Vitória.

CONSIDERAÇÕES FINAIS
 O trabalho dos comitês no município de Vitória tem ampliado os direitos de saúde, acesso e de cidadania da população, nos territórios onde atuam, permitindo a participação da comunidade local nas ações para a intervenção dos seus problemas, possibilitando a integração com os serviços e Unidades de Saúde. Aos profissionais em atuação, propiciou a apropriação dos serviços e do cuidado social da comunidade e a identificação da política institucional, para poder trabalhar baseado a integração de setores.

As situações de vulnerabilidade pelas comitês que identificamos, abrangem situações de desnutrição, gestantes em alto risco, mães com baixa escolaridade, baixa capacidade de renda, desemprego, má moradia, falta de acesso à água, desenvolvimento tardio, etc. Todas estas foram observadas a realidade do território no qual essas famílias estão inseridas. Isso em comitê um processo de intervenção contínua e por momentos em busca de soluções para essas demandas apresentadas pela comunidade, que são sociais, de saúde, educação, não podendo, portanto, ser resolvidas só no âmbito da unidade de saúde ou do comitê, o que exige a integração de diversas instituições.

CONSIDERAÇÕES FINAIS
 Em 2005 a proposta dos comitês ficou entre os 20 projetos inovadores considerados mais inovadores no Concurso Experiências em Inovação/2005 em Anais do Anuário de Saúde (2006, UNIC).

RELAÇÃO DE IMAGENS
 Deixa-se as atividades desenvolvidas em 2005 pelo 6 comitês em:



RESULTADOS

Entre as principais atividades desenvolvidas pelos 8 comitês em funcionamento, cobrindo 46% dos territórios de saúde, destacamos o acompanhamento de 393 famílias através de:

- Diagnóstico das prioridades em saúde a serem alcançadas pelas ações dos comitês.
- Denúncia e acompanhamento dos casos de violência domiciliar e maus tratos;
- Parcerias com a Pastoral da Criança e lideranças religiosas para acompanhamento das crianças de risco, articulação de doações e encaminhamentos para serviços assistenciais.
- Orientações sobre autocuidado e cuidados com a criança e gestante.
- Arrecadação de alimentos, fraldas, enxoval do bebê, para famílias acompanhadas.
- Encaminhamento para cursos, projetos de geração de renda e ao mercado de trabalho.

FACILIDADES E DIFICULDADES

- O agrupamento da vocação dos profissionais de saúde com a motivação da comunidade e da sociedade civil organizada, como ponto facilitador e;
- O cotidiano dos profissionais que, muitas vezes, fica tragado pelo cumprimento das atividades diárias, não respondendo muitas vezes anseios e dificuldades da comunidade, como ponto dificultador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho dos comitês no município de Vitória tem ampliado os direitos de saúde, sociais e de cidadania da população, nos territórios onde funciona permitindo a participação da comunidade local nas ações para a intervenção dos riscos detectados, possibilitando a integração entre comunidade e Unidade de Saúde.

Aos profissionais de saúde, propicia a apropriação da realidade local e do contexto social da comunidade e a transformação da prática profissional, pois passa a trabalhar buscando a integração de saberes.

As situações de risco identificadas pelos comitês são diversificadas, abrangendo situações de desnutrição, gravidez na adolescência, baixa renda familiar, baixa escolaridade dos pais, desemprego, maus tratos, falta de vínculo afetivo, desestruturação familiar, etc. Todos estes fatores associados à realidade do território no qual essas famílias estão inseridas, traz ao comitê um processo de discussão contínua e um movimento em busca de soluções a essas demandas apresentadas pela comunidade, que são sociais, de saúde, educação, não podendo, portanto ser respondida só no âmbito da

unidade de saúde ou da comunidade, e sim pela integração dos diversos setores envolvidos.

OBS: Em 2005 a proposta dos comitês ficou entre os 20 projetos finalistas considerados mais inovadores no Concurso Experiências em Inovação Social na América Latina e no Caribe (CEPAL/ONU).



OTIMIZAÇÃO DO MÉTODO DA COLETA DO EXAME CITOPATOLÓGICO NO RASTREAMENTO DO CÂNCER CERVICAL

Autor principal: Rita Goreti Amaral

Outros Autores: Zair Benedita Pinheiro Albuquerque; Nadja Lindany Alves Souza; Edna Joana Cláudio Manrique; Suelene Brito Nascimento Tavares; Diego David Souza Gouveia; Iraci Rodrigues de Rezende; Maria Cláudia Honorato da Silva e Souza; Inácia Araújo Silva

Instituição: Faculdade de Farmácia/UFG Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO

Município: Goiânia

Estado: Goiás

INTRODUÇÃO

O exame citopatológico é o método mais utilizado para o rastreamento do câncer do colo do útero, mas desde a década de oitenta vem sofrendo uma série de críticas relacionadas às altas taxas de falso-negativos, que variam de 2% a 62%, e as principais causas de erros estão relacionadas à coleta, erros de escrutínio ou de interpretação do diagnóstico. Sabe-se que a qualidade do exame citopatológico está relacionada com o desempenho dos recursos humanos envolvidos. A participação dos profissionais em cursos de atualização, qualificação e em programas de educação continuada é de fundamental importância para a melhoria e garantia da qualidade destes exames. Com a perspectiva de estender a cobertura, gradualmente, a 100% da clientela-alvo, a sensibilização e o aprimoramento do desempenho profissional dos responsáveis pela coleta do material para o exame citopatológico insere-se como condição necessária para se alcançar um melhor desempenho no rastreamento do câncer do colo do útero.

JUSTIFICATIVA E RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que os resultados desse estudo possam servir de subsídios na definição da melhor metodologia a ser empregada na fase pré-laboratorial, promovidos através da sensibilização do profissional para a importância da coleta adequada do exame de prevenção de câncer. A identificação das dificuldades dos profissionais responsáveis pela coleta, principalmente no que se refere às causas de erros, possibilitará a aplicação das normas de controle de qualidade para eliminação das não conformidades, reduzindo assim, as taxas de resultados falso-negativos. Espera-se também que os estudos comparativos das amostras coletadas antes e depois da atualização e treinamento prático demonstrem uma melhoria na qualidade da coleta, traduzindo uma melhor eficácia dos exames realizados pelas Unidades Básicas de Saúde e do Programa da Saúde da Família, contribuindo dessa forma, também para maior segurança das mulheres que participam dos programas de prevenção de câncer cervical.

OBJETIVOS

Otimizar a qualidade das amostras cervicais através de atualização teórica e treinamento prático dos profissionais; identificar as principais dificuldades dos profissionais da Rede Básica de Saúde e do Programa da Saúde da Família responsáveis pela coleta do exame citopatológico; comparar a adequabilidade das amostras (satisfatórias, fatores obscurecedores e insatisfatórias para análise) e resultados dos exames citopatológicos antes e após a atualização e treinamento prático com os profissionais responsáveis pela coleta do exame citopatológico; aumentar a cobertura dos exames citopatológicos através da sensibilização dos profissionais para a realização do exame citopatológico como parte da rotina do atendimento à mulher.

MÉTODOS

Este estudo está sendo realizado pela Faculdade de Farmácia/UFG em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO, teve seu início em março de 2006, com previsão para finalizar em julho de 2007, com perspectiva de oferecer a capacitação a todos os profissionais responsáveis pela coleta do exame citopatológico, totalizando aproximadamente 500 profissionais. Proximadamente a do exame citopatológico tivos devido a erros da coleta. A atualização e treinamento prático são ministrados para os profissionais enfermeiros e médicos da Rede Básica de Saúde e do Programa Saúde da Família (PSF). As aulas teóricas são ministradas no auditório da Secretaria Municipal de Saúde por professores especialistas na área, apresentando no conteúdo programático os seguintes temas: importância do exame citopatológico, quando fazer e porquê fazer; preenchimento correto dos formulários; importância das informações clínicas; coleta do material; fixação do material; causas de erros da coleta e fixação; atualização da Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais e Condutas Clínicas preconizadas (INCA-Ministério da Saúde) e busca ativa dos casos positivos. O treinamento prático é realizado nas próprias Unidades Básicas de Saúde, onde os profissionais da Faculdade de Farmácia



acompanham todo o procedimento da coleta, identificando as não conformidades, em seguida, discutindo as dúvidas e dificuldades da realização do procedimento e interpretação dos resultados dos exames citopatológicos.

RESULTADOS PARCIAIS

Participaram do treinamento teórico-prático 236 profissionais, destes 144 eram enfermeiros e 92 médicos. Através do questionário aplicado aos profissionais foi constatado que apenas 87,5% dos enfermeiros e 69,56% dos médicos fazem coleta de exame citopatológico na sua rotina. Foi observado que 46,03% dos enfermeiros tinham tempo de experiência de coleta entre um a três anos, enquanto 43,75% dos médicos tinham experiência maior que seis anos. Em relação à coleta, mais de 45% dos enfermeiros e médicos relataram ter algum tipo de dificuldades. As principais dificuldades relatadas pelos enfermeiros foram preparação do esfregaço (19%), seguida da fixação (17%), e para os médicos foram manejo do espécúlo (16%), seguida da fixação (12,5%).

CONCLUSÕES

Os resultados parciais mostraram que as coletas do exame citopatológico são realizadas principalmente pelos enfermeiros. As principais dificuldades relatadas foram manejo do espécúlo, preparação do esfregaço e fixação do material.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo torna-se importante para a Saúde Pública, na medida em que visa aumentar a eficácia dos exames citopatológicos para o rastreamento deste câncer, conseqüentemente poderá reduzir os resultados falso-negativos causados pelas não conformidades da fase pré-laboratorial. Espera-se também que estudo possa cada vez mais sensibilizar o profissional da Rede Básica de Saúde e do Programa da Saúde da Família para a importância da realização do exame citopatológico na consulta de rotina da mulher visando uma maior cobertura, possibilitando o rastreamento e o tratamento precoce das lesões precursoras do câncer do colo do útero.



COMPROVANDO A INTEGRALIDADE NO ATENDIMENTO SUS

Autor principal: Rita Maria Camargo

Outros Autores: Servidores do Ambulatório de Especialidades

Instituição: Hospital Municipal Dr Mario Gatti

Município: Campinas

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O Ambulatório de Especialidades presta assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde procedentes das Unidades Básicas de Campinas e ex internados do HMMG, de forma humanizada nas 45 especialidades existentes

JUSTIFICATIVA

Promover um ambiente harmonioso, acolhedor e humanizado aos usuários e servidores, tendo em vista o ser humano como um ser único e com suas particularidades, promovendo a adversidade.

OBJETIVO E PROPÓSITO

Acolher ao usuário e o servidor, proporcionar iniciativa a arte, ambiente descontraído uma espera para o atendimento multiprofissional de forma agradável.

METODOLOGIA

Trabalhos manuais com orientação e supervisão da equipe multiprofissional de apoio, utilizando material reciclável, atóxico.

CENTRAL DE INFORMAÇÃO – Primeiro atendimento ao usuário quando chega ao ambulatório, com o objetivo de ouvir, orientar e encaminhar a necessidade de cada usuário.

FORA BAGULHO – Pintura realizada pelos servidores nos móveis e objetos velhos em condições de uso (mesa, cadeiras, latas, paredes), tornando o visual bonito e acolhedor desenvolvendo o sentido do cuidar e reciclar

CANTO DO FUXICO – Trabalho manual com linha, tecido e agulha, para descontração durante a espera, realizada por paciente /acompanhante. Material este utilizado para confecção de trabalhos manuais, sendo distribuídos em datas comemorativas (natal, dia das mães etc) e no próprio ambulatório deixando o ambiente mais agradável (quadros).

FRALDARIO – Cantinho onde a mãe troca à fralda e amamenta.

CANTINHO DA CRIANÇA - Local onde as crianças aguardam o atendimento brincando com pinturas de giz de cera, colagem e brinquedos lúdicos, tornando assim a espera mais descontraída.

CANTO DA INFORMAÇÃO - Tem a finalidade de tornar a espera do paciente agradável e educativa, através de vídeos educativos, filmes, desenhos, jornais etc.



BANDEIRA; SEM EIRA NEM BEIRA: ALTA ASSISTIDA; O CORDEL NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO HOSPITAL DR. JOÃO MACHADO/ RN

Autor principal: Riudete Martins de Sousa

Outros Autores: Maria Guadalupe Segunda; Leonor Ramalho Seabra de Souza

Instituição: Hospital Dr. João Machado

Município: Natal

Estado: Rio Grande do Norte

INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência cordeilizado acerca da Alta Assistida e que faz parte de uma experiência interdisciplinar do projeto de Alta Assistida: do Programa de Humanização, desenvolvido no Hospital Dr. João Machado, referência em psiquiatria para o estado do Rio Grande do Norte. A experiência “Bandeira Sem Eira Nem Beira” é o relato cordeilizado de um paciente proveniente do interior do estado, interno naquele hospital durante três meses, cuja Alta Assistida continua tendo êxito através da parceria viabilizada pela equipe interdisciplinar, o cuidador do paciente, gestor de saúde municipal, representantes das instituições comunitárias e religiosas (padre), delegado e policial.

JUSTIFICATIVA

O projeto Alta Assistida encontra-se inserido no contexto da humanização da assistência na saúde mental do Hospital Dr. João Machado, é constituído de ações desenvolvidas com o objetivo de assegurar aos portadores de transtornos mentais a continuidade do tratamento, através de parcerias com os PSFs (Programa Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e encaminhamentos aos serviços substitutivos de seus municípios, o resgate da cidadania com o apoio das Secretarias de Saúde Municipais, Secretarias de Ação Social, Ministério Público e sociedade civil, objetivando a ressocialização de nossos pacientes. É necessário considerar a questão junto à família, dando a importância que a mesma possui nesse processo, visto que detém grande parcela de responsabilidade no tocante ao tratamento do portador de transtornos mentais, por ser a primeira instância social do ser humano e o destino do paciente após a internação.

OBJETIVO

Relatar através da literatura de cordel como se deu o processo de Alta Assistida de um paciente do interior do estado do Rio Grande do Norte.

METODOLOGIA

A elegibilidade do público alvo é realizada com os internos avaliados pela equipe interdisciplinar das suas enfermarias, que apresentem problemas graves de rejeição familiar, primeiro internamento, de constantes reinternações e que precisem de encaminhamentos e resoluções específicas.

OS RESULTADOS

O fato de termos conseguido o retorno do paciente ao seu meio de origem nos reporta a importância do cuidador familiar e da sociedade para a manutenção de um vínculo social caracterizado através da reinserção na sociedade e, conseqüentemente, o exercício de sua cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na questão da Alta Assistida do Hospital Dr. João Machado, tem se observado que o psicólogo e o assistente social, tem papel fundamental na escuta e/ou apoio emocional junto ao paciente e familiares, cuidadores, gestores e agentes comunitários, facilitando a compreensão e aceitação das peculiaridades do paciente com transtorno mental. A exemplo do caso “Bandeira Saem Eira Nem Beira”, assume lugar importante enquanto apoio ao paciente e também ao cuidador e as outras instâncias de sustentação social, como forma de tornar mais suportável a convivência com o “comportamento desviante” desse paciente. Acreditamos que este relato contribuirá para um maior conhecimento sobre a Alta Assistida e arte do cordel como coadjuvante, bem como o incentivo à publicação de temas como esse no nosso meio.



OBESIDADE NA COMUNIDADE DO CARIRU PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL PARANOÁ-DF

Autor principal: Roberto dos Reis Ferreira Cortês

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

A avaliação da obesidade baseia-se na estimativa do grau de adiposidade por métodos diretos e indiretos. Os métodos indiretos compreendem as medidas antropométricas, uso de tabelas de padronização de peso e altura, o cálculo do índice de massa corpórea (IMC), a relação cintura/quadril e a medida da prega cutânea, sendo o IMC o parâmetro mais utilizado. A equipe rural do Cariru do PFS DF, no período de junho de 2005 até dezembro de 2005, realizou um levantamento dos pacientes hipertensos, diabéticos e hiperlipidêmicos, sendo que eles foram pesados e medidos com o intuito de calcular o IMC. Foram selecionados os pacientes com IMC acima de 25. Esta análise revelou que este grupo de pacientes tem a obesidade como um dos fatores para desenvolvimentos das doenças relacionadas ao excesso de tecido adiposo. No Cariru, as medidas para o controle das doenças relacionadas com a obesidade são tratadas pela equipe através de grupos, entre eles o grupo de reeducação alimentar e o grupo de caminhada. O objetivo da equipe é identificar a principal causa do grande número de obesos na área agrícola do Cariru.

Embora haja uma grande preocupação com o desenvolvimento da obesidade na população do Cariru, parece que ainda falta conscientização que a obesidade leva a doenças do aparelho cardiovascular, resultando no aumento do número de agravos e óbitos causados pelas respectivas doenças (diabetes, hipertensão arterial sistêmica, hiperlipidemias, doenças isquêmicas do coração, acidentes vasculares no geral). A equipe pretende verificar se as principais causas do grande número de obesos na comunidade do Cariru estão relacionadas com a alimentação inadequada e a falta de atividade física. Fizeram parte da população deste estudo os hipertensos, diabéticos e hiperlipidêmicos com IMC acima de 25, da comunidade do Cariru. Este estudo foi realizado a partir da análise de dados referentes aos pacientes participantes dos grupos de reeducação alimentar e caminhada no período de junho de 2005 a dezembro de 2005.

Foi feita a análise dos dados registrados no livro dos grupos de reeducação alimentar e caminhada. Os dados anotados no livro são o peso e a altura de cada paciente, sendo que toda semana tem o encontro dos grupos para avaliação dos pacientes.



DA GESTÃO DE MEDICAMENTOS À GESTÃO DO CUIDADO

Autor principal: Roberto Mardem Soares Farias

Outros Autores: Adilson Rocha Campos

Instituição: Secretaria de Saúde de Sumaré

Município: Sumaré

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O SUS em Sumaré se caracterizava pela insatisfação dos profissionais e da população com a constante falta de medicamentos, embora fosse crescente as despesas com assistência farmacêutica. Havia ainda risco à saúde da pacientes com doenças crônicas pela solução de continuidade nos tratamentos.

Como componente de uma política de assistência farmacêutica e garantir a adesão primária dos pacientes aos principais programas de saúde, desde setembro de 2005 a Secretaria de Saúde de Sumaré distribui medicamentos para Hipertensão arterial, Diabetes e Mulheres em idade fértil na forma de um "kit" personalizado.

A escolha desses programas deveu-se à prevalência importante dos dois primeiros problemas e ao fato de termos implantado no município todo um conjunto de estratégias para atenção à saúde sexual e reprodutiva, no qual assumimos o compromisso de garantias dos métodos anticoncepcionais.

OBJETIVOS

- Garantir continuidade do tratamento e adesão aos programas de saúde;
- Gestão mais adequada do cuidado a cada paciente ou programa; é possível saber rapidamente, por exemplo, a interrupção de algum tratamento ou quantidade de hipertensos por faixa etária ou sexo cadastrados em comparação ao número esperado em dado território;
- racionalidade na compra e distribuição de medicamentos;
- maior vínculo dos pacientes, humanizando o atendimento;
- maior adesão dos pacientes aos programas (adesão primária), estimulados com a garantia da entrega mensal de medicamentos e com a demonstração de preocupação com a sua saúde por parte dos profissionais que o acompanha;
- monitorar as prescrições medicamentosas, identificando as inadequadas por parte dos médicos e outros prescritores;
- facilitar a revisão da lista básica de medicamentos.

METODOLOGIA

Desenvolveu-se um programa de banco de dados onde foram cadastrados os hipertensos, diabéticos, mulheres

em idade fértil e as menopausadas e as doses de medicamentos em uso.

São gerados, mensalmente, relatórios como os seguintes: a) pacientes com endereço, medicamentos, quantidade; b) custo dos programas por unidade de saúde; c) pacientes faltosos; d) total de pacientes por programa, por sexo, por idade e por unidade de saúde; e) proporção de pacientes por programa em relação ao esperado segundo indicadores epidemiológicos; f) outros de acordo com a necessidade do gestor ou profissional de saúde.

Mensalmente são distribuídos aos pacientes, de forma personalizada, os medicamentos a que tem direito. Onde já se tem o programa de agentes comunitários a entrega é feita no domicílio. Neste momento é responsabilidade do agente verificar se o paciente está fazendo o acompanhamento adequado, se usa o medicamento corretamente, quais efeitos indesejáveis e que outras medidas tem feito no controle do seu problema.

Uma gestão de nível central é responsável pela atualização permanente dos dados, por análises periódicas, discussões dos resultados com os gerentes e profissionais de saúde, etc.

RESULTADOS

Cadastrou-se até o mês de abril de 2006 17512 pacientes (7,93% da população geral ou 11,6% dos adultos): 70,17% mulheres e 29,83% homens (12289 e 5223 respectivamente); Das mulheres, 33% têm mais de 60 anos (38% do total da faixa etária). Dos homens, 47,4% têm acima de 60 anos, ou 24,8% do total da faixa etária.

Distribui-se, dentre outros, 406821 comprimidos/mês de captopril, 62925 de metildopa, 1074 frascos de insulinas.

A racionalidade alcançada na compra e distribuição de medicamentos já permitiu uma economia aproximada de R\$ 300.000,00, equivalente a 30% do nosso gasto com medicamentos no ano anterior.

CONCLUSÕES

Apesar do seu pouco tempo de implantação (julho de 2005), o projeto permitiu uma melhora importante no cuidado à



saúde da população, com maior satisfação do usuário e dos profissionais de saúde.

Não se trata apenas da racionalização na compra e distribuição de medicamentos (não obstante esse seja um produto importante, garantindo maior eficiência ao SUS local), mas, principalmente, a gestão adequada no cuidado desses pacientes. É possível saber que tem faltado, quem e porque usa inadequadamente os medicamentos ou não os usam, etc. Importante, por exemplo, foi a descoberta de inúmeros pacientes que freqüentam vários serviços e, muitas vezes, saem de cada um deles com receitas diferentes. A possibilidade aberta para os agentes comunitários interagirem com esses pacientes e as informações trazidas às unidades de saúde tem sido importante elemento na vinculação dos pacientes às equipes de saúde.

Tanto os profissionais quanto os pacientes se sentem mais seguros pela maior garantia de não interrupção nos tratamentos.

Os relatórios demonstram a necessidade de estimular nos homens a necessidade de cuidarem-se, buscando vinculá-los mais eficazmente aos serviços de saúde, visto que ainda é pequeno o número de homens cadastrados. Também faz-se necessário busca ativa de mulheres acima de 60 anos, pois, embora seja proporcionalmente grande o número de mulheres cadastradas, ainda é baixo nesta faixa etária.

Espera-se, com o tempo, redução de seqüelas e internações hospitalares por complicações do diabetes ou hipertensão bem como a diminuição de gravidez indesejada particularmente entre os adolescentes.

O "kit" está permitindo a revisão da lista básica de medicamentos com critérios mais objetivos, além de orientar o processo de capacitação dos prescritores, visto que ficou possível identificar falhas e condutas inadequadas.



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS PARA A GESTÃO DO SUS

Autor principal: Roberto Passos Nogueira

Outros Autores: José Paranaguá de Santana

Instituição: Observatório de RH em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

Educação continuada como meio e momento privilegiados para intercâmbio de vivências locais e de conhecimentos, ao proporcionar a todos e a cada um a oportunidade de 'upgrade', aprofundamento e reconstrução de suas experiências e conhecimentos, contribuindo para um retorno renovado a seus locais de atuação.

Direcionado aos gestores e gerentes de recursos humanos das secretarias de saúde (atendendo a uma demanda do Conass) e das instituições do nível federal do SUS, o curso, executado pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública da UnB, promoveu a reflexão e o aprofundamento das questões mais atuais na área de gestão de recursos humanos no SUS. Em modalidade semipresencial, associou a viabilidade acadêmica com a oportunidade de carrear a participação dos alunos oriundos das diversas unidades federadas (AL, AM, AP, BA, GO, MG, MT, PA, PB, RS, SE, TO), MS, Anvisa, Fiocruz e UnB.

Teve como objetivo geral proporcionar uma visão de conjunto sobre as questões contemporâneas das políticas de gestão e das políticas educacionais, subsidiando os participantes para uma atuação mais efetiva e eficiente, tanto na esfera de funções executivas quanto de assessoria ou docência, voltadas a recursos humanos para a gestão do SUS. Seu conteúdo, organizado em dois eixos temáticos, abordou as políticas de recursos humanos relacionadas às reformas setoriais de saúde e de educação, bem como as orientações e parâmetros legais associados à reforma do Estado. No Eixo Temático Políticas de Gestão de RH: Recursos Humanos e as Políticas de Gestão do Estado; Grandes Questões de Gestão de RH de Saúde; Regulação dos Vínculos Institucionais Externos; Regulação do Trabalho nas Instituições Públicas de Saúde. No Eixo Temático Reforma Educacional Brasileira: Introdução à Reforma Educacional Brasileira; Educação, Trabalho e Formação Profissional; Avaliação Educacional, Certificação Profissional e Credenciamento Institucional; Articulação Ensino Serviço.

A divulgação do curso foi feita a todas as SES, em articulação com o MS e o Conass. Também comunicados órgãos do Ministério da Saúde e vinculados. As informações para inscrição no curso e as orientações para seu desenvolvimento foram organizadas em manual do aluno, entregue a todos os participantes e disponibilizados no sítio

web www.observarh.org.br/hesp, uma vez que a internet foi um veículo privilegiado para comunicação em todo o transcorrer do evento.

Desenvolvido na modalidade semipresencial, alternou atividades de sala de aula, com a participação de professores convidados de instituições do Setor e da área de Educação, além de docentes da Universidade e Gestores, com períodos de aquisição de conhecimentos à distância, com o apoio de tutores e de consultores para elaboração de textos especialmente elaborados na ótica de metodologia para atividades à distância. Foram desenvolvidos pelos participantes: leituras de textos, atividades práticas associadas a suas vivências locais de atuação, elaboração e encaminhamento de trabalhos, sempre com assistência docente através de tutores. Os momentos presenciais foram coincidentes com as reuniões bimestrais da Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conass. Iniciando com uma contextualização do panorama nacional, os momentos presenciais aprofundaram os temas de Políticas de Gestão de RH e Reforma Educacional Brasileira, com exposições e mesas redondas e a participação de especialistas convidados. O intervalo entre as atividades presenciais iniciava-se pelo acesso dos alunos aos textos de orientação disponibilizados em página do sítio web do observatório. Os alunos respondiam, em formulário próprio, às questões constantes no final de cada texto de orientação e as remetiam para a secretaria do curso, que enviava aos tutores para avaliação, comentários e retorno aos alunos, através de endereço eletrônico criado para esta finalidade.

Um mês após o final do último momento presencial os alunos apresentaram trabalhos de conclusão de curso, todos associados a importantes e atuais temas nas áreas de gestão e da educação.

A maioria dos participantes considerou positivos os conteúdos abordados (relevância, profundidade e encadeamento) e a sistemática adotada (textos, tutoria, comunicação e encadeamento de atividades).

Houve aproveitamento integral dos participantes, todos titulados e certificados como especialistas pela UnB, havendo nessa convivência de estudo e de trabalho a oportunidade de aprofundamento e reconstrução de suas vivências, além de propiciar um elo através de contínuos contatos por mensagens eletrônicas ou por consulta a sítios web e outros meios de comunicação mais direta. E assim o processo prossegue, em múltiplas e variadas formas e meios.



O SERVIÇO DE ACOLHIMENTO COMO INSTRUMENTO DE ORGANIZAÇÃO DE FLUXO DENTRO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Autor principal: Roberto Silva

Outros Autores: Daian Alberto Pamplona

Instituição: Unidade Básica de Saúde Jardim Macedônia

Município: São Paulo

Estado: São Paulo

RESUMO

Este trabalho mostra os resultados da implementação de um Serviço de Acolhimento em Unidade Básica de Saúde localizada na periferia de São Paulo. Os principais parâmetros obtidos na avaliação do serviço, durante três anos, são relatados e discutidos suas implicações.

Palavras-chave: Acolhimento, Gestão, Qualidade.

INTRODUÇÃO

A aglomeração de usuários em filas dentro das Unidades Básicas de Saúde é um fator de queda da qualidade do atendimento, com repercussões sobre o estado de ânimo das equipes envolvidas nos serviços. Muitas destas filas ocorrem devido a erros de fluxo de usuários que são obrigados a percorrer espaços e esperar em locais inapropriados para este fim. Acresce-se a isso que usuários podem estar carreando elementos infecciosos para diferentes ambientes dentro das UBSs contribuindo para disseminar moléstias que deveriam estar sendo bloqueadas. Por outro lado é sabido que os usuários buscam a UBS para resolver uma série de problemas de saúde, ou a ela apenas relacionados, que exigem um posicionamento no sentido de prover uma resposta resolutiva. Dentro deste contexto se encaixa o Projeto Acolhimento, que tem sido implementado em diversas unidades de saúde da cidade de São Paulo. Neste trabalho fazemos um levantamento sobre as principais características destes atendimentos durante três anos, na UBS do Jardim Macedônia, zona sul de São Paulo.

METODOLOGIA

Foram feitos levantamentos anuais de 2003 a 2005, cobrindo em regra o segundo semestre destes anos. Como amostragem foram sorteadas cerca de 10% das páginas dos livros usados para registrar os atendimentos. Os principais itens dos registros, ou seja, a idade do paciente, a hora de atendimento, a microárea da abrangência do Programa Saúde da Família, a queixa

ou objetivo da consulta e a conduta foram contados, tabulados e calculados as freqüências relativas. Os resultados obtidos são apresentados a seguir.

RESULTADOS

Relatamos a seguir os principais achados ano a ano.

Ano 2003 – *Idade* : as três faixas etárias de maior demanda foram 6 a 12 anos (11,9%), 25 a 29 (8%) e 40 a 44 anos (7,7%). *Queixa/demanda* - As principais causas de demanda foram por consulta médica (46,5%), troca de receita (13,3%) e pedido e entrega de exames (7,8%). *Nosologias* – Os principais grupos de síndromes e doenças percebidos foram : quadros odontológicos (16,4%), respiratórios (14,3%), quadros febris (13,1%), ginecológico/obstétricos (12,7%) e crises álgicas (9,4%).

Ano 2004 - *Idade* : 6-12 anos (12,5%), 55-59 anos (7,3%) e 30-34 anos (6,2%). *Horário* : Os principais períodos de hora e suas percentagens foram as seguintes 10-11h00 (14,5%), 9-10h00 (12,8%) e 11-12h00 e 15-16h00 (11%). *Por microárea de abrangência* : vermelha (15,2%), área amarela (14,6%), laranja (10,3%). *Queixa/demanda* : consulta médica (31,4%), troca de receita (19,6%), laudos, atestados e licenças (11%). *Nosologias* : as principais neste ano foram quadros febris (19,6%), odontológicos (11,9%), respiratórios (10,7%), crises álgicas (8,9%), outros (8,3%), onde estavam englobados por exemplo traumas, verminoses, convulsões.

Ano 2005 – *Idade* : Principais faixas etárias : 21-39 anos (26,8%), 40-54 anos (21,2%) e 12-20 anos (12,2%). *Horários* : 13-14h00 (15,2%), 14-15h00 (12,6%), 12-13h00 (11,5%). *Áreas de abrangência* : vermelha (18,6%), verde (14,5%) e amarela (13,8%). *Queixa/demanda* - As principais demandas foram por consulta médica (44,8%), troca de receita (36%) e pedido e entrega de exames (11,4%). *Nosologias* : quadros febris (23,3%), outros, conforme definidos no ano anterior (21,8%) e quadros ginecológicos-obstétricos (17,4%).



DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os dados consolidados permitem montar um cenário que pode ser útil em projetos estratégicos que visem melhoria da gestão dos serviços de saúde no tocante ao fluxo de usuários em UBSs. É possível ver que os horários de maior demanda são aqueles do meio do dia. Isto se explica pelo fato dos usuários incluir sua ida à UBS no rol de outras atividades diárias que também necessitam ser feitas como levar filhos a escola, preparar refeições domésticas entre outras. Como motivo principal da demanda está sempre presente a busca por consulta médica, mas também a troca de receita. É sabido que medicamentos controlados tem prazo de receita limitados, sendo responsáveis por grande parte desta procura. A busca por laudos, atestados para creches, clubes, academias e troca de pedidos de exames também são motivos de idas freqüentes à UBSs. Formulários padronizados poderiam agilizar o atendimento às pessoas nestas condições. Quanto as nosologias que demandam por atendimento, verifica-se uma constância das crises febris, álgicas, quadros respiratórios e ginecológicos e obstétricos. Embora houvessem as classes de crises hipertensivas e diabéticas estas representaram pouca demanda, no total de casos, o que pode significar que o atendimento em grupos de promoção à saúde e



RODA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA ÁREA PROGRAMÁTICA 2.2 DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO: PREOCUPAÇÕES ACERCA DA PORTA DE ENTRADA DAS UNIDADES DE SAÚDE

Autor principal: Rodriane de Oliveira Souza

Outros Autores: Maria Inês Souza Bravo; Débora de Sales Pereira; Michelle Rodrigues de Moraes

Instituição: Projeto Políticas Públicas de Saúde (FSS/UER)

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

A presente síntese foi elaborada pela equipe do projeto de ensino, pesquisa e extensão Políticas Públicas de Saúde da Faculdade de Serviço Social da UERJ que tem como eixo de análise a gestão democrática e o controle social na saúde a fim de colaborar para a construção da educação permanente na Área Programática 2.2¹ da cidade do Rio de Janeiro.

Esta proposta de trabalho baseia-se na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor, considerando as seguintes funções: a) identificar necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde que qualifiquem a atenção em saúde e fortaleçam o controle social no setor; b) articular e estimular a transformação de práticas de saúde; c) formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas e; d) estabelecer a pactuação e a negociação permanente entre os atores das ações e serviços do SUS (Portaria 198/2004).

Trata-se de uma estratégia local articulada há um ano, em reuniões mensais e/ou quinzenais², pelos cinco segmentos envolvidos com a formação e qualificação profissional da área da saúde (instituições formadoras, gestores/prestadores de saúde, profissionais de saúde, usuários e estudantes)³. Foi criada por representantes da AP 2.2 na primeira reunião da Roda (abril de 2005) e referendada pela II Oficina do Pólo da Metropolitana I (agosto de 2005), que definiu a Porta de Entrada como nó crítico da região.

OBJETIVOS

O objetivo deste texto é publicizar o processo participativo que vem sendo realizado na AP 2.2 na construção de uma proposta de humanização e qualificação do atendimento da porta de entrada das unidades de saúde da AP 2.2.

Busca-se, também, socializar as preocupações dos integrantes da Roda da AP 2.2 acerca das informações coletadas pelos instrumentos de pesquisa aplicados, na primeira fase de investigação, junto aos gestores das unidades de saúde dessa A.P., a fim de subsidiar a discussão dos nós críticos da porta de entrada das mesmas.

METODOLOGIA

A partir do estudo das condições locais das unidades e serviços de saúde concernentes à Porta de Entrada, sugeriu-se a construção de três linhas de trabalho e pesquisa para encaminhar de forma propositiva elementos para a implementação da política de Educação Permanente na A.P. 2.2., construindo coletivamente com os sujeitos que compõem esta Roda soluções para este nó crítico.

A primeira linha de trabalho constitui-se a partir da elaboração de um instrumento de pesquisa (questões abertas e fechadas) para levantamento da situação da porta de entrada junto ao segmento gestor, já aplicado e analisado. Já na segunda linha de trabalho, foi elaborado outro instrumento de pesquisa, aplicado junto ao segmento dos trabalhadores de saúde da porta de entrada (atualmente, em fase de análise). A terceira linha de trabalho conforma a investigação junto ao segmento usuário dos serviços de saúde. Pretende-se, aqui, construir outro instrumento de pesquisa acerca da realidade de atendimento da população e sua possibilidade real de acesso aos serviços do SUS. As unidades que participaram desse processo de pesquisa são as mesmas que participam da Roda da A.P. 2.2.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

A pesquisa junto aos gestores das unidades de saúde área objetivou apreender sua compreensão sobre porta de entrada (concepções, principais problemas e propostas). Nessa investigação, foi possível identificar divergências de opiniões entre gestores de



mesma unidade, no entanto, grande parte das questões teve coesão entre os gestores, especialmente nas considerações sobre os elementos necessários para capacitação do setor. A partir destes primeiros resultados, foram construídos os instrumentais de investigação para os trabalhadores do setor porta de entrada e para o segmento de usuários.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA FACILIDADES E DIFICULDADES

Percebeu-se que, nesse processo, que todos os sujeitos envolvidos na pesquisa consideraram urgente conhecer a rede de saúde bem como a necessidade de qualificação e organização das diversas portas de entrada existentes, às vezes, na mesma unidade de saúde. A adesão ao processo de trabalho proposto pelos sujeitos que compõem a Roda da A. P. 2.2 foi significativa, do ponto de vista qualitativo, no entanto, as dificuldades postas pelo processo de implementação da Educação Permanente em Saúde travam também o processo de construção desta estratégia local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diferença nas opiniões identificada na primeira fase não indica diretamente em divergências de concepção sobre Porta de Entrada entre os gestores, mas deve ser avaliada como um indicador da necessidade de ampliação da discussão sobre o tema e suas mediações. Considera-se que o destaque dado à necessidade de valorização do servidor, de estruturação da porta de entrada / porta de saída, de atualização do Guia de Saúde e de democratização das informações, itens apontados pelos gestores, fundamental para a construção da Educação Permanente em Saúde e indica a necessidade de construirmos mecanismos que dêem conta desta formação e desenvolvimento permanente nas unidades de saúde estudadas.

¹ A Área Programática 2.2 (A.P. 2.2) possui uma população estimada em 349.532 habitantes, numa área de 56 Km² e é composta pelos bairros da Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí e Grajaú.

² Até o momento foram realizadas quatorze reuniões da Roda da AP 2. 2, sediadas na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, na Coordenação da Área | Programática 2. 2 e no Instituto Oscar Clark (unidade municipal de saúde da CAP 2. 2).

³ As instituições que compõem da Roda da AP 2.2 são: Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão, Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrella, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clarck, PAM Hélio Pellegrino, UACPS Professor Júlio Barbosa, Posto de Saúde Nicola Albano, Programa Saúde da Família Parque Vila Isabel, Programa Saúde

da Família Borel, Instituto Municipal de Geriatria e Gerontologia Miguel Pedro e Hospital Geral do Andaraí. Cabe dizer aqui que não estão participando da Roda as seguintes unidades: Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (UNIRIO), Hospital do Câncer III e Hospital do Câncer IV (Fundação Ary Frauzino - MS).



A RELAÇÃO SUS - UNIVERSIDADE - COMUNIDADE

Autor principal: Rodrigo Comnisky

Outros Autores: Thiago Fabricio de Mello ; Carolina Cecilia Coelho ;

Vanessa Beatriz de Almeida

Instituição: Universidade do Planalto Catarinense

Município: Lages

Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Visando à formação de profissionais de saúde que atendam as diretrizes do SUS, exige-se da universidade o compromisso social com a comunidade, focalizando as experiências de diversificação de cenários no processo de ensino-aprendizagem.

No cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde e das propostas metodológicas do Ministério da Saúde para consolidação do SUS, o curso de Medicina da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC - Lages/SC insere seus alunos, na comunidade junto às Unidades de Saúde da Família – USF, desde o 1º ano. A participação do aluno visa o desenvolvimento da Unidade Prática de Saúde na Comunidade – UPSC, através da geração, análise crítica e disseminação do conhecimento científico que expressem efetivo compromisso com a melhoria da saúde das pessoas. Essa integração serviço-universidade-comunidade proporciona aos alunos, uma visão crítica, reflexiva e humana, além de inseri-los em atividades reais da prática profissional.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

- Desvelar a importância da inserção do aluno na UPSC;
- Diagnosticar a preparação recebida pelo ESF (Equipe de Saúde da Família);
- Revelar o vínculo existente entre os alunos e a ESF;
- Identificar os favorecidos com a parceria, ESF - aluno - comunidade.

METODOLOGIA

A presente pesquisa foi realizada no ano corrente, nas UPSC distribuídas em diferentes bairros do município de Lages. Foram pesquisados, 103 profissionais da área da saúde, pertencentes a 19 equipes através de questionários com perguntas fechadas. Os participantes da pesquisa receberam esclarecimentos sobre a mesma e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecimento.

Os dados coletados foram analisados estatisticamente. Os programas Microsoft Word e Excel foram utilizados para fabricação e formação dos gráficos.

PRODUTOS

A entrevista foi destinada a toda ESF. 46,60% dos entrevistados eram Agentes Comunitários de Saúde, 24,27% auxiliar/técnico de enfermagem, 13,59% médicos, também 13,59% enfermeiros e 1,95% de cirurgião dentista e técnico da saúde bucal.

Dos pesquisados 75,73% afirmam que receberam alguma orientação antes da chegada dos estudantes do curso de medicina à ESF, sendo que 86,40% dos que receberam orientação, acreditam que foi adequada e suficiente para a compreensão do papel dos alunos.

Quando questionados sobre o preparo para receber os alunos 57,28% revelaram que foram preparados pelo médico/enfermeiro da equipe, 16,50% pela Universidade, 2,91% pela Prefeitura e 23,30% não receberam preparação.

Sobre o acompanhamento da equipe, nas visitas domiciliares realizadas pelo aluno, 19,41% afirmam acompanhar sempre, 56,32% às vezes e 24,27% nunca. Na questão sobre o vínculo que a ESF mantém com os alunos de medicina 49,51% afirmam ter uma relação profissional e de amizade, 29,13% apenas profissional, 4,85% apenas de amizade e 16,50% declaram não possuir vínculo com os alunos.

Em relação a visão que a ESF possui do aluno de medicina com relação ao seu trabalho, 67,96% diz que existe uma contribuição no seu trabalho, 28,15% acreditam não modificar e 0,97% afirmam que a inserção atrapalha o seu trabalho.

Avaliando a integração entre Comunidade, ESF e Universidade, a maioria, 63,11%, acreditam que todos ganham com essa parceria, 0,97% que ninguém ganha e 35,92% que apenas alguns ganham. 52,42% dos entrevistados acreditam que a inserção do aluno traz benefício para todos, 6,79% acham que não traz benefícios e 40,79% acreditam que alguns são beneficiados.



APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Com esta pesquisa foram vivenciados patamares diversos. Uma dificuldade foi encontrar a ESF disponível para aplicação do questionário, pois a mesma estava ocupada em suas atividades de rotina. Em contra partida a maioria dos profissionais mostrou-se acessível à realização da pesquisa, facilitando a abordagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho, foi diagnosticada a visão que a ESF tem em relação aos alunos de medicina da UNIPLAC. Com isso foram identificadas as falhas e os benefícios existentes, assim como a descoberta da necessidade de ampliar a pesquisa no âmbito ESF, Universidade e Comunidade. Foi descoberto que pesquisas como esta valorizam e humanizam as relações profissionais. Além disso, a pesquisa revelou que os alunos, a comunidade, bem como a equipe são beneficiados com esse elo.



O QUE MUDOU COM A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MATELÂNDIA

Autor principal: Rodrigo Montemezzo

Outros Autores: Luiz Eduardo Gazzola; Diana Mieko Kamei; Fernanda Pandolfo Putton

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde

Município: Matelândia

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO

O trabalho aqui proposto aponta para uma reorganização da Saúde Bucal em nosso município em todos os níveis de atenção, tendo como conceito o eixo de reorientação do modelo. Assumimos o compromisso de qualificação de atenção básica, garantindo a qualidade, resolutividade e integralidade nas ações de saúde bucal.

O modelo desenvolvido até então era o sistema incremental, que priorizava o atendimento as crianças e adolescentes de maneira apenas curativa.

No início de ano de 2005 foi implantada, em nosso município, a equipe de saúde bucal junto as 04 equipes de saúde da família já existentes, dando uma cobertura de atenção a praticamente todos os moradores, que corresponde a aproximadamente 14.500 habitantes.

OBJETIVOS

A incorporação das Equipes de Saúde Bucal nesta nova estratégia tem o objetivo de ampliar o acesso da população do município as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, melhorar os indicadores de saúde além de incentivar a reorganização desta área na atenção básica.

METODOLOGIA

A implantação da carga horária de 40 horas semanais, possibilitando assim um maior número de atendimentos; o atendimento integral da população, não priorizando apenas a um grupo específico de pessoas; a intensificação de ações de promoção e prevenção de saúde através de palestras nas escolas e encontros com grupos específicos como o grupo de hipertensos, diabéticos, gestantes, pacientes portadores de deficiências, escolares, foram as principais mudanças ocorridas.

Outras alterações fundamentais para o sucesso do novo modelo proposto, foram à própria forma de atuar e pensar dos profissionais, agora trabalhando em conjunto com o restante da equipe de saúde da família (trabalho multidisciplinar); realizando visitas

domiciliares em suas áreas de abrangência e participando de oficinas de trabalho para um aperfeiçoamento do conhecimento de acolhimento e humanização que são pontos fundamentais na estratégia do programa saúde da família.

Desenvolveu-se um questionário como método de avaliação do novo modelo. As perguntas do questionário foram realizadas com o auxílio das agentes comunitárias de saúde, pois assim teríamos uma imparcialidade no resultado obtido, uma vez que o vínculo existente entre os usuários e as ACS é muito grande.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Observamos uma satisfação pela grande maioria dos entrevistados, sendo que a melhor qualidade no atendimento, a resolutividade dos problemas encontrados e o menor tempo de espera para ser atendido foram os principais pontos positivos.

APRENDIZADO

Foi observado que o trabalho multidisciplinar, o atendimento integral e humanizado e uma relação mais estreita com os usuários facilitaram a resolutividade dos problemas, gerando maior satisfação dos mesmos.

CONCLUSÃO

O processo de mudança para alcançarmos uma atenção em saúde bucal ideal é longo, trabalhoso e requer disponibilidade de todos os envolvidos, gestores, trabalhadores e usuários. Os resultados obtidos são bastantes animadores e incentivam a busca de reflexões e de melhorias contínuas em prol da comunidade envolvida.



HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO PACIENTE CRÍTICO NA UTI: A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Autor principal: Rosa Camila Gomes Paiva

Outros Autores: Gabriela Maria Cavalcanti Costa; Mércia Gomes Oliveira de Carvalho

Instituição: Centro Universitário de João Pessoa-UNIPÊ

Município: João Pessoa

Estado: Paraíba

A humanização é um tema que, atualmente, está sendo bastante discutido pelos profissionais de saúde. Diante do avanço tecnológico e conseqüente desvalorização do ser humano, observa-se um distanciamento nas relações interpessoais, tornando as pessoas cada vez mais individualistas. Estudos revelam que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tem sido alvo desse processo de desumanização, devido aos vários fatores estressores relacionados aos recursos humanos, materiais e ambientais. Partindo dessa percepção, o presente estudo teve como finalidade investigar o conceito de humanização e atendimento humanizado. A pesquisa tem caráter exploratório e descritivo e foi realizada nos meses de março e abril de 2005, em um hospital municipal da capital paraibana. Para coleta de dados, foi aplicado um questionário com oito membros da equipe multiprofissional, além do estabelecimento da técnica de observação direta durante os plantões da equipe. Através de uma abordagem qualitativa procedeu-se a análise dos dados, onde se verificou que a humanização ainda é um tema bastante desconhecido e pouco vivenciado na prática pelos profissionais de saúde da UTI; que esses não estabelecem o devido vínculo entre trabalho em equipe, atendimento humanizado e recuperação do paciente, muito embora do ponto de vista teórico definam suas ações como sendo humanizadas, o que, no entanto, só foi percebido nas observações em momentos e em profissionais de forma isolada. Os discursos revelaram o reconhecimento profissional de fatores estressores e facilitadores presentes no ambiente hospitalar, sendo respectivamente apontados, a comunicação insuficiente e a integração na equipe, dentre outros. Pude constatar que a necessidade de resgatar a humanização no ambiente das UTIs é urgente no sentido de alcançar um atendimento com dignidade e respeito. Não podemos mais ficar estáticos diante de uma realidade como esta, por mais paradoxal que seja tentar resgatar a humanização dos profissionais de saúde de uma UTI. Pois, partindo do pressuposto que todos eles são seres humanos formados em profissões que tem como base a vida e a pessoa como um todo, não deveria existir a necessidade desse resgate, mas infelizmente, ainda se faz necessário devido ao grande distanciamento que os profissionais têm da visão holística do ser humano. Concluiu-se que o resgate da humanização no ambiente de uma UTI, pelos profissionais da área de saúde, seria de grande relevância para a

melhoria da qualidade de vida do paciente, familiares e equipe, além de poder proporcionar a desmistificação da unidade como sendo o lugar da morte e não da esperança de vida.



XÔ STRESS

Autor principal: Rosa Maria Aragão Freire

Instituição: Hospital da Restauração

Município: Recife

Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

O stress no serviço de Emergência tem causado o adoecimento dos profissionais de saúde, induzindo a busca de alternativa para minimiza-lo.

JUSTIFICATIVA

A tentativa de mudar o cenário no qual os profissionais de saúde estão inseridos, onde o stress, a difícil relação interpessoal, o sentimento de impotência diante do cuidar, fez aflorar o Projeto Xô Stress.

OBJETIVOS

Minimizar o stress no ambiente de trabalho;
Possibilitar melhoria das relações interpessoais e lazer durante a jornada de trabalho.

MEDODOLOGIA

O Projeto foi desenvolvido na Emergência de Adultos do Hospital da Restauração. Teve início com a oficina de sensibilização para melhoria das relações interpessoais e expressão de sentimentos, seguindo com as oficinas de leitura; arte; construção de instrumentos musicais; de pintura em tecido; cuidar do ser; meditação e massagem, yoga, bionergética, Reik e momento espiritual. Essas oficinas acontecem de segunda a sexta-feira, com uma hora de duração.

RESULTADOS

Foram avaliados através dos depoimentos dos próprios funcionários, dentre os quais foi selecionado um dos mais significativo.

Fala 1

"A meditação é muito importante na minha vida. Desde que iniciei as oficinas de meditação, tornei-me uma pessoa tranqüila comigo mesma e com os outros, enfrentando melhor o dia a dia apesar das dificuldades. Aprender a separar as coisas uma das outras, e aceitar o que eu não posso modificar. Tornando-me mais humilde, mais humana e tranqüila". M.J.

FACILITADORES

- Apoio da diretoria;
- Voluntariado;
- Disponibilidade de uma sala exclusiva para as oficinas;
- Disponibilidade de material para algumas oficinas.

DIFICULTADORES

- Falta de verba para o projeto;

HR HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE

Projeto XÔ STRESS

Autora - Rosa Maria Aragão Freire

INTRODUÇÃO
O stress no serviço de Emergência tem causado o adoecimento dos profissionais de saúde, e consequente aumento do absenteísmo e acidentes com material perfuro cortante, induzindo a busca de alternativas para minimizá-lo.

JUSTIFICATIVA
A tentativa de mudar o cenário no qual os profissionais de saúde que trabalham no setor de Emergência e urgência do HR, onde a sobrecarga de trabalho; o stress; a difícil relação interpessoal; o sentimento de impotência diante do cuidar; tem ocasionado a desmotivação, o desânimo e a baixa auto-estima, fez aflorar o projeto Xô stress.

OBJETIVOS
Proporcionar ao Servidor um ambiente de trabalho humanizado e humanizado, além de:
- Minimizar o stress no ambiente de trabalho;
- Possibilitar melhoria das relações interpessoais;
- Proporcionar momentos de lazer durante a jornada de trabalho;
- Identificar e despertar as potencialidades.

METODOLOGIA
O Projeto foi desenvolvido na Emergência de Adultos do Hospital da Restauração. Teve início com a oficina de sensibilização para melhoria das relações interpessoais e expressão de sentimentos, seguindo com as oficinas de leitura; arte; construção de instrumentos musicais; de pintura em tecido; cuidar do ser; meditação e massagem, yoga, bionergética, Reik e momento espiritual. Essas oficinas acontecem de segunda a sexta-feira, com uma hora de duração.

RESULTADOS
Foram avaliados através dos depoimentos dos próprios funcionários, dentre os quais foi selecionado um dos mais significativo.
Fala 1
"A meditação é muito importante na minha vida. Desde que iniciei as oficinas de meditação, tornei-me uma pessoa tranqüila comigo mesma e com os outros, enfrentando melhor o dia a dia apesar das dificuldades. Aprender a separar as coisas uma das outras, e aceitar o que eu não posso modificar. Tornando-me mais humilde, mais humana e tranqüila". M.J.

FACILITADORES
- Apoio da diretoria;
- Voluntariado;
- Disponibilidade de uma sala exclusiva para as oficinas;
- Disponibilidade de material para algumas oficinas.
- Liberação pela Diretoria de funcionamento durante 1h da jornada de trabalho para as oficinas.

DIFICULTADORES
- Falta de verba para o projeto;
- Pouca disponibilidade de tempo de concessão de férias;
- Localização da sala para as oficinas (dentro da Emergência);
- Restrição das Oficinas em liberar o funcionário para as oficinas;
- Pouca participação do próprio funcionário em algumas oficinas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS
O presente Projeto tem sido desenvolvido, com o investimento no saúde do servidor, pensa que se investe a auto-estima, a motivação para o trabalho, a melhoria das relações interpessoais que se reflete em melhor atendimento ao paciente e família.

Oficinas



- Pouca disponibilidade de tempo da comissão de Humanização;
- Localização da sala para as oficinas (distante da Emergência);
- Resistência dos Gerentes em liberar o funcionário para as oficinas;
- Pouca motivação do próprio funcionário em ir para as oficinas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Projeto tem evidenciado, que o investimento na saúde do servidor, permite que se resgate a auto-estima, a motivação para o trabalho, a melhoria das relações interpessoais que se reflete em melhor acolhimento ao paciente e família.



PROJETO ITA SABOR

Autor principal: Rosa Maria Gama Moretti
 Instituição: Prefeitura Municipal de Itanhaém
 Município: Itanhaém
 Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A implantação do Sistema Único de Saúde – SUS implica em uma mudança no modelo de assistência de Saúde Mental dando uma nova direção à assistência aos Portadores de Transtornos Mentais, antes pautada no atendimento hospitalar e na exclusão do indivíduo para um atendimento pautado na inclusão social. É dentro deste princípio que o Centro de Atenção Psicossocial de Itanhaém se propôs trabalhar, olhando para o sofrimento psíquico e para a pessoa e não para a doença em si. Dentro desta perspectiva de inclusão social foi criado em maio de 2000 o “Projeto Ita Sabor”.

Uma das principais dificuldades que uma pessoa com transtorno mental encontra é o retorno para o trabalho, principalmente quando se tem uma história de internação psiquiátrica. A família acaba pagando o ônus social por ter um membro considerado incapaz, tornando-se também excluída.

Sendo assim, este projeto representou uma possibilidade de geração de renda, através da produção e venda de salgados pelos usuários do CAPS contribuindo para a melhoria na condição de vida da família, reintegrando-a na sociedade, e criando condições para o fortalecimento das relações familiares, através do reconhecimento pela família do potencial de seu membro, considerado incapaz.

OBJETIVOS: GERAL

Proporcionar forma alternativa de geração de renda às pessoas portadoras de transtornos mentais e de outros segmentos populacionais em situação de exclusão social, contribuindo para a melhoria na qualidade de vida e para o resgate de sua cidadania.

ESPECÍFICOS

- Capacitar os indivíduos para a produção de doces e salgados;
- Estimular a autonomia e a organização para o trabalho;
- Oportunizar o acesso à bens e serviços;
- Estimular a participação social;
- Preparar os indivíduos para o mercado de trabalho;

METODOLOGIA

Primeira Fase: Capacitação e Treinamento – 3 meses

Durante esta fase as pessoas receberam informações sobre: cuidados de higiene, importância dos alimentos e histórico da alimentação, classificação e distribuição dos alimentos, noção de congelamento, organização e divisão de tarefas e confecção de salgados.

Segunda Fase: Produção de Alimentos – 3 a 6 meses

Após a capacitação e treinamento todas as pessoas envolvidas neste projeto, estavam aptas a iniciarem a produção de salgados que foram vendidos em determinados horários, para os usuários e funcionários do Centro de Especialidade e para outros estabelecimentos comerciais existentes na região.

Iniciou-se também nesta fase, o processo de congelamento dos salgados, sendo vendido às pessoas interessadas;

Paralelamente, algumas pessoas ficaram incumbidas da divulgação e das vendas externas, cadastrando os estabelecimentos comerciais interessados na compra dos salgados. Estas pessoas foram escolhidas de acordo com o seu interesse e condição para a realização desta tarefa;

Neste momento houve uma divisão de tarefas, sendo que, algumas pessoas ficaram na produção, outras na compra dos ingredientes necessários, outras na venda, outras no recebimento do pedido e calculo de venda e outras na entrega.

A divisão de tarefas foi estabelecida pelas próprias pessoas envolvidas.

Terceira Fase: Produção e venda sob encomendas – 6 meses a 1 ano

Nesta fase, calculou-se que a produção de salgados estaria sendo realizada de acordo com o pedido de uma clientela fixa, como por exemplo, lanchonete, quiosque ou para funcionários de um determinado comércio.

Iniciou-se um processo de auto-sustentação do projeto e da clientela envolvida

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

“O projeto é formado por três usuários do CAPS que produzem salgados para lanchonete e para festas, doces e pizzas. Os



usuários são acompanhados por um monitor e por um técnico responsável. O montante proveniente da venda dos produtos é dividido entre os participantes do projeto no final do mês, sendo administrado por eles.

Antes de iniciarem no projeto os usuários viviam em crise (surto psicótico) e possuíam dificuldade de relacionamento com a família que não aceitavam a doença. Alguns haviam passado por internação psiquiátrica.

Após iniciarem no projeto as pessoas estão estáveis, ganharam autonomia, auto-estima, autoconfiança, o respeito da família e da comunidade. O grupo conseguiu se organizar e superar as dificuldades encontradas, dentro de um clima de respeito e solidariedade.

Membro do Ita Sabor faz parte do Conselho Municipal da Assistência Social.

A Inclusão Social através do trabalho é o aspecto inovador deste projeto. Através do trabalho as pessoas puderam ter acesso a bens e serviços que antes não tinham e conquistaram sua cidadania.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA FACILIDADE E DIFICULDADES

Esta experiência foi um grande aprendizado para as pessoas envolvidas no projeto e para nós técnicos. Foi muito gratificante ver as pessoas aprendendo e crescendo em seu aprendizado, cada conquista, cada vitória foi festejada por todos.

A facilidade encontrada diz respeito à união e solidariedade do grupo que ajudou a superar todas as dificuldades.

O apoio da Secretaria de Saúde na contratação do Ita Sabor em seus eventos também é um ponto importante a ser destacado.

As dificuldades dizem respeito à auto-sustentação do projeto. O projeto ainda não conseguiu atingir uma venda que lhe permita a auto-sustentação e depende ainda do recebimento de verba municipal.

Infelizmente ainda existe preconceito por parte de algumas pessoas e isto dificulta a venda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das dificuldades encontradas o projeto tem sido de grande importância para as pessoas envolvidas. O grupo tem demonstrado grande maturidade e as dificuldades são superadas com solidariedade, uma característica marcante do grupo.

Enfim vale ressaltar que este trabalho superou todas as expectativas e comprovou que a Inclusão Social é o melhor "remédio".



ACUPUNTURA NA ODONTOLOGIA

Autor principal: Rosa Maria Vianna Lopes

Outros Autores: Rosa Maria Vianna Lopes; Merice de Azevedo Dinau; Luciene Deluca

Ferreira Ferraz

Instituição: PAM Dr. Manoel Guilherme da Silveira Filho

Município: Niterói

Estado: Rio de Janeiro

A Acupuntura é um método milenar da Medicina Tradicional Chinesa que utiliza agulhas e outras técnicas terapêuticas complementares (moxabustão, ventosas, eletroestimulação sobre agulhas, radiação laser) sobre determinados pontos na superfície da pele, promovendo indução endógena plurifetiva.

Nas últimas quatro décadas, como resultado de permanentes e importantes investigações, foram esclarecidos alguns de seus mecanismos de ação. Assim, a Acupuntura alcançou status de método científico, ganhou um novo nome – Estimulação Neural Periférica – e, na continuidade das investigações, vem sendo cada vez mais aceita, destacando sua utilização baseado na sua maior propriedade: método terapêutico mais efetivo para acessar o Sistema Nervoso Central a partir da estimulação neural periférica, gerando, desta forma, uma importante diversidade de efeitos: sobre as funções autonômicas, no estado emocional, como estimulante do sistema imunológico, das atividades musculares e no controle da dor.

Considerando suas características terapêuticas - efetividade, baixo risco de efeitos adversos e/ou colaterais e baixo custo, a Organização Mundial de Saúde – OMS – desde 1975 recomenda a Acupuntura como terapêutica de primeira escolha no atendimento de emergências.

No Brasil já a Acupuntura é reconhecida como Especialidade Médica desde 1995.

Como benefícios da Acupuntura na Odontologia podemos observar no paciente: controle do estado emocional, normalização da pressão arterial e controle das frequências cardíaca e respiratória, controle do sangramento, normalização das atividades motoras, estimulação do sistema imunológico e controle da dor.

Alem de disponibilizar aos pacientes um serviço de grande eficácia, resultados rápidos, seguro e de baixo custo, a Acupuntura na Odontologia se aplica no tratamento coadjuvante de diversas manifestações orais:

- Dor Aguda e Crônica: pulpite, pericementite, pericoronarite, gengivites e periodontites abscesso periodontal agudo, abscesso endodôntico agudo, alveolite, dor pós-trauma, dor têmporo-mandibular, dor oncológica, neuralgia do Trigêmio
- Paralisia facial; Bruxismo; Trismo; Queilite Angular; Halitose; Aftas; Xerostomia Parestesia; Úlceras crônicas; Glossite; Retração gengival; Mobilidade dentária.

- Pré e pós operatório cirúrgicos,
- E demais afecções do Sistema Estomatognatico.

O desenvolvimento do trabalho de pesquisa realizado no PAM Dr. Manoel Guilherme da Silveira Filho no período de janeiro a agosto de 2005, objetivou permitir o tratamento odontológico a pacientes sistemicamente comprometidos, além de propiciar aos mesmos uma alternativa de tratamento de problemas orofaciais que antes apresentavam baixa e demorada resolutividade. Os pacientes foram captados através do Setor de Odontologia (clínica básica) e de encaminhamentos de outros setores médicos desta Unidade de Saúde Pública.

Foram acolhidos, tratados e acompanhados 30 pacientes no período de janeiro de 2005 a agosto de 2005, que após criteriosa anamnese receberam tratamento, com seleção de pontos de acupuntura individualizados, de acordo com a síndrome diagnosticada. A técnica necessitou de consultas semanais (duração de 30 minutos cada), durante cerca de dois meses. Foram tratados 1 (uma) queilite angular, 7 (sete) dor temporomandibular, 8 (oito) gengivite, 1 (uma) pericoronarite, 3 (três) bruxismo, 4 (quatro) aftas, 4 (quatro) herpes, 1 (uma) parestesia, 1 (uma) paralisia facial. Alguns pacientes possuíam mais de uma sintomatologia.

Considerando as características dos pacientes acolhidos com necessidades diferenciadas de tratamento odontológico – a totalidade daqueles pacientes que se submeteu a técnica obteve expressiva resolutividade no seu quadro inicial, além do ganho no atendimento diferenciado, onde há uma visão holística do paciente, atuou-se também no controle do stress e ansiedade melhorando sua qualidade de vida.

Contamos com o apoio da direção da CAP 5. I e da Unidade com plena integração entre as especialidades médicas e a odontologia. Houve aceitação da técnica pelos pacientes, os quais foram devidamente informados e autorizaram a realização do tratamento.

A dificuldade encontrada decorreu da aquisição das agulhas e demais materiais necessários à utilização da técnica.

Considerando, então, as necessidades da Odontologia e as propriedades terapêuticas da Acupuntura, naturalmente se aproximam as duas, gerando novas e estimulantes possibilidades coadjuvantes que promovem soluções e avanços expressivos nas relações entre a atividade dos profissionais de odontologia e seus pacientes podemos concluir que obtivemos expressivos resultados nos pacientes tratados pela técnica nesta Unidade de Saúde Pública.



INTEGRAÇÃO ENTRE UNIVERSIDADE E SERVIÇO DE SAÚDE: GANHOS NA QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E ATENÇÃO EM SAÚDE

Autor principal: Rosana Aparecida Garcia

Outros Autores: Sérgio Resende Carvalho

Município: Campinas

Estado: São Paulo

Historicamente as UBS que recebem alunos de Universidade, referem que esta inserção nos processos de trabalho costumam vir de encontro a uma lógica verticalizada, pouco participativa, trazendo incômodos internos como se novas frentes de trabalho fossem iniciadas sem uma continuidade quando os alunos vão embora. A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas juntamente com o o Departamento Medicina Preventiva e Social – FCM / UNICAMP têm se proposto a estabelecer um dialogo de articulação entre gestores e trabalhadores da saúde e a Universidade de forma que se tenha ganhos bilaterais nesta parceria. A busca em parceria por cenários de aprendizagem reais, dinâmicos e articulados com necessidades do serviço, de forma a produzirem instrumentos de gestão, é um dos objetivos que este trabalho se propõe a contar. O local do estudo é o Centro de Saúde Dic III, localizado no Distrito Sudoeste de Campinas, e que tem uma população aproximada de 35 mil habitantes na condição de 90% de Sus Dependência. A demanda diária do serviço é grande, e os trabalhadores da saúde sempre referiram ser “apagadores de incêndio” no Sistema de Saúde. A inserção de uma nova gestão local no ano de 2005 foi um momento de reflexão de processos internos de trabalho, bem como a necessidade da busca pela qualificação da assistência e atenção em saúde. A valorização do trabalhador em saúde e um processo de educação permanente foi algo que entrou na agenda de gestão como prioridade imediata. Assim sendo, uma parceria foi solicitada junto ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp e alunos do Internato do 5º ano de Medicina na área de Planejamento e Gestão e a Residência em Medicina Preventiva e Social da Unicamp, foram iniciados nesta Unidade de Saúde. Inicialmente os trabalhadores da saúde desta UBS não conseguiam compreender qual seria a contribuição que poderiam dar para a Universidade. A gestão local discutiu de forma colegiada esta inserção, já procurando saber quais seriam as demandas que o serviço poderia fazer para os docentes. Depois de levantar as demandas, o grupo docente sentou com os trabalhadores da saúde e gestora local, no sentido de explicar os objetivos da inserção e ouvir quais seriam as contribuições que os serviços poderiam dar na lógica de construir uma Rede Docente que fosse além do professor da Academia, mas que trabalhasse na lógica da tutoria em serviço. A primeira turma do Internato do 5º ano trabalhou a questão do câncer

de colo de útero na região do Centro de Saúde e trouxe discussões ampliadas para o grupo de trabalhadores, que permitiu reflexões internas que qualificaram a assistência (aumentou o acesso de mulheres para o papanicolaou, criou uma rede de acolhimento a mulher, etc). Além disso, os alunos enviaram o trabalho para o Congresso Interno de Iniciação Científica e este foi premiado em primeiro lugar, o que honrou demais a Unidade. A partir daí, todos os demais grupos de alunos já tinham discussões previamente elaboradas pelo grupo de trabalhadores, e que esperavam o momento de chegada dos alunos. A residência medica, que ficava a maior parte do tempo no serviço (duração 1 ano – RI), tinha uma inserção mais horizontalizada nos projetos, e de uma maneira direta, buscou-se fazer a integração entre estes projetos, de forma a não gerar demandas paralelas e sem continuidade.

Desta forma os objetivos gerais deste trabalho foram: buscar uma nova ótica de articulação do processo de construção do conhecimento em saúde e abordagens pedagógicas que valorizem a construção coletiva do processo de conhecimento e uma agregação de saberes, avaliações e a possibilidade da permanente educação e renovação de conhecimentos e atualização técnica e científica. Os objetivos específicos vem de encontro a uma construção de instrumentos de gestão em parceria com a Universidade e Serviço de Saúde, envolvendo trabalhadores da saúde enquanto tutores em serviço, permitindo sua educação permanente e a consequente qualificação da assistência em saúde.

A Metodologia utilizada foi da Pesquisa ação onde os sujeitos estão envolvidos e participando do processo como um todo, (Thiollent, 1991). A coleta de dados foi possível através de instrumentos sistematizados pela gestão local e docente a saber: diário de campo com registro de cada discussão feita nos grupos envolvendo alunos e trabalhadores; avaliação a cada termino de grupo; planejamento anual no qual inseriu-se a temática desta articulação ensino e serviço e ganhos para a UBS e usuários, atas de reuniões (planejamento, reuniões, etc), registro de falas e situações, registros de campo, dentre outros.

A estratégia que garantiu uma inserção horizontalizada da Universidade e uma construção do projeto pedagógico que viesse de encontro a realidade local de saúde, respeitando sua singularidade



foram as reuniões pedagógicas com tutores e docente : momento no qual os tutores reuniram-se para planejar ações dentro da proposta dos eixos temáticos trazidos pela Disciplina. Estas reuniões tiveram característica tanto presencial como de Educação a Distância através do espaço do TelEduc, uma página virtual aberta e que permite aos trabalhadores da saúde acessarem virtualmente as discussões pertinentes as grupos que passam pelo serviço e outras discussões que auxiliam a educação permanente dos trabalhadores da saúde. Esta página virtual tem como título “NEA 001 – Núcleo de Educação e Apoio a Docência – CS Dic III”, tem o apoio de um dos docentes do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, e é abrigada também pela Universidade, tendo com endereço : http://www.ead.unicamp.br/~teleduc/cursos/aplic/index.php?cod_curso=819 .

Acreditamos que este tipo de trabalho traz contribuições tanto para a Universidade, dentro do tema da Reforma Curricular que encontra-se na pauta nas discussões nos dias atuais; como impacta na formação de médicos com capacidade de operar em um novo modelo de atenção, garantindo uma articulação da Universidade com o Serviço de Saúde, na busca e desafio de articular e integrar as necessidades pedagógicas com as necessidades do serviço, quanto para serviços de saúde gerando uma valorização do trabalhador da saúde que se propõe ser um tutor em serviço e uma pratica que gera instrumentos de gestão importantes para o cotidiano dos serviços.



GESTÃO DA SAÚDE NA DIVERSIDADE DOS POVOS" SOMOS HERMANOS"

Autor principal: Rosana Magalhães Gaeta

Outros Autores: Pe Roque Renato Pattussi; Pe Mario Geremia

Instituição: Centro Pastoral dos Migrantes-CPM

Município: São Paulo

Estado: São Paulo

CSSPM responsável por uma região com 308.000 habit 35 km² com 17% de idosos, 4000 moradores de rua, 12% da mão de obra da cidade, 7 universidades, mais de 300 cortiços e aproximadamente 10% da população de imigrantes latinos (bolivianos, paraguaios e peruanos) na sua maioria indocumentados trabalhando e morando em oficinas de costura insalubres. Trabalhando por produção, cumprindo jornadas diárias de mais de 14 horas. Desconhecendo seus direitos à saúde e educação. Para dar respostas a estas características territoriais uma das estratégias foi a construção de redes com parceiros. Com os imigrantes foi realizado um trabalho com o projeto "Somos Hermanos".

Os principais agravos à saúde desta população é resultado de sua condição de vida. Os ditos "clandestinos" têm medo de buscarem os recursos públicos e serem deportados, sendo fáceis presas para o crime organizado e vários tipos de pequenos golpes. No caso dos bolivianos e peruanos, sua característica física, indígenas, os evidenciam. Tuberculose, pré-natal tardio, alcoolismo, violência doméstica, problemas de saúde bucal e higiene, dermatites são agravados pelas dificuldade de acesso aos serviços de saúde além das barreiras do preconceito, idioma e diferenças culturais.

Objetivos 2004

Ampliar o acesso - Saúde e educação

Sensibilizar os trabalhadores municipais da saúde e educação, das regiões com maior número de imigrantes desta coordenadoria sobre: os mecanismos da migração e oferecer noções de espanhol e da cultura latina

Ampliar espaços de convivência

Divulgar as informações sobre migração

Conquistas: -formação de 150 trabalhadores da saúde de três UBS –Brás, Pari e Belém para a compreensão da migração e noções de espanhol e cultura latina formalizada a Praça Kantuta no Pari como espaço para convivência

Durante o ano de 2004/2005 foram varias matérias em TV, jornais, inclusive New York Times -contratação de 6 agentes comunitários de saúde imigrantes para o PSF das UBS Brás e Pari; - aprovação do projeto internacional da PMSP com a União Européia URB-AI rede 10 para diagnóstico da pobreza urbana dos imigrantes agora em SP capital, e a formação de agentes interculturais sob

responsabilidade hoje da Secretaria Especial de Participação e Parceria/ Coordenação de Participação Social PMSP

Foram dois movimentos de gestão: Um como gestora do SUS junto com o CPM e outro como trabalhadora do SUS e agente do Centro Pastoral

Atualmente, 2006 o projeto continua sob coordenação do Centro Pastoral dos Migrantes, estando focado para ações "Micro"; na região do Brás onde há, 0m² de área verde por habitante, mais de 200 oficinas de costuras considerada região abastecedora do mercado da moda, diariamente circulam em 55 ruas aproximadamente 300mil pessoas. Em um trabalho incluindo além do Centro Pastoral as missionárias Scalabrianianas, UBS Brás e Secretaria do Verde e Meio Ambiente da Prefeitura. "Somos Hermanos- Nossa raízes" vem trabalhando contra o preconceito em um projeto de integração cultural e arborização, contando lendas resgatadas da memórias de pessoas de três povos: Brasil, Bolívia e Paraguai e plantando árvores, construindo a Cultura do Cuidado e da Paz



(VI)VENDO;RESISTINDO E CRIANDO: A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE MISTA DE SAÚDE - NATAL/RN

Autor principal: Rosana Maria Ferreira de Moura Lima

Outros Autores: Elzimar de Paiva Marinho; Rejane Guedes Pedroza; Mirtes Lopes Gomes;

Maria Cecília Lopes da Silva; João Maria Pontes; Rita de Cássia Lopes Mendonça Rego

Instituição: Unidade Integrada de Saúde Dr. Paulo Bernardino de Medeiros

Município: Natal

Estado: Rio Grande do Norte

Partindo da missão institucional da Secretaria Municipal de Saúde do Natal de “*Garantir na perspectiva da promoção à saúde a atenção integral à saúde da população, baseada nos princípios de acessibilidade, resolutividade, humanização e cidadania*”, a Unidade Integrada de Saúde Dr. Paulo Bernardino de Medeiros, que compõe a rede de serviços de saúde do Distrito Sanitário Sul e localiza-se à Rua das Carnaúbas, s/n, Conj. Cidade Satélite, III Etapa, Natal/RN, presta serviços de pronto atendimento, com urgência médica, odontológica e laboratorial 24 horas, além de ações de atenção básica, com equipe multiprofissional, ressaltando-se que a Unidade não tem implantada a Estratégia Saúde da Família. Os diversos fóruns de discussões ocorridos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), têm apontado a relação dos trabalhadores entre si e com a população usuária, a falta de acessibilidade e de humanização do atendimento e a precarização das relações de trabalho, como problemas que limitam o estabelecimento de ações mais resolutivas e de valorização da dignidade humana, provocando a desmotivação dos profissionais, a baixa auto-estima, os conflitos entre as diferentes categorias, fortalecendo o corporativismo, gerando a insatisfação dos trabalhadores em saúde e refletindo negativamente na qualidade e resolutividade das ações. Diante desta realidade, entendendo o cuidar em saúde como uma co-produção e a humanização do trabalho em saúde como um tema transversal, a Direção e a Equipe Técnica da referida Unidade, sentiram necessidade de constituir espaços de debate e criação de propostas de intervenção, com a participação dos diferentes atores sociais, a partir da compreensão da gestão do trabalho como um ato coletivo, implicado, em permanente construção, tendo como objetivos contribuir para o estabelecimento de práticas de atenção à saúde comprometidas com o exercício da cidadania, com a desalienação do trabalho em saúde e com a co-responsabilidade no cuidar, bem como, com o resgate da auto-estima, motivação e compromisso social dos trabalhadores. Os caminhos percorridos para o desenvolvimento desta vivência foram as Oficinas de Planejamento da Unidade, realizadas em 2003, 2004 e 2005, com a participação de gestores dos níveis Distrital e local, trabalhadores e usuários, a realização de reuniões semanais, com a participação da Direção e representantes dos diversos setores da Unidade, a criação do Comitê

de Humanização da Unidade e a realização da I Semana de Qualidade de Vida. Nestes fóruns, a participação e o diálogo entre os diversos atores sociais envolvidos, foi a principal ferramenta para a construção e efetivação de resultados positivos. Neste percurso, encontramos facilidades e dificuldades. As facilidades, relacionaram-se ao clima de motivação e cooperação entre grande parte dos profissionais da Unidade, enquanto as dificuldades, podem ser ressaltadas pelos conflitos de personalidade e de interesses, pela burocracia institucional, pelo descompasso entre as agendas nos vários níveis institucionais, além da insuficiência de recursos financeiros e apoio logístico para a implementação de algumas propostas. Entretanto, apesar das dificuldades, tivemos como frutos deste processo: a implementação de caixa de sugestões no pronto atendimento e no ambulatório, cujos conteúdos eram consolidados e analisados nas reuniões semanais e implementados, de acordo com as condições disponíveis, como por exemplo, a melhoria da acessibilidade geográfica após a intervenção de profissionais da Unidade junto à Companhia de Serviços Elétricos do Rio Grande do Norte para que as lâmpadas dos postes da área de abrangência da Unidade que estavam queimadas, fossem substituídas; o redirecionamento do local e fluxo para recebimento de material e marcação de exames do Laboratório, possibilitando melhoria no atendimento aos usuários; a criação de um setor de recepção ambulatorial, melhorando a acessibilidade organizacional; a sinalização visual dos diversos setores, proporcionando a melhoria da comunicação em relação ao fluxo de atendimento; as comemorações dos aniversariantes do mês e confraternizações em datas comemorativas (Natal, Ano Novo, São João), com incentivo a expressão artístico-cultural dos talentos locais (teatro, dança, música), possibilitando a valorização dos trabalhadores, o exercício da criatividade e o crescimento humano; a realização da Dinâmica do Anjo que contribuiu para uma maior integração entre os setores e a melhoria das relações inter pessoais; a realização de reunião na Unidade com a participação dos gestores, trabalhadores e lideranças comunitárias, onde foi entregue documento elaborado pela equipe técnica da Unidade, no qual foram relatados os problemas e as proposições, acelerando a continuação da reforma da estrutura física do pronto atendimento, proporcionando uma melhor



organização dos espaços e qualidade no atendimento; a realização de bazares na Unidade, como estratégia para arrecadação de recursos financeiros, com a participação de profissionais e usuários, que possibilitaram a compra de máquina fotográfica, som, mesas e cadeiras para a realização de atividades educativas e comemorativas. A partir desta vivência, aprendemos que a mudança de práticas é um processo lento, difícil, espinhoso. Não existem fórmulas mágicas ou receitas prontas. Trata-se de uma construção coletiva, dia-a-dia, com base na compreensão da realidade institucional, dos diferentes modos de pensar e de agir, das condições em que o trabalhador da saúde atua, da organização local e da somatória de aliados. Precisamos, portanto, de vontade política, bom senso, habilidade e coragem para implementar reformas, não só das estruturas físicas, mas do pensamento dos diferentes atores sociais que constroem o SUS, que amam, sofrem, adoecem, necessitam de cuidados, criam estratégias, buscam a felicidade e lutam por seus direitos.



AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - MEDIADORES SOCIAIS DEMOCRATIZANDO O CONHECIMENTO

Autor principal: Rosane Guimarães Bachilli

Outros Autores: Arlete Aparecida Furtado; Elaine Pereira Paiva; Gisele Regina Pena

Lima; Ivone Cassini Augusto; Jane Duarte Monteiro; Josiane Manuela Barbosa da Silva; Luzia

Aparecida de Camargo; Maria de Fatima Tiam Reigadas Savador; Maria Lucia Gabriel

Costa; Rosemeire Domingue

Instituição: Prefeitura Municipal de Cerquillo

Município: Cerquillo

Estado: São Paulo

Esse é um projeto voltado à Educação na Saúde, atento à reciprocidade das relações interpessoais envolvidas no processo ensino-aprendizagem. Esse estudo se propõe à criação e produção de material educativo, útil à capacitação de agentes comunitários de saúde (ACS) e profissionais de equipes de saúde da família (ESF). Para satisfazer necessidades e expectativas de uns e outros, buscamos a interação entre os vários saberes através da alteridade inerente às relações nas ESF e no grupo de pesquisa, que é multidisciplinar. Nossa proposta didática (texto e módulos áudio-visuais) aborda, na ótica e linguagem dos agentes comunitários de saúde, os significados essenciais à sua experiência de ser agente – uma identidade em formação. Essa base teórica resulta de uma pesquisa feita em 2003, na UNESP Botucatu, pela apresentadora desse projeto. Alguns co-autores deste estudo foram entrevistados na primeira pesquisa e, neste projeto, contribuem com seus conhecimentos nas áreas de: teatro; informática; liderança comunitária; nutrição; enfermagem; conselho municipal de saúde; atendimento ao público; direito ambiental; vendas; cuidado de crianças. O grupo conta com uma enfermeira, professora orientadora; uma psicóloga; um médico psicodramatista e uma professora de ensino fundamental, experiente na técnica de releitura.

OBJETIVOS DO ESTUDO

Os objetivos dessa pesquisa são: incluir conteúdos identitários em educação na Saúde; validar a utilização desses conteúdos para capacitação dos ACS em diferentes regiões do país; preparar agentes comunitários pesquisadores para atividades de produção de conhecimento do SUS (Sistema Único de Saúde); propor uma nova relação de produção científica, que integre saberes acadêmicos e o conhecimento gerado pelas equipes de saúde.

METODOLOGIA

Este trabalho pretende ser uma pesquisa social aplicada, no modelo pesquisa-ação, onde “o envolvimento do pesquisador na

ação é parte integrante da pesquisa” (Minayo, 2000). A base teórica é filosófica: o diálogo entre o saber acadêmico e o saber popular, a formação técnica e a experiência humana dos autores. Seguimos a experiência fenomenológica, abordando a questão da mediação social feita pelos agentes comunitários de saúde, através do referencial de Paul Ricoeur. Utilizamos textos desse filósofo na revisão inicial de conteúdos, na análise e interpretação dos resultados, além de textos de pesquisadores brasileiros nas áreas de saúde pública, psicologia, psicodrama e educação.

Realizamos grupos focais para coleta de dados. Registramos conteúdos por: audiogravação, relatórios, textos elaborados, imagens. Estudamos em grupo os significados encontrados na pesquisa sobre a identidade do agente comunitário (UNESP, 2003). O diferencial metodológico é a eleição e elaboração dos temas a partir da necessidade de conhecimento dos ACS. A alteridade estabelecida nas relações entre os pesquisadores norteia a dinâmica de elaboração de conteúdos e materiais educativos.

Os textos são elaborados com técnicas de leitura e releitura. A opção didática é estimular três vias cerebrais de informação: visual, auditiva e sinestésica. A professora de língua portuguesa revisa os trabalhos e orienta nas dificuldades. O material didático audiovisual produzido será editado e distribuído a instituições de capacitação interessadas em fazer parte da avaliação dos resultados da pesquisa.

RESULTADOS DA VIVÊNCIA E PRODUTOS CONCRETOS

O projeto se iniciou em abril de 2005 e terminará em agosto de 2007. A primeira parte foi a releitura do texto da pesquisa inicial (A Identidade do Agente Comunitário de Saúde – uma abordagem fenomenológica). Ao final dessa etapa, elaborou-se uma brochura *A identidade do agente comunitário de saúde – a releitura dos sujeitos*.

As principais observações das agentes comunitárias foram de: surpresa com a própria capacidade intelectual; prazer em participar



da produção de texto das parceiras; visão de futuro/ continuidade do trabalho; aprendizagem de termos e expressões; curiosidade na consulta a dicionários; investimento numa produção pessoal, no horário habitual de rotinas domésticas; apoio familiar maior que o esperado; satisfação em redigir o comentário pessoal.

As agentes comunitárias tiveram dificuldade para desvincular o comentário pessoal da releitura; apropriar-se culturalmente de textos científicos, interpretando-os; citar nomes de pesquisadores; mudar o texto; digitar; concretizar a própria linguagem poética.

As principais dificuldades se referem ao custeio do projeto. O grupo de pesquisa tem o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Cerquilha.

CONCLUSÕES

Há que se vencer dificuldades que se originam na dissonância existente entre quem aprende e ensina. Esse distanciamento é conjuntural: a instituição de saúde pública insere o indivíduo, sem conhecer suas necessidades sociais; o sujeito é cobrado de uma ação genérica, padronizada pelo conhecimento institucional incipiente. A construção de tal conhecimento esbarra na experiência existencial dos atores. Há que desenvolver novos papéis, como o da equipe pesquisadora-assistencial, que reúne desde profissionais acadêmicos até agentes comunitários pesquisadores. Trabalhamos a questão da educação como instrumento de prática libertadora; a didática, como ferramenta democrática de todos os que trabalham com saúde coletiva e educação em saúde.

A inserção do agente comunitário, antes usuário, hoje funcionário do serviço de saúde é uma extensão do contrato social. Para RICOEUR (1990), *“o desafio do Contrato social é o do ‘ingresso nas instituições’”*. O ingresso traz a perspectiva de que as contribuições da pessoa e de seu grupo de saber sejam valorizadas e acrescentadas ao conteúdo institucional. Acreditamos que: *“O poder corresponde à atitude do homem para atuar e para atuar de um modo conjunto”*. (Hannah Arendt apud GARRIDO, 1997).

Nessa perspectiva, contamos com a participação de instituições públicas de diversos estados do Brasil que se disponham a experimentar e avaliar o produto desse estudo.



CCZ ARAGUAÍNA-TO EM AÇÃO/EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM DEBATE

Autor principal: Rosangela Magalhães Nunes

Outros Autores: Ketren Carvalho Gomes; Shisley Botelho Galvão; Crhistine Barbosa da Costa; Luciana Coelho Gomes; José Pereira da Cruz

Instituição: Centro de Controle de Zoonoses - CCZ

Município: Araguaína

Estado: Tocantins

O dengue e a leishmaniose visceral, no município de Araguaína-TO, assim como no Brasil constituem um problema de saúde pública preocupante, uma vez que não estão ligadas apenas a áreas de gerenciamento da saúde, mas também se relaciona com práticas e comportamento da população local. Este projeto está sendo desenvolvido pelo Centro de Controle de Zoonoses – CCZ do município de Araguaína-TO, que assume ações de vigilância epidemiológica, entomológica e controle das zoonoses. A preocupação da equipe técnica foi buscar na educação, a ampliação dos recursos disponíveis, pensando na potencial possibilidade de provocar reflexões na alteração de práticas, comportamentos e estilos de vida de sociedades, levando-as a compreenderem as razões e os benefícios dessas mudanças. A ação deixa de ser somente transferência de informação e passa a ser também um processo de capacitação e participação de indivíduos e grupos para a transformação da realidade. Araguaína, localiza-se a 393 quilômetros da capital Palmas, às margens da BR 153 e conta com uma população residente aproximada de 127 mil habitantes, possui cento e trinta e nove bairros legalizados, mas conta com outros tantos instalados em periferias ocupadas desordenadamente. O município é considerado pólo universitário e referência em saúde para o sul dos estados do Pará, Maranhão e do próprio estado. No ano passado houve uma alteração súbita no quadro clínico e epidemiológico do dengue e leishmaniose visceral. De 2004 para 2005 houve aumento de 30% nos casos confirmados de dengue com a entrada do DEN 3 no município, verificado na faixa etária de menor de 10 anos. Em relação ao calazar, observou-se incremento de 26% de casos autóctones humanos, com existência de 1 óbito em criança menor de 1 ano, em uma comunidade economicamente desfavorecida e com baixo grau de escolaridade. Não havia registro de mortalidade por estas causas no município. O projeto tem como objetivo informar sobre as diversas zoonoses, buscando promover a participação ativa da comunidade, encorajando-a a adotar e manter rotinas higiênicas - sanitárias nos padrões adequados. Propiciar a auto-avaliação da participação individual e coletiva como forma de garantir melhorias de saúde e do meio ambiente; Disponibilizar e divulgar informações que possam garantir acesso aos serviços de saúde, dúvidas e denúncias junto as equipes

de saúde, Secretarias Municipais de Meio Ambiente, Educação e de Obras, Hospital de Referência e CCZ. Desta forma a equipe interdisciplinar e intersetorial, pretendem melhorar de imediato a situação epidemiológica das zoonoses incidentes nas diversas localidades, eleitas para desencadeamento das ações, segundo avaliação clínica-epidemiológica, indicadores entomológicos, índices de infestação predial e de depósitos, positividade canina e humana para calazar e outras zoonoses, presença de roedores, animais peçonhentos e sinantrópicos. Os métodos propostos para alcançar os objetivos são: (1) divulgar as zoonoses, adotando o recurso didático (exposição oral explicativa, uso de datashow, retroprojeto palestras, folhetos, cartazes educativos, teatros, fantoches, etc) conforme o perfil sócio-cultural da assembleia; (2) mostrar a comunidade os fatores de risco determinantes que ameaçam o bem-estar; (3) sensibilizar adultos e crianças na adoção de medidas preventivas e de controle das zoonoses; (4) capacitar multiplicadores (agentes escolares municipais, pais, professores e profissionais das unidades básicas e acadêmicas) da rede municipal, estadual e privada; (5) avaliar continuamente índices epidemiológicos e entomológicos, priorizando os locais com necessidades de medidas preventivas; (6) buscar integração da equipe técnica; (7) incrementar parcerias para busca de soluções coletivas; (8) medir posteriormente o impacto dessas ações na morbidade e letalidade das zoonoses. Para desenvolvimento do projeto, há uma equipe fixa integrada por médicos veterinários, engenheira sanitária, biólogo, psicóloga, médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e de vigilância ambiental, e por parceiros das secretarias municipais envolvidas. As reuniões são agendadas previamente e realizadas em escolas; centros comunitários e recreativos, em conjunto com presidentes de bairros, agentes comunitários de saúde e de vigilância ambiental que auxiliam no convite às comunidades. A metodologia utilizada é sempre baseada no método participativo de discussões que possam contribuir para a detecção de problemas locais e direcionamento para planejamento de estratégias de soluções. O trabalho está sendo desenvolvido desde o início de dezembro de 2005, com documentação através de filmagens, fotografias digitais e lista de presença. Já possibilitou a inserção de 12 localidades, sendo 25% de zona urbana e 75% de periurbanas e



rurais, tendo envolvido 1.257 pessoas, com predominância de 56,7% do sexo feminino. Foi trabalhado um público na faixa etária de 6 a 60 anos e mais, com predominância no intervalo de 11 a 20 anos (60,1%). Alcançou a participação direta e indireta de 171 profissionais de saúde e educação, 61% de estudantes, 18% com atividades domésticas e o restante presença de aposentados e outras ocupações. Alguns fatores facilitatórios para execução do trabalho, são: interesse, aceitação, receptividade e alegria das crianças, jovens e adultos com os temas apresentados; adesão e interesse de parceiros do CCZ; comprometimento e domínio dos temas dos profissionais envolvidos; poder convocatório da comunidade. Como dificuldades enumerase: timidez de profissionais que são formados em academias, não inseridas no convívio social; ausência de locais com estruturas físicas e sanitárias adequadas; A equipe não dispõe de recursos pedagógicos próprios, necessitando de empréstimos. Conclui-se que uma experiência educativa, simples, inovadora e audaciosa em Araguaína – TO, tem tentado resolver um problema, com esperança dos detentores do saber e do poder abrirem os portões técnicos e ir ao encontro de situações que nem sempre estão dentro da capacidade resolutive, mas que estão sendo trabalhados com o fim de transformar o conhecimento técnico teórico na melhoria da qualidade de vida e saúde. Os indivíduos e grupos estão sendo estimulados a identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente no qual estão inseridos para alcançar dignidade de vida, conforme a Carta de Ottawa, 1986. Fica evidenciado que vale a pena a exposição de profissionais entre erros e acertos e que parceria de educação, saúde com outros seguimentos pode ser uma experiência exitosa, mesmo a médio e longo prazo.



EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA PARA A EFETIVAÇÃO DE ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE

Autor principal: Roselita Sebold

Outros Autores: Darclé Cardoso

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde e Educação

Município: Rio do Sul

Estado: Santa Catarina

A educação em saúde pode se constituir em um processo participativo entre os profissionais da educação e da saúde, contribuindo ao educando o desenvolvimento de competências para perceber, analisar e resolver problemas pertinentes a sua saúde. Portanto, é imprescindível que o planejamento destas atividades envolva diferentes profissionais e que tenha como ponto de partida as experiências, saberes, atitudes, condutas e percepções dos sujeitos envolvidos no processo educativo. Com base nesse pressuposto, desde 1991, o Departamento de Odontologia da Secretaria de Saúde do município de Rio do Sul (SC), instituiu o Programa de Educação em Saúde de Rio do Sul (PROESASUL). Este é um programa de educação em saúde, destinado ao escolar. Desde seu início as ações ocorrem em parceria com a secretaria de educação, envolvendo todos profissionais (saúde e educação). A partir de 2005, uma nova proposta de trabalho foi desenvolvida por duas cirurgiãs dentistas, privilegiando uma metodologia de trabalho, que vai ao encontro com a proposta do Ministério da Saúde no que tange ao desenvolvimento das capacidades dos diversos atores do setor da saúde buscando atuar estrategicamente na ampliação da integração com as demais áreas da saúde, da educação e administração pública, dentro de uma visão de Promoção de Saúde. Este trabalho constitui-se num sub-programa do PROESASUL, intitulado Escola Sorriso - Promotora de Saúde, que foi desenvolvido na Rede de Ensino de Rio do Sul, SC, em 2005 onde foram elaborados os seguintes objetivos de pesquisa em relação ao trabalho aplicado: caracterizar as ações desenvolvidas no Programa PROESASUL, a fim de identificar as dimensões constitutivas para organização de programas de formação permanente de docentes e elaborar subsídios teórico-práticos para contribuir com as discussões sobre a formação de um educador comprometido e competente nas práticas de Educação para a Saúde tendo como foco principal o aluno e a sua família, analisando o papel da psicopedagogia no desenvolvimento de atividades de educação em saúde bucal a fim de promover saúde nas escolas públicas e especiais. Esta pesquisa se justificou pelo fato de vir ao encontro da meta da Secretaria de Saúde, mais especificamente do Departamento de Odontologia, de abranger toda a sua rede de ensino na perspectiva de melhorar os indicadores de saúde/saúde

bucal. O referido departamento realiza, há aproximadamente 15 anos, projetos nesta área os quais já passaram por vários processos de reestruturação, sendo esta pesquisa mais um instrumento para auxiliar o planejamento destes projetos. Além disso, a importância social e educacional da pesquisa aqui proposta reside no fato de que a utilização das atividades psicopedagógicas como facilitadoras do processo de autoconhecimento para a aprendizagem do autocuidado, de certa maneira poderá propiciar a inclusão e a garantia da melhoria da atenção àqueles alunos portadores de deficiências e/ou com certo grau de dificuldade em quaisquer que sejam as disciplinas ou conteúdos escolares. Outrossim, apresentam-se propostas de atividades destinadas aos professores a fim de que contribuam para a instituição e desenvolvimento de programas de Promoção em Saúde nas escolas, sejam elas públicas, particulares, especiais ou regulares, tendo como referência os Parâmetros Curriculares Nacionais e, em particular, os livros dedicados aos temas transversais, ancorados nos conhecimentos advindos do curso de Facilitadores viabilizado pelo Ministério de Saúde – ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública), Fio Cruz. O estudo de caso que se apresenta engloba um Projeto Piloto desenvolvido no Centro Educacional Ruth Schoroeder Ohf, pertencente à Rede Pública Municipal de Rio do Sul; um Curso de Formação; um Encontro de Educação em Saúde e um Seminário para Socialização das Práticas de Promoção em Saúde/Saúde Bucal, ambos realizados, também na cidade de Rio do Sul. O Projeto Piloto teve como foco 65 alunos, de 6 a 11 anos de idade, todos freqüentando da 1ª a 4ª série da escola em questão. O Curso de Formação contou com a participação de 80 professores da rede pública de ensino fundamental anos iniciais (regular e especial), e foi desenvolvido em 3 módulos, com duração de 4h/aula cada. Do VI Encontro de Educação em Saúde e I Seminário para Socialização das Práticas de Promoção em Saúde/Saúde Bucal participaram 23 escolas públicas e especiais e duas particulares, que atendem a 3.760 alunos das séries iniciais do ensino fundamental e 680 alunos das Escolas Especiais. Para a coleta dos dados dos trabalhos desenvolvidos com os alunos, utilizaram-se como instrumentos um questionário contendo uma pergunta, que foi aplicado a 18 professoras, desenhos, fichas de índice de placa, relatos escritos de algumas crianças,



registros fotográficos e projetos elaborados pelas professoras, além da observação. A análise dos dados, dentre outros, revelou a psicopedagogia como uma importante aliada na obtenção de situações de educação para a saúde, por meio do seu olhar diagnóstico e de oferecimento de caminhos pedagógicos de ensino/aprendizagem e, ao mesmo tempo, avaliativos, refletindo não só melhora da qualidade de vida dos alunos, como também dos seus processos cognitivos. Serviram de instrumentos para coleta de dados dos trabalhos desenvolvidos na formação dos professores - questionários de avaliação, observação participante e documentos (registros dos professores). As interpretações dos dados permitem inferir que os espaços de formação através da Educação Permanente precisam garantir comunicação e coletividade para contribuir na aprendizagem significativa do professor. Sinalizar a importância do exercício das dimensões: conhecimento, partilha e motivação pelos professores em programas de formação para promoção de saúde, a partir da vivência de situações de coletividade e comunicação, sugere que é possível contribuir para aprendizagem significativa dos mesmos. A aprendizagem significativa dos professores contribui para que se sintam comprometidos e capazes em garantir nas escolas espaços e tempos para Promoção de Saúde. Assim sendo, o professor torna-se ator, no seu fazer pedagógico, para o aprimoramento da qualidade de vida, seu, de seus alunos e, por consequência, da comunidade.

Feita à luz dos estudos de Vygotsky (apud COLL 1994), Coll (2004), Tapia e Montero (apud COLL; MARCHESI; PALÁCIOS, 2004), Moysés (apud ABOPREV, 2003), Buischi (2000), Bönecker e Sheiham (2004), Tafner e Fischer (2004),

- EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A EFETIVAÇÃO DA
- ESCOLA SORRISO – PROMOTORA DE SAÚDE
- EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EFETIVANDO A
- ESCOLA SORRISO – PROMOTORA DE SAÚDE
- ESCOLA SORRISO – PROMOTORA DE SAÚDE COM –
- ATRAVES
- EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
- EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE UMA
- ESTRATÉGIA PARA A EFETIVAÇÃO DA
- ESCOLA SORRISO – PROMOTORA DE SAÚDE
- EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE UMA ESTRATÉGIA
- PARA A EFETIVAÇÃO DE
- ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE



PROGRAMA ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE UMA ESTRATEGIA DE GESTÃO EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO CAETANO DO SUL.

Autor principal: Rubens Amaral

Outros Autores: Alexandra Marçal; Mara Cristiane Pereira; Regina Maura Zetone Grespan.

Instituição: Diretoria de Saúde de São Caetano do Sul

Município: São Caetano do Sul

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Em suas práticas pedagógicas, a escola adotou sistematicamente uma visão reducionista de saúde enfatizando os seus aspectos biológicos. Mesmo ao considerar a importância das condições ambientais mais favoráveis à instalação da doença, a relação entre a “doença” e o “agente causal” continuou, e continua até hoje, a ser priorizada. O ensino de saúde tem sido um desafio para a educação escolar no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida. Há, portanto, uma questão de cidadania e de educação incorporadas à nossa concepção de saúde.

OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa consistiu em analisar criticamente a experiência e os aspectos que envolvem a implantação do Programa das Escolas Promotoras de Saúde, ainda em curso, na rede Municipal de Ensino de São Caetano do Sul, em sua proposição e cidadania.

METODOLOGIA

O programa foi coordenado pelo autor deste trabalho e composta por uma equipe multiprofissional considerou algumas possibilidades de estratégias de implantação do Programa “Escolas Promotoras de Saúde” em reuniões técnicas realizadas, optando por envolver mais duas secretarias do município a Secretaria de Educação e Cultura e a Secretaria de Esportes e Turismo. Definiu-se ainda como parte da estratégia a realização da experiência numa escola-piloto para, posteriormente, expandir a metodologia aperfeiçoada para outras escolas. Escolheu-se uma escola de médio porte – a Escola Estadual Laura Lopes (municipalizada), com cerca de 2000 alunos, cursos de ensino fundamental e médio, de bairro periférico do município. Foi aplicado um questionário simples, capaz de, ao mesmo tempo, identificar o grau de conhecimentos básicos sobre temas de prevenção e promoção de saúde (alimentação,



ambiente escolar, saúde bucal, atividade física, drogas, sexo seguro, gravidez na adolescência, convivência familiar, relação entre alimentação e doenças, pressão). Fornecer treinamento e suporte técnico, apoio documental e colaborar com as estruturas de formação de professores. Aumentar os conhecimentos da população escolar sobre a importância do auto-cuidado, em relação aos temas de saúde, higiene e qualidade de vida, bem como sobre os meios de acesso aos serviços existentes. Instrumentalizar os professores para inclusão da Educação Sexual e da prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs/AIDS), no processo ensino-aprendizagem.



RESULTADOS

Houve uma melhora na coordenação pedagógica passando pelos professores e refletindo na escola. Os questionários foram respondidos na escola por 856 participantes do projeto-piloto, dentre eles 17 professores, 17 funcionários administrativos, 604 alunos e 218 pais e/ou responsáveis. Os resultados obtidos foram tratados estatisticamente e mostrados a seguir, correspondentes a cada uma das questões oferecidas para resposta segundo Escala Likert. Questões formuladas: 1- Alimentação saudável ajuda a prevenir doenças, 2- minha escola é agradável, 3- Saúde Bucal é importante para a saúde geral das pessoas, 4- atividade física pode interferir na formação da personalidade, 5- uso de drogas destroem a vida, 6- o sexo seguro se faz com informação adequada e uso de preservativo (camisinha), 7- A gravidez não desejada atrapalha os sonhos, 8- As pessoas com quem convivo, em minha casa, ajudam na minha formação pessoal, 9- Hábitos de alimentar-se em fast-food (lanches rápidos pode causar doenças como obesidade e diabetes, 10- pressão alta e uma doença de adulto.

Escala de Likert	QUESTÕES									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Concordo em absoluto	77,21%	31,79%	92,00%	26,16%	94,37%	91,89%	64,57%	75,66%	57,95%	16,06%
Concordo Parcialmente	17,09%	42,38%	5,46%	32,62%	4,14%	6,46%	21,52%	17,22%	25,33%	20,86%
Não concordo nem discordo	2,56%	13,74%	1,66%	10,26%	1,49%	6,46%	5,3%	2,98%	10,26%	9,93%
Discordo em parte	1,99%	8,11%	0%	7,78%	0,83%	0,17%	4,64%	2,32%	2,15%	11,75%
Discordo em Absoluto	1,14%	3,81%	0%	22,68%	2,15%	0,5%	3,64%	1,49%	3,48%	40,56%

APRENDIZADO COM A VIVENCIA FACILIDADES E DIFICULDADES

Este programa provou que num plano mais complexo, está relacionada aquilo que esta fora do controle do individuo, como o plano social e o coletivo. Aprendemos que a promoção da saúde deve ter uma visão integral e multidisciplinar do ser humano. Este trabalho não trouxe dificuldades. As facilidades foram à união e interação da equipe de saúde com os professores e alunos da escola.

CONCLUSÃO

A implementação da promoção da saúde nas escolas nos capacitará a detectar e oferecer assistência a crianças e adolescentes de forma oportuna, evitando o desenvolvimento de condutas de risco para a saúde, como o hábito de fumar, o consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas, as doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez precoce, entre outros. Em detrimento disto, esse programa viabilizará a formação de seres humanos mais saudáveis, mais capazes e competentes para escolher suas metas e caminhos, bem como

para assumir o controle sobre sua própria saúde; incrementando conhecimento, atividades e práticas de hábitos saudáveis; melhorando o ambiente escolar e as relações interpessoais da comunidade educativa.



INTERNAÇÃO DOMICILIAR NA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Autor principal: Ruth Helena Gutierrez Aben-Athar

Outros Autores: Leny Nunes de Barros; Patrícia Taira; Melchior Ricardo Machado Meira

Instituição: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

Atenção domiciliar significa a provisão de serviços de atenção à saúde a pessoas de qualquer idade em seu domicílio que articulam promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Nas últimas décadas observamos mudanças no perfil de saúde da população do Distrito Federal e brasileira, da estrutura populacional e do padrão de morbimortalidade com o aumento da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas e o aumento da população de idosos.

Essas mudanças tiveram reflexo sobre o perfil das internações hospitalares com aumento de permanência hospitalar por doenças crônicas e agravos decorrentes de causas externas.

Nesse contexto, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal demanda esforços para reforma na atenção hospitalar, incorporação de alternativas e novas tecnologias que permitam o aprimoramento do cuidado.

Diminuir o máximo possível o período de internação do paciente no hospital é o grande sonho e o maior desafio do atual sistema de saúde, não só no Distrito Federal, nem no Brasil, mas em todo o mundo. Hospitais sobrecarregados e o conseqüente risco para qualidade do atendimento da população são fatos que movem esta proposta.

O Distrito Federal de forma pioneira, observando os princípios doutrinários estabelecidos pelo SUS: universalidade, integralidade e equidade das ações, implantou o serviço de atenção domiciliar em 1994 com a criação do SERVIÇO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DOMICÍLIO (SAMED) na Regional de Saúde de Sobradinho em 1994.

Em 2002 investiu na ampliação do programa com a criação do NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E INTERNADOS EM DOMICÍLIO (NAMID) na Regional do Gama. Seguida da criação da Coordenação de Internação Domiciliar (COIND) em 2003 e da ativação do SERVIÇO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DOMICÍLIO (SAMED) na Regional de Planaltina no mesmo ano.

Em 2005 foi criada equipe móvel de internação domiciliar para atendimento de casos prioritários em outras regionais no Distrito Federal

A internação domiciliar surge da necessidade de contemplar algumas situações específicas da atenção à saúde da população, contribuindo para a desospitalização progressiva com o tratamento mais humanizado das doenças que necessitam de assistência sistemática com garantia da continuidade do tratamento. É uma resposta à busca pela qualidade na atenção à saúde.

A atenção domiciliar tem suas ações pautadas na Política Nacional de Humanização, pois tem como eixo a valorização da individualidade (plano terapêutico individualizado), considerando-se o ambiente domiciliar/familiar. Trabalha focando o aumento do grau de co-responsabilidade (equipe, família e usuário) na recuperação e manutenção da saúde. Indiscutivelmente, o reconhecimento pelo usuário de quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços que se responsabilizarão por sua referência territorial é marcante nessa forma de atenção

OBJETIVO GERAL

Disponibilizar à população uma alternativa de cuidado que compreende um conjunto de atividades multiprofissionais a pacientes portadores de agravos que cursem com perda funcional e que possam ser tratados em domicílio, com maior eficiência e atendimento humanizado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Processos de "alta assistida" – continuidade do cuidado
- Humanização da assistência
- Melhoria da qualidade de vida do paciente
- Garantia de privacidade
- estímulo para o alcance do maior grau de independência funcional possível
- Manutenção da presença da família e integração com a comunidade



- Períodos maiores livres de intercorrências hospitalares em pacientes crônicos
- Redução do período de convalescença
- Redução da taxa de infecção hospitalar

METODOLOGIA

São • Diretrizes do serviço de internação domiciliar na SES/DF: a continuidade do cuidado, a co-responsabilidade de todos os níveis de atenção pelo cuidado e a execução por equipes territorializadas.

Para ingresso do usuário no serviço de internação domiciliar são estabelecidos os seguintes critérios de elegibilidade:

- Administrativos:
 - Residir na área de abrangência da equipe
 - Concordância da família
- Clínicos:
 - Diagnóstico definido e tratamento programado
 - Pacientes com incapacidade funcional que impossibilite o acesso às unidades de saúde da rede
 - Pacientes que necessitem de terapia de suporte no domicílio para continuidade do seu tratamento
- Assistenciais:
 - Avaliação das condições psico-social, familiar, comunitária e ambiental
 - Possuir responsável que exerça a função de cuidador

O serviço de internação domiciliar está integrado à rede de serviços da SES/DF. • A equipe de internação domiciliar pode ser acionada por: hospital de referência de rede do Distrito Federal, rede básica (Centros de Saúde e PSF) e serviços de urgência e emergência. São referências para a internação domiciliar no caso de urgência: SAMU e Hospital de referência e nos casos eletivos: rede básica, ambulatórios de especialidades e organismos regulatórios (central de marcação).

A equipe multiprofissional está composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionista, técnicos de enfermagem e profissionais de apoio: agentes administrativos e motoristas.

Dentre as atividades desenvolvidas estão a • assistência terapêutica multiprofissional, a coleta de exames complementares em domicílio, o fornecimento de materiais médico-hospitalares (cama tipo hospitalar, cadeira de rodas, nutrição enteral,

oxigenioterapia, material para curativos), a capacitação de recursos humanos (residência em Medicina de Família e Comunidade e estágio de graduação em enfermagem e medicina) e a educação em saúde (orientação e treinamento de cuidadores).

RESULTADOS OBTIDOS

No ano de 2005 foram admitidos no serviço 388 pacientes e realizados 61.712 procedimentos no domicílio, discriminados entre as equipes conforme tabela 1.

Perfil dos pacientes acompanhados:

- Idade: 5 meses a 103 anos
- Prevalência de agravos: seqüela de AVC (29,69%), complicações de DM (pé diabético, perda da acuidade visual, amputações) (13,83%), doenças de pele e tecido subcutâneo incapacitantes para a deambulação (12,1%), doenças respiratórias (6,63%), doenças neoplásicas fora de possibilidade de cura (5,47%).

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

As dificuldades foram várias: o reconhecimento e conquista do espaço da equipe de internação domiciliar junto aos profissionais atuantes na rede; a capacitação dos profissionais que atuam na equipe já que as escolas formadoras de profissionais de saúde não abordam a assistência domiciliar e pouco ensinam sobre abordagem familiar e atuação além das paredes da unidade de saúde; e a manutenção dos recursos necessários para a ampliação das equipes e aumento de sua resolutividade.

A receptividade por parte da comunidade foi excepcional. As equipes contam com o apoio de entidades formais e informais da comunidade, tais como Lions Clube, Rotary Clube, comércio local, associações diversas e grupos de voluntários dos Hospitais Regionais.

A equipe consegue exercer não apenas a multiprofissionalidade, mas também a inter e transdisciplinaridade.

As perspectivas incluem o estudo para viabilizar a expansão das atividades às outras regiões do Distrito Federal.

Equipe	Pacientes Admitidos	Procedimentos Realizados
SAMED/HRS	148	31.581
NAMID/HRG	102	17.849
SAMED/HRP	109	12.282
Equipe móvel	29	-
TOTAL	388	61.712



DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE OSTEOPOROSE NO MUNICÍPIO DE FRANCISCO SANTOS-PI

Autor principal: Saara Jane Santos Batista Lustosa

Outros Autores: Marina Santos Batista; Patricia Santos Batista; Filipe Batista; Luciano Figueiredo

Instituição: Unidade Mista de Saude Sao Francisco

Município: Picos

Estado: Piauí

RESUMO

A Osteoporose é considerada pela Sociedade Brasileira de Reumatologia como a doença da década merecendo atenção especial no período de 2000 à 2010, o que provoca um aumento de discussões entre os especialistas e os órgãos de saúde.

No município de Francisco Santos (PI), pouco ou quase nada se tem a respeito desta doença, e contrapartida observa-se um aumento considerável nos casos diagnosticados. Sendo assim, notou-se a necessidade de fazer preliminarmente uma identificação de casos e traçar o perfil dos portadores da doença, fornecendo subsídios que contribuirão para um trabalho eficiente de prevenção, combate e tratamento da osteoporose.

Este trabalho tem como objetivo identificar a ocorrência de casos de osteoporose no município de Francisco Santos (PI) e caracterizar o perfil dos portadores da doença e oferecer opções de tratamento e prevenção.

O Município de Francisco Santos localiza-se à 350 Km de Teresina e tem como via de acesso a Br. 020, detendo uma população composta por 7042 habitantes. A coleta de dados iniciou-se em julho de 2003 até o momento. A pré-seleção das pacientes foi feita através do exame clínico, realizado no ambulatório através da consulta com o médico do Programa de Saúde da Família. Após essa etapa do trabalho, as pacientes que se fizeram necessárias foram encaminhadas para a realização de exames de densitometria óssea. Ao final do exame, nas (para) pacientes selecionadas foram preenchidas fichas com informações sócio-econômicas, hábitos alimentares e frequência de exercício físico.

As pacientes que apresentaram resultado positivo para osteoporose foi entregue gratuitamente medicamento para a realização do tratamento e posteriormente foram realizados novos exames de densitometria óssea para comparação com os realizados antes da medição.

A análise de dados foi feita mediante ao acompanhamento dos resultados da densitometria óssea e fichas individuais. Com intuito de comparação dos resultados, os dados foram tabulados e em seguida confeccionados gráficos. Também foram realizados encontros sociais com as mulheres selecionadas

no intuito de prestar esclarecimentos a respeito da osteoporose, forma de tratamento, além de informações e dúvidas em geral.

O Município de Francisco Santos apresentou 695 mulheres acima de 50 anos, destas 294 foram submetidas ao exame de densitometria óssea das quais 160 apresentou resultado positivo para osteoporose em coluna lombar e/ou colo do fêmur.

Em relação às 160 mulheres com osteoporose observou-se que 89% residem na zona urbana e apenas 11% na zona rural. Isso nos faz pensar que na zona rural as pacientes apresenta o hábito de vida não sedentário, pois um dos principais recursos para renda familiar é a plantação, ao contrário das mulheres que vivem na zona urbana. Observou-se que 92% das pacientes com osteoporose tinha o ensino fundamental e que apenas 8% o ensino médio. Das mulheres estudadas 99% eram casadas e 1% solteiras.

O medicamento oferecido nesse projeto para o tratamento da osteoporose foi Alendronato de cálcio, 10mg diárias durante o período de 3 meses. Foi possível observar que com o uso do medicamento, a prática de exercício físico e uma alimentação rica em cálcio, o exame de densitometria óssea após o período de tratamento revelou que 98% das mulheres apresentou estabilização e/ou melhora da osteoporose na coluna lombar e um maior incremento no colo do fêmur. Das mulheres selecionadas para o estudo, observou-se que 80% praticou caminhada como exercício físico e que mesmo sendo orientadas 20% delas não praticou a caminhada (figura 04).

No grupo de mulheres em que a doença não progrediu, as mesmas, seguiram a Orientação Higiêno-dietética (OHD) que foi feita individualmente conforme o diagnóstico de cada paciente, seguindo as recomendações da literatura. É de suma importância informar aos pacientes com osteoporose a aderirem uma dieta rica em cálcio, porém quando isso não for possível suplementar as necessidades diárias com preparados comerciais. Além disso vale salientar a importância de uma adequada exposição ao sol para produção de vitamina D na pele.

Os resultados desta pesquisa revelaram que para a estabilização da osteoporose, como confirmam os registros na literatura, deve-se a uma alimentação rica em cálcio associada com



exercício físico. Este trabalho faz parte de um projeto maior denominado Programa de osteoporose nos municípios do Piauí. Foram registrados neste primeiro momento apenas os resultados preliminares de um dos municípios em estudo. A principal dificuldade encontrada nesse trabalho está relacionada ao custo da medicação, pela dificuldade de acesso da população ao mesmo e a dificuldade de consegui-los gratuitamente pela farmácia do Estado.



ESPAÇOS DE HABITAR - DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ÀS RESIDÊNCIAS TERAPEUTICAS

Autor principal: Salete Riboldi
Instituição: Clínica de Repouso Itapira
Município: Itapira
Estado: São Paulo

O presente resumo visa relatar uma experiência com um grupo de vinte e duas pessoas portadoras de transtorno mentais, classificadas pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo como “moradoras” de um Hospital Psiquiátrico localizado no interior do Estado. São pessoas que tem uma longa história de internação e que por motivos diversos passaram a ter o hospital como residência fixa, vieram habitar a ala que trabalho em outubro de 2003. Desde o início minha proposta foi de prepara-los para um dia poderem habitar no sentido amplo da palavra fora do hospital, levei minha proposta para a equipe que inicialmente achou que seria impossível nas que no decorrer do processo aderiu o projeto. Pensando o que poderia atender os objetivos deste trabalho fui buscar apoio nos preceitos da reforma psiquiátrica e na Teoria da Complexidade. Tendo como princípio que “reabilitar não é meramente um outro lugar para o doente mental, realojar mentalmente suas praticas de vida...” (Miranda), iniciamos um trabalho no que chamamos de “oficinas de resgate de cidadania” que foram sub divididas em quatro itens: oficina de cuidados pessoais - apropriar-se de si, oficina de organização do espaço para o habitar – apropriar-se do espaço que vive, oficina de resgate da autonomia – apropriar-se da relação com o meio – relações sociais, oficinas de trabalho – apropriar-se da capacidade ou potencial de trabalho. Após dois anos de intenso trabalho onze pessoas tiveram alta hospitalar para irem habitar em residências terapêuticas.



CONTROLE DA DENGUE EM SANTA MARIA - DF

Autor principal: Sandra Duarte Nobre Mauch

Outros Autores: Mhartha de Figueiredo Vieira da Silva; Jaime Miranda Parca; Maria Liz Cunha de Oliveira; Marcia Duarte Firmino

Instituição: Diretoria Regional de Saúde de Santa Maria/ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A dengue é uma doença febril aguda que se apresenta na forma clássica com evolução benigna e na forma hemorrágica com manifestações clínicas graves. Seu agente etiológico é um arbovírus do gênero *Flavivírus*, que apresenta quatro sorotipos conhecidos: 1, 2, 3 e 4. É transmitido ao homem através da picada de mosquitos do gênero *Aedes*. O vetor principal é o *Aedes aegypti*, no entanto, há outra espécie de vetor, o *Aedes albopictus*, que tem participação comprovada na transmissibilidade da doença apenas na Ásia, apesar de presente em outros continentes.

A transmissão ocorre no período de viremia, quando a fêmea do gênero *Aedes* suga o sangue do doente a fim de maturar seus ovos e injeta o vírus, picando o indivíduo sadio. Esse período inicia-se um dia antes do aparecimento da febre, indo até o sexto dia da manifestação clínica da doença. A suscetibilidade ao vírus é universal, porém ocorre temporariamente uma imunidade cruzada entre os diversos sorotipos da dengue, e para um mesmo sorotipo há uma imunidade permanente.

No período após a década de 1920 e o ano de 1976, o mosquito *Aedes aegypti* foi erradicado do Brasil e de outros países da América. Após 7 anos aparece a 1ª grande epidemia brasileira de dengue, laboratorialmente comprovada, ocorreu em 1982 no estado de Roraima. No Distrito Federal (DF), os primeiros casos autóctones acontecem no ano de 1997.

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. A incidência de dengue em Santa Maria aparece na tabela abaixo, onde somente foram considerados os casos autóctones.

TABELA 1: Incidência de Dengue em Santa Maria/Distrito Federal – casos autóctones, de 2001 a 2005

Fonte: Secretaria de Saúde/DF

Diante de um aumento considerável do número de casos autóctones de dengue em Santa Maria no ano 2002, semelhante à situação apresentada no Brasil e no DF, naquele período, considerou-se a possibilidade iminente de uma epidemia entre 2002/03.

Entendendo-se que para o controle efetivo da doença, em especial o controle vetorial, se faz necessária mudança em hábitos de vida individuais e coletivos, detectou-se a importância do envolvimento da comunidade de forma geral, visando a redução de focos do mosquito vetor e posterior controle de casos da doença em Santa Maria. Para isso, desenvolveram-se diversas ações, tendo em vista a atuação no nível de atenção básica à saúde, o único que se desenvolve atualmente na Regional de Santa Maria.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Controlar a incidência de dengue na Região Administrativa de Santa Maria – DF

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reduzir a infestação predial de *Aedes aegypti* em Santa Maria;
- Sensibilizar a comunidade local para a importância de sua participação no combate vetorial;
- Promover a notificação, diagnóstico e tratamento de dengue, o mais precocemente possível;
- Encaminhar corretamente e a tempo os casos suspeitos de FHD, a fim de que seja instituído o tratamento oportuno, visando reduzir a letalidade.

Ano	Total de casos
2001	06
2002	18
2003	01
2004	00
2005	00

METODOLOGIA

Criou-se, nos moldes do “Dia D” instituído pelo Ministério da Saúde, porém de forma ampliada, o “Dia de Alerta Contra a Dengue em Santa Maria”. Após treinamento e sensibilização dos profissionais em todos os níveis, foram



identificadas pelos Agentes de Vigilância Ambiental (AVA) as áreas de risco – criadouros de *Aedes aegypti* - em Santa Maria. Essas áreas foram marcadas em um mapa da cidade para que todos os domicílios e áreas comerciais fossem visitados no Dia de Alerta. As equipes de visitação foram divididas de acordo com a área de abrangência do Programa Família Saudável, sendo que cada equipe era composta de ACS's (agente comunitário em saúde), AVA's e líderes comunitários. Realizou-se a visitação e sensibilização dos moradores e comerciantes das quadras consideradas como áreas de risco, além de um mutirão de limpeza na cidade e divulgação das ações nos meios de comunicação de massa.

PRODUTOS – O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Foram desenvolvidas diversas ações em prol do alcance dos objetivos propostos. Primeiramente, os profissionais de todos os níveis foram capacitados. Os ACS's foram treinados para a execução do combate vetorial, em parceria com os AVA's, e para o encaminhamento de casos suspeitos de dengue. Os médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem foram treinados no cuidado à saúde e encaminhamento às referências, quando necessário.

Realizou-se uma grande sensibilização no dia 14/01/2003, onde os ACS's, representantes da Administração Regional e as lideranças comunitárias participaram. No dia 17/01/2003 foi realizado o Dia de Alerta Contra a Dengue em Santa Maria. Ações como essa seriam repetidas, se necessário. As sensibilizações, treinamentos e atualizações dos profissionais têm tido prioridade na Regional.

Os resultados alcançados podem ser vistos, retornando-se à Tabela 1, onde se percebe a redução drástica no número de casos autóctones de dengue e na Tabela 2, abaixo, onde é apresentada a redução do índice de infestação predial do vetor em Santa Maria, a partir do ano 2003.

Tabela 2- Índice de Infestação de mosquito *Aedes aegypti* por ano, desde 1999, em Santa Maria.

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

Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2001	0,77	0,77	0,71	0,51	0,42	0	0,28	0,01	0,06	0,12	0,26	0,45
2002	0,92	0,36	0,11	0,03	0,03	0,16	0	0	0,27	0,03	0,16	0,03
2003	0,34	0,11	0,46	0,19	0,15	0,06	0	0,01	0,01	0,01	0,04	0,03
2004	0,20	0,10	0,09	0,08	0,06	0	0	0	0	0	0,02	0,01
2005	0,04	0,03	0,10	0,04	0,05	0,01	0	0	0	0	0	0

contexto, ou seja, o princípio da integralidade deve ser aplicado em todos os níveis. As ações devem fazer parte de um conjunto e 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.

O estabelecimento de parcerias é essencial, pois quando os diversos atores sociais são convidados a participar do processo, a possibilidade de se alcançar os objetivos aumenta consideravelmente, e essa foi a nossa experiência. As dificuldades que porventura existirem podem ser contornadas com trabalho e dedicação.

CONTROLE DA DENGUE EM SANTA MARIA-DF

MAUCH, Sônia Duarte Nobre SILVA, Maura de Figueiredo Vieira PURÇA, Jairo Ribeiro OLIVEIRA, Maria Lúcia Cunha FERREIRO, Márcia Duarte ARCAUTA, Gercy Junior

Participação
Programa Família Saudável e Vigilância Ambiental

Objetivo
Reduzir a incidência de dengue em Santa Maria-DF

Metodologia
Criação do Dia de Alerta do Combate à Dengue, envolvendo Programa Família Saudável, Vigilância Ambiental e Interação comunitária

Resultados

Incidência de Dengue em Santa Maria-DF
Federal, casos autóctones, de 2001 a 2005

Ano	Total de casos
2001	06
2002	18
2003	01
2004	00
2005	00

Índice de Infestação predial de mosquito *Aedes aegypti* por ano em Santa Maria, DF, 1999 a 2005

Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1999	0,87	0,33	0,49	0,49	0,43	-	-	0,6	0,04	0,06	0,17	0,84
2000	0,11	1,49	1,80	1,21	0,34	0,20	0,28	0,17	0,12	0,16	0,30	-
2001	0,77	0,77	0,71	0,51	0,42	0,0	0,28	0,01	0,06	0,12	0,26	0,45
2002	0,92	0,36	0,11	0,03	0,03	0,16	0	0	0,27	0,03	0,16	0,03
2003	0,34	0,11	0,46	0,19	0,15	0,06	0	0,01	0,01	0,01	0,04	0,03
2004	0,20	0,10	0,09	0,08	0,06	0	0	0	0	0	0,02	0,01
2005	0,04	0,03	0,10	0,04	0,05	0,01	0	0	0	0	0	0

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi muito importante para nós, enquanto regional de saúde em uma região administrativa nova e carente no ponto de vista sócio-econômico-cultural, termos atingido nossos objetivos. No entanto, entendemos que o trabalho frente ao controle de uma doença tão complexa como a dengue, deve ser constante, visando



a manutenção dos resultados positivos, tendo em vista não haver uma vacina até o momento e a ocorrência contínuas de epidemias em outros estados brasileiros .

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Dengue: aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento. Brasília: FNS, 2002.
- 2- MAUCH, SDN et al. Avaliação das Ações de Controle da Dengue em Santa Maria, DF. Revista de Saúde do Distrito Federal, março/2006. No prelo.
- 3- TAUIL, PL. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. Cadernos de Saúde Pública v. 18 n. 3 Rio de Janeiro, mai/jun 2002.
- 4- TAUIL, PL. Urbanização e ecologia do dengue. Cadernos de Saúde Pública v. 17 suppl. Rio de Janeiro, 2001 .



MONITORAMENTO DOS ÓBITOS INFANTIS E NASCIMENTOS INTEGRANDO SIAB; SIM E SINASC: UM RELATO DE EXPERIENCIA.

Autor principal: Sara Cristina Lima Ferreira

Outros Autores: Ferreira; S. C. L.; Lacerda; M. S.; Andrade; L. S. I

Instituição: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Município: Salvador

Estado: Bahia

O estudo tem como propósito relatar a experiência vivida pelos técnicos da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia na operacionalização das Oficinas de Integração do SIAB, SIM e SINASC nos municípios de uma regional de saúde. O desenvolvimento destas oficinas surgiu após a verificação do maior número de óbitos infantis registrados no SIAB do que no SIM, indicando uma sub-notificação considerando este último o sistema nacional de notificação de óbitos. As oficinas foram organizadas com a atuação dos técnicos estaduais responsáveis pelo processamento dos sistemas SIM, SINASC e SIAB e área técnica de Saúde da Criança, baseados em vivências, estudos e algumas recomendações sobre o tema desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Foram realizadas duas oficinas com todos os municípios (21) de uma regional de saúde em novembro de 2005. Participaram das oficinas um representante dos agentes comunitários de saúde, uma enfermeira ou coordenador do PACS/PSF e o técnico de informática responsável pelo processamento dos sistemas de saúde de cada município, os técnicos estaduais atuaram como facilitadores e observadores do processo. A metodologia de trabalho foi a exposição de situações-problema – problematização – adequação de rotina. Cada categoria representada, frente à situação-problema, registrava a sua atuação e executava o processamento dos dados nos respectivos sistemas. A experiência vivida foi problematizada e posteriormente adequada à rotina de integração dos sistemas SIM, SINASC e SIAB. Ao final de cada oficina, o grupo compromete-se com a implantação das rotinas, o monitoramento e a divulgação desta. Os resultados preliminares desta intervenção permitiram a identificação da situação do registro do óbito infantil e dos nascimentos na região e a integração da rotina de coleta de dados do SIAB com o SIM e S vinculadas as famílias acompanhadas nas áreas cobertas pelo PACS/PSF. A ampliação destas oficinas repercutirá na atualização freqüente dos dados das famílias cadastradas no SIAB e uma ampliação da cobertura do SIM e SINASC, permitindo a melhor caracterização das causas dos óbitos e a identificação de estratégias regionalizadas de intervenção.

A.7. Vigilância em Saúde como tecnologia essencial à promoção da vida.



O TRABALHO COM GRUPO NO PSF: A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES PARTICIPANTES

Autor principal: Scheilla Maria Franco Costa

Outros Autores: Fernanda Cristina Manzini; Mariana Cláudio da Silva Sartori; Eliana Goldfarb Cyrino

Instituição: Prefeitura Municipal de Botucatu/ PSF J. Aeroporto

Município: Botucatu

Estado: São Paulo

O Programa de Saúde da Família é estratégia nacional de organização da atenção básica (Brasil, 2006) que na sua proposição realiza a promoção à saúde e seu componente fundamental: a Educação em Saúde. O conceito de participação comunitária incorporado às ações de saúde, pressupõe que os indivíduos tenham um maior controle sobre suas vidas através da participação em grupos, visando transformações da realidade social e política.

O presente projeto de pesquisa propõe-se a estudar o trabalho de Educação em Saúde como atividade de grupo no PSF, através da percepção do paciente participante, no PSF de uma região do interior do Estado de São Paulo.

O propósito dos pesquisadores é contribuir para a melhor qualidade da atenção prestada nas Unidades Saúde da Família, já que as atividades de grupo podem ser recursos de ampliação da atenção, dentro dos objetivos do SUS, da adoção da integralidade, da qualificação das ações e humanização das relações entre profissionais e população assistida. Uma dimensão constante nessas atividades é a promoção da autonomia do usuário, e de acordo com as experiências observadas, houve desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho, através do acolhimento, vínculo, responsabilização, compromisso e comprometimento dos profissionais com a população.

Utilizou-se como metodologia de trabalho uma amostra intencional não probabilística de pacientes participantes das atividades de Educação em Saúde de grupo. Aplicou-se aos pacientes participantes, um questionário aberto pré-elaborado contendo perguntas que abordavam as atividades educativas.

A análise dos dados buscou apreender a percepção do usuário, em relação à efetividade das atividades de grupo.

Os grupos foram configurados como espaço no qual os pacientes poderiam falar de seus problemas, e se fortalecerem através das trocas de experiências. Foi assim gerado um ambiente de confiança, mobilização e de ajuda mútua. Pode-se constatar que os usuários gostam de participar das atividades, referindo melhora em vários problemas de saúde, com maior vínculo entre si e com a equipe, incorporando a sensação de pertencimento a sua comunidade, e além disso, apresentam mudanças de comportamento.

A recente implantação do PSF no município de Botucatu (SP), a pouca disponibilidade de estudos comprobatórios do impacto da Educação em Saúde através de atividades de grupo no estado de saúde das populações, a demanda reprimida por consulta médica individual, o desconhecimento aliado à falta de apoio da gestão à respeito da tecnologia necessária e capacitação específica para as atividades de grupo, são fatores que dificultam a inserção das atividades de grupo no atendimento da comunidade. Observamos que os resultados do trabalho com grupos são logo percebidos, já que quando instalados, trazem incontáveis benefícios à comunidade. Esses pacientes têm obtido melhora dos seus sintomas clínicos além de ampliarem a rede social, melhorando a participação comunitária e efetivando o controle social. Citam que melhoram de problemas de saúde tais como “depressão, ansiedade, medo, tristeza, desânimo, irritabilidade, insônia, hipertensão arterial, diabetes, cefaléia, dor no pescoço, dor nas pernas, dores nas articulações, obesidade”.

Concluímos que faz-se necessário investir em tecnologias visando aprimorar conhecimentos, habilidades e práticas no campo da educação em saúde.



UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – SUCESSO PELA INTEGRAÇÃO DO ENSINO COM A ASSISTÊNCIA

Autor principal: Sergio Carlos Eduardo Pinto Machado

Outros Autores: Francisco Arsego de Oliveira

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Sempre atento às demandas da comunidade, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre inaugurou, em outubro de 2004, uma Unidade Básica de Saúde (UBS), ocupando uma área de 1.090 m² com 13 consultórios e 11 salas de apoio. Operacionalizada a partir de convênio assinado com a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e atuando em conjunto com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), esta Unidade representou um grande avanço na atenção básica à comunidade. Criada para prestar assistência a uma população de cerca de 40 mil habitantes, constitui-se num importante

cenário para formação de profissionais de saúde voltados à atenção primária, além de ser um promissor campo de pesquisas na área.

Este empreendimento vem ao encontro da reorganização do Sistema de Saúde, que busca a equidade no país e avança uma proposta efetiva de formação e educação permanente dos profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS). O funcionamento da UBS norteia-se pelos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), contemplando um esforço de mudança da prática clínico-assistencial da equipe de saúde, nos níveis individual e coletivo. A APS, como primeiro nível de assistência, necessariamente deve ser caracterizada pela continuidade e integralidade da atenção à saúde, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, consubstanciada pela noção de responsabilidade do usuário.

A principal inovação do presente relato é a viabilização de uma unidade de ensino integrada ao sistema municipal de saúde, com respaldo do gestor municipal e da participação da comunidade, representando, de fato, uma diversificação das oportunidades de ensino-aprendizagem e das práticas de saúde.

Para garantir essas propostas de mudança, é fundamental propiciar intervenções específicas no ensino desde a graduação, buscando ampliar a visão de saúde - atualmente focada predominantemente em aspectos biológicos - além de estimular o trabalho interdisciplinar como elemento inovador e enriquecedor da prática de saúde.

SÃO OBJETIVOS DESTA EXPERIÊNCIA

- Oferecer atenção primária à saúde à população de uma área geograficamente delimitada.
- Desenvolver atividades permanentes de promoção, proteção e vigilância em saúde dirigidas a essa população.
- Trabalhar de modo integrado à rede municipal de assistência à saúde de Porto Alegre, colaborando para a qualificação permanente do Sistema Único de Saúde.
- Apoiar as unidades da área da saúde da UFRGS no desenvolvimento de um projeto pedagógico inovador e que atenda às necessidades elencadas pelas Diretrizes Curriculares da

Unidade Básica de Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sucesso pela integração do Ensino com a Assistência

Descrição da experiência

Desde sempre as demandas da comunidade, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre respondeu, em outubro de 2004, com a Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada em uma área de 1.090 m² e com 13 consultórios e 11 salas de apoio. Operacionalizada a partir de convênio assinado com a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e atuando em conjunto com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), esta Unidade representou um grande avanço na atenção básica à comunidade. Criada para prestar assistência a uma população de cerca de 40 mil habitantes, constitui-se num importante cenário para formação de profissionais de saúde voltados à atenção primária, além de ser um promissor campo de pesquisas na área.

Objetivos

Este empreendimento vem ao encontro da reorganização do Sistema de Saúde, que busca a equidade no país e avança uma proposta efetiva de formação e educação permanente dos profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS). O funcionamento da UBS norteia-se pelos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), contemplando um esforço de mudança da prática clínico-assistencial da equipe de saúde, nos níveis individual e coletivo.

Resultados

A principal inovação do presente relato é a viabilização de uma unidade de ensino integrada ao sistema municipal de saúde, com respaldo do gestor municipal e da participação da comunidade, representando, de fato, uma diversificação das oportunidades de ensino-aprendizagem e das práticas de saúde.

Para garantir essas propostas de mudança, é fundamental propiciar intervenções específicas no ensino desde a graduação, buscando ampliar a visão de saúde - atualmente focada predominantemente em aspectos biológicos - além de estimular o trabalho interdisciplinar como elemento inovador e enriquecedor da prática de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração entre os diversos setores formadores de saúde e as diferentes instituições de ensino e um processo inovador, gerando resultados, através desta experiência, possibilita a qualificação mútua de todos envolvidos e dos serviços formadores.

A capacitação dos profissionais de saúde para o trabalho na APS qualificando desde cedo o SUS e um ambiente propício para busca de soluções entre as partes envolvidas resulta num reforço do nível de comprometimento necessário para uma gestão eficiente e positiva.



graduação, assim como da pós-graduação e da educação permanente em saúde.

e. Possibilitar e estimular atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico (tecnologias leves) nas áreas da Atenção Primária à Saúde e da gestão em saúde.

o trabalho na APS, qualificando ainda mais o SUS, e um ambiente propício para troca de experiência entre as partes envolvidas resulta num reforço de alto nível ao conhecimento coletivo que tem como destino o cidadão.

METODOLOGIA

A metodologia adotada para a implementação da UBS foi a de articulação entre o Hospital, a UFRGS e a SMS. Assim, de forma concreta, o que diferencia a experiência da UBS é a busca do aprofundamento de uma relação orgânica entre o serviço de saúde, a instituição formadora, a estrutura de gestão sanitária e os fóruns estabelecidos de participação da população, cujo regramento pode ser avaliado no documento do convênio assinado entre as partes.

PRODUTOS

Como resultado, registram-se a integração e o envolvimento de uma equipe multiprofissional de quase cem pessoas (entre professores, funcionários e estudantes) trabalhando na UBS, com atividades de assistência, de ensino e de pesquisa. Uma conseqüência natural desse processo, por exemplo, foi a implantação da proposta de acolhimento na Unidade, com reflexos positivos na racionalização do atendimento, na noção de responsabilidade sanitária e na satisfação dos usuários. Além disso, foi possível também implementar uma série de políticas municipais de saúde, como os programas de saúde prioritários na área da saúde da criança, saúde da mulher e doenças crônicas, como hipertensão e diabetes.

No ano de 2005, a UBS realizou 42.724 atendimentos, que geraram 16.832 exames para 5.010 prontuários de família cadastrados.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

- Integração efetiva entre a Universidade e a rede assistencial municipal, com a perspectiva de qualificação sinérgica da rede assistencial e dos centros formadores.

- Alto grau de satisfação entre todas as partes envolvidas, principalmente a comunidade beneficiada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração entre os diversos centros formadores do país e os sistemas municipais de saúde é um processo em franca e positiva evolução. A capacitação dos profissionais de saúde para



PROJETO INSTITUCIONALIZAÇÃO E SUSTENTABILIDADE EM DST

Autor principal: Sheila Maria Santiago Borges

Outros Autores: Fátima Verônica Teixeira de Lima

Instituição: Secretaria Saude do Município de Fortaleza

Município: Fortaleza

Estado: Ceará

INTRODUÇÃO

O tema DST/AIDS tem sido muito debatido nos últimos anos sem que no entanto se defina o verdadeiro papel político de assistência nos três níveis de governo. Fortaleza, com uma população de aproximadamente 2.500.000 habitantes, busca a institucionalização e sustentabilidade dos meios de controle das DST através da Secretaria Municipal de Saúde e de seis Secretarias Executivas Regionais que tem como princípio básico a descentralização, visando assim garantir a intersetorialidade.

OBJETIVOS

Identificar caminhos que levem a integração de serviços, recursos e ações; garantir acesso aos serviços de saúde; desmistificar preconceitos em relação as DST e desenvolver um trabalho de educação em saúde, em especial junto aos segmentos escolares.

METODOLOGIA

Criação de seis grupos de interface com representantes da área de educação, saúde e assistência social que recebeu treinamento especial dando enfoque ao compromisso de ser articulador das ações de DST a nível local e procurar alternativas junto ao nível central para enfrentar o processo de organização do sistema local buscando também a integração com Programa Saúde da Família, Saúde Reprodutiva, programa de tuberculose. Na educação contemplamos 24 Centros Integrados de Educação e Saúde – CIES usando a metodologia de formação de multiplicadores profissionais de área social, que trabalhem direta ou indiretamente com adolescente.

RESULTADO

Formação de 218 multiplicadores adolescentes num total de 11 oficinas para atuar na educação de pares, repassando informações para outros adolescentes através de 487 oficinas itinerantes atingindo um total de 12317 alunos dos Centros Integrados de Educação e Saúde – CIES, considerando que esta população mais vulnerável.

CONCLUSÃO

A logística nos estabelecimentos de saúde e educação é precária e após as oficinas houve uma grande procura dos adolescente as informações, preservativos etc e isso faz com que a equipe local realize um levantamento das necessidades de insumo.

Nossa proposta é articular junto aos conselhos locais, regionais e municipal de saúde e chegarmos até o Conselho Nacional de Secretários de Saúde para que todos, dentro de uma mesma parceria nas diversas formas de interagir, possam garantir os recursos que vêm de uma política de governo Federal, Estadual e Municipal.



HUMANIZAÇÃO NA SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE

Autor principal: Shirley Amélia Pires Teixeira

Outros Autores: Marcelo Faria Ellwanger e Diego Veiga dos Santos

Instituição: Secretaria Municipal de saúde e Assistência Social

Município: São Sepé

Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

Ao falarmos em humanização no nosso contexto de Secretaria Municipal de Saúde, onde a cada quatro anos trocam os gestores, os reflexos das relações são muitas vezes difíceis de contemporizar.

Assim resolvemos fazer reuniões com os chefes de equipes e decidimos realizar encontros interdisciplinares dos profissionais da área de saúde de 40 em 40 dias, desde maio de 2005. Os Encontros são experiências novas, os quais visam melhorar o relacionamento entre gestores, funcionários e usuários, estabelecendo assim uma rede de atenção integrada entre os programas de saúde.

JUSTIFICATIVA

Acreditamos deste modo justificar o nosso trabalho, pois além de satisfazer a demanda da população, também o funcionário se sentirá valorizado, reconhecido e atualizado como um todo.

OBJETIVO GERAL

A nossa proposta de trabalho tem por objetivo os conceitos legais de cidadania, de humanização e melhoria de acolhimento e o tratamento com o usuário, para, atender as reais necessidades da comunidade. Deste modo, direcionando para o trabalho dos gestores, funcionários, especialmente aos usuários “ser humano, doente, socialmente carente, com dor e sofrimento”.

OBJETIVO ESPECÍFICO

O objetivo de mudar para um atendimento melhor e mais humanizado fica ligado a uma questão particular e pessoal de aceitação e de alterar seu modo de ser, pensar, agir e também como tratar o seu “PRÓXIMO” (colega/usuário).

RESULTADOS PRELIMINARES

As metas a serem atingidas não são, logicamente, realizadas de ontem para hoje. Acreditamos que ao longo destes quatro anos iremos sentir os melhores resultados.

DEPOIMENTOS

“Antes faltava integração... Os programas não pareciam pertencer à mesma Secretaria... depois das ações desenvolvidas nos sentimos mais fortalecidos, estimulados, somos mais participativos, não nos sentimos excluídos, estamos unificando os programas”. (Cleuza da Silva Trindade – Agente Comunitária)

“Este é o nosso desafio diário, humanizar e planejar ações que visam melhoria da qualidade dos serviços de saúde, prestados à população, tratando o indivíduo como um todo”. (Adriana Martins – Enfermeira)

“... a saúde no município está investindo fortemente na troca de idéias, experiências e no aprimoramento dos seus profissionais”. (Tatiana Araújo Vaz – Convidada especial do Consórcio Intermunicipal de Saúde)

“... faço um parágrafo de que como funcionária de carreira pela primeira vez meus gestores tem a humildade de pedir opiniões,





me sentindo assim valorizada pelo meu trabalho". (Édina Borges - Téc. em enfermagem) Avaliação Parcial dos Encontros pelos Funcionários:

- 78% dos funcionários da Saúde participaram dos encontros
- 79% responderam nossa avaliação (questionário)
- 95% dos que responderam acreditam que a realização dos "encontros" interdisciplinares dos profissionais da Saúde está melhorando a comunicação entre os gestores, funcionários e usuários.
- 95% acreditam que poderão modificar-se e realizar um melhor atendimento ao usuário da Saúde.
- 96% estão aceitando e entendendo a rede que estamos formando na Secretaria Municipal de Saúde.
- 78% dos questionados acham que o procedimento dos colegas mudou para melhor após os "encontros".
- 83,3% acharam ótimos, muito bons, interessantes e proveitosos.
- 14,7% não deram opinião.
- 1,9% acreditam que devem ser mais objetivos, mais práticos e sem falatório.



HIPERTENSOS CAMINHANDO PARA O EQUILÍBRIO ATRAVÉS DA AUTOMASSAGEM

Autor principal: Silvânia Maria Barbosa Barsanou

Outros Autores: Maria do Socorro de França Rios ; Jaquelina Leite Dias; Maída de Oliveira;

Donizetti Morais

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

Segundo o Ministério da Saúde, a hipertensão arterial é uma doença crônica que acomete milhões de pessoas no mundo e requer adoção de hábitos de vida saudáveis, além de medicamentos anti-hipertensivos. A adoção de hábitos de vida saudáveis inclui a prática de atividade física regularmente. A automassagem e a caminhada, se bem orientadas, são atividades físicas que podem ser realizadas por quase todas as pessoas. Após avaliar a realidade local, onde a hipertensão arterial é a condição referida de maior prevalência, a Equipe 395 do Programa Família Saudável (PFS) do Recanto das Emas do Distrito Federal, elaborou um projeto para ser implementado junto aos hipertensos da área de abrangência. Objetivamos sensibilizar os portadores de hipertensão arterial da importância da prática de atividades físicas regularmente e do autoconhecimento através da automassagem. Prática semanal de sessões de automassagem sob a orientação de uma auxiliar de enfermagem treinada pela Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde e prática semanal de caminhada de hipertensos sob orientação de Agente Comunitário de Saúde e Auxiliar de Enfermagem por microárea, os mesmos realizam discussões com os mesmos, ressaltando a importância da caminhada para a saúde em geral e orientação individual, com o auxiliar de enfermagem, sobre os cuidados e recomendações sobre a prática da caminhada. Os resultados obtidos ao longo do tempo com a prática regular dessas atividades, são medidas quantitativamente, através de análise dos níveis pressóricos diários e qualitativamente através de dados subjetivos. Espera-se diminuição dos níveis tensionais limítrofes diários e melhoria do condicionamento físico. A prática de duas atividades físicas semanais tem como estratégia diversificar para abranger o maior número possível de pessoas resultando em melhor qualidade de vida para os portadores dessa morbidade crônica. Esta reunião de pessoas pode tornar a atividade física mais prazerosa e uma boa oportunidade para conhecer novos amigos, compartilhar alegrias e melhorar a autoestima.

Programa Família Saudável

HIPERTENSOS CAMINHANDO PARA O EQUILÍBRIO ATRAVÉS DA AUTO-MASSAGEM

BARSANOU, Silvânia Maria Barbosa

Introdução
Segundo o Ministério da Saúde, a hipertensão arterial é uma doença crônica que acomete milhões de pessoas no mundo e requer adoção de hábitos de vida saudáveis, além de medicamentos anti-hipertensivos. A adoção de hábitos de vida saudáveis inclui a prática de atividades físicas regularmente. A automassagem e a caminhada, se bem orientadas, são atividades físicas que podem ser realizadas por quase todas as pessoas. Após avaliar a realidade local, onde a hipertensão arterial é a condição referida de maior prevalência, a Equipe 395 do Programa Família Saudável (PFS) do Recanto das Emas do Distrito Federal, elaborou um projeto para ser implementado junto aos hipertensos da área de abrangência. Objetivamos sensibilizar os portadores de hipertensão arterial da importância da prática de atividades físicas regularmente e do autoconhecimento através da automassagem.

Objetivo
Sensibilizar os portadores de hipertensão arterial da importância da prática de atividades físicas regularmente e do autoconhecimento através da automassagem.

Metodologia
Prática semanal de sessões de automassagem sob a orientação de uma auxiliar de enfermagem treinada pela Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde e prática semanal de caminhada de hipertensos sob orientação do Agente Comunitário de Saúde e Auxiliar de Enfermagem por microárea. Os Agentes Comunitários de Saúde realizam palestras em suas microáreas aos grupos de hipertensos resultando a importância da caminhada para a saúde em geral e orientação individual, com o Auxiliar de enfermagem, sobre os cuidados e recomendações sobre a prática da caminhada.

Conclusão
A prática de duas atividades físicas semanais (caminhada, quebra-gelo e relaxamento) teve como estratégia diversificar para abranger o maior número possível de hipertensos resultando em melhor qualidade de vida para os portadores dessa morbidade crônica. Esta reunião de pessoas fortalece a atividade física mais prazerosa e uma boa oportunidade para conhecer novos amigos, compartilhar alegrias e melhorar a autoestima. O ACS e o profissional mais próximo e mais conhecedor dos problemas que afligem a comunidade, o qual o torna capaz de interagir e trabalhar em benefício da população sob sua responsabilidade.

GDF
SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Programa Família Saudável



PROJETO INTERDISCIPLINAR DE ABORDAGEM GRUPAL NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI

Autor principal: Sílvia Benvenuti de Oliveira
 Instituição: Hospital Municipal Dr. Mário Gatti
 Município: Campinas
 Estado: São Paulo

JUSTIFICATIVA

Tendo em vista que na enfermaria de pediatria deste hospital é direito da mãe ou responsável acompanhar a criança ou adolescente durante o período da internação, tendo em vista que esse fato supõe um relacionamento interpessoal entre acompanhantes e a equipe interdisciplinar, surgiu a necessidade e a oportunidade de criar um espaço para orientações sobre a rotina na enfermaria, bem como um momento reflexivo e educativo para acompanhantes e a equipe técnica. Esse grupo iniciou em Fevereiro de 2004.

OBJETIVO

Propiciar um espaço informativo, educativo e reflexivo para que os pais, responsáveis e equipe técnica possam trocar experiências, sanar dúvidas e angústias do processo de internação, respeitando-se os valores culturais e educacionais dos acompanhantes, e aproximando a equipe, favorecendo uma prática mais humanizada da saúde.

Informar e orientar sobre as normas e rotinas da enfermaria de pediatria, utilizando o folder explicativo da enfermaria de pediatria. Sanar dúvidas, angústias e problemas decorrentes da internação. Passar noções de higiene, nutrição, fisioterapia, pedagogia, medicina, sociais, deveres e direitos e cuidados gerais com relação a crianças e adolescentes. Utilizar o momento do grupo para que haja reflexão sobre a importância dos acompanhantes no processo de recuperação dos pacientes. Compartilhar experiências e histórias de vida visando uma prática mais humanizada na saúde

METODOLOGIA

- Encontros semanais de 50 minutos
- Utilização da troca de saberes populares e científicos, somando-se experiências práticas e teóricas
- Abordagem grupal com apresentação dos participantes e informações sobre rotina e dúvidas

- Fala do técnico convidado de enfermagem, nutrição pedagogia, fisioterapia, medicina, psicologia e serviço social
- Debate, esclarecimento e troca de experiências com o comentário do técnico

ÁREAS ENVOLVIDAS

- Serviço social e pedagogia: participação em todas as reuniões como dinamizadores do grupo
- A cada encontro um profissional desenvolve um tema de seu próprio interesse em sua área de atuação, que reflita os objetivos propostos e as atividades em que o trabalho em grupo possa propiciar melhor relacionamento entre profissionais, pacientes e seus familiares

CRONOGRAMA E ESTRUTURA

Grupo uma vez por semana, no período da tarde, com duração de 50 minutos, com início programado para às 14 horas, nas Sextas-feiras, na sala de espera da enfermaria de pediatria. Ao final de cada atividade é feita avaliação pela equipe que conduziu o grupo e relatórios de cada reunião realizada.

PRODUTO

- Melhora da comunicação da equipe com familiares
- Construção de relação de confiança com a equipe da unidade através do espaço de liberdade de questionamentos e informações, com linguagem apropriada para maior assimilação de todos
- Aumento da satisfação do usuário
- Melhora do entendimento das famílias do funcionamento do serviço, direitos e deveres dentro da internação.
- Aprendizagem do uso dos espaços comuns, com respeito e cidadania
- Informações básicas e cuidados preventivos à saúde da criança ou adolescente
- Ampliação da capacidade de "escuta" da equipe quanto as necessidades dos usuários



APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O grupo consegue nesses encontros construir uma relação de confiança dos familiares com os profissionais de saúde, permitindo que essas se apropriem do espaço de diálogo para expressarem com tranquilidade todas suas angústias e dificuldades de entendimento sobre as doenças de seus filhos, ou de outras que são tema de debate e explanação. Há melhor convivência da equipe com os familiares durante a internação, evitando descontentamentos de ambas as partes, permitindo a recuperação tranquila do paciente com a família bem assistida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a existência desse grupo fica evidente a necessidade do acolhimento dessas famílias num espaço reservado para um diálogo franco e aberto para maior tranquilidade da família durante a internação. Também os profissionais da saúde ficam a disposição desses familiares por um período maior, favorece na inter-relação com esses profissionais.

Há também uma escuta das demandas das famílias que pode levar a equipe de saúde da unidade a refletir sobre suas ações.



DETERMINAÇÃO DA CONTAGEM DE CÉLULAS SOMÁTICAS E DA COMPOSIÇÃO QUÍMICA DO LEITE DAS PEQUENAS PROPRIEDADES DO MUNICÍPIO DE TAILÂNDIA - PA.

Autor principal: Silvia Cristina da Silva Pedroso

Outros Autores: Almir Vieira da Silva

Instituição: UFLA

Município: Macapá

Estado: Amapá

INTRODUÇÃO

O Brasil é um dos maiores produtores de leite do mundo, ocupando o sexto lugar no ranking dos países produtores de leite. Em 1998 a atividade leiteira correspondeu a 11% do valor bruto da produção agropecuária brasileira (GOMES, 2001).

Os principais elementos que definem a qualidade do leite são os macrocomponentes (gordura, proteína e lactose), as células somáticas, a contagem bacteriana, a presença de adulterantes (água, resíduos de antibióticos, substâncias químicas e outros), a qualidade sensorial (odor, sabor, aspecto) e a temperatura (MONARDES, 1998).

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é determinar o número de células somáticas e dos componentes químicos (gordura, proteína, lactose e estrato seco total) presentes no leite de bovinos das pequenas propriedades do Município de Tailândia com o propósito de avaliação da qualidade deste leite no aspecto sanitário e de saúde pública.

METODOLOGIA

O trabalho foi realizado no município de Tailândia do Pará que está localizado na mesorregião nordeste do estado do Pará com coordenadas geográficas 2°56'22" de latitude sul e 48°57'03" de longitude a oeste de Greenwich (FERNANDES, 2004). Para a pesquisa, foram utilizados bovinos leiteiros de quatro unidades produtoras de leite, totalizando 147 animais, escolhidos aleatoriamente. As amostras de leite foram coletadas logo após a ordenha manual em frascos de 50 ml com marcação para 40 ml, contendo a pastilha de Bronopol (2-Brono 2-Nitropropano 1,3 Diol) que é um bactericida e estabilizante de gordura. Após coletados, os frascos foram armazenados em isopor térmico com gelo artificial, enviados até 72 horas após a coleta ao Laboratório de Qualidade do Leite (Centro de Pesquisa em Alimentos) da Universidade Federal de Goiás (UFG).

Para o diagnóstico de mastite subclínica foi determinado o número de células somáticas presentes no leite através do

Fossomatic 5000 basic (FOSS) com o princípio fluxo citométrico. Na determinação dos componentes do leite (gordura, proteína e lactose) foi utilizado o MilkoScan 4000 (FOSS) com o princípio de reabsorbância por ondas de infravermelho. Para a análise dos parâmetros estudados, os dados numéricos foram tabulados e analisados em planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 2003. Além disso, foi utilizado programa computacional Stastical Analysis System (SAS, Institute Inc., 1999), sendo que os dados foram submetidos ao Teste Exato de Fisher's.

RESULTADOS

Os resultados médios da composição química do leite bovinos encontrados no município de Tailândia/Pa, além da quantidade de células somáticas do leite, obtidos na presente pesquisa, foram de 3,09% para gordura, 3,11% para proteína, 4,56% para lactose, 11,82% para estrato seco (EST) e 200,19 ($\times 1000/\text{ml}$) para CCS no período seco, enquanto que no período chuvoso foram de 3,65%, 3,19%, 4,61%, 12,53% e 116,06 ($\times 1000/\text{ml}$) respectivamente ($P > 0,05$). Almeida (2006), analisando a CCS de 96 rebanhos na região Sul de Minas Gerais, encontrou como média 71,87% das amostras com resultados acima de 500.000 cél/ml, que foi o parâmetro estabelecido no seu trabalho. No presente estudo não foi encontrada diferença significativa ($p > 0,05$), entre o período seco e o período chuvoso com o aumento no número de células somáticas, como demonstra a tabela 1.

Mastite subclínica	Negativo		Positivo		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Período Seco	88	57,89	5	3,29	93	61,18
Período Chuvoso	59	38,82	0	0	59	38,82
TOTAL	147	96,71	5	3,29	152	100

(Fisher's=0,082; P=1,08).

Tabela 1 - Resultados de mastite subclínica conforme a legislação federal, obtidos nas amostras de leite coletadas no Município de Tailândia – Pará (2006), distribuídos de acordo com a estação do ano.

Com relação à incidência de mastite subclínica em animais no início e no final do período de lactação, não foi encontrada diferença



significativa ($p > 0,05$) entre os dois grupos de animais estudados (tabela 2).

Tabela 2- Resultados de mastite subclínica obtidos conforme a legislação federal nas amostras de leite coletadas no Município de Tailândia – Pará (2006), distribuídos de acordo com o período de lactação.

Mastite subclínica	Negativo		Positivo		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Início da lactação	25	16,45	0	0	25	16,45
Fim da lactação	122	80,26	5	3,29	127	83,55
TOTAL	147	96,71	5	3,29	152	100

(Fisher's=1,0; P=0,40).

*Início da lactação = até 4 meses pós-parto; Fim da lactação \geq 4 meses pós-parto.

Os dados demonstram que do total de 147 animais, 05 foram positivos para ocorrência de mastite subclínica, utilizando a metodologia preconizada para o Brasil (região norte) de 1 milhão de células /ml a partir de 2007. Devido a Região Norte apresentar particularidades como grande quantidade de chuvas em determinadas épocas do ano, além da carência de recursos humanos e laboratórios especializados na análise do leite (contagem de células somáticas), existe uma grande dificuldade na realização de pesquisas nessa área, demonstrando a importância deste trabalho para a região.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados de contagem de células somáticas e de gordura, proteína, lactose e sólidos totais encontrados no rebanho avaliado são semelhantes aos valores citados na literatura consultada. Sugere-se a realização de novos trabalhos de detecção de contagem de células somáticas no leite produzido no Município de Tailândia no Estado do Pará, para que se possa confirmar a prevalência da mastite subclínica nos rebanhos e assim, demonstrar a qualidade do leite cru que é exposto ao consumo público.



PROJETO CUIDAR DE QUEM CUIDA – SUPORTE A UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Autor principal: Sílvia Maria Batista Nunes Rodrigues

Instituição: Caps ad II / DF

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Todo o profissional, que atua diariamente com casos clínicos, que envolve sofrimento físico ou psicológico, estarão mais vulneráveis a situação de stress físico e emocional, bem como deverão ser merecedores de atenção especial técnica, com a finalidade de minimizar essas conseqüências.

Muitas vezes o desânimo, as frustrações, as expectativas, que povoam a mente desse profissional, o impedem de atuar, ou ainda comprometem a qualidade de suas ações.

Nesse sentido, buscamos ter um olhar mais abrangente para com a nossa equipe, abrindo um Espaço de Convivência Profissional, que seria destinado ao conhecimento mais globalizado do seu “Eu Interior”, na medida em que o mesmo interfere diretamente no contexto Profissional.

DESCRIÇÃO DA PROPOSTA

Disponibilizamos Atenção de uma psicóloga/pedagoga que atualmente para a Equipe Multiprofissional, com atividades em Grupo, 03 vezes por semana, durante 30 minutos, antes do início dos trabalhos.

Trabalhamos com a Equipe a oportunidade de conhecer melhor os seus Mecanismos de Defesa, seu “Eu Interior”, bem como a organização de sua Estrutura de Personalidade, visando dar suporte para esses “enfrentamentos” diários, na ação direta com os “pacientes”.

Esses encontros, marcam o início de cada dia de trabalho, onde vivenciamos um profissional muito mais “inteiro” para as relações de trabalho com o “paciente”.

PÚBLICO ALVO

Equipe Multiprofissional do CAPSad (técnica e administrativa)

OBJETIVO

Contemplar a Equipe com Atenção Psicológica em Grupo, com o intuito de contribuir para minimizar os efeitos das Cargas

Emocionais, advindas dos Casos Clínicos trabalhados, bem como da dinâmica com a qual os mesmos atuam no seu dia a dia, enfrentando frustrações em diferentes níveis, que são trazidas pelo próprio “paciente”.

METODOLOGIA

Atenção desenvolvida por psicóloga/pedagoga

Encontros 03 vezes por semana, 30 minutos, antes do início dos trabalhos.

Dinâmicas de Grupo que favorecem o auto-conhecimento
Dramatizações (psicodrama pedagógico) que criam situações de auto ajuda, levando a minimizar aspectos de tensão e stress individual.

Relaxamento que possibilita entrar em sintonia com seus objetivos profissionais

Respiração pontual e regeneradora, que atenda aos requisitos mínimos, com a finalidade de coloca-lo mais próximo de sua história de vida.

Vivência criativa (recriar-imaginar) do seu papel na relação com o “paciente”;

RESULTADOS ESPERADOS

- Profissionais mais humildes em relação ao seu conhecimento
- Profissionais mais conscientes de suas potencialidades
- Profissionais mais críticos com o seu trabalho
- Equipe mais solidária com o seu saber (compartilhamento de saberes)
- Exercício da Interdisciplinaridade

IMPACTO SOCIAL

Maior Qualificação Profissional
Atendimento Consciente e Humanizado

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“CONHECE-TE A TI MESMO” (Sócrates)



O Modelo de Atenção, no qual está inserido nosso serviço de saúde especializada, aderiu ao atendimento na interdisciplinaridade, ação essa, que por si só mobiliza os profissionais para a discussão dos diagnósticos e prognósticos em diferentes visões e enfoques profissionais. Com essa discussão, temos a oportunidade de enxergar cada profissional na sua psique, revelando as incongruências do seu “Eu Interior”, quando está diante de casos clínicos que permeiam valores pessoais e éticos que pedem maior envolvimento e conhecimento de suas limitações.

Os Encontros abrem uma discussão saudável, e acolhedora das dificuldades da Equipe, que fica à vontade, para desenvolver sua crítica, bem como compartilhar conhecimentos que não eram trabalhados.

O que nos motiva? Estarmos sempre aprendendo.

Para esse novo momento dos “Cuidadores”, o que nos movimenta é uma inspiração poética de Drummond: “O problema não é inventar. É ser inventado hora após hora e nunca ficar pronta a nossa edição convincente”



PROGRAMA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ESTOMIZADO

Autor principal: Sílvia Maria de Campos Sirera

Outros Autores: Edmar Ono e Edna Souza dos Santos

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Estância de Atibaia

Município: Atibaia

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O programa de assistência ao paciente estomizado foi municipalizado em outubro de 2002, de acordo com determinação da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Na ocasião, o Estado prestava atendimento a onze pacientes da região.

Por ocasião da capacitação dos profissionais, oferecido pela DIR XII, a equipe de saúde local, responsável pela programação, além de assumir a proposta, optou por ampliar a assistência ofertada e efetuar atenção interdisciplinar e também extra muros.

OBJETIVOS

Promover a melhoria de qualidade de vida ao paciente estomizado, através da elevação da auto-estima, inclusão social e continência familiar.

MÉTODO

Captação do paciente e enlace familiar, a partir da hospitalização. Garantia do acompanhamento em enfermagem e repasse dos insumos específicos, mensalmente, no nível ambulatorial. Participação prioritária em atividades grupais de apoio, intra e extra muro, bem como atividades sociais, com periodicidade mensal. Nos grupos tem-se trabalhado vários tópicos relacionados aos aspectos psico-sociais, entre eles: A segurança e qualidade alimentar, Quimioterapia e seus efeitos adversos, Conceitos Vida/Morte, etc.

RESULTADOS

O programa possui, atualmente, 32 pacientes assistidos, fornece 200 bolsas, mensalmente, atendendo a pacientes oriundos de 08 municípios, inclusive de outras regiões. Através do depoimento dos próprios pacientes constatou-se que a efetiva inserção familiar e social promoveu melhoria da Qualidade de Vida global.

CONCLUSÃO

Além de garantir a assistência regular ao estomizado o programa municipal propiciou a vinculação do paciente ao serviço de saúde municipal. A aceitação da nova condição de vida, inserção da família e melhoria da qualidade de vida também foram observados.



SAÚDE MENTAL; CARNAVAL E ALEGRIA: SERVIÇOS DE SAÚDE COMO AGENCIADORES DE VIDA

Autor principal: Simone Aparecida Ramalho

Outros Autores: Kátia Maria de Souza; Carlos Henrique Batista

Instituição: Centro de Convivência e Cooperativa Jaçanã Tremembé

Município: São Paulo

Estado: São Paulo

Apresentaremos uma experiência que há cinco anos consagra a possibilidade de participação de pessoas geralmente excluídas dos processos sociais devido à sua classe social, origem ou condição de saúde, em uma das festas populares mais importantes do país - o carnaval - oportunidade que vem ao encontro dos desafios que a Reforma Psiquiátrica brasileira trazem a uma sociedade que busca ser mais igualitária e democrática. Neste contexto são tarefas urgentes para os equipamentos que se ocupam do cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde promover a inclusão social, o acesso à cidadania, à dignidade, o respeito às diferenças e às singularidades, o combate ao preconceito e à discriminação, colocando-nos o imperativo de buscar ações que devem ir além da reorientação nos modelos de atenção, alcançando a real constituição de redes concretas de sustentação para o convívio social. Pautando-se nestes princípios, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo conta em sua rede com serviços como os Centros de Convivência e Cooperativa, constituídos por espaços de convivência destinados a segmentos da população habitualmente excluídos, mas também abertos à população em geral, nos quais são oferecidas atividades com as mais variadas formas e conteúdos de expressão com a finalidade de proporcionar condições de satisfação e realização pessoal, respeitando as diferenças existentes entre os diversos segmentos e entre os diversos indivíduos e ao mesmo tempo contribuindo para o desenvolvimento da noção de cidadania e o resgate da dignidade, incluindo a possibilidade de geração de trabalho e renda, tendo como missão estratégica a *promoção de saúde* e tendo como alvo prioritário segmentos populacionais de maior vulnerabilidade.

A *Ala Loucos pela Xé* é uma dessas ações, fruto de uma parceria entre o Centro de Convivência e Cooperativa Jaçanã Tremembé (CECCO J/T), e o GRCES X9 Paulistana, agremiação bicampeã do carnaval paulistano, ala composta por frequentadores do CECCO J/T e aberta à população em geral. As atividades do projeto consistem em toda a preparação do desfile que antecede o carnaval, incluindo o calendário de festas e eventos da escola, ensaios no espaço do CECCO, na quadra da escola de samba e no sambódromo do Anhembi e o desfile da escola durante o

carnaval, sendo que em todas as atividades os usuários/componentes participam em conjunto com toda a comunidade da escola de samba. Além disso, o projeto também gera trabalho e renda, pois as 120 fantasias da Ala são integralmente confeccionadas pelos usuários, remunerados por dia de trabalho, pelo valor de mercado do carnaval, com a coordenação dos profissionais do CECCO J/T em todas as atividades.

Temos como resultados deste projeto a construção de sentidos de vida: criar a fantasia, vir ao serviço não para cuidar de seu adoecimento, mas para tomar parte na alegria e na beleza do carnaval, resgatar seu pertencimento à cultura brasileira, construir coletivamente a ala, exibir publicamente suas possibilidades e suas potências, saborear a possibilidade de frequentar a quadra da escola de samba, conviver com pessoas novas, ouvir a bateria, dançar, cantar suas histórias de positividade, ser “trabalhador” em um trabalho que possibilita incluir sua criatividade, produzindo algo que lhes faz sentido, mas que também faz sentido para muitas outras pessoas que irão desfilar, assistir ao desfile, para a própria escola de samba, o que recupera para alguns e inaugura para outros, suas identidades como cidadãos.

Acreditamos que esta experiência tem grande impacto sobre a cidadania e sobre a promoção de saúde em vários aspectos. Em um primeiro eixo, possibilita o convívio entre diferentes, geralmente apartados nos acontecimentos sociais, a circulação em espaços públicos que, por direito, todos os cidadãos poderiam estar, mas dos quais parcelas significativas estão excluídas devido ao preconceito e à discriminação e possibilita o resgate do pertencimento à cultura brasileira dessa parcela da população, ao incluí-los na festa do carnaval. Em um segundo eixo, no pólo de geração de renda, inclui pessoas que estão excluídas do mundo do trabalho na maior parte das vezes também pelo preconceito que sofrem, demonstrando sua potência produtiva, possibilitando trocas. Em um terceiro eixo, ao não lidar com a Ala como apresentação de excepcionalidades ou do bizarro, produz mudanças genuínas nas concepções disponíveis sobre a loucura, concretizando uma das metas mais caras à Reforma Psiquiátrica no contexto do SUS – diferentes subjetividades estão postas, porém todas podem pertencer a cidadãos de fato. O projeto traz



inovações ainda no âmbito da organização dos serviços de saúde no processo de Reforma Psiquiátrica, mas inova fundamentalmente mostrando ser possível construir redes de sustentação na sociedade para o convívio e para a circulação da loucura, sem que para isso precisemos de ações absolutamente complexas, pelo contrário, podemos efetivar ações desta natureza mesmo com os poucos recursos disponíveis e nossos equipamentos podem ser seus "agenciadores". Há no campo da saúde mental a tendência de considerar a cidade como um bloco fechado e homogêneo de exclusão da loucura. Em decorrência, muitos serviços se fecham com seus usuários no interior dos equipamentos de atenção à saúde mental, promovendo uma reabilitação psicossocial pouco eficaz, pois acabam consolidando a discriminação entre "loucos" e "não loucos". Portanto, a inovação do presente projeto consiste em, ao articular geração de renda, convívio e promoção de saúde mental fora do ambiente de tratamento, o faz na sociedade, fora de muros estigmatizantes em que podem se transformar serviços de saúde mental, por meio de espaços e acontecimentos da cultura, com sua multiplicidade e suas possibilidades para que as diferenças possam conviver, em lugares em que a experiência trágica tem *status* de legitimidade.



GRUPO DE ORIENTAÇÕES A ACOMPANHANTES DE PACIENTES DO INCA-HCII

Autor principal: Solange Esteves Nogueira de Oliveira

Instituição: Instituto Nacional de Câncer- Unidade II

Município: Rio de Janeiro

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

A hospitalização impõe rotinas, normas e condutas que limitam e dificultam o compartilhamento do ambiente e do tempo, sendo necessário o surgimento de negociações, “jeitinhos”, arranjos com finalidade de acomodar interesses diversos.

O afastamento do indivíduo do convívio familiar e social por motivo de doença gera uma gama de sentimentos, pois o viver coletivo faz parte da estrutura antropológica do ser humano, pois só podemos existir na medida em fazemos parte de um grupo no qual integramos nossa diferença assumida num todo, que vai além de nós.

Estar doente e hospitalizado é estar fragilizado, sujeito às mudanças impostas pela doença, pelo tratamento, pelo ambiente e pelos profissionais, indivíduos estranhos que em determinado momento se investem de poder de comando do nosso destino, da nossa vida. Todos esses fatores trazem dificuldades e limitações que podem ser expressas de diversas formas (medo, rancor, tristeza, revolta, etc). É com essa gama de sentimentos que a equipe multidisciplinar de saúde convive no seu dia a dia.

OBJETIVO

Promover interação entre os acompanhantes e os membros da equipe multidisciplinar, com finalidade de minimizar conflitos, facilitar a comunicação, estimular compreensão e definir os parâmetros de condutas que favoreçam o bem estar comum.

METODOLOGIA

Os acompanhantes dos pacientes recebem convite para a participação na reunião no refeitório ao assinarem listagem elaborada pela nutrição. Essas reuniões acontecem todas às terças-feiras, de 14:00 às 15h. e 30, na sala B, Centro de Estudos. Além disso a telefonia faz um convite através do auto-falante, afim de lembrar e estimular o comparecimento.

O grupo, criado na Equipe de Enfermagem e moderado por ela, é formado por profissionais do Serviço Social, Psicologia, Nutrição e Farmácia que expõem de forma acessível suas principais

orientações, colocando-se disponíveis para esclarecimentos de dúvidas.

A enfermagem esclarece sobre:

- Propostas do grupo;
- O papel do acompanhante;
- As acomodações oferecidas pela instituição
- A estrutura organizacional do INCA, em especial a da unidade II;
- O trabalho desenvolvida pela unidade IV do INCA (cuidados paliativos);
- Sobre infecção hospitalar, importância da lavagem das mãos;
- Sobre o ambiente intra hospitalar, suas peculiaridades e os principais cuidados;
- Prevenção à saúde;
- Doação de sangue;
- A importância de estarem fazendo a avaliação da internação;
- Folhetos institucionais são distribuídos reforçando algumas orientações dadas.

RESULTADOS

Os problemas expostos pelos acompanhantes durante as reuniões são identificados e tratados, os conflitos identificados geram orientações entre as parte envolvidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reuniões de orientações aos acompanhantes nos oferece a oportunidade de exercitar a cidadania plena, pois no une em torno dos objetivos de cuidar, promover saúde, esperança e bem estar comum. Aproxima e humaniza a assistência prestada, além de nos tornar menos onipotentes diante da vulnerabilidade do outro.

“A arte de viver bem e de morrer bem são uma só”(Epicuro)



DESPRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE NO ESTADO DE SERGIPE

Autor principal: Sonia Maria Souza

Outros Autores: Ademilde Machado Andrade; Maria Cicera da Silva Alves; Eduardo Carlos

Pereira dos Santos

Município: Aracaju

Estado: Sergipe

INTRODUÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde é um profissional da Equipe de Saúde, que trabalha no território onde reside, fazendo parte dessa comunidade e estabelecendo vínculos com a mesma. É capacitado para realizar visitas domiciliares prestando orientações de promoção da saúde, prevenção de doenças e como cuidar dos agravos à saúde.

Entendendo a importância do papel desse trabalhador e estando o mesmo reconhecido através da Lei Nº 10.507, DE 10 DE JULHO DE 2002, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 11 de julho de 2002, o Ministério Público Federal do Trabalho, seção Sergipe, desde o ano de 2004 vem através de audiência pública, convocando os gestores municipais para regularizar o vínculo empregatício dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) visto que a contratação dos mesmos foi em sua grande maioria realizada de maneira irregular ou ilegal, não garantindo os direitos trabalhistas. A única alternativa apresentada foi o concurso público ou o pagamento de multa no valor de R\$ 2.000,00 por ACS contratado de maneira irregular, após expirar o prazo do Termo de Ajuste de Conduta (TAC).

O Estado de Sergipe, através da Secretaria de Estado da Saúde (SES), entendendo a grande fragilidade dos municípios, considerando a especificidade do trabalho dos ACS e o pouco conhecimento das empresas contratadas para realizar concurso para essa categoria profissional, se propôs a cooperar técnica e financeiramente, executando o concurso público para os municípios que aderiram a proposta.

OBJETIVO

Desprecarizar o vínculo empregatício dos ACS.

METODOLOGIA

A Secretaria de Estado da Saúde criou comissão para elaborar e desenvolver o concurso público estadual com base municipal em convênio com a Procuradoria Geral do Estado (PGE). Inicialmente orientou os municípios a aprovarem na Câmara de Vereadores a lei de criação do cargo de Agente Comunitário de Saúde. A seguir foi sugerido e criado uma comissão municipal para organizar e coordenar o processo no município.

A SES elaborou modelo do edital o qual foi adaptado a realidade de cada município quanto ao número de vagas e distribuição de áreas. As inscrições foram realizadas nos municípios por área de saúde, diminuindo as possibilidades de pessoas externas ao município se candidatarem as vagas.

Ficou definido pela comissão do concurso da SES que o mesmo seria realizado em duas etapas: prova escrita (elaborada pela comissão) e prova de título. A SES contratou uma empresa gráfica para impressão das provas e dos cartões de resposta. A mesma empresa foi responsável pela leitura em meio magnético dos cartões de respostas e emissão da lista de resultados.

As questões das provas tinham como teor o Sistema Único de Saúde (SUS), o trabalho desenvolvido pelo ACS em suas micro-áreas, com referência bibliográfica constante em edital.

As provas aconteceram em dia de domingo e a SES encaminhou as provas juntamente com os cartões de respostas por fiscais pré-selecionados, que retornavam ao final do dia com os cartões respostas para leitura.

Após a divulgação da nota da prova escrita os municípios encaminham para a comissão da SES os curriculums dos candidatos que obtiveram nota superior a 5 (cinco), para a devida avaliação e posteriormente a comissão entrega o resultado final.

Os casos de empate estão previstos em edital, cabe ao município divulgar o resultado final do concurso, homologar o mesmo e contratar os concursados.

RESULTADOS

Foi realizado concurso público em 42 municípios (56,0%), tendo uma aprovação de 80% daqueles que já exerciam a função de ACS, com diminuição dos gastos público em torno de 43%.

CONCLUSÃO

Essa parceria realizada entre o Estado e os municípios mostra a possibilidade de cooperar técnica e financeiramente numa área de responsabilidade do gestor municipal, favorecendo cuidado a uma parcela significativa de nossos cuidadores da saúde, regularizando os vínculos empregatícios e garantindo os direitos trabalhistas.



ACOLHIMENTO: UMA FORMA DE ORGANIZAÇÃO DE TRABALHO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor principal: Stella Maris Gomes de Amorim

Instituição: Centro de Promoção a Saúde Maria Nilce Fagundes Costa

Município: Volta Redonda

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

Acolhimento é uma estratégia utilizada pelas equipes de saúde da família do São Geraldo I e II lotadas no Centro de Promoção à Saúde M.^a Nilce Fagundes Costa, de recebimento de toda a população no horário de 7:00 às 9:00h diariamente da demanda espontânea. Surgiu a partir da observação em campo da insatisfação dos cidadãos que não conseguiam consulta médica através da demanda espontânea e não se sentiam assistidos quando atendidos pelos outros profissionais.

OBJETIVOS

- Humanizar e aumentar a resolutividade do atendimento oferecido pelas equipes.
- Estabelecer fluxo de atendimento para demanda espontânea
- Reestruturar a porta de entrada na Unidade de Saúde da Família
- Intensificar o trabalho em equipe - ultidisciplinar - perspectiva da interdisciplinaridade

METODOLOGIA

- Classificação das situações que não caracterizavam a necessidade de consulta médica.
- Organização do horário de realização do acolhimento, envolvendo toda a equipe na execução desta atividade.
- Estabelecimento de fluxo para cada profissional, possibilitando desta forma classificar os atendimentos que tinham indicação para serem realizados no momento, inclusive a consulta médica, como também a demanda que Poderia ser inserida na programação da unidade via agendamento ou encaminhamentos para serviços externos.

RESULTADOS

- Otimização do atendimento.
- Satisfação da comunidade.
- Menor desgaste da equipe.
- União entre os profissionais num objetivo comum.
“Humanização” do atendimento.



CONCLUSÃO

Consideramos o acolhimento uma estratégia eficaz de organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família. (98% dos usuários pesquisados por amostragem, relataram que a unidade executa ações humanizadas em saúde)



PERFIL DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DE MATO GROSSO

Autor principal: Stella Maris Malpici Luna

Instituição: Escola de Saúde Pública de Mato Grosso

Município: Cuiabá

Estado: Mato Grosso

RESUMO

O presente estudo buscou descrever, em caráter exploratório e segundo uma abordagem quanti-qualitativa, o perfil dos Gestores Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso que encontravam-se no cargo em agosto de 2005, identificando suas características pessoais e profissionais, os tipos de papéis gerenciais que mais desempenhavam e suas opiniões sobre o SUS e suas funções gestoras.

Adotaram-se elementos teórico-metodológicos oriundos de três fontes distintas: os estudos sobre o perfil de Gestores do SUS, as categorias elaboradas por Mintzberg (1992) e as definições formais de conceitos referentes ao SUS, apresentados em documentos oficiais (Constituição Federal de 1988, Lei 8080/90, Normas e Portarias do Ministério da Saúde).

Foram utilizados dados primários, coletados através de um questionário auto-aplicativo com 28 perguntas estruturadas e uma questão aberta. O questionário foi enviado por correio aos 141 Secretários Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso. O índice de retorno foi alto, somando 74 questionários ou 52,4% do universo. As perguntas estruturadas foram analisadas através do Programa EPIINFO/2002. A questão aberta foi estudada através de análise de conteúdos (BARDIN, 2004).

Dentre os resultados obtidos, os mais relevantes foram: (1) em termos de características pessoais e profissionais constatou-se a existência de um déficit parcial de informação sobre o SUS e de experiência para o exercício do cargo de Gestor do Sistema de Saúde; (2) em relação aos papéis gerenciais, evidenciou-se que os Gestores desempenham sobretudo os papéis de decisão, em particular o de controlador de distúrbios; e (3) no que concerne às opiniões, ressaltou-se as concepções dadas sobre o SUS onde predomina a expressa pelo texto constitucional.

O resultado desta pesquisa poderá ser útil a todos os interessados em contribuir para melhorar o desempenho gerencial no SUS. Pode ser usado tanto na área de Educação quanto na área de Gestão. Aos educadores suscita a questão da adequação das estratégias de desenvolvimento de talentos, para um público que enfrenta distúrbios de forma permanente. Aos Gestores suscita a questão de como reservar tempo para dedicar-se à formulação de políticas, evitando a sobrecarga de problemas imediatos.

Palavras-chave: Perfil, Gestores Municipais, Sistema Único de Saúde, Estado de Mato Grosso.



OFICINA DE ARTESANATO - UMA EXPERIENCIA EM PROL DA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DA COMUNIDADE.

Autor principal: Stella-Maris Gomes de Amorim
 Outros Autores: Maria Augusta Moreira Ferreira
 Instituição: USF Roma I e Roma II
 Município: Volta Redonda
 Estado: Rio de Janeiro

O processo de trabalho numa unidade de saúde da família exige uma busca de uma prática totalizadora, que seja compartilhada em todos os seus momentos pelos elementos que compõem as equipes e que garanta ao usuário do Sistema Único de Saúde, o acesso, o acolhimento, o vínculo, a integralidade das ações e a sua participação. Sendo assim, emergiu a proposta da Oficina de Artesanato dentro das equipes de saúde da família no Roma I e Roma II no município de Volta Redonda. O método utilizado para elaboração deste trabalho, foi inicialmente o planejamento dentro das reuniões das equipes a formulação das atividades que poderiam ser desenvolvidas, visto que, havia a facilidade de uma das agentes comunitárias ser artesã. Em seguida foi discutido junto à comunidade a possibilidade de iniciar o grupo de artesanato o que resultou em sua formação, já há quatro anos no Roma I e três anos no Roma II. Este trabalho tem por objetivo proporcionar espaço de lazer, cultura, integração social, promover saúde, refletir cidadania e gerar renda para a comunidade. Este grupo a princípio foi basicamente formado por donas de casa e mais tarde expandiu-se aos adolescentes. Tem por resultados atualmente a desmedicalização de algumas participantes do grupo que sofre de doenças crônicas-degenerativas, integração das equipes de saúde da família Roma I e II, formação do grupo de adolescentes, maior integração da comunidade com as equipes e parcerias com organizações comunitárias (pastorais, escolas, igrejas). Consideramos que como prática em promoção à saúde a oficina de artesanato é uma estratégia importante que impacta positivamente no processo saúde e doença das comunidades envolvidas nas atividades.





A CEPPIR-GHC E A PROMOÇÃO DA INCLUSÃO

Autor principal: Stênio Dias Pinto Rodrigues

Outros Autores: Rodrigues; Jacira Silva da Rosa; dos Anjos; Wilson Joaquim; Zardin; Mara Lane; Conchin; Carlo; Bittencourt; Mayara Argenti; Pohlmann; June Maria; Flores; Silvana da Saúde Folis; de Azevedo; Darci Villa Nova; da Rosa; Suzana Nussemeyer; Azevedo; Rodrigo de

Instituição: Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

A Comissão Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (CEPIR), ligada à Diretoria do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), foi instituída pela Gestão 2003-2006 formalmente em maio de 2005 (embora atue desde 2003) e tem como atribuição, dentre outras, assessorar o GHC como um todo na formulação, coordenação, implementação e avaliação de políticas públicas afirmativas e diretrizes para a promoção da igualdade racial e da proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais étnicos, com ênfase na população negra.

É uma das formas de controle social deste Grupo, composta por funcionários dos quatro hospitais, representantes de usuários e da sociedade civil organizada.

Considerando que expor e dar visibilidade a um grave problema político e social que diz respeito ao preconceito, à intolerância e ao racismo institucional é o primeiro passo no sentido de buscar a sua superação, com a instituição desta Comissão está sendo possível romper o silêncio que os tabus e/ou os pactos nunca verbalizados encobrem em relação à discriminação e à exclusão racial. Por se tratar de uma tarefa coletiva, não só da população negra, a promoção da inclusão racial está sendo vista e defendida como um objetivo de todos os que desejam uma sociedade mais justa e igualitária. Afinal, o alcance e as possibilidades de ampliação das ações voltadas para a população negra, em um país de tantas discrepâncias sociais e exclusão étnica, dependem sobremaneira da efetivação e do sucesso das políticas de inclusão e de igualdade racial.

Dentre as principais conquistas sociais da Comissão, destacam-se: a inserção do quesito cor/raça/etnia nos prontuários dos pacientes e na documentação dos trabalhadores do GHC; a capacitação em reconhecimento raça/etnia para os trabalhadores do GHC que tratam diretamente com o público (em fase de projeto); a reserva de cotas para afrobrasileiros (10% nos processos seletivos públicos para preenchimento de vagas no GHC e 10% em cursos de capacitação para trabalhadores do GHC).

Com a intenção, portanto, de relatar o processo de constituição desta Comissão, seus principais desafios (históricos e atuais), as atividades desenvolvidas e a criação de alguns dos

mecanismos institucionais que fortalecem, em sentido afirmativo, a promoção da inclusão e da igualdade racial neste Grupo, é que submetemos à apreciação este texto.



Introdução
A Comissão Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (CEPIR), foi instituída na Gestão 2003-2006.

Objetivo
Assessorar o GHC na formulação, coordenação, implementação e avaliação de políticas públicas afirmativas e diretrizes para a promoção da igualdade racial, combate ao racismo institucional, preconceito, xenofobia e da proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais étnicos, com ênfase na população negra.

Metodologia
Uma forma de controle social da instituição, composta por funcionários do GHC, representantes dos usuários e da sociedade civil organizada. Busca a ampliação das ações voltadas à população negra, em um país de tantas discrepâncias sociais e exclusão étnica, esta depende, sobremaneira, da efetivação e do sucesso das políticas de inclusão e integração de igualdade racial.

Conclusão
Dentre as principais conquistas sociais da Comissão e das equipes técnicas, destacam-se: a inserção do quesito cor/raça/etnia nos prontuários dos pacientes e na documentação dos trabalhadores do GHC; a capacitação em reconhecimento raça/etnia para os trabalhadores do GHC que tratam diretamente com o público (em fase de projeto); elaboração de protocolo clínico para rastreamento de Anemia Falciforme em gestantes atendidas no GHC e em acompanhamento do pré natal nos 12 postos do Serviço de Saúde Comunitária, capacitação de equipe para o diagnóstico, tratamento da Síndrome da Necrose Asséptica da Cabeça do Fêmur em pacientes portadores de AF; qualificação da atenção aos portadores de Anemia Falciforme na oncologia-hematologia adulto e infantil; reserva de cotas para afrobrasileiros (10% nos processos seletivos públicos para preenchimento de vagas no GHC e 10% em cursos de capacitação para trabalhadores do GHC).

www.ghc.com.br



A POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO: UMA ESTRATÉGIA DE VALORIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS

Autor principal: Stênio Dias Pinto Rodrigues

Outros Autores: Flores, Silvana da Saúde Folis; Azevedo, Rodrigo de Oliveira; da Silveira, Luiz Henrique Alves; Pinheiro, Clori Araújo; de Oliveira, Idésio; da Rosa, Suzana Nussemeyer; Schuch, Cristiano; Gerber, Eliane de Lima; Marques, Celina Deves; Colpo, Tarcisia; de Borba, Elza Maria Vernet; Pacheco, Emerson; Savegnago, Maria; Borges, Elisa Kras

Instituição: Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

O processo de avaliação de desenvolvimento é uma das diretrizes da Política de Gestão de Pessoas do Grupo Hospitalar Conceição, instituído na atual Gestão (2003-2006), que tem por objetivo valorizar os trabalhadores, fortalecê-los na participação do processo de tomada de decisões, motivando-os para a implementação de um modelo de gestão e de atenção que priorize a qualidade da vida e do trabalho em saúde.

A política de avaliação que está sendo desenvolvida busca compreender o trabalhador consoante com a sua trajetória histórica, suas ações e atividades, a fim de assegurar ao mesmo tempo o seu crescimento profissional, que possibilite o seu pleno desenvolvimento humano, a sua satisfação com o trabalho, o seu reconhecimento, a sua responsabilização e a prestação de serviços de qualidade à população usuária, em consonância com as proposições do Conselho Gestor do GHC. O “desenvolvimento do trabalhador”, a partir da execução desta política de gestão ativa e participativa, certamente repercutirá, a longo prazo, de maneira direta no seu engajamento institucional e na sua consciência de cidadania.

O processo de avaliação, para tanto, foi dividido em três momentos distintos: descrição da realidade utópica, descrição da

realidade atual e plano de ação. Utilizando-se de uma metodologia de avaliação dialógica e participante, os instrumentos que estão sendo utilizados para o processo como um todo – avaliação institucional, avaliação das equipes de trabalho e avaliação individual – está permitindo a construção de um agir reflexivo que permite e, em certa medida, obriga todos/as os/as trabalhadores/as verificar se os objetivos estabelecidos para o GHC estão sendo efetivados ou não, sobretudo, levando-se em conta os fatores qualitativos resultantes do processo como um todo.

A intenção, portanto, é apresentar alguns dos fatos e dados do processo de implantação desta “Política de Avaliação de Desenvolvimento do Grupo Hospitalar Conceição”, que está requerendo grande debate envolvendo todos os trabalhadores, sobretudo no que se refere às questões teóricas que fundamentam um processo de avaliação e os impactos sobre a cultura desta Organização,

assim como, ao mesmo tempo, está se constituindo em uma importante estratégia de fortalecimento do SUS junto a este serviço de saúde.



Introdução

O processo de avaliação de desenvolvimento é uma das diretrizes da Política de Gestão de Pessoas do Grupo Hospitalar Conceição, instituído pela atual Gestão (2003-2006).

Objetivo

Valorizar os trabalhadores, fortalecê-los na participação do processo de tomada de decisões, motivando-os para a implementação de um modelo de gestão e de atenção que priorize a qualidade de vida. A política de avaliação que está sendo desenvolvida busca compreender o trabalhador consoante com sua trajetória histórica, suas ações e atividades, a fim de assegurar ao mesmo tempo seu crescimento profissional, que possibilite seu pleno desenvolvimento humano, sua satisfação com o trabalho, seu reconhecimento, sua responsabilização e prestação de serviços com qualidade à população usuária.

Metodologia

A presente política propõe uma metodologia de avaliação dialógica em três níveis: avaliação institucional, avaliação das equipes de trabalho e avaliação individual. A construção de um agir reflexivo que permite todos os trabalhadores verificar se os objetivos estabelecidos para o GHC estão sendo efetivados ou não, sobretudo, levando-se em conta os fatores qualitativos resultantes do processo.

Conclusão

A implantação desta política está desencadeando amplos debates envolvendo todos os trabalhadores, sobretudo no que se refere às questões teóricas que fundamentam um processo de avaliação e os impactos sobre a cultura da



A CEPPAM-GHC: UMA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE E INTEGRALIDADE NO SUS

Autor principal: Stênio Dias Pinto Rodrigues

Outros Autores: Pinheiro, Clori Araújo; Pohlmann, June Maria; Azevedo, Rodrigo de Oliveira; da Rosa, Suzana Nussemeyer; Scola, Leandra; Flores, Silvana da Saúde Folis; Skavinski, Raquel Nogueira; da Silva, Maria Salette; Bernardes, Elisete Salette Pierozan; Gerber, Eliane de Lima; Savegnago, Maria.

Instituição: Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

Atualmente, intensificam-se os debates a respeito da igualdade entre as pessoas e da não discriminação. Mesmo que não efetivadas na prática, no mundo todo leis são criadas garantindo os direitos de todos os grupos, em contraposição à lógica da mais-valia e da acumulação sem precedentes que determina e organiza as políticas de gestão de pessoas hoje no mundo.

O Grupo Hospitalar Conceição – GHC, na Gestão 2003-2006, em consonância com as diretrizes do SUS, assume a integralidade da atenção e a equidade como premissas indispensáveis para a prestação dos seus serviços. A partir dessas diretrizes e reconhecendo a situação das pessoas portadoras de necessidades especiais, foi criada a COMISSÃO ESPECIAL DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA ACESSIBILIDADE E DA MOBILIDADE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (CEPPAM-GHC).

O campo de trabalho da CEPPAM-GHC é aquele de assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de necessidades especiais no âmbito do GHC. Direitos que devem se concretizar pela possibilidade do exercício da cidadania, pelo respeito à dignidade da pessoa humana, pela construção de uma sociedade e de instâncias justas que promovam

efetivamente o bem de todos, sem preconceitos, sem qualquer forma de discriminação, e que acima de tudo façam prevalecer os direitos humanos fundamentais.

Dentre suas principais realizações, até o presente momento, destacam-se: a realização do Curso e Oficinas de LIBRAS; participação na Conferência Municipal dos Direitos das Pessoas com Deficiência, articulação permanente com as Federações representativas das pessoas portadoras de deficiência, participação na Comissão Especial de Políticas Públicas para Pessoas Portadoras de Deficiência do Município de Porto Alegre, entre outras.

Neste trabalho, pretendemos relatar a experiência de construção desta Comissão, seus objetivos, suas atribuições, suas realizações e, sobretudo, suas potencialidades futuras, já que esta Comissão tem um papel propositivo na agenda de organização do SUS locoregionalmente, é uma referência para a educação permanente dos trabalhadores e

dos usuários do Grupo e permite a sensibilização de ambos para a necessidade de desenvolvermos um olhar que considere as especificidades de cada pessoa quando pensamos em promoção de saúde.



Introdução

O Grupo Hospitalar Conceição - GHC, na Gestão 2003-2006, em consonância com as diretrizes do SUS, assume a integralidade da atenção e a equidade como premissas indispensáveis para a prestação dos seus serviços. A partir dessas diretrizes e reconhecendo a situação das pessoas com/le vivendo com deficiência, foi criada a Comissão Especial de Políticas de Promoção da Acessibilidade e da Mobilidade do Grupo Hospitalar Conceição (CEPPAM-GHC).

Objetivo

Assegurar o pleno exercício dos direitos individuais, coletivos e sociais das pessoas com deficiência no âmbito do GHC. Direitos que devem se concretizar pela possibilidade do exercício da cidadania, pelo respeito à dignidade das pessoas, pela construção de uma sociedade e de instâncias justas que promovam efetivamente o bem de todos, sem preconceitos, sem qualquer forma de discriminação, e que acima de tudo façam prevalecer os direitos humanos fundamentais.

Metodologia

Esta Comissão tem um papel propositivo na agenda de organização do SUS loco-regional, constituindo-se uma referência para a educação permanente dos trabalhadores e usuários do GHC. Também, contribui para a sensibilização e viabiliza a participação de ambos para desenvolver-se um olhar que considere diversidade e as especificidades de cada pessoa quando pensamos em proteção e promoção de saúde.

Conclusão

Dentre suas principais realizações, até o presente momento, destacam-se: a realização do Curso e de Oficinas de LIBRAS para 60 trabalhadores do GHC; efetivação do fluxo de contratação de pessoas com deficiência conforme o decreto 3.298/99; elaboração do relatório sobre a situação de acessibilidade das portas de entrada do GHC; elaboração e distribuição da Cartilha "Como Orientar Pessoas Cegas" e oficinas de acolhimento às mesmas; elaboração do Capítulo do Edital do Processo Seletivo Público referente à contratação de pessoas vivendo com deficiência; elaboração e distribuição do Boletim Informativo CEPPAM-GHC n.º 1; participação na Conferência Municipal dos Direitos das Pessoas com Deficiência; articulação permanente com as Federações representativas das pessoas portadoras de deficiência, participação na Comissão Especial de Políticas Públicas para Pessoas Portadoras de Deficiência do Município de Porto Alegre, entre outras.

Dentre as atividades em desenvolvimento, destacam-se: qualificação do Processo Seletivo Público visando a inclusão com integração, constituição de Subcomissão para acompanhar o processo admissional e o contrato de experiência das pessoas com deficiência; elaboração de Portaria que estabelece a obrigatoriedade de análise ergonômica para qualquer aquisição ou produção de móveis no GHC; proposta de norma que obriga todas as empresas terceirizadas contratadas pelo GHC a terem no mínimo 5% de trabalhadores portadores de deficiência ou reabilitados; proposta de Oficina sobre a Norma da ABNT NBR 9060/2004 a qual estabelece critérios e parâmetros técnicos para a promoção da acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos; Boletim informativo CEPPAM n.º 2.



A POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO: UMA ESTRATÉGIA DE VALORIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS

Autor principal: Stênio Dias Pinto Rodrigues

Outros Autores: Pinheiro, Clori Araújo; Flores, Silvana da Saúde Folis; Azevedo, Rodrigo de Oliveira; da Silveira, Luiz Henrique Alves; Rodrigues, Jacira Silva da Rosa; dos Anjos, Wilson Joaquim; de Oliveira, Idésio; Pohlmann, June Maria; da Rosa, Suzana Nussemeyer.

Instituição: Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

Município: Porto Alegre

Estado: Rio Grande do Sul

O Grupo Hospitalar Conceição, vinculado ao Ministério da Saúde, conta com quatro unidades hospitalares, além disso, conta também com o Serviço de Saúde Comunitária que possui 12 Unidades Básicas de Saúde. Atualmente, tem um total de cerca de 6.500 trabalhadores.

Os serviços prestados pelo GHC são 100% voltados para o SUS, sendo que em 2004 foi acreditado como "Hospital de Ensino", passando a ter um papel de fundamental importância para o desenvolvimento do ensino, da gestão, da atenção e do controle social.

A organização do serviço e do processo de trabalho da instituição hospitalar historicamente reafirma, no seu cotidiano, práticas centradas no individualismo, na verticalização e na fragmentação das ações, pois o processo de trabalho não é compreendido como um processo de participação, desenvolvimento e de produção de conhecimento, dificultando a implementação de novas ações que formem e qualifiquem os trabalhadores do GHC. Assim, para se implementar uma nova cultura organizacional, tem-se que enfrentar um grande desafio: de que forma incentivar e viabilizar a qualificação e o aperfeiçoamento constante dos trabalhadores, com o objetivo de repensar suas práticas e seus problemas incorporados no processo de trabalho?

Foi a partir deste questionamento que a atual Gestão (2003-2006) vem instituindo uma nova política de gestão de pessoas que contemple a totalidade dos trabalhadores da Instituição, respeitando as especificidades dos diversos serviços/setores/áreas profissionais e, principalmente, a integralidade do trabalhador, enquanto sujeito social.

Pensar em um novo modelo de atenção é refletir, também, na qualidade de vida e no bem-estar dos trabalhadores em saúde do GHC. Assim, essa política visa o acompanhamento do *desenvolvimento do trabalhador*, desde a sua chegada, no acompanhamento do seu crescimento profissional, nas possibilidades de inserção e/ou readaptação em outros locais de trabalho, até o seu desligamento, em último caso.

A intenção, aqui, é apresentar alguns dos fatos e dados do processo de implantação desta Política no GHC, que busca envolver todos os trabalhadores em sua formulação e execução e que certamente está causando – e continuará causando - impactos sobre a cultura desta Organização, assim como, está se constituindo em uma importante estratégia de fortalecimento do SUS junto a este serviço de saúde.



EXPERIÊNCIA DO PLANO DE INVESTIMENTOS (PI) DO GHC: UMA ESTRATÉGIA DE DEMOCRATIZAÇÃO DA GESTÃO NO SUS

Instituição: Grupo Hospitalar Conceição (GHC)
Endereço: Rua Domingos Rubio, 20 - Cristo Redentor - 91040-000 Porto Alegre RS

Ademilson G. Silva dos Reis
PRIMEIRO-SECRETÁRIO
FABRÍCIO LIMA
FERTI Maria Helena
COORDENADOR GERAL
POLIANA JANE MARI
ROSELI SARAIVA
LUIZ CARLOS DE
MELLO
RODRIGUES, SUZANA NUSSEMEYER
STENIO DIAS PINTO RODRIGUES
ROSELI SARAIVA
MAYARA COSTA MARI
RODRIGUES, SUZANA NUSSEMEYER
GISELE
SARAIVA

Introdução

O PI, instituído em 2003, através da Comissão Democrática e Participativa por Local de Trabalho, foi a primeira experiência do tipo em uma instituição hospitalar no Brasil e revelou extraordinária capacidade de organização, compreensão dos limites, expressão do saber popular, responsabilidade, cumplicidade e solidariedade.

Objetivo

Fortalecer a participação dos trabalhadores e da sociedade nas decisões relacionadas aos investimentos futuros nos serviços de saúde que compõem o GHC, através da efetivação dos seguintes princípios: educação permanente, integralidade da atenção e da gestão, equidade, planejamento em saúde e participação social.

Metodologia

Estratégia de democratização da gestão, com participação direta e inclusão dos trabalhadores e usuários no processo. A partir do acúmulo histórico do movimento de trabalhadores, da experiência do Orçamento Participativo da administração popular da cidade de Porto Alegre, da política de saúde pública no Brasil, criando adequações e transformações que permitam a expressão cada vez maior dos trabalhadores em saúde. Os critérios levaram em consideração as reais necessidades de cada setor, a ampliação da capacidade instalada, garantia da qualidade do atendimento, resolução ou eliminação de riscos, redução de custos, atendimento às demandas judiciais, com a finalidade de melhoria da qualidade assistencial do SUS e a melhoria das condições de trabalho.

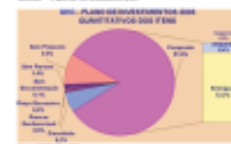
Conclusão

A experiência do PI mostrou o resgate do valor da coletividade, da auto-estima, o surgimento de novos atores e lideranças no GHC, o "olhar" além do espaço de trabalho, incluindo a ação solidária e a cumplicidade entre os trabalhadores, confirmando o método do "saber operário". Foram inúmeros os investimentos realizados em cada uma das unidades hospitalares do Grupo, sendo que o resultado, ao final do processo, em 2003, foi altamente satisfatório, impactando na assistência aos usuários e melhores condições de trabalho: 81,2% dos mais de mil itens priorizados pelos representantes dos trabalhadores foram adquiridos, conforme Tabela e Gráfico seguir:

Tabela - Quantidade de Itens do PI 2003

ÁREA	QUANTIDADE DE ITENS	QUANTIDADE DE ITENS ADQUIRIDOS	PERCENTUAL DE ITENS ADQUIRIDOS
Atendimento	10	10	100%
Processo de Trabalho	0	0	0%
Formação	0	0	0%
Infraestrutura	4	4	100%
Recursos Humanos	1	1	100%
Recursos Materiais	0	0	0%
Recursos Financeiros	0	0	0%
Recursos Tecnológicos	0	0	0%
Recursos de Gestão	0	0	0%
Total	15	12	80%
Total Priorizados	120	111	92%
Total	135	109	80%

Gráfico - Fluxo de Investimentos 2003





EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA FARMACÊUTICOS E TRABALHADORES DOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA DAS UNIDADES DE SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO

Autor principal: Sueli Ilkiu

Outros Autores: Maria Cecília Machado Greco

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Município: São Paulo

Estado: São Paulo

De acordo com a Portaria nº 3916 do Ministério da Saúde que instituiu a Política Nacional de Medicamentos no Brasil, a responsabilidade da execução da Assistência Farmacêutica é do Gestor Municipal SUS e somente se viabiliza com recursos humanos adequados em todos os níveis. Com a municipalização, em 2001, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo passou a ser responsável por aproximadamente 400 serviços que realizam dispensação/entrega de medicamentos independentemente da origem da receita. Diante da impossibilidade da contratação de profissionais específicos: técnicos de farmácia e farmacêuticos, e considerando que as Unidades de Saúde funcionam com servidores em desvio de função, a Área de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal em parceria com o Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores – CEFOR/ Escola Técnica do SUS realizou a capacitação dos recursos humanos existentes nas Unidades, em 2003 e 2004.

Durante a realização das capacitações regionais para os trabalhadores dos serviços de farmácia, em 2003, verificou-se a necessidade de realização de processo de Educação Continuada para os profissionais farmacêuticos da rede ambulatorial, pois os profissionais que participavam como monitores nas turmas, estavam envolvidos em partes fragmentadas nos ciclos logístico e científico da Assistência Farmacêutica. Os profissionais também ressaltavam necessidade de momentos que propiciassem trocas de experiências e reflexão sobre os seus respectivos processos de trabalho nas diferentes esferas da administração.

Uniformizar rotinas, organizar o processo de trabalho nas farmácias da rede ambulatorial e manter atualizados os farmacêuticos e trabalhadores no que diz respeito aos ciclos logístico e técnico-científico da Assistência Farmacêutica foram os objetivos dos dois processos.

As Capacitações foram realizadas em turmas regionalizadas, de setembro de 2003 a outubro de 2004, com aproximadamente 45 participantes por turma, utilizando-se apostila técnica elaborada por: CEFOR, Ass. Farmacêutica e colaboradores da rede (http://prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/ass_farmaceutica). O conteúdo a ser atingido foi dividido em 20 hs, enfocando principalmente o Controle de Estoque, as Solicitações e

a Dispensação/Entrega de Medicamentos. Os farmacêuticos das Coordenadorias de Saúde participaram como monitores, propiciando uma aproximação maior com os trabalhadores e os problemas das Unidades de suas respectivas Coordenadorias.

Em março de 2004 iniciou-se o Ciclo de Oficinas para Farmacêuticos, com momentos de concentração, totalizando oito encontros; e de dispersão, em que os participantes deveriam retornar aos seus locais de trabalho e observar como os temas abordados eram aplicados, bem como possíveis formas de intervenção para mudanças em práticas e rotinas equivocadas.

Nas duas atividades, as responsáveis foram farmacêuticas (Assistência Farmacêutica e CEFOR/ETSUS) que participaram como organizadoras, monitoras e facilitadoras das atividades; o que também garantiu a uniformidade do processo para todas as turmas.

Realizamos 13 turmas para Capacitação dos trabalhadores, com 449 trabalhadores das farmácias das unidades e 39 farmacêuticos. Na avaliação aplicada ao final de cada turma o grau de satisfação referido pelos participantes foi superior a 95% e mais de 60 % dos trabalhadores solicitaram uma capacitação com maior número de horas, diante da importância e complexidade do serviço de Farmácia.

Nas Oficinas para farmacêuticos, a maioria dos inscritos desenvolvia suas atividades em níveis intermediários da administração. Inscreveram-se 69 farmacêuticos e durante a realização do Ciclo, a média foi de 37 profissionais. Na Oficina que abordava Processos de Avaliação foi preenchido, por 21 participantes, de forma voluntária e não identificada o Instrumento de Avaliação. Destacou-se a necessidade da integração de outros profissionais das equipes das Unidades com a questão de medicamentos e indicou-se a importância do processo de Educação Continuada como política de desenvolvimento de Recursos Humanos.

Na realização das duas atividades, observou-se distância das diretrizes estabelecidas no nível central frente às expectativas e recursos humanos existentes nas unidades. Proporcionou também, visão das diferentes realidades regionais, conhecimento das reais condições, inclusive de infra - estrutura das farmácias das Unidades



de Saúde, que são serviços não planejados quando da implantação das Unidades, mas ao mesmo tempo são imprescindíveis para o funcionamento destes serviços. Evidenciou-se a necessidade de formalização do projeto de Supervisão Farmacêutica, com número determinado de Unidades para cada profissional farmacêutico realizar supervisão de forma continuada e planejada.

A capacitação realizada para os trabalhadores não garante um conhecimento profundo sobre o serviço de Farmácia, mas atingiu o objetivo de discutir rotinas e uniformização do processo de trabalho nas unidades.

No processo desenvolvido durante as Oficinas para os farmacêuticos, verificou-se que os profissionais não estão atualizados com as mudanças administrativas e institucionais o que contribui para a falta de uniformização e implantação de rotinas.

Para ampliar o conhecimento dos trabalhadores, o processo de Educação Continuada deve ser adotado como política de Recursos Humanos, e neste processo deve-se promover a interação, identificação e integração dos profissionais farmacêuticos com o SUS, com as unidades e com estes trabalhadores.

A ampliação do quadro de profissionais específicos da área é de extrema importância e urgência, pois agregaria qualidade técnica ao atendimento à população nas unidades e às atividades administrativas próprias a estes profissionais e necessárias aos serviços.



IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE FITOTERAPIA "VERDE VIDA" NA SECRETARIA DE SAÚDE DE MARINGÁ

Autor principal: Suzana Ester Nascimento Ogava

Outros Autores: Marcia Tupan Carvalho Pinto; Vera Alice Fernandes Meneguetti; Tamie Kikuchi; Danielle Benez Canassa Martins; Simone Coelho; Maria Jovina Marques; Joceli

Catarina Virmond; Primo Monteschio; Manoel D

Instituição: Secretaria de Saúde de Maringá-PR

Município: Maringá

Estado: Paraná

RESUMO

O Programa de Fitoterapia foi implantado na Secretaria Municipal de Saúde de Maringá no ano de 2000, com a criação de uma comissão específica multiprofissional, definição das plantas segundo critérios epidemiológicos, literatura disponível e a adoção do formato de farmácia de manipulação. Foram padronizados os fitoterápicos nas formas de infusão (espinheira santa, guaco, cavalinha, hortelã e funcho), gel (própolis e calêndula) e em cápsulas gelatinosas duras (valeriana).

A implantação deste programa teve como objetivo melhorar a qualidade da assistência farmacêutica, oferecendo medicamentos alternativos de boa qualidade, a baixo custo e com eficácia comprovada, de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde, como forma de apoio à implantação de políticas farmacêuticas públicas. Os géis de própolis e de calêndula tiveram uma importância fundamental na implementação do protocolo de tratamento de feridas.

O Programa de Fitoterapia foi elaborado pela comissão composta de farmacêuticos, enfermeiros, médicos da Secretaria de Saúde e um representante da Universidade Estadual de Maringá. Esta comissão reuniu-se periodicamente, promovendo discussões técnicas. Realizou visitas a outros municípios para avaliar os programas já implantados e definiu a melhor forma de estruturação do programa. Para a padronização dos medicamentos a comissão estudou as necessidades da rede de acordo com dados epidemiológicos do município, a indisponibilidade de alguns produtos na rede para o tratamento de alguns agravos, a necessidade de alternativas com menos efeitos colaterais. Foram realizados cursos introdutórios sobre fitoterapia e treinamentos específicos sobre os produtos padronizados e produzidos os livretos orientadores a partir dos cursos, os quais foram distribuídos na rede. Ficou definido que os medicamentos fitoterápicos só poderiam ser dispensados mediante a apresentação de receita dos médicos das unidades de saúde da rede. Os géis de própolis e calêndula poderiam ser prescritos pelos enfermeiros da rede no tratamento de feridas,

segundo protocolo. No início da implantação do programa ocorreram reuniões periódicas da comissão, visitas às unidades para coleta de relato de problemas e também avaliação de fichas clínicas preenchidas pelos médicos e enfermeiros das unidades, visando a análise da eficácia do programa.

Quanto as dificuldades apresentadas, destaca-se a questão da qualidade da matéria prima oferecida pelos fornecedores, mesmo aqueles mais conceituados. As plantas reprovadas no controle de qualidade realizado pela Universidade Estadual de Maringá eram devolvidas e os maus fornecedores eram descartados. Isto resolveu o problema. Outro problema foi a falta de conhecimento e a aceitação inicial dos fitoterápicos por parte da classe médica, apesar dos cursos ministrados. Com o tempo a adesão demonstrada pela enfermagem e classe médica foi surpreendente, principalmente dos profissionais do Programa de Saúde da Família, com destaque a valeriana como ansiolítico, os géis de própolis e calêndula como antimicrobianos e cicatrizantes, a espinheira santa em gastrites e úlceras e o guaco como broncodilatador e expectorante.

O programa superou as expectativas da Secretaria de Maringá. Atualmente tem havido dificuldades em atender a demanda e ampliar a sua produção, tendo em vista as limitações físicas da farmácia de manipulação. Está sendo providenciada a adequação das suas instalações para atender as necessidades.

O potencial benéfico demonstrado pela fitoterapia no atendimento primário à saúde é inquestionável. A população, com certeza, é a maior beneficiada com esta terapia. A fitoterapia é uma alternativa medicamentosa segura, eficaz e barata. Confirma-se, assim, o valor da fitoterapia no apoio às ações da atenção básica no município.



EXPERIÊNCIA COM GRUPOS DE PUÉRPERAS EM AMAMENTAÇÃO E ESTABELECIMENTO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ NA SAÚDE PÚBLICA

Autor principal: Suzana Maria Campos de Abreu

Outros Autores: Regina Mello Quintino

Instituição: Hospital Municipal de São José dos Campos (SP)

Município: São José dos Campos

Estado: São Paulo

Esse trabalho é realizado em um hospital municipal de São José dos Campos (SP), com um grupo de puérperas e familiares, durante a internação, sob a coordenação de uma equipe composta por uma psicóloga e uma assistente social. Esta equipe propõe práticas inovadoras que contribuem para o desenvolvimento do apego mãe-bebê com a finalidade de promover e dar apoio ao aleitamento materno. Nesse sentido, o trabalho proposto integra os esforços da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no que diz respeito ao cumprimento das normas contidas nos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento, estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde.

O objetivo deste trabalho consiste em promover, em curto espaço de tempo, o vínculo mãe-bebê com o propósito de prevenir o desmame precoce e dar às mães apoio para que possam lidar com as pressões familiares após a alta hospitalar.

Baseando-nos no método psicanalítico utilizamos para o desenvolvimento deste trabalho a técnica da problematização. Esta técnica consiste em construir junto com o grupo, através de perguntas, uma analogia entre a construção do alicerce de uma casa e as fases iniciais da vida do bebê. O grupo composto de mães (com o bebê no colo), pais, avós reúnem-se e são estimulados pela coordenadora a participar da conversa sobre cuidados com o bebê. A partir do envolvimento do grupo, a coordenadora começa a fazer as seguintes perguntas. O que é mais importante para construir uma casa? O que se usa para construção do alicerce? Se esse alicerce não for bem feito o que acontecerá com esta casa? A casa racha na hora? E a coluna da casa para que serve? Num primeiro momento, essas perguntas são formuladas no sentido de despertar a atenção dos pais para a importância da construção do alicerce como base para a estrutura da casa. A partir dessa imagem, ajudá-los a relacionar esta experiência com a sua tarefa enquanto pais, que consiste em construir o alicerce sobre o qual se desenvolverá a personalidade saudável de seus filhos. A partir das perguntas, o grupo começa a interagir dando as seguintes respostas: Alicerce; ferro, cimento, pedra e areia; A casa cai, afunda, racha; A casa não cai ou não racha imediatamente; A coluna da casa serve para dar sustentação. Após o grupo ter interagido por meio de respostas, a coordenadora

dramatiza com um bebê-boneco no colo que ferro= amor, cimento= cuidado, areia= atenção, pedra= investimento e pai= coluna da casa. Além disso, compara as rachaduras da casa com os problemas de desenvolvimento bio-psico-social que começarão a aparecer na infância, bem como associa a importância da sustentação paterna para proteger a mãe das pressões familiares e orientações equivocadas que podem levá-la ao desmame precoce.

Durante essa vivência, observamos os primeiros sinais de formação do vínculo mãe-pai-bebê. Através do olhar, a mãe que estava distante já começa a se aproximar, trazendo o bebê para junto do seu peito, fazendo carícias. O pai passa a olhar o bebê com ternura, começa a acariciar-lhe a cabeça. Em alguns casos o pai, num gesto espontâneo, pega o bebê do colo da mãe demonstrando de forma surpreendente o amor que está sentindo pela criança.

Apreendemos que a partir da aplicação desta técnica é possível, em curto espaço de tempo, desenvolver o vínculo mãe-pai-bebê. Supomos que isto ocorre devido aos pais estarem num momento sensível às necessidades básicas da criança e, ainda pelo fato de que esta técnica parece favorecer o processo de associação, pois utiliza elementos da experiência partilhada. Todavia, o que dificulta a realização deste trabalho é a falta de local adequado para as reuniões, bem como as interrupções do grupo para os procedimentos de rotina hospitalar.

Supõe-se que esta experiência permite aos pais a ilusão de estar criando as respostas para as perguntas sugeridas pela profissional. Isto ocorre em virtude dessa experiência consistir especialmente em um jogo onde a regra principal é fazer uso dos elementos surpreendentes que a imaginação proporciona. Dessa forma, o alicerce da casa se transforma magicamente nos primórdios da constituição do ser humano, bem como pedra, cimento, areia, ferro e a coluna da casa, se traduz, de forma surpreendente em amor, cuidado, atenção, investimento e sustentação paterna.

Considera-se, ainda que os pais estão num momento sensível, encontram-se regredidos por estarem identificados com o bebê e, por isso a equipe se ajusta a esta realidade, não sendo autoritária, nem educativa. Supõe-se que o relacionamento que se desenvolve entre os pais e a equipe de profissionais se revela como



digno de confiança, pois não se impõe, apenas se inclui, o que facilita a entrega e o envolvimento.

A equipe de profissionais estimula os próprios processos de crescimento dos pais e a remoção dos bloqueios ao desenvolvimento do vínculo entre eles. Dessa forma, podemos perceber o extraordinário significado dessa experiência e o quanto o processo de estabelecimento do vínculo está sendo levado a cabo quando assistimos a complexa reação dos pais ao aproximarem-se afetivamente dos filhos.

Considera-se que, através dessa vivência, mudanças substanciais ocorrem no comportamento dos pais no tocante ao relacionamento com os bebês. Observamos que os pais captam com maior facilidade, através da dinâmica realizada no grupo, a importância de um maior investimento na relação mãe-pai-filho, bem como constatamos, ainda, uma melhora acentuada nas questões do aleitamento materno.

Presume-se, assim que esta experiência produz resultados satisfatórios no que diz respeito ao estabelecimento do vínculo mãe-pai-bebê, à compreensão da função dos pais nos primórdios da vida da criança, bem como contribui para o estabelecimento de uma bem sucedida experiência de amamentação.



FORMAÇÃO MÉDICA E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE PARCERIA ENTRE SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE E UNIVERSIDADE

Autor principal: Suzete Marchetto Claus

Outros Autores: Alcindo Antonio Ferla; Andrei Garziera Valerio; Dartagnan Fantin da Rosa

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul

Município: Caxias do Sul

Estado: Rio Grande do Sul

Mudanças na formação de profissionais de saúde são desafios das instituições de ensino e acompanham a história dessas instituições. Apesar disso, instâncias de formulação de políticas para a saúde ainda identificam insuficiências e apontam diretrizes para mudanças com maior efetividade nas definições do perfil dos profissionais. A 12ª Conferência Nacional de Saúde apontou a necessidade de que o processo de formação tivesse mais interface com o sistema de saúde, em particular o público e a atenção básica. Além disso, destacou a política de Educação Permanente em Saúde (EPS) como diretriz para orientar vivências no sistema de saúde. Mais do que formação técnica, aquele fórum defendeu processos de ensino potencializadores do compromisso ético com mudanças nas práticas, aprendizado interdisciplinar, atuação em equipe multiprofissional e voltado para a integralidade da atenção e do cuidado à saúde. Na Universidade de Caxias do Sul, as iniciativas de reorganização da formação de profissionais de saúde, implementadas desde 2002, incluíram o Curso Médico. Uma nova estratégia curricular foi implementada, baseada num projeto pedagógico que propõe: a “desfragmentação disciplinar” por meio de Unidades de Ensino Médico (UEM,) enfocando a interdisciplinariedade, transversalizando teoria e prática, integrando o sistema de saúde local, vinculando as características e demandas, trabalhando em equipe e destacando a Saúde Coletiva, entre outros. Uma das ações implementadas foi a organização de atividades da UEM de Atenção Primária em Saúde (APS), criada para buscar dispositivos de aprendizagem no sistema local de saúde e na Saúde Coletiva. Essa UEM tem atividades nos quatro primeiros semestres do curso médico e teve sucessivos formatos anteriores. A partir do segundo semestre de 2005, uma nova relação com o sistema municipal de saúde permitiu utilizar ferramentas da EPS nesse processo, bem como a criação de dispositivos de co-gestão entre APS, estudantes e sistema municipal de saúde. No primeiro semestre, as atividades teórico-práticas de sala de aula e de campo desenvolvem os principais conceitos da Saúde Coletiva capazes de ampliar a compreensão das relações entre a sociedade e a saúde. No segundo semestre, as atividades abordam o desafio de reconhecer e utilizar ferramentas o diagnóstico e a intervenção em famílias, grupos, instituições e outros territórios. No

terceiro semestre, são abordados temas relativos aos processos de trabalho em saúde. No quarto semestre, são desenvolvidos temas relativos à assistência individual e coletiva, buscando construir alternativas de atendimento integral por meio de linhas de cuidado. Como resultados preliminares, ressalta-se os melhores indicadores de desempenho dos estudantes em avaliações externas e internas, além da ampliação do compromisso estudantil com o sistema de saúde e com o desenho de novos arranjos assistenciais voltados para a integralidade e humanização da atenção. Alguns avanços figuram como demandas para os próximos semestres: a reorganização das demais atividades do curso, ampliação da convivência entre os estudantes da saúde e maior envolvimento dos mesmos em instâncias da Universidade e do Sistema de Saúde local.



HUMANIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO SUS

Autor principal: Suzete Marchetto Claus

Outros Autores: Eliana Manfroi; Eliane Luz da Rosa Cogo

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul

Município: Caxias do Sul

Estado: Rio Grande do Sul

Desde a sua idealização, o Sistema Único de Saúde surge como uma nova proposta de gestão e de atenção à saúde, pautando os princípios da descentralização, democratização, universalização, equidade, integralidade e controle social. Embora os avanços na estruturação do setor de saúde, ainda permanecem importantes dificuldades de reversão do modelo biologicista vigente, centrado nos procedimentos profissionais e distante da dimensão do conceito ampliado de saúde. Cada vez mais, a realidade tem apontado a necessidade de implementar novos dispositivos capazes de interferir na malha de relações humanas que envolve os diferentes atores - usuários, trabalhadores e gestores, de forma a torná-la mais solidária e humanizada. No processo de produção do cuidado no campo da saúde, há uma relação cuidadora que acontece a partir de encontros, conversações, interações e diálogos entre usuários, trabalhadores e equipes de saúde. Nesse encontro entre profissionais e usuários, transitam subjetividades, percepções de sentimentos e emoções que influenciam significativamente a atenção prestada, ou seja, são as relações individuais e sociais que estabelecem as relações do cuidado. Da mesma forma, no processo de trabalho das equipes, as tecnologias das relações humanas são fundamentais. Existem as relações hierárquicas e interdisciplinares, os conflitos e também os acordos, diálogos e pactos, com múltiplos olhares, concepções, vozes e posturas. Pensando na possibilidade de operacionalização dessa lógica pelos profissionais de saúde, durante o ano de 2005, o Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul, realizou um estudo junto a todos os trabalhadores e coordenadores das diferentes instâncias do SUS municipal sobre as principais necessidades de capacitação e educação permanente, individuais e coletivas (capacitação técnica e relativa ao processo de trabalho das equipes). Foram ouvidos mais de 800 trabalhadores do SUS municipal. Essa investigação revelou oito campos de necessidades em educação permanente, destacando-se: relações humanas, interdisciplinariedade e trabalho de equipe, gestão dos processos de trabalho, cadeia de cuidados progressivos, políticas de saúde, cuidado com o cuidador, avaliação de desempenho e plano de carreira. Esse quadro de necessidades foi fundamentado através de um conjunto de expressões e subjetividades que apontaram as

diferentes dificuldades impostas pelo trabalho mecanizado e burocratizado presente no cotidiano das equipes de saúde, assinalando pedidos de ajuda para que sejam superados os problemas decorrentes do individualismo e do trabalho fragmentado. Considerando o cenário apresentado e os pressupostos da humanização e da integralidade no SUS, foi elaborada uma proposta de capacitação que pretende intervir na ressignificação de valores, dos modos de sentir, falar, agir, estar e enfrentar as adversidades, na perspectiva de criação de novos modos de operar em saúde, mais cuidadosos, mais integrais, com maior responsabilização e resolutividade. Nesse sentido essa proposta se pautou nos seguintes objetivos: promover valores com respeito à vida e ao cuidado em saúde, com enfoque ético e interdisciplinar; valorizando o diálogo, a cooperação, a diversidade e o acolhimento, visando aproximar os processos de trabalho dos princípios da integralidade e da humanização do SUS; fortalecer e qualificar os vínculos e relações interpessoais, ampliando a consciência afetiva; qualificar os processos de escuta, acolhimento e comunicação; instrumentalizar para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção à saúde; estimular e potencializar o trabalho em equipe; auxiliar a reconhecer e a lidar com os conflitos, compreendendo-os como oportunidades de aproximação; ampliar o diálogo entre os gestores, trabalhadores e usuários, promovendo a gestão participativa; instituir Grupos de Trabalho de Humanização do SUS; mapear, apoiar e publicizar experiências de humanização com função multiplicadora. Para tanto foi utilizada uma metodologia envolvendo todos os trabalhadores das diferentes instâncias da rede própria do SUS municipal, incluindo um representante de cada serviço prestador cadastrado ao SUS. Foram propostas estratégias como o desenvolvimento de 7 seminários de humanização, a serem desenvolvidos de maio a outubro de 2006, através da abordagem de temas transversais norteadores das práticas de atenção e de gestão em todas as instâncias do SUS, compreendendo momentos de concentração e dispersão. Nos momentos de concentração serão utilizadas exposições dialogadas, oficinas e vivências com todos os trabalhadores da rede de saúde, subdivididos em três grandes grupos (7 encontros mensais de 4 horas, totalizando 28 horas para cada grupo). Nos momentos de dispersão serão realizadas discussões



locais em cada serviço/instância sobre as estratégias para enfrentar as dificuldades que afastam o trabalho da integralidade e da humanização. Serão utilizadas como temáticas dos seminários de humanização: Os valores - Resignificando valores – maio/2006; A auto-estima – Auto percepção e gestão de si – maio/2006; A ética – A ética nos relacionamentos humanos – junho/2006; O acolhimento na dimensão da integralidade – julho/2006; O trabalho em equipe – O campo e o núcleo do agir profissional / a transdisciplinariedade - agosto/2006; O diálogo e as redes humanas – A equipe / A rede de saúde / A rede social - setembro/2006; Mostra de experiências de humanização – outubro/2006. Serão utilizadas outras estratégias como a) atualização técnica a partir de padronização de condutas e procedimentos; b) capacitação gerencial - gestão dos processos de trabalho; c) vivências sobre organização dos serviços de saúde (expedições); d) inserção e integração de novos trabalhadores; e) cuidando do cuidador; f) qualificação da urgência e emergência; g) capacitação da rede básica e especializada em saúde mental; h) qualificação da atenção em diagnose e terapia; i) capacitação em dinâmica de grupos para as equipes da rede básica e especializada. Pretende-se que estas estratégias sejam ferramentas potentes para instituir processos de humanização nos serviços de saúde a partir da educação permanente e qualificação profissional do SUS.



ATENÇÃO; GESTÃO; FORMAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: PRÁTICAS INOVADORAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE/RS

Autor principal: Suzi Mara Teixeira Bromberger

Outros Autores: Zelionara Pereira Branco; Carliuza Luna Fernandes; Vera Lúcia Teixeira Arejano; Sonia Mara Palácio Guido; Isabel Meirelles Leite de Sá; Romeu Selistre Sobrinho.

Instituição: Prefeitura Municipal do Rio Grande - Secretaria Municipal da Saúde - SMS

Município: Rio Grande

Estado: Rio Grande do Sul

A Educação Permanente visa à transformação das práticas profissionais baseando-se na reflexão crítica sobre o processo de trabalho, de profissionais que desempenham atividades nas redes de serviços de saúde, promovendo um encontro entre o ambiente de formação e o de trabalho, estando a aprendizagem e o ensino incorporados no cotidiano desses atores.

Neste sentido, este estudo tem como objetivo relatar a experiência do município do Rio Grande/RS na criação do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde – NEPES como estratégia de desenvolver ações de educação permanente para qualificação dos trabalhadores da saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência prestada.

O NEPES partiu de um grupo de trabalhadores da saúde que está realizando o Curso de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde, promovido pela FIOCRUZ/MS, aspiração esta, já existente entre gestor e trabalhadores e que se efetivou a partir da mobilização e sensibilização do gestor local, em parceria, com a Fundação Universidade Federal do Rio Grande. O NEPES foi institucionalizado no ano de 2005, tendo como principais ações: o levantamento das necessidades e problemas pertinentes ao cotidiano do trabalho em saúde no município e a participação no estudo de viabilidade de implantação dos projetos Pró-Saúde, VEPOP-Extremo Sul.

Nesta direção, o NEPES vem desenvolvendo um papel articulador entre os atores da atenção, da gestão, do controle social e da formação em saúde a fim de melhorar a qualidade de vida da população e ampliar o trabalho integral à saúde.



FÓRUM INTERNACIONAL DA PESSOA IDOSA

Autor principal: Tania do Rocio Ferreira

Outros Autores: Elenir Ciarini

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Barracão Paraná

Município: Barracão

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A terceira idade requer cuidados específicos da família, da sociedade e do Estado. A criação do Estatuto do Idoso, trouxe à tona a discussão sobre os cuidados e a negligência ao idoso. A consciência sobre seus direitos é o primeiro passo para que eles possam exigir a atenção necessária e saber onde devem procurar auxílio quando não estão recebendo os cuidados de que necessitam.

Infelizmente é bastante comum nos municípios receber-se denúncia de maus tratos a idosos, que podem classificar-se como maus tratos físicos, psicológicos ou sociais.

No intuito de levar informação a esta parcela da população sobre seus direitos e sobre formas de melhoria da qualidade de vida destes cidadãos, é que idealizou-se este Fórum, onde pessoas idosas e demais profissionais das áreas de saúde, educação e assistência social puderam discutir a problemática da terceira idade.

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.

Este FÓRUM INTERNACIONAL visa discutir de forma integrada a realidade destas pessoas nos municípios da tri-fronteira, analisando e planejando propostas de políticas de atendimento que trará a melhoria da qualidade de vida de toda a população.

OBJETIVOS

O principal objetivo deste Fórum é esclarecer a população a respeito dos direitos garantidos pelo Estatuto do Idoso, bem como informar a esta parcela da população temas relevantes para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, através do controle e cuidados com sua saúde física e mental, e de atividades de socialização e lazer. Visa também este evento oportunizar a participação popular nas discussões e análises do contexto local no que se refere aos idosos, objetivando elaborar e desenvolver, em conjunto com os municípios vizinhos de Dionísio Cerqueira/SC e Bernardo de Irigoyen/RA, propostas de políticas públicas e ações específicas para a pessoa idosa, para efetivamente elevar a qualidade de vida e o bem-estar da população idosa na tri-fronteira.

METODOLOGIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Barracão e o Departamento de Promoção Social, em parceria com a APMI – Associação de Proteção à maternidade e à Infância, e com a Pastoral da Pessoa Idosa, promoveram este Fórum como um espaço de discussão sobre o contexto local (tri-fronteira) a respeito desta realidade, tendo sido convidados a participar os órgãos de saúde e promoção social, dos municípios de Bernardo de Irigoyen (Argentina), e Dionísio Cerqueira (SC), bem como toda a população destes municípios. Durante o evento, realizou-se palestra sobre Direitos da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso; Qualidade de Vida na Terceira Idade; e a Importância da Atividade Física na Terceira Idade. Foram apresentadas aos presentes as atividades já realizadas nas áreas de saúde e promoção social direcionadas a esta população nos municípios de Bernardo de Irigoyen e Barracão. Apresentou-se ainda o grupo de Idosos de Barracão, com as atividades de coral e ginástica, mantidas pelo município, em parcerias com APMI. Ao final do evento, abriu-se espaço para discussão e avaliação do evento, e foram levantados nomes dentre os participantes do grupo de idosos local para comporem o Conselho Municipal da Pessoa Idosa, a ser constituído em breve no município de Barracão.

RESULTADOS DO PROJETO

A aceitação e participação do público foram boas, manifestando o desejo de outros eventos semelhantes a este.

Referente aos principais problemas na tri-fronteira sobre este tema, destacou-se: falta de valorização da pessoa idosa nos meios familiares e sociais, devido especialmente a perda da capacidade produtiva; abandono ou maus tratos físicos e psicológicos a idosos, por seus parte de seus familiares; falta de conhecimento pelos idosos sobre seus direitos; preconceito em participar dos grupos de idosos; desconhecimento dos idosos sobre a importância das atividades físicas e de lazer para manter um bom nível de saúde e qualidade de vida. Os municípios têm trabalhado isoladamente, o que não traz resultados eficazes, necessitando da integração para melhorar a qualidade dos serviços prestados.



A partir deste evento ficaram definidas outras parcerias, entre Barracão e Bernardo de Irijoyen no trabalho integrado como os grupos de idosos desta fronteira.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Percebeu-se a importância da união das equipes para que a ação seja eficiente, especialmente a união entre os municípios para realmente atingir um maior número de pessoas que necessitam de atendimento. A dificuldade enfrentada foi a pouca participação dos municípios envolvidos e da sociedade em geral. Através deste fórum já se prepararam ações integradas com outros municípios para atender melhor a esta população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em uma avaliação final, considera-se que o Fórum atingiu seus objetivos como forma de conscientização das pessoas idosas sobre a necessidade de despertar para o auto-cuidado e a felicidade de obter melhores condições de vida aceitando-se e vivendo cada dia melhor, realizando exercícios e tomando as devidas precauções de prevenção de doenças.

Conclui-se desta experiência a importância das parcerias e da participação popular para elaborar políticas que venham de encontro com as reais necessidades da população.

PROJETO BOMBEIRINHO NA ESCOLA

Autor principal: Tania do Rocio Ferreira

Outros Autores: Elenir Ciarini

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Barracão Paraná

Município: Barracão

Estado: Paraná

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Percebeu-se a necessidade de integrar as ações entre bombeiros voluntários de Dionísio Cerqueira, Secretaria Municipal de Saúde de Barracão e Escolas municipais no sentido de dar treinamento aos alunos da rede escolar municipal sobre a importância dos primeiros socorros e prevenção de acidentes domésticos, muito comuns na comunidade.

O medo existente nos alunos sobre os procedimentos dos profissionais de saúde os afastava das unidades de PSF, dificultando o cumprimento das metas estabelecidas pelo SUS.

Com a parceria entre Bombeiros, PSF e Escola, com a participação de uma enfermeira, bombeira voluntária estimulando os alunos através de palestras, amostra de equipamentos de combate a incêndio e acidentes utilizados pelo Corpo de Bombeiros mais material impresso sob forma de revista em quadrinhos bem coloridos abordando temas de primeiros socorros e prevenção de acidentes domésticos, estimularam os alunos à uma maior participação nos objetivos a serem alcançados pelo PSF, acontecendo um maior vínculo com a equipe de saúde.

A cidadania é um processo que envolve o questionamento de situações cotidianas, na perspectiva de construção de uma vida digna, da valorização de boas atitudes e comprometimento quanto aos direitos e deveres individuais e coletivos.

Esse comprometimento demanda de ações educativas. Sendo o conhecimento fator transformador, a escola tem por função oportunizar ações pedagógicas que levem à valorização da vida, ao ensino de valores, atitudes e práticas sociais, ao desenvolvimento da autonomia a cooperação.

Nesse trabalho as entidades sociais devem estar engajadas na formação de sujeitos capazes de intervir de forma responsável na sociedade. Esse intercâmbio contribui para despertar o interesse dos educandos, estabelecendo vínculo com a realidade social.

Somente a educação é capaz de oferecer a tomada de atitude, de posicionamento e formação de valores, na construção de uma sociedade mais democrática.

OBJETIVOS

Conscientizar os educandos sobre os primeiros socorros, prevenção de acidentes, higiene e saúde.

Exercer a cidadania através de atividades coletivas, cooperativas e solidárias.

Valorização de atitudes e hábitos saudáveis como aspectos básicos da qualidade de vida.



PROJETO BOMBEIRINHO NA ESCOLA

Uma parceria entre Bombeiros, PSF e Escola, com a participação de uma enfermeira, bombeira voluntária estimulando os alunos através de palestras, amostra de equipamentos de combate a incêndio e acidentes utilizados pelo Corpo de Bombeiros mais material impresso sob forma de revista em quadrinhos bem coloridos, abordando temas de primeiros socorros e prevenção de acidentes domésticos.

Esse intercâmbio contribui para despertar o interesse dos educandos, estabelecendo vínculo com a realidade social.

Os objetivos são: Conscientizar os educandos sobre os primeiros socorros, prevenção de acidentes, higiene e saúde; Exercer a cidadania através de atividades coletivas, cooperativas e solidárias; Valorização de atitudes e hábitos saudáveis como aspectos básicos da qualidade de vida.



MUNICÍPIO DE BARRACÃO - PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



METODOLOGIA

Durante a realização do projeto ocorreram atividades educativas e preventivas de acidentes e valorização de boas atitudes, através de palestras ministradas por profissionais da área de saúde e bombeiros. Como técnicas foram usadas gincanas, passeios, visitas ao quartel do Corpo de Bombeiros.

Participaram inicialmente as crianças da Escola Municipal Eurilemo Lúcio Zanetti, do Bairro Jardim Pinheiro, estendendo-se depois ao envolvimento das famílias pertencentes ao bairro. Em uma segunda etapa, o projeto estendeu-se a outras escolas municipais.

RESULTADOS DO PROJETO

- Melhoria da auto estima dos alunos
- Melhoria do comportamento em sala de aula
- Valores éticos
- Respeito e cuidados em casa para prevenir acidentes domésticos
- Maior integração da equipe de saúde com as escolas

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

- Relacionamento do PSF com a comunidade: maior aceitação e estreitamento de laços afetivos.
- Diminuição do medo dos alunos em relação aos serviços de saúde
- Realização pessoal dos profissionais envolvidos

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se com esta experiência que a humanização dos serviços de saúde e eficiência dos mesmos de acordo com sua finalidade junto a população está diretamente relacionada ao comprometimento e integração da equipe de atores envolvidos em todo o processo, sendo fundamental a parceria com outros segmentos da sociedade.



EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE ENQUANTO ESTRATÉGIA DE MODELO DE GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS E DO SUAS.

Autor principal: Tatiana Cassia Santos Silva

Outros Autores: Santos; Tatiana; Silvan; Carlos; Cauas

Instituição: Secretaria de Saúde e Assistência de Paudalho

Município: Recife

Estado: Pernambuco

O município de Paudalho tem uma população que convivem com indicadores de violência, desemprego e miséria gerando um cotidiano de grandes desigualdades sócio - econômico. A política oligárquica de grupos conservadores da política local nos últimos anos inviabilizou uma melhor distribuição das riquezas e dos serviços públicos, bem como da construção de um plano de desenvolvimento social justo e voltado para inclusão social das parcelas menos favorecidas das populações, de forma articulada entre o conjunto de moradores do município. Este cenário têm sofrido alterações devido à emergência política de novos grupos comprometidos a gestão popular, assumindo projetos que buscam re-significar e radicalizar a participação democrática dos trabalhadores e trabalhadoras como forma de combate a exclusão social no município.

O município de Paudalho como tantos outros municípios nacionais desenvolveu-se de forma desordenada sem um projeto claro de desenvolvimento social e sustentável para sua população, esta situação agravou-se nos últimos trinta anos devido os insuficientes investimentos aplicados pelo poder público na infra-estrutura no município, bem como pelo empobrecimento regional gerada pela crise no mercado açucareiro. Marcada por onda migratórias que transferiram populações vindas da zona rural fugidas da pobreza da monocultura da cana, que buscaram na zona urbana espaço de sobrevivência e de melhores condições de vida, gerando uma contradição quanto à busca de oportunidade versus qualidade de vida desta população. O governo municipal a partir de 2003 fez investimentos ampliada da população usuária do sistema de saúde básica local, funcionando com equipes constituídas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliar de enfermagem e ACS.

Também ampliou e implantou programas de assistência social, como o PETTI e o Bolsa – Família. Apesar dos investimentos do executivo local que ampliaram a capacidade de cobertura da atenção básica de programas de assistência social, o município continua apresentando deficiências no campo da abordagem clínica para controle de agravos e doenças, dentre elas: altos índices de adoecimento e morte por hanseníase, tuberculose pulmonar e câncer de próstata. E ainda uma debilidade na qualidade da participação da sociedade civil nas ações de controle social promovida junto aos conselhos. O último

relatório de gestão da saúde do município revela um significativo quadro de doenças relacionadas às condições sanitárias, alimentares e de higiene nas áreas de baixa renda que passa necessariamente pelas ações de prevenção e promoção da saúde, com principal situação de agravamento nos públicos mulheres, crianças, adolescentes e masculino adulto. Esse quadro vem nos revelando fortes deficiências no processo de abordagem dos profissionais que atuam nos programas do PACS e PSF quando pensado a função pedagógica desses programas que se define prioritariamente como instrumento de prevenção e promoção da saúde para as populações em situação de vulnerabilidade em particular para os públicos mulheres, crianças, adolescentes e masculino adulto, que historicamente devido um modelo de identidade social de gênero que recusa a relação de cuidado consigo, baseada numa fantasia de infalibilidade masculina e provedora. Este projeto destina-se à melhorar este quadro e os serviços ofertados a população beneficiária do SUS local, no âmbito da atenção básica, bem como estimular práticas democráticas e de participação comunitária e inclusão social na gestão da saúde, buscando o fortalecimento dos conselhos municipais e distritais de saúde e representações dos movimentos sociais e entidades da sociedade civil com vista a garantir o controle social como preconiza o SUS e o SUAS em torno das ações de promoção a saúde com um recorte em gênero.

O relatório de Gestão do Município revela as fragilidades existentes no campo da qualidade da atenção básica, falta de processos de formação dos trabalhadores, a pouca visibilidade das políticas desenvolvidas no município, o que justifica a necessidade de investimentos e intervenções nas áreas de educação voltados para os profissionais da atenção básica de saúde, e atenção básica de assistência social, líderes comunitários, conselheiros e conselheiras municipais de saúde, de assistência e de direitos, usuários e usuárias do serviço público de saúde. Uma oficina de planejamento participativo construiu uma proposta de intervenção que tem quatro grandes desafios: reorganizar os processos de gestão, desenvolver novas habilidades de trabalho com os profissionais de saúde e assistência, dar visibilidades ao SUS e ao SUAS e ao modelo de saúde baseada na atenção básica como porta de entrada dos serviços de saúde, inclusão social e exercício



de direitos; fortalecer a participação dos usuários na construção de demandas e cuidados e avaliação dos serviços de saúde e assistência

No início de 2006 a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social conhece a ANEPS e se articula para uma experiência no campo da Educação Popular em Saúde. A iniciativa tem o objetivo de contribuir para ampliação da capacidade de diálogo, da produção de ferramentas de gestão e de trabalho, do empoderamento dos gerentes e das equipes do PSF com seus públicos usuários das políticas públicas no âmbito do SUS, nas ações de promoção à saúde, através da mobilização comunitária, do fortalecimento da participação da popular nas ações saúde e do controle social sobre as atividades do SUS e do SUAS.

A educação popular em saúde tem sido a proposta metodológica que ajudou a construir os seguintes eixos: Processo educativo dos gestores, gestoras e profissionais com a construção coletiva e planejamento do plano pedagógico; realização dos cursos sobre gestão social e educação popular em saúde; organização de grupos de educadores e educadoras populares em saúde; acompanhamento da realização das oficinas nas comunidades; reorientação da gestão do sistema de saúde com a realização de reuniões com gestores, gestoras, trabalhadores, trabalhadoras e conselho de saúde; oficina de desenvolvimento institucional; reunião definição dos problemas prioritários de saúde e oficina de planejamento estratégico participativo e situacional; reorganização da atenção à saúde do processo de trabalho na atenção básica com reuniões com gestores, gestoras, trabalhadores, trabalhadoras e conselho de saúde; oficina sobre processo de trabalho e gestão de USF; oficina de planejamento estratégico participativo e situacional nas USF e dos projetos de assistência social e o monitoramento, acompanhamento, avaliação e sistematização das atividades; reuniões de avaliação e acompanhamento; seminário de avaliação participativa.

O trabalho ainda incipiente tem evidenciado que a que a educação popular em saúde tem sido um importante instrumento de democratização do SUS e do SUAS, pois na medida que busca qualificar o SUS, o trabalho na saúde e na assistência, também reorienta os processos de gestão e de atenção à saúde do município. Além disso, também articula uma proposta de educação que seja significativa e aconteça a partir das experiências dos usuários e usuários dos serviços de saúde e de assistência com as teorias e da educação popular em saúde e da gestão participativa.



POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – UMA RECONSTRUÇÃO DO MODELO DE GESTÃO, DO TRABALHO, DA ATENÇÃO À SAÚDE E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS.

Autor principal: Tatiana Cassia Santos Silva

Outros Autores: Venâncio; Ivete (SMSI) ; Silvan; Carlos; Cauas;

Instituição: SMSI

Município: Recife

Estado: Pernambuco

Ibimirim está localizado no sertão de PE, distando da capital pernambucana 381 km, delimitado geograficamente em áreas rural e urbana, não existindo territorialização e é composto por uma população de aproximadamente 24.340 habitantes (IBGE/2002). Também fazemos parte do rol de municípios com um dos menores IDH do estado de PE. As pessoas vivem da agricultura familiar, na zona rural destacam-se os assentamentos do INCRA e agrovilas advindas do processo de represamento do Rio São Francisco. As famílias da zona urbana vivem particularmente do pequeno comércio e do emprego no governo municipal. Um dos principais problemas é a seca e a fome.

O município no momento vive um incipiente processo de democratização das políticas públicas, que interage e se contrapõe com um senso comum de descrença nos poderes públicos por parte dos usuários do SUS. E a pouca importância com os cuidados e autocuidados com saúde tem sido objeto de preocupação dos gestores e conselheiros de saúde. A rede de atenção básica de saúde está constituída por 07 equipes de saúde da família sendo 04 delas estão localizadas na área urbana e as demais na área rural, atingindo uma cobertura de aproximadamente 68% da população, e mesmo assim não vem conseguindo dar conta de resolver os problemas de saúde devido à baixa cobertura da atenção básica e a frágil qualidade do atendimento.

Também nos preocupa a situação de adoecimento em relação as doenças do aparelho respiratório com índice de internação de 20,1, doenças infecciosas e parasitárias com índice de internação de 48,1 e doenças originadas no período perinatal na ordem de 15,4 em menores de 1 ano, doenças do aparelho circulatório na ordem de 23,8 em pessoas com 60 anos e mais em 2004. morte por agressão 54,0 (SIM), 39,2 por causas mal definidas, 49,1 diabetes mellitus, 29,4 doenças cerebrovasculares, dados do MS – 2002. Em relação a situação de adoecimento e morte em primeiro plano, as doenças em crianças com até cinco anos de idade que levam a hospitalização estão distribuídas com média semestral pneumonia - 1,12, desidratação – 1.86. O índice de mortalidade infantil é de 66,67 por 1.000 nascidos vivos (SIM – SINASC), Em segundo plano as doenças que acometem jovens e adultos com taxa de hospitalização psiquiátrica de 2,23, diabetes – 2,97 e alcoolismo – 0,74. Em

terceiro plano de adoecimento os casos de tuberculose - 0,02, hanseníase - 0,4.

A gestão da saúde optou em encarar a fragilidade do tecido social que vem acarretando simultaneamente um aumento das doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas que são responsáveis pela ampliação dos coeficientes de incidência notificados de DST's (sífilis congênita 12,4; sífilis em adulto 28,9; síndrome da úlcera genital, 1,7; síndrome do corrimento cervical, 108,3%), câncer cérvico-uterino e de mama, taxa de mortalidade materna elevada (45,2%), existe ainda a dificuldade de implantação do programa de planejamento familiar pelo município, o que acarreta um elevado número de partos na adolescência em mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos (562 partos ou 32,9%) e em meninas com menores de 14 anos (29 partos ou 24,1%).

O relatório de Gestão do Município revela as fragilidades existentes no campo da qualidade da atenção básica, falta de processos de formação dos trabalhadores, a pouca visibilidade das políticas desenvolvidas no município, à falta de material educativo, o que justifica a necessidade de investimentos e intervenções nas áreas de educação voltadas para os profissionais da atenção básica de saúde, líderes comunitários, conselheiros e conselheiras municipais de saúde, usuários e usuárias do serviço público de saúde.

No início de 2006 a Secretaria Municipal de Saúde conhece a ANEPS e se articula para uma experiência no campo da Educação Popular em Saúde. A iniciativa tem o objetivo de contribuir para ampliação da capacidade de diálogo, da produção de ferramentas de gestão e de trabalho, do empoderamento dos gerentes e das equipes do PSF com seus públicos usuários das políticas públicas no âmbito do SUS, nas ações de promoção à saúde, através da mobilização comunitária, do fortalecimento da participação da população nas ações de saúde e do controle social sobre as atividades do SUS.

Uma oficina de planejamento participativo construiu uma proposta de intervenção que tem quatro grandes desafios: reorganizar os processos de gestão, desenvolver novas habilidades de trabalho com os profissionais de saúde, dar visibilidade ao SUS e ao modelo de saúde baseada na atenção básica como porta de entrada dos serviços de saúde, fortalecer a participação dos usuários



na construção de demandas e cuidados e avaliação dos serviços de saúde. A educação popular em saúde tem sido a proposta metodológica que ajudou a construir os seguintes eixos: Processo educativo dos gestores, gestoras e profissionais com a construção coletiva e planejamento do plano pedagógico; realização dos cursos sobre gestão social e educação popular em saúde; organização de grupos de educadores e educadoras populares em saúde; acompanhamento da realização das oficinas nas comunidades; Reorientação da gestão do sistema de saúde com a realização de reuniões com gestores, gestoras, trabalhadores, trabalhadoras e conselho de saúde; oficina de desenvolvimento institucional; reunião definição dos problemas prioritários de saúde e oficina de planejamento estratégico participativo e situacional; Reorganização da atenção à saúde do processo de trabalho na atenção básica com reuniões com gestores, gestoras, trabalhadores, trabalhadoras e conselho de saúde; oficina sobre processo de trabalho e gestão de USF; oficina de planejamento estratégico participativo e situacional nas USF e o monitoramento, acompanhamento, avaliação e sistematização das atividades; reuniões de avaliação e acompanhamento; seminário de avaliação participativa.

Percebe-se que esta proposta tem revelado que a educação popular em saúde tem sido um importante instrumento de democratização do SUS, pois na medida que busca qualificar o SUS e o trabalho na saúde e reorientar os processos de gestão e de atenção à saúde do município, também articula uma proposta de educação que seja significativa e aconteça a partir das experiências dos serviços integrados com as teorias da gestão participativa e e da educação popular em saúde.



PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NA MATERNIDADE BRITES DE ALBUQUERQUE

Autor principal: Tereza Adriana Miranda de Almeida

Outros Autores: João Veiga Leitão de Albuquerque Filho; Tereza Adriana Miranda de Almeida; Sônia Lucas Guedes; Antônio Carneiro Filho

Instituição: Secretaria de Saúde de Olinda

Município: Olinda

Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA, INDICANDO A SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO LOCAL

A Maternidade Municipal de Olinda, a Brites de Albuquerque, é uma maternidade de baixo risco, possui, atualmente 25 leitos de enfermaria, 05 leitos de pré-parto, sala de cirurgia, bloco cirúrgico. Possui 33 médicos e 49 enfermeiros, 02 psicólogas, 02 Assistentes Sociais e farmacêutica entre outros profissionais da saúde.

Hoje, a Maternidade realiza uma média de 200 partos por mês e realiza todas as primeiras vacinas preconizadas. Tem também um lactário, que faz a ordenha de leite e orienta as mães para o aleitamento materno.

Também possui uma sala de coleta para o exame do pezinho, que existe há dois anos e também foi reestruturada nesta reforma recente. A coleta de sangue do pezinho é feita todos os dias da semana, de segunda a sexta, à tarde, e têm sido feitos uma média de 350 testes do pezinho por mês. Quando os exames apresentam alguma alteração é feito um aconselhamento genético para orientação das mães.

É a maternidade de referência do município de Olinda, que além dela, possui uma maternidade conveniada: a maternidade do Hospital Tricentenário.

Por ser um município próximo à capital, Recife, o diagnóstico da gestão é de que a fragilidade do atendimento na maternidade municipal provocava a busca de grande parte das gestantes de Olinda por maternidades em Recife. Desta forma, em um momento tão importante para mãe e filho e com tantas implicações para a saúde dos mesmos, a busca por maternidades longe da moradia da gestante, apenas implica em maior sofrimento e maior risco. Buscou-se, portanto, desenvolver ações que garantam a busca da maternidade Municipal de Olinda por gestantes olindenses, principalmente, as que realizam o pré-natal nas unidades básicas de saúde do município.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

Qualificar o atendimento da Maternidade Municipal Brites de Albuquerque, garantindo atendimento humanizado em todos os

ambientes da maternidade, com enfoque no acolhimento e na garantia da qualidade do atendimento, com o intuito de fazer da Maternidade de Olinda Brites de Albuquerque, a maternidade de escolha das olindenses, além de reduzir os riscos à saúde de parturientes e recém-natos.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

A maternidade passou, em 2005, por uma importante reforma, tendo sido reinaugurada no dia 01 de julho, com a presença do então Ministro da Saúde, Dr. Humberto Costa. Nesta reforma, a maternidade foi reestruturada de maneira a garantir um melhor acolhimento às usuárias e melhor ambiente de trabalho aos funcionários. Neste sentido, o pré-parto foi individualizado por divisórias, garantindo a privacidade da parturiente no momento de espera, foi garantida a presença de uma acompanhante feminina na enfermaria de recuperação, que é coletiva, e está sendo debatida a criação do programa de “*Doulas*”. Foi criada, ainda, a ouvidoria da maternidade, ainda em funcionamento experimental. A Secretaria de Saúde também está garantindo batas padronizadas para as parturientes e mães em recuperação, garantindo conforto para as mães que não dispõem de roupas adequadas e segurança quanto à circulação das mães e contato com as crianças. Em relação aos funcionários, foi garantido o fardamento e capacitação sobre acolhimento e humanização do atendimento, realizado pela equipe do Programa QualiSUS, do Ministério da Saúde. Além disso, a atual gerência da unidade já deflagrou um processo de debates sobre a implantação do Conselho de Saúde da Maternidade Brites de Albuquerque, com a presença de gestores, trabalhadores e usuários, para acompanhar o desenvolvimento de ações e propor sugestões. Ainda como parte do programa de acolhimento e humanização, a Maternidade está garantindo a visita aberta das 7:00 às 21 horas, ou seja, não há limite de horário de visita durante o dia.

Todo esse processo de reestruturação física e funcional, além da melhora imediata no atendimento à mãe e à criança,



facilitando a recuperação e reduzindo riscos, está também implicado na candidatura municipal pelo título de Maternidade Amiga da Criança, com sua conseqüente ampliação de oportunidades de aprimoramento da assistência, e no impacto sobre a transmissão vertical do HIV e Sífilis, que é o enfoque prioritário da política de controle das DST/HIV/AIDS. Essa transmissão vertical é combatida pelas ações de prevenção no pré-natal, através do diagnóstico precoce do HIV e sífilis em todas as gestantes em pré-natal, reforçada na maternidade com a implantação do Projeto Nascer, que vem diagnosticando todas as parturientes em HIV e sífilis, e, nos casos positivos para estes agravos, atuando com a profilaxia, o que vem a favorecer o controle dessa forma de transmissão.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Hoje, temos depoimentos de médicos que perceberam a redução da média de tempo de recuperação das gestantes, após o parto, e uma maior tranquilidade das mesmas em lidar com o parto e puerpério imediato, em função da presença de acompanhantes e maior liberdade de visitas. O cuidado no acolhimento é marcante desde a abordagem do vigilante e atendimento da recepção, até a alta da paciente. A maternidade passou a receber um maior número de olindenses em busca de atendimento na maternidade, fruto da sensibilização das unidades de atenção básica e da melhoria do nível de confiança da usuárias do sistema de saúde municipal.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA FACILIDADES E DIFICULDADES

No início da implantação do acompanhante e da visita aberta, havia resistência por parte dos médicos, principalmente, e de outros componentes da equipe de atendimentos, pela compreensão de que havia "tumulto" e "bagunça" na maternidade. Contudo, com o desenvolvimento das ações, e em função da excelente qualidade técnica da equipe da maternidade, as resistências vêm sendo superadas.

Houve também, um grande aprendizado da equipe no tocante à importância de ouvir o outro e discutir abertamente as dificuldades da equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Secretaria de Saúde de Olinda e a gestão municipal como um todo tem a percepção de que a melhoria no atendimento ao parto e puerpério é, necessariamente, fruto de várias ações e do envolvimento de diversos atores, incluindo o NEPS – Núcleo de

Educação Popular em Saúde, a Secretaria de Educação, a Secretaria de Assistência Social e atores da comunidade que podem ser importantes parceiros na sensibilização e orientação das gestantes do município. A Prefeitura de Olinda entende que as conquistas alcançadas devem ser consolidadas e ampliadas como compromisso na Defesa da Vida de mulheres e crianças.



RECICLAGEM DE EMBALAGENS PLÁSTICAS ATRELADA A GERAÇÃO DE RENDA E RESPONSABILIZAÇÃO SOCIAL

Autor principal: Tereza Cristina das Mercês

Outros Autores: Márcia Neves Ferreira de Souza; Camila Barbosa de Carvalho

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

Se antes as embalagens plásticas eram consideradas produtos descartáveis e sem utilidade, hoje elas não podem mais ser rotuladas de tal maneira. Poucas pessoas imaginam o sucesso da utilização destas na confecção de utensílios domésticos. Pensando nisto, a Equipe de Saúde nº 08 do Itapoã, implantada na área urbana da Regional de Saúde do Paranoá-DF, implementará no próximo mês, oficinas para confecção de utensílios domésticos, cuja matéria prima será a embalagem plástica. Atrelado á confecção dos utensílios, visa-se desenvolver junto à comunidade um trabalho de conscientização sobre a coleta, a separação e o tratamento dado ao lixo. A muito, o lixo doméstico é questão de discussão contínua em nossa comunidade. Tal oportunidade mostrará para osicineiros que a correta separação, acondicionamento e recolhimento do lixo só traz benefícios para o núcleo familiar e para a comunidade. Com a retirada do lixo das ruas, esperas-se melhorar as condições sanitárias da cidade. Outro ponto a ser explorado, é a geração de renda. Após a confecção dos produtos, esperamos cooperativar os oficineiros para que estes exponham e vendam os produtos confeccionados na comunidade. A renda conseguida com a venda será dividida entre estes, contribuindo para melhoria da qualidade de vida de cada um.



EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES: UMA PARCERIA COM O PROJETO SEGUNDO TEMPO

Autor principal: Tereza Cristina das Mercês

Outros Autores: Márcia Neves Ferreira de Souza; Camila Barbosa de Carvalho

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

O Programa Família Saudável do Distrito Federal está implementado desde Fevereiro de 2004 como parceria entre a Fundação Zerbini e a Secretaria de Saúde do DF. A equipe de saúde nº 08 do Itapoã; implementada na área urbana da Regional de saúde do Paranoá-DF; preocupada com questões inerentes à educação em saúde para a população jovem do Itapoã, principalmente no que diz respeito a doenças sexualmente transmissíveis, violência, alcoolismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas, firmou parceria com o Projeto Segundo Tempo. O Projeto Segundo Tempo, ministra aulas de capoeira três vezes por semana em um espaço ao lado da Unidade Básica de Saúde do Itapoá. Foi acordado com os coordenadores do referido projeto que, uma vez por semana, serão cedidos trinta minutos das aulas de capoeira para que os agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, possam discutir e esclarecer dúvidas dos adolescentes quanto aos assuntos supracitados. Neste espaço, será reforçado o papel da Unidade de Saúde na Atenção Básica, nas Atividades de Prevenção de doenças e agravos à saúde da população.



GRUPO DE ATENDIMENTO À MULHER

Autor principal: Theonas de Oliveira Filho
Outros Autores: Luciane Ritter
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Lucas do Rio Verde
Município: Lucas do Rio Verde
Estado: Mato Grosso

INTRODUÇÃO

Visto o alto número de usuárias que procuram diariamente nossa unidade de saúde, muitas com várias consultas, sentimos a necessidade de realizar uma abordagem diferente a esta população. Aliada, a esta realidade diária, um novo paradigma à saúde humana, em que o indivíduo deve ser abordado integralmente, a saúde mental passa a ser parte fundamental desta nova concepção, em nível de atendimento médico em PSF.

O município de Lucas do Rio Verde apresenta características próprias, que determinam que muitas mulheres enfrentam situações semelhantes, como distanciamento da família, isolamento social, falta de oportunidades de trabalho e emprego, entre outras, isto tudo interferindo e favorecendo o aparecimento de problemas médicos. Há que acrescentar também o crescente interesse e reconhecimento de que o aspecto psicológico do indivíduo não pode ser separado do seu meio ambiente, emocional, social e cultural. Visto a impossibilidade do atendimento individualizado de toda demanda dos PSF, por consultas psicológicas, partimos em busca de uma nova abordagem, realizando um atendimento em grupo.

OBJETIVOS GERAIS

- 1) Ampliar o círculo de amizades às mulheres atendidas, diminuindo seu isolamento social;
- 2) Troca de experiências e conhecimentos entre as participantes e a equipe de saúde;
- 3) Oportunizar momentos de convívio social entre as pessoas e a equipe de saúde;
- 4) Possibilitar um auto-conhecimento, favorecendo e/ou diminuindo seus problemas médicos;
- 5) Oportunizar a usuária, que esta efetivamente, torne-se o principal "ator" de sua cura e de sua vida;
- 6) Prestar auxílio aos indivíduos mais vulneráveis, através do diálogo, apoio e construção de novas perspectivas;
- 7) Ampliar o vínculo entre o PSF e à população por ele atendida.

METODOLOGIA

O grupo é constituído por mulheres, em qualquer faixa etária, e a equipe de saúde do PSF quatro. Por votação com as participantes, ficou definido que os encontros serão semanais. O grupo funciona através do diálogo, troca de experiências, dinâmicas e de assuntos previamente escolhidos se assim for o desejo da maioria, não apresentando uma metodologia rígida de ação, visando exatamente um novo construto com a população, onde ela passa a fazer realmente parte de seu tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO FINAL

O grupo já está em andamento a aproximadamente seis (6) meses, neste período, acreditamos que conseguimos parte dos nossos propósitos, como ampliação do círculo de amizades, compartilhamento de experiências, auxílio às mulheres mais vulneráveis, ampliação do vínculo entre o PSF e a comunidade. Gostaríamos de poder ampliar nossa rede de apoio, com outras instituições, levando a uma maior intersetorialidade, com vistas a proporcionar outras oportunidades a este grupo de usuários. Este é o nosso maior desafio para os próximos meses

Acreditamos que esta nova abordagem em nível de PSF, vai ao encontro dos preceitos da própria filosofia de atendimento básico de saúde, que busca uma completa integração das ações individuais e coletivas, com o propósito de propiciar o enfrentamento dos problemas de saúde identificados na nossa população.



ESTRUTURAÇÃO DE CONSELHO GESTOR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS.

Autor principal: Tony da Silva Ferreira

Outros Autores: Alaíde Ramos Amasonas; Iramar Santana dos Santos; Gilvânia Correia de Lima; Maria da Natividade Cardoso Silva

Instituição: Prefeitura Municipal de Duque de Caxias / Secretaria Municipal de Saúde /

Coordenadoria do Programa de Saúde da Família

Município: Mesquita

Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A efetivação de práticas de Promoção da Saúde passa pela articulação de políticas e práticas que ampliem as possibilidades de co-responsabilização e co-gestão entre os diferentes atores na criação de intervenções que contribuam para a efetivação da Integralidade considerando a diversidade cultural e regional dos territórios e comunidades. A Estratégia de Saúde da Família corrobora tal medida uma vez que traz como pilar a Integralidade e a Resolubilidade nas ações de saúde; configura-se como estratégia de transformação onde os problemas e necessidades de saúde devem ser identificados e discutidos no próprio território.

Duque de Caxias é município do Estado do Rio de Janeiro. Tem uma extensão territorial de 442 km² e, segundo estimativa do IBGE em 2005, uma população estimada de 842.890 habitantes. É composto de 4 distritos geográficos que exibem panorama sócio-econômico e epidemiológico distintos, sendo assim distribuídos: 1º Distrito - Centro (concentra maior parte das habitações e atividades econômicas); 2º Distrito - Campos Elíseos (concentra maior parte da indústria de transformação e distribuição de produtos manufaturados da REDUC); 3º Distrito - Imbariê (caracteriza-se por grandes áreas florestais e estabelecimentos não ocupados); 4º Distrito - Xerém (região considerada rural com pequenos núcleos habitacionais). Diante da diversidade descrita, a constituição de Conselho Gestores representa componente importante para fomentar a integração dos seguimentos envolvidos com a saúde (gestor, profissional de saúde e usuário) na construção coletiva de ações e medidas que contribuam para a melhoria da qualidade de vida da população local. Tal medida propicia a interlocução entre as várias representações, fomentando discussões quanto a riscos sanitários expostos à população, evidenciando as dimensões que o meio social exerce no curso das doenças e possibilitando agilidade na tomada de decisões relativas à política de saúde intra e intersetoriais a serem executadas.

OBJETIVO

Pretende-se com essa exposição descrever a modalidade de estruturação do Conselho Gestor na estratégia de Saúde da Família do Município de Duque de Caxias.

METODOLOGIA

Pode-se considerar como marco temporal a resolução da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, SMS – DC 001, de 16 de janeiro de 2003 que regulamentou a criação do Estatuto de Conselho Gestor em Unidades de Saúde do município e a ocorrência da 1ª Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde onde uma das propostas elencada foi a criação de Conselho Gestor no Programa de Saúde da Família (PSF). Tomando por base a proposição do seminário e o amparo do estatuto do Conselho Gestor municipal, passou-se a discutir as possíveis formas de criação dos Conselhos no Programa, elegendo a que melhor atendessem às características da estratégia. O primeiro passo foi a coordenadoria do PSF enviar ofício ao Conselho Municipal abordando sobre a necessidade de se criar o Conselho Gestor e sugerindo a conformação de um Conselho por distrito geográfico solicitando que o tema fosse incluído em reunião ordinária, com o objetivo de fomentar discussões entre os conselheiros sobre o modelo proposto ou outro que fosse sugerido pelo grupo, mas levasse em consideração as peculiaridades do Programa de Saúde da Família que, por exemplo em Duque de Caxias, dispõe de uma única coordenadoria para gerenciar todas as equipes.

PRODUTO

A proposta sugerida pela coordenação do Programa foi aprovada por consenso da maioria dos conselheiros. Sobre o seu regimento seguiu-se os critérios da resolução municipal no que se refere à eleição e mandato dos conselheiros, reuniões e



deliberações, atribuições do conselho e disposições gerais. Já, quanto sua formação e composição, embora a proporcionalidade de 25% de gestores, 25% de funcionários e 50% de usuários da comunidade tenha sido mantida, estruturou-se com a seguinte distribuição: 1 para o 1º distrito, 1 para o 2º distrito e 1 para o 3º e 4º distritos já que esses dois últimos possuem algumas características que se assemelham e um menor contingente populacional, e com a seguinte representação: 2 representantes dos gestores (profissionais da coordenação do Saúde da Família), 2 representantes dos funcionários de Unidades de Saúde da Família e 4 representantes de Usuários da áreas adscritas. Definiu-se também que os representantes dos gestores (coordenação) fossem os mesmos para todos os conselhos gestores formados, possibilitando um conhecimento e envolvimento homogêneo da coordenação em todos os conselhos.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Podem ser citados como fatores facilitadores identificados a descentralização dos conselhos gestores uma vez que sua representação por distrito possibilita a discussão de problemas peculiares à área geográfica e, como fator dificultador obstáculos estratégicos em se criar um maior número de conselhos por distrito, componente importante para a redução no foco de observação dos problemas, e ampliando as possibilidades de resolução dos nós críticos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora de conformação muito recente, salvo a pouca experiência dos envolvidos, já registra-se bom envolvimento dos grupos participantes gerando reflexões e discussões sobre as questões sanitárias e sócio-econômicas identificadas. Também percebe-se que o modelo de organização em prática apresenta potencialidades para produzir mudanças positivas no contexto com o qual interagem.



PROJETO VIDATIVA

Autor principal: Valéria Batista Martins

Outros Autores: Paula Frassinetti Lima de Andrade

Instituição: Departamento Municipal de Saúde - Registro/SP

Município: Registro

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

A alta incidência da Síndrome Metabólica, principalmente entre os idosos, motivou a criação de um plano estratégico especial para o acompanhamento desses pacientes.

A atenção integral tanto à criança, quanto ao adulto e ao idoso, é uma prática e conceito profissional no qual o paciente é o agente beneficiado das ações da equipe multiprofissional, que coloca em prática um conjunto de atitudes, valores éticos, comportamentos, compromissos, funções, conhecimentos, habilidades, priorizando alcançar melhorias na atenção básica dos municípios.

As Doenças Crônicas Degenerativas respondem como as principais causas de óbitos e internações em todo o mundo. Estudos apontam que doenças como Diabetes, Hipertensão e Dislipidemias estão como as principais causas de outras comorbidades, além de elevar os custos para o tratamento adequado dessas patologias.

A falha na detecção precoce e o seu devido acompanhamento, pode levar ao indivíduo desenvolver uma insuficiência renal crônica, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e outros tipos de agravantes.

JUSTIFICATIVA

A proposta de novas ações em promoção e prevenção das Doenças Crônicas Degenerativas visa melhorar a qualidade de vida dos nossos municípios e impactar nos indicadores.

O Município de Registro de acordo com o último censo do IBGE conta com 56.758 mil habitantes e, em 23 de Dezembro de 2003, o município foi habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, contando com uma população de 90% SUS dependente.

O Sistema de Saúde Municipal possui com equipamentos básicos:

- 04 Unidades Básicas de Saúde;
- 10 Equipes de Saúde da Família;
- 01 Centro de Especialidades Municipal;
- 01 Centro de Apoio as Referências;
- 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;

- Coordenadorias Técnicas de Saúde Bucal, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Plano de Ações e Metas em DST/HIV/AIDS, Assistência Farmacêutica e Jovens Acolhedores;

- 01 Central de Agendamentos;

- 01 Núcleo de Informática;

- 01 Laboratório Municipal em fase de construção final;

Como Referência Regional conta com:

- 01 Hospital Filantrópico;

- 01 Hospital Regional;

- 01 Centro Ambulatorial Regional;

- 01 Laboratório Regional;

Atualmente, temos 6.316 pacientes cadastrados no Hiperdia, destes 234 insulino dependentes e possuímos um coeficiente de internações por A.V.C. na faixa de 30 a 59 anos com valor crescente e superior ao Estado de São Paulo no período analisado entre 2000 a 2004(13.91%) e em relação de óbitos por A.V.C. em menores de 60 anos também superior ao Estado (25%).

OBJETIVO

O Projeto VidAtiva visa trazer ganhos à Gestão do Sistema de Saúde com a diminuição de internações e óbitos por A.V.C, melhorar a qualidade e expectativa de vida dessa população, através da taxa de sedentarismo, do aumento da auto estima, da diminuição do isolamento social, melhora da mobilidade articular e diminuição do peso corporal, além de assegurar o fornecimento dos medicamentos do programa e acompanhar o tratamento desses pacientes.

METODOLOGIA

No ano de 2005 traçamos um perfil dos pacientes através de uma avaliação de risco cardiovascular, onde tivemos a participação de 02 médicos cardiologistas, 01 clínico geral, enfermeiros e técnicos de enfermagem e 01 professor de educação física. Atendemos 954 pessoas na faixa etária compreendida de 30 a 59 anos, e como resultados verificamos que 49% das mulheres avaliadas estavam com sobrepeso e sedentárias e com grande chance de desenvolver uma Doença Crônica Degenerativa.



Em Novembro de 2005 iniciamos o Projeto VidAtiva inserindo na equipe multiprofissional um professor de educação física e que juntamente com a equipe desenvolveu um programa de acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde.

Iniciamos com a sensibilização para a participação no programa, que consta do acolhimento desses pacientes três vezes por semana na Unidade e que previamente passam por avaliação médica e física antes do início das atividades.

Começamos o programa com atividades leves e moderadas, como a caminhada e exercícios para a melhora da mobilidade articular. A escolha da caminhada foi proposital, pois é um dos exercícios com menor índice de lesões nas articulações, além de não ter um custo financeiro tanto para o participante quanto para o Município.

PRODUTO

Em Novembro de 2005, começamos com um projeto piloto em uma Unidade Básica de periferia urbana, que conta com 307 hipertensos e 117 diabéticos.

No início do Projeto aderiram 28 pacientes que se cadastraram no programa e que participavam ativamente das propostas desenvolvidas e após dois meses já contávamos com 70 pacientes inscritos.

Como resultado positivo, observamos o aumento da aderência ao programa e ao tratamento, diminuição do isolamento social entre os mais idosos, diminuição do peso corporal, melhora da auto-estima e da mobilidade articular.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Fatores facilitadores: Apoio da gestão municipal, apoio da direção e da equipe multidisciplinar da unidade, inserção de um profissional de Educação Física na equipe e aceitação por parte dos participantes ao Projeto, melhora do acolhimento e da humanização do atendimento.

Dificuldades encontradas: pouca inserção dos agentes comunitários na compreensão de uma visão integral de suas atribuições no que diz respeito à promoção de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso criar um verdadeiro vínculo de responsabilidade entre o profissional e os seus pacientes, para que o processo educativo garanta melhor adesão ao tratamento e ao programa de exercícios bem como ao uso correto de medicamentos, promovendo a prática da atividade física e dieta bem orientada, com

acompanhamento sistemático desses pacientes, tendo como maior objetivo impacto dos indicadores de saúde e uma melhora de qualidade de vida.



EDUCAÇÃO PERMANENTE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: EXPERIÊNCIA DE SER FACILITADOR EM UM MUNICÍPIO DA MACRO REGIÃO DE GOIÂNIA - GO

Autor principal: Valquíria Coelho Pina Paulino

Outros Autores: Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Instituição: SMS de Inhumas - Goiás/UFG

Município: Goiânia

Estado: Goiás

INTRODUÇÃO

A Educação Permanente é uma concepção dialética da educação, como um duplo processo de aprofundamento, tanto da experiência pessoal quanto da vida social global, que se traduz pela participação efetiva, ativa e responsável de cada sujeito envolvido, qualquer que seja a sua atividade humana ou qualquer que seja a sua práxis. A Educação Permanente em Saúde é um processo educativo contínuo, que coloca o cotidiano do trabalho- ou formação- em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam as realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentidos dos atos produzidos no cotidiano, ou sejam as demandas de capacitação partem da problematização do processo e da qualidade de trabalho. Atualmente é uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e participação da sociedade no setor saúde. E ainda de consolidação da educação em espaços locais e regionais com o propósito de capacitação das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros. As ações políticas de educação permanente, hoje, fazem parte do cotidiano do Programa de Saúde da Família – PSF. Enquanto Enfermeira do PSF e facilitadora da Estratégia de Educação Permanente puderam vivenciar uma dessas ações políticas, com a criação de um espaço para discutir coletivamente à realidade de saúde de município, que pudesse contribuir para o desenvolvimento interpessoal, oportunidade de para aprender a receber e dar feedback, dentro de uma atmosfera de confiança e aceitação.

OBJETIVO

É relatar a experiência como facilitadora no desenvolvimento de um programa de educação permanente na estratégia saúde da família, no município de Inhumas – Goiás.

METODOLOGIA

O grupo foi composto por 40 profissionais, médicos, enfermeiros e dentistas das equipes do PSF do município de Inhumas

– Goiás. A participação foi voluntária. O recrutamento dos interessados foi pela divulgação em todas as Unidades de Saúde da Família do município, constando das propostas dos encontros e metas a serem alcançadas. O caminho metodológico foi a pedagogia da problematização conduzida por meio de encontros e atividades grupais e recursos materiais como: texto impresso, recortes de revistas, cartazes, folhas de papel, lápis de cor. Os encontros ocorreram em horário de trabalho com a duração média de cinco horas cada momento. A pedagogia da problematização busca a realidade de cada um dos participante e sua equipe, avalia e registra as observações pessoais dos facilitadores. As atividades de grupo propiciam um canal de comunicação efetivo para a integração dos participantes.

RESULTADOS

No primeiro encontro, os participantes não demonstravam conhecimento sobre o que seria tratado nos encontros apesar dos avisos nas Unidades de Saúde, mas percebia-se a motivação para o aprendizado e alguns profissionais pareciam buscar subsídios para a mudança da suas realidades. Foi observado no entanto, por parte de alguns profissionais a descrença dessas mudanças em seu cotidiano. Alguns profissionais usaram o encontro como um momento de reivindicações de salários, melhores condições de trabalho, treinamento, além de recursos materiais e humanos. A pedagogia da problematização foi apontada como um fator dificultador, talvez pelo desconhecimento e hábitos por metodologias tradicionais, com conteúdos prontos, conforme relatos dos participantes. Como dificuldades foi evidenciado o pouco envolvimento de alguns profissionais, especialmente pelas técnicas de grupo. Ao longo dos encontros foram percebidas algumas mudanças de comportamento dos profissionais envolvidos no processo, especialmente, na disponibilidade de participação. Os dois últimos encontros tomaram-se efetivamente espaço de dar e receber feedback, de discussões de possíveis mudanças no cotidiano das Unidades de Saúde da Família. Os participantes passaram a dar significado ao conhecimento adquirido, ao desenvolvimento pessoal e interpessoal parecendo entender que as ações de educação permanente vão além do ambiente formal de



trabalho e da preparação técnica. Na avaliação os participantes relataram que os encontros foram produtivos, mas foram reforçaram problemas como: carga horária insuficiente, dificuldade de se trabalhar com a pedagogia da problematização. Foi evidenciada também, a necessidade de integração dos profissionais com os gestores dos municípios para efetivarem as mudanças no cotidiano e melhorar a qualidade e resolutividade da assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho possibilitou refletir sobre a necessidade da educação permanente no PSF, como espaço de integração entre os profissionais e para estimular a problematização da realidade e o planejamento de ações educativas que sejam significativa para os profissionais e provoquem mudanças no cotidiano do trabalho, podendo gerar a melhoria da qualidade da assistência e da resolutividade do atendimento aos usuários.

Area temática – 2 - Gestão do Cuidado em Saúde

1 – Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Professora da Universidade Salgado de Oliveira –Campus-Goiânia

2 – Enfermeira. Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.



A EDUCAÇÃO PREVENTIVA E SAÚDE INTEGRAL NAS ESCOLAS REGULARES E ESCOLAS ESPECIAIS – APAES PERTENCENTES A SECRETARIA DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL DE RIO DO SUL (SDR); ATRAVÉS DA GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO; CIÊNCIA E TECNOLOGIA (GEECT) - AÇÕES; PROPOSTAS E PARCERIAS

Autor principal: Vânia Elizabeth Castro

Outros Autores: Simone Fusinato Rezende; Márcia Ramos de Azevedo

Instituição: Gerencia de Educação Ciência e Tecnologia -de Rio do Sul

Município: Rio do Sul

Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO

As escolas de SC em meados dos anos 80 sentiram a necessidade de ações para a compreensão e ao mesmo tempo prevenção ao uso abusivo de substâncias psicoativas/drogas. Desde então, a Secretaria de Estado proporcionou grupos de estudos, formação de educadores e parcerias com outras organizações governamentais e não governamentais, com a finalidade de implantar políticas públicas para a questão.

A partir de então, a educação preventiva nas escolas foi abrindo horizontes, conquistando produções teórica e metodológica pelos próprios educadores e demais profissionais envolvidos com a educação. Nos anos noventa, as questões da sexualidade estiveram em pauta de muitos estudos e discussões no âmbito educacional de Santa Catarina, o qual se sentiu a necessidade de uma educação sexual que ultrapassasse as concepções médico-higienistas, biologizantes e ou religiosas. Dessa forma, a educação sexual ganha espaço merecido na proposta curricular do estado marcando o compromisso e a opção teórica metodológica com que as escolas deveriam atuar com a temática. Vale ressaltar, que a educação preventiva tornou-se ainda mais necessária com os elevados índices estatísticos de HIV / AIDS no Estado.

Atualmente, a Secretaria de Estado da Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina criou o Núcleo de Educação Preventiva (NEPRE), estrutura essa, criada com o objetivo de fomentar políticas públicas de educação e saúde, com as Gerências de Educação, Ciência Tecnologia, e Escolas da Rede Estadual de Ensino. Tais políticas têm por finalidade contemplar no Projeto Político Pedagógico dessas instituições, temáticas que visem saúde integral dos cidadãos, desenvolvendo assim, projetos e atividades de aprendizagem com assuntos relacionados às drogas, sexualidade, DSTs / HIV - AIDS e questões relacionadas à violência.

Nesta perspectiva, a Gerência de Educação, Ciência e Tecnologia de Rio do Sul / SC, vem desenvolvendo ao longo dos

anos, ações que promova uma educação preventiva nas escolas visando saúde integral e que dessa forma, atenda às necessidades da população que compreende o Alto Vale do Itajaí, buscando junto aos órgãos públicos e privados parcerias, de forma bastante significativa, com as secretarias de saúde do município e do estado.

Assim, esta comunicação trata-se de um relato de ações que estão sendo desenvolvidas e continuamente implementadas nas escolas que pertencem a Gerência de Educação, Ciência e Tecnologia de Rio do Sul/SC, no que se refere a uma educação preventiva, pautada na saúde integral de nossas crianças, jovens e adolescentes. Cada vez mais, percebe-se que Educação e Saúde caminham juntas.

JUSTIFICATIVA

O Núcleo de Educação Preventiva da Gerência de Educação de Rio do Sul, que a partir de 2005, integrou-se a Educação Especial e Diversidade, vem desenvolvendo um trabalho com as Escolas na área da Educação Preventiva desde 2001, sempre na perspectiva de prevenção quanto às DSTs (HIV-AIDS), drogas e violência. A partir desses assuntos, muitas outras temáticas são desenvolvidas, como: gravidez na adolescência, aborto, saúde integral, bem-estar, auto-estima, valores, entre outras.

A necessidade de políticas públicas voltadas à educação preventiva nas escolas é cada vez mais visível, considerando os aspectos de violência na sociedade, ocasionados por diversos fatores, entre estes, questões relacionadas às drogas, falta de informação e conhecimento. Outros fatores que também estão relacionados à saúde de nossa população precisam estar em pauta nas discussões de profissionais da educação juntamente com os profissionais da saúde.

A preocupação quanto as DSTs, de modo mais significativo ao HIV – AIDS, também é ponto marcante nas nossas escolas. De acordo com dados estatísticos atuais, Rio do Sul tem índice elevado



de pessoas infectadas com HIV – AIDS, estando em 3º lugar no Estado em 2005. Vale ressaltar que os dados são calculados em proporção ao número de habitantes.

Nesse contexto, a implementação e implantação de uma Política de Educação Preventiva para Professores, segundo a Secretaria de Estado da Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina é um compromisso que se estabelece para a formação de cidadãos que fazem opções conscientes, para que possam se colocar no mundo como sujeitos ativos e comprometidos eticamente com a sociedade em que estão inseridos. (SEED-Santa Catarina 2002: 11).

Cada Região procura adaptar a Educação Preventiva nas escolas buscando sempre a qualidade de vida, através da conscientização de formar uma auto-estima positiva que impulse a busca constante do bem-estar e da Saúde (segundo a OMS) em toda a sua extensão do significado.

METODOLOGIA

De acordo com orientação que é passado às escolas toda atividade na área da Educação Preventiva deve dar ênfase na saúde e bem-estar individual e social. Assim, é orientado que o Projeto Político Pedagógico da escola seja contemplado com ações que promovam saúde, compreendendo dessa forma todas as atividades relacionadas à Educação Preventiva.

Todas as escolas e APAEs de nossa região contam com um articulador de Educação Preventiva o qual recebe formação continuada, orientações, materiais de apoio e palestras ao longo do ano letivo. Tais atividades são coordenadas pelo NEPRE da Gerência de Educação de Rio do Sul. O articulador tem como função multiplicar aos demais professores as temáticas estudadas para que as mesmas sejam desenvolvidas de forma interdisciplinar.

Nesta perspectiva, nossas escolas desenvolvem ao longo do ano letivo projetos e atividades de aprendizagem abordando temáticas relacionadas diretamente e indiretamente sobre drogas, DSTs HIV/AIDS e violência. As escolas também, fazem parcerias com profissionais da saúde dos municípios de nossa região, entre estes, integrantes do Pólo Permanente de Educação em Saúde do Alto Vale do Itajaí juntamente com profissionais da saúde. Alguns projetos são expostos em Feiras de Matemática, como por exemplo, o projeto: “Sexo Seguro com Amor”.

OBJETIVOS GERAIS

- Buscar parcerias para viabilizar projetos nas Escolas;
- Viabilizar capacitações em assuntos da área de Saúde Preventiva, para profissionais da educação, no âmbito municipal e estadual;

- Promover e incentivar a educação continuada;
- Desenvolver ações conjuntas entre todas as gerências da secretaria regional, prefeituras municipais, universidades, ONGs;
- Participar em eventos (seminários, Congressos e movimentos na área de saúde), visando a constante troca de informações e atualização de dados, para compartilhar com as Unidades Escolares

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Planejar / Discutir conjuntamente, Gestores das Escolas Públicas Estaduais, os assuntos que irão constar na Capacitação Continuada da Educação Preventiva, visando atender aos professores nas suas principais preocupações;
- Integrar-se ao Pólo de Educação Continuada em Saúde do Alto Vale do Itajaí;
- Promover projetos de Educação Preventiva em Saúde em todas as escolas da região e em todos os níveis;
- Buscar o envolvimento das Prefeituras municipais, (PSF, Unidade Básica de Saúde) para tornar mais ampla as ações de Educação Preventiva em Saúde;
- Envolver os Professores de todas as escolas, na elaboração do PPP que contemple no seu teor os projetos que visem a melhoria e qualidade de vida tendo a Educação Preventiva como canal que viabilize ações e capacitações;
- Buscar parcerias com ONGs e Clubes de Serviço dos municípios para que se envolvam com as escolas e com a educação de modo geral;

REALIZAÇÕES E RESULTADOS

- Encontros e palestras com professores;
- Parcerias com a secretaria da saúde do município de Rio do Sul e do Estado;
- Parceria com o Pólo Permanente de Educação em Saúde;
- Parceria com a Gerência de Saúde – SDR- Rio do Sul
- Formação continuada aos educadores das escolas regulares e especiais;
- Educação Preventiva nas comunidades através do NEPRE de Rio do Sul;
- 1º Seminário de Socialização das Práticas de Promoção em Saúde /Saúde Bucal, resultado do desenvolvimento do Projeto “Escola Sorriso – promotora de saúde”, por duas odontólogas;
- Algumas ações e atividades;
- Relatórios de projetos realizados nas escolas na área da educação preventiva a partir dos cursos e oficinas oferecidos aos educadores;



- Participação da Educação Preventiva nas Feiras de Matemática regional;

APRENDIZADO COM VIVÊNCIA

- Facilidades: Articular parcerias; buscar diferentes metodologias; promover encontros; discutir as temáticas com educadores;

- Dificuldades: Colocar em prática a teoria, os professores por um conjunto de motivos, acabam se acomodando e muitos não desenvolvem atividades propostas e estudadas anteriormente; dificuldades financeiras para articular capacitações;

No entanto, apesar de muitos obstáculos, nossas escolas estão caminhando a conscientização quanto a necessidade e importância de trabalhar educação preventiva no espaço escolar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através de parcerias com outras instituições públicas como a Secretaria da Saúde do Estado e do município de Rio do Sul, bem como, com o Pólo Permanente de Educação em Saúde desta região, esta gerência de educação consegue desenvolver ações com as Unidades Escolares de forma qualitativa, apresentando resultados significativos nas ações e atitudes dos educandos, garantindo dessa forma, com uma educação integral, cidadã e mais humana.

Estar engajado na busca de uma educação integral é mais do que nosso dever enquanto educadores é antes de tudo um compromisso ético com a vida. A escola é um espaço de socialização de conhecimento científico. O currículo escolar deve atender as necessidades do seu tempo. As temáticas que estão relacionadas de forma diretamente com a saúde de nossos educandos precisam estar contempladas no Projeto Político Pedagógico das escolas na perspectiva de saúde integral. É importante e necessário que todos os segmentos que compõem a comunidade escolar discutam amplamente essa temática, tendo clareza de que prevenção precisa estar sendo trabalhada de forma contínua e permanente.



HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – USF NOVO ENCONTRO: ESTIMULANDO O EXERCÍCIO DA CIDADANIA.

Autor principal: Vanilda Elizabeth Sousa Ribeiro

Outros Autores: Silvane Felix Braga de Souza

Instituição: USF Novo Encontro

Município: Juazeiro

Estado: Bahia

INTRODUÇÃO

O mundo em que estamos inseridos transforma-se com a evolução dos tempos e o surgimento de novas tecnologias, desta forma a sociedade esta em constante mudança à medida que são alterados os seus valores. Cada vez mais, faz-se necessário aperfeiçoar-se como individuo e como ser social, desta forma interagindo com este mundo globalizado. Para tanto se busca a melhoria na qualidade da educação e a saúde da população, fator primordial para se alcançar o desenvolvimento do país.

Com vistas no alcanço a qualidade da saúde, os profissionais buscam se habilitar cientificamente e socialmente. O trabalho junto à população carente é árduo, minucioso e lento requerendo do profissional, força de vontade, paciência e acima de tudo humanização, uma vez que o objeto de trabalho é próprio ser humano.

Humanizada a equipe de saúde e a comunidade assistida, teríamos a satisfação profissional, o uso do trabalho em equipe, o fim do mau atendimento, a resolutividade dos problemas comunitários, a satisfação do cliente e a contribuição para o exercício da cidadania.

JUSTIFICATIVA

A saúde é um direito assegurado por lei a todo cidadão, cabe ao poder público a garantia de um atendimento de qualidade. Um grande número de doenças que acometem aos indivíduos são evitáveis por ações preventivas já conhecidas e comprovadamente eficazes.

Durante a convivência diária, da equipe de saúde, com a comunidade, foi possível identificar e trabalhar seus problemas mais comuns. A amostra dos primeiros resultados positivos levou a elaboração de um projeto, no qual se prioriza a organização e conscientização da equipe, buscando agilidade e resolutividade no atendimento, e desta forma por conseqüência, a satisfação da comunidade, visando melhorar a qualidade de vida, fator hoje essencial para exercer a humanização.

OBJETIVO

Apresentar uma proposta de humanização e organização no atendimento a saúde, direcionado aos usuários cadastrados na Unidade de Saúde da Família (USF), Novo Encontro.

METODOLOGIA

O estudo processou-se na USF Novo Encontro, localizada na cidade de Juazeiro-BA, tendo como publico alvo, os usuários cadastrados da mesma, oriundos dos bairros (Parque Centenário, Lomanto Junior, Vila Jacaré, Olarias e Novo Encontro), perfazendo um total de 9.429 habitantes, cerca de 5,0% da população da cidade.

Optou-se pelo método quali-quantitativo, que para MINAYO, 2002, preocupa-se com as ciências sociais, com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ademais trabalha o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde ao espaço mais profundo das relações, processos e atitudes, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

PRODUTOS

Realizou-se a reestruturação interna, capacitação das equipes, tendo como enfoque o atendimento humanizado e solidário, conhecimento geográfico e demográfico, da área de atuação das equipes de saúde da família, levantamento dos fatores de riscos aos quais estão expostos os usuários, promoveu-se educação e saúde sendo esta realizada na sala de espera, atendimento coletivo em pontos estratégicos da comunidade e atendimento individual personalizado.

Com esta estratégia, observou-se a agilidade e resolutividade das tarefas executadas no serviço, gerando o aumento da satisfação do usuário, o apoio da comunidade, registrado em documento escrito a USF, pelos líderes comunitários dos cinco bairros cobertos pela mesma, o apoio da coordenação de distrito, ações básicas e do Gestor municipal.



APRENDIZADO

Toda mudança promove apreensão e expectativa, gerando conflitos os quais, necessários ao alcance dos resultados efetivos. Na busca por resoluções, observou-se durante o desenvolvimento do trabalho, rejeições por parte de alguns membros da equipe, pois se fez necessário, assumir uma postura ética, responsável e humanizada, atitude que incomodava, por ferir o modelo tradicional e obsoleto utilizado até então, pelos profissionais mais antigos.

Uma vez superada as rejeições, os funcionários passaram a cooperar e a incentivar os demais, tornando as tarefas, menos cansativas e acendendo o espírito de trabalho em equipe, o que foi fundamental para o sucesso deste projeto possibilitando a implantação de um modelo de Programa de Saúde da Família preconizado pelo Ministério da Saúde na Lei 8.080 de 1990, Art. 7º, que regem os princípios e diretrizes do SUS, enfatizando a Universalidade, Integralidade e Equidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todos os obstáculos enfrentados constatou-se que o profissional enfermeiro, lotado na USF, não possuem apenas o papel de coordenador, gerenciador e supervisor; acima de tudo, tornou-se intermediado da população na busca por melhorias na qualidade do serviço, para isto estuda formas, desenvolve projetos e os implanta, promovendo possibilitando o atendimento humanizado, educação e saúde do usuário. Objeto maior de sua conquista.



TRABALHANDO COM FAMÍLIAS

Autor principal: Vera Lúcia Aparecida Vicente Reche

Outros Autores: José Hugo Pierangeli; Maria Elisa Zerbotti; Marina A. Hugo; Leone

Nascimento Lapa; Márcia Regina Suzuki; Dorani Rosa da Silva; Anali Palhares

Instituição: Hospital Municipal Mário Gatti

Município: Campinas

Estado: São Paulo

APRESENTAÇÃO

A U.T.I. - Adulto do HMMG está dividida em dois blocos, a U.T.I. geral com 10 leitos e a Unidade coronariana com 06 leitos, sendo 02 para recuperação cirúrgica. Atende em média 70 pacientes por mês, com permanência de 04 dias cada um.

A Equipe multi profissional é composta por médicos, enfermeiros, nutricionista, assistente social, fisioterapeutas e Apoio de forma geral.

Um dos maiores desafios dessa Equipe é oferecer a melhor assistência clínica dentro de um ambiente humanizado; e para que isso aconteça, faz-se necessário, dar atenção também aos familiares que estão envolvidos diretamente com os pacientes.

JUSTIFICATIVA

A proposta de se desenvolver um trabalho de acolhimento e orientação às famílias dos pacientes internados na U.T.I. se deu, a partir do momento que a equipe começou a discutir sobre o tema Humanização, e percebeu que esta se relaciona a um sentido universalista, acima das fronteiras das ideologias políticas e religiosas, é ver o Homem como digno de respeito em seus males e em suas deficiências bio-psico-sociais.

Percebe-se que o nível de ansiedade dos familiares é muito alto, principalmente no momento que recebem a notícia da transferência do seu familiar para a U.T.I.

E sensível a esse fato, é que a equipe sentiu a necessidade de sistematizar alguns procedimentos que viabilizam o acesso às informações, como a elaboração de folder's e cartazes informativo.

E também um espaço para acolhimento e orientação antes de entrarem na U.T.I. pela primeira vez, antecedendo o horário de visitas e para receberem informações da equipe médica após às visitas.

OBJETIVOS

Geral:

- Humanizar o atendimento às famílias dos pacientes internados na U.T.I.

Específico:

- Viabilizar um espaço onde as famílias se sintam acolhidas.
- Realizar grupos reflexivos com familiares dos pacientes da U.T.I.
- Transmitir as informações de forma simples e clara.
- Levantar o histórico dos pacientes e detectar as necessidades das famílias.
- Fazer os encaminhamentos que se fizerem necessários.

METODOLOGIA

1º momento: Discussão:

A proposta de humanização do atendimento às famílias dos pacientes da U.T.I., deverá ser discutida pela equipe multi profissional para o amadurecimento da idéia.

2º momento: Elaboração:

- Deverá ser escrita a proposta de trabalho
- Verificar a possibilidade de ter uma sala com cadeiras para atender as famílias
- Providenciar desenhos dos equipamentos utilizados na U.T.I. como material de apoio às orientações das famílias.
- Montar o manual informativo sobre a U.T.I.
- Elaborar o formulário de avaliação.

3º momento: Socialização:

A proposta deverá ser apresentada a todos os funcionários da UTI e se estender a outros grupos que se fizerem interessados em conhecê-la.

4º momento: Concretização:

- Realizar os grupos sempre que tiver demanda.
- Verificar, antes da visita das 13:30hs, quais os familiares que estão vindo pela primeira vez, ou se for possível, telefonar antes, solicitando a sua presença com 40 minutos de antecedência.
- Os grupos deverão ser formados com dez pessoas no máximo e terão duração de 40 minutos, sendo que, cada familiar participará somente de um encontro e terá o compromisso de levar as informações para o restante da família.
- Todos os participantes receberão um manual informativo sobre a UTI (anexo), onde será discutido também sobre a doação de sangue e de órgãos.



- No final do encontro os familiares receberão um formulário de avaliação da UTI (anexo), que deverá ser preenchido e devolvido anonimamente após a alta do paciente da UTI.

RESULTADOS

- No contato diário, percebe -se que a equipe está mais sensibilizada à situação da família, e a família menos ansiosa e mais respeitosa à equipe e ao Hospital.
- A discussão dos casos propiciou à equipe ver o paciente com ser bio-psico- social, e melhorou o relacionamento inter-pessoal e o processo de trabalho como um todo.
- Diminuiu o número de reclamações na Ouvidoria.
- Na estatística anual da Ouvidoria, a U.T.I. aparece como a primeira em elogios.
- Nas avaliações de satisfação dos Usuários o percentual de ótimo fica acima de 85%.
- As reclamações apresentadas pelas famílias, sensibilizaram os gestores e foram criados dois leitos para Cirurgias Eletivas e a mudança do horário de visitas.
- As famílias encaminham cartas, colam cartazes na sala de espera, ou retornam com o paciente para agradecer pessoalmente à equipe.
- As famílias bem informadas tornam – se mais compreensivas e parceiras do processo de trabalho.
- O fortalecimento de vínculos da família com a equipe.



ARTE E PARTICIPAÇÃO POPULAR: CIRANDAS DA VIDA NA FORTALEZA BELA: O INÉDITO VIÁVEL

Autor principal: Vera Lúcia de Azevedo Dantas

Outros Autores: Maria Josevânia dantas; Maria Rocineide Ferreira da Silva; João Batista dos Santos Junior; Francisco Márcio Firmiano da Silva

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

Município: Fortaleza

Estado: Ceará

Surgida por iniciativa dos movimentos populares articulados pela ANEPS (Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde), constitui-se em um espaço de articulação e participação de diversos atores: técnicos, gestores, conselheiros, movimentos sociais, grupos emergentes e comunidade em geral, para definição de situações – limite e constituição de propostas de ação coletiva, possibilitando o compartilhamento de saberes e incorporando a visão da integralidade no campo da saúde. Animada a partir da Secretaria Municipal de Saúde e partindo das loco-regiões (SER) onde a ação acontece, vem construindo uma cultura permanente de promoção à saúde mediante a estruturação de Cirandas Regionais que funcionam como espaços dialógicos, onde os movimentos e práticas populares podem participar efetivamente da formulação das ações e políticas públicas de saúde. Entendendo a importância de articular o “saber de experiência feito” (Freire), ao conhecimento técnico em saúde, as rodas das Cirandas têm contribuído para a incorporação de abordagens populares como massoterapia, terapia comunitária, espaços de brincar, círculos de cultura, entre outros, no contexto dos serviços públicos de saúde, potencializando as práticas culturais da comunidade como estratégia de promoção e cuidado à saúde. A Ciranda vem construindo ainda espaços de articulação com o processo de Educação Permanente desencadeado pela Secretaria de Saúde, fomentando a interação entre formação e experiência e alargando a visão de formação ao considerar a história dos saberes acumulados no lugar como base para a potencialização dos projetos de futuro coletivos a serem construídos para o enfrentamento das situações limite apontadas pelo conjunto dos atores. Trabalhando com grupos geracionais, onde crianças, jovens e adultos compartilham suas visões de mundo a partir das linguagens da arte, a diversidade de atores institucionais e comunitários apontaram a violência, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a moradia em áreas de risco como situações a serem transformadas no contexto da cidade de Fortaleza. Deste movimento vem se constituindo o inédito viável: a organização de processos inter-disciplinares e intersetoriais de trabalho que apontam para o protagonismo

popular, potencializando o poder de intervenção dos movimentos e o desvelamento da ótica do saber popular na conquista da saúde como direito.



INOVANDO A FORMAÇÃO DE PSICOLOGOS

Autor principal: Vera Lucia Kodjaoglanian

Instituição: UNIDERP Universidade para o desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal

Município: Campo Grande

Estado: Mato Grosso do Sul

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi organizado à partir de uma prática profissional de vivência que há 07 anos vem desenvolvendo inovações pedagógicas na formação do profissional psicólogo voltada para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal- UNIDERP, em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

Nas últimas décadas as políticas de saúde no Brasil tem sofridos intensas modificações através de movimentos sociais que foram ganhando força no decorrer do tempo e transformando conceitos, paradigmas e práticas de saúde que até então não se modificavam.

Houveram mudanças substanciais no sistema de saúde em várias dimensões, dentre elas, a legislação, a administração pública, privada, a estrutura, os recursos físicos, materiais, humanos e financeiros. Enfim, mudanças necessárias, avanços político-administrativos que obriga ao cidadão ter conhecimento para que possa exercer a sua cidadania.

Por outro lado, faz-se necessário também que o profissional de saúde conheça profundamente a lógica que rege o nosso sistema de saúde vigente, bem como todo o processo histórico relacionado ao fato.

JUSTIFICATIVA

No que diz respeito à formação de profissionais da saúde, observa-se em nosso País, um movimento de mudanças curriculares e pedagógicas por parte de algumas categorias organizadas, a exemplo de médicos, enfermeiros e também do poder público através dos Ministérios da Educação e da Saúde.

Existe uma pressão social significativa no sentido de que as Universidades busquem maior relevância social, tanto no campo da produção de conhecimentos como no campo da formação profissional.

Utilizar metodologias ativas de ensino-aprendizagem, trabalhar sobre problemas da realidade, desenvolver nos estudantes as capacidades de aprender a aprender, de tomar decisões em cenários difíceis, de trabalhar em equipe multiprofissional são algumas das encomendas que a sociedade faz à Universidade no sentido da atualização de sua agenda (FEUERWERKER, 2001).

OBJETIVOS

A população também demanda um psicólogo que não é esse que está no mercado hoje e sim um psicólogo que compreende o contexto atual e real das comunidades brasileiras e a metodologia de trabalho adequada ao contexto vivido.

Ora, é extremamente difícil conseguir esta adequação quando observamos que a maioria das Universidades ensinam como ensinavam há muitas décadas atrás e ainda mantêm os seus currículos intactos quando da implantação de seus cursos.

Resolvemos enfrentar esse desafio e mudar, construir coletivamente uma organização curricular integrada junto a profissionais com grande conhecimento da ciência e profissão Psicológica como também profissionais de diferentes áreas do conhecimento.

Já na construção coletiva sentíamos que o caminho não teria volta, era tudo o que sempre sonhávamos e criamos uma possibilidade real de conversa entre as disciplinas, entre os conteúdos, os temas, as matérias, os planos de ensino, os docentes, na construção de módulos interdisciplinares.

Todo este processo seguiu os passos de uma metodologia pedagógica calcada no construtivismo e através da dinâmica de brain-storm.

METODOLOGIA

Uma das mudanças prioritárias de um currículo tradicional é a inserção de atividades práticas supervisionadas desde o início do curso seguindo paralelamente de todas as demais atividades da formação até a sua conclusão.

Além dos módulos práticos, que acompanham e dão sustentação aos módulos temáticos, inclui-se também os estágios supervisionados do 2º ao 5º ano do curso ininterruptamente.

Tradicionalmente não se imagina o estudante precocente na prática sem ter assimilado ainda a teoria. Dessa forma em cursos tradicionais o aluno passa 4 anos estudando disciplinas e no 5º ano vai para as práticas de diversos perfis. Ou seja, não consegue estabelecer a relação teoria X prática pois já viu aquele conteúdo em algum lugar não sabe onde e numa carga horária mínima, insuficiente para que aprenda a fazer.



Este novo currículo tem uma preocupação constante em que todas as atividades curriculares promovam a relação entre teoria e prática, bem como todos os eixos comuns são desenvolvidos com base no ciclo vital desde o bebê, criança, adolescente, adulto até o idoso e parte do contexto geral para o específico.

O Programa de Interação Ensino - Serviços – Comunidade (PINESC):

O PINESC é um módulo transversal no curso de Psicologia que percorre o currículo do 1º ao último semestres, inserindo o estudante nas comunidades e nos serviços reais do sistema de saúde de Campo Grande sendo de caráter eminentemente prático.

Nos dois primeiros semestres os estudantes em pequenos grupos, são inseridos nos serviços de equipes de saúde da família (PSF), da Secretaria de Saúde Municipal. Esta inserção é contínua, ou seja, 4 horas/semana durante todo o ano.

A saúde da família, é um cenário muito interessante para o necessário diálogo entre saúde coletiva e clínica e para a própria reinvenção da clínica, no sentido de ampliar a capacidade de intervenção dos profissionais no olhar da integralidade da atenção (FEUERWERKER, 2001).

Consideramos muito salutar trabalhar o currículo com todas as suas interfaces, buscando parcerias, as mais amplas e diversas no sentido de propiciar ao estudante cenários quanto mais instigantes do ponto de vista da aprendizagem. E, dessa forma não permitir um processo de acomodação natural por parte de discentes e docentes.

Nos semestres subseqüentes ou seja do 3º ao 7º, os estudantes continuam a rodiziar em grupos pequenos por serviços psicológicos ou de saúde mental nos quais permanecem em cada um por um semestre juntamente com preceptores psicólogos. Estas unidades possuem serviços de características, estruturas e níveis de atenção diferentes, são elas: Centro de Atenção Psicossocial – CAPS (Adulto e Infantil), Centro de especialidades do município – CEM, Centro de Assistência ao Escolar – CAE, Centro de Doenças Infecto-Parasitárias – CEDIP, Centro de Atendimento à Mulher em situação de violência sexual - CAM, Casa Abrigo à Mulher em situação de violência sexual CUNÃ BARETÊ, Instituto Médico Legal - IML e Serviço de psicologia e psiquiatria da Santa Casa de Campo Grande “Dr. Luiz Salvador de Miranda Sá Jr.

Nos últimos semestres 8º, 9º e 10º os estudantes já bastante seguros do ponto de vista teórico/prático, desenvolvem projetos de atuação psicológica em comunidades adscritas aos PSF em que iniciaram, com supervisão docente, atendendo a coletividade em suas demandas de saúde mental. Os projetos versam sobre atividades educativas e de promoção à saúde mental, atividades de grupo terapia com clientela específica, a exemplo de mães, mulheres, adolescentes, crianças, portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica, desenvolve-se também grupo terapêutico com equipes de PSF e/ou de agentes comunitários de saúde, visitas

domiciliares atuações intersetoriais contra a violência e contra outros problemas relevantes de saúde. Sendo que, esta é uma agenda aberta que, a cada semestre pode ser reformulada dependendo da demanda dos usuários, dos serviços e dos próprios estudantes.

PRODUTOS

Pode-se dizer que a principal caracterização dos currículos inovadores de se tomar a realidade, presente e futura, como eixos articuladores do processo ensino-aprendizagem, da pesquisa e da atenção à saúde, promovendo a formação não somente de profissionais conhecedores da realidade mas sobretudo de cidadãos críticos, cômnicos de sua importância social e mais comprometidos com o gerenciamento dos problemas individuais da saúde de uma pessoa e de toda a coletividade (CAMPOS e KOMATSU, 2001).

Os resultados obtidos até o presente momento são bastante positivos, dos 82 (oitenta e dois) egressos do curso, 37 (trinta e sete) foram aprovados em concurso público para psicólogo da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Sendo que os demais estão inseridos em trabalhos em diversas cidades do interior do Estado e também na capital.

Observa-se ainda que são profissionais maduros, responsáveis, cômnicos de seu dever social e de cidadania, que tem a clareza da necessidade da continuidade dos estudos, bem como da importância do trabalho em equipe multiprofissional.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O aprendizado é bastante enriquecedor, o trabalho em equipe quebra paradigmas e nos faz crescer com as contribuições diversas. Aprendemos com o processo, sempre avaliando e retroalimentando a experiência de forma que busquemos sempre avançar nos resultados esperados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de formação que estamos experienciando é o de que considera-se que a prática profissional competente é resultante da capacidade de mobilizar e combinar, diante de problemas de um campo profissional específico, um conjunto de conhecimentos e saberes construídos pela própria experiência, habilidades e atitudes desenvolvidas na trajetória de vida do estudante. Dessa forma, inclui-se neste processo de ensino aprendizagem, cenários diversificados de forma a promover a contextualização do conhecimento e a aprendizagem significativa e capacidade de lidar com situações complexas e diversas.



PROMOÇÃO DE SAÚDE: CONQUISTANDO NOVOS ESPAÇOS NO PSF

Autor principal: Viviane Milan Pupin

Outros Autores: Cármen Lúcia Cardoso

Instituição: Faculdade de Filosofia; Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP

Município: Batatais

Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

As mudanças que ocorreram na área da saúde nas últimas décadas trazem como convite o fazer juntos, em equipe, através de processos que favoreçam a emergência da saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF) emerge como uma estratégia de mudança do modelo assistencial, visando consolidar as propostas do Sistema Único de Saúde. A proposta do PSF de ser um serviço de proximidade à comunidade, agindo num território específico, voltado à coletividade, intersetorial, integral e que enfatiza a promoção da saúde, tem permitido o estabelecimento de relações de solidariedade e ajuda mútua. Nesse sentido, busca-se relatar uma experiência de promoção de saúde junto a usuários de um Núcleo de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto.

OBJETIVOS

Objetiva-se relatar a experiência da construção de um grupo de dança de salão como uma atividade de promoção de saúde no contexto do PSF.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

O grupo de dança de salão denominado “Alegria de dançar” foi idealizado a partir das necessidades da comunidade inserida na área de abrangência do Programa de Saúde da Família. Identificou-se a predominância de pessoas idosas, que, na sua maioria, moravam sozinhas e mantinham poucos relacionamentos interpessoais. A principal queixa desses idosos era de solidão e de abandono por parte de familiares e amigos, além de apontarem a necessidade e o desejo de estabelecer novos vínculos. Por sugestão de uma moradora, decidiu-se organizar um grupo de dança de salão.

Para a realização do grupo de dança, mobilizou-se a própria comunidade, incluindo as agentes comunitárias, na busca por recursos da mesma para montar o referido grupo. O professor de dança residia na área de abrangência e participou como voluntário.

Os objetivos do grupo de dança eram: construir um espaço favorecedor de vínculos afetivos entre os participantes do grupo e a longo prazo a formação de uma rede de suporte social, tendo em vista serem moradores de uma mesma comunidade; facilitar uma maior interação entre a instituição de saúde e a comunidade, aproximando a comunidade das práticas de saúde e a equipe do “universo comunitário”, rompendo com o discurso do distanciamento entre essas instâncias; aprendizagem da dança concebida como um meio para se conquistar bem-estar e qualidade de vida; participação ativa e criativa no grupo visando gerar autonomia; espaço para reflexões de temas referentes à promoção de saúde e aos novos paradigmas, problematizando o modelo assistencialista / paternalista em saúde, centrado na doença.

O grupo era dividido em três momentos, a saber: um momento de discussões de aspectos gerais da saúde, vida e cidadania, onde todos os participantes construíram ativamente este momento, trazendo contribuições como textos, poesias e sugestões para os próximos encontros. Em seguida, realizava-se a aula de dança de salão, onde o professor ensinava os passos de diversos ritmos e no final havia o momento de confraternização.

Este grupo foi coordenado por duas agentes comunitárias e dois estagiários de Psicologia, configurando-se como um grupo aberto, realizado semanalmente, com duração de duas horas, num espaço dentro do próprio bairro, cedido pelos seus representantes. O grupo contou com a participação média de vinte pessoas, constituindo-se basicamente de pessoas da terceira idade, com uma leve predominância de mulheres, o que não exclui a presença de outros integrantes como, por exemplo, crianças, netos ou filhos dos participantes, que os acompanharam no início do grupo e acabaram por participar ativamente do mesmo.

RESULTADOS

Através da análise das avaliações realizadas semestralmente do grupo, pôde perceber que o grupo constitui-se enquanto espaço:

- para desenvolvimento de relações interpessoais: “... grupo de dança pra mim está sendo uma nova família que eu estou conhecendo...” (Participante 2 – P2).



- propiciador de mudanças em relação à comunicação entre os participantes e a equipe de saúde: “Em minha vida, a comunicação com as pessoas ficou bem melhor, com as enfermeiras, com o professor...”(Participante 1 – P1)

- para aprendizagem de dança de salão: “estou aprendendo a dança...” (P3); “...melhorar minha dança, principalmente o forró...” (P4).

- de distração e lazer: “quando estou no grupo de dança sinto-me muito bem, me distraio, areja a cabeça, esqueço das preocupações” (P5).

- de conquistas em relação à saúde: “para mim está sendo uma terapia principalmente bom a saúde. Me sinto uma outra pessoa com as novas amizades que eu estou fazendo”(P6); “Eu percebo que estou mais animada e minhas pernas estão mais desembaraçadas” (P7);

- aquisição de autonomia pelos participantes, uma vez que os mesmos começaram a se reunir para irem a bailes e eventos musicais da cidade.

- de favorecimento de uma participação mais assídua dos integrantes do grupo em fóruns de decisões políticas, como a Comissão Local de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizamos trazendo para o diálogo o relato de uma participante do grupo “Alegria de dançar”, que expressa o sentido que essa atividade, voltada para a produção do cuidado e da saúde, para o acolhimento, para a solidariedade.

“(...) encontrar alegria, amizade, conforto espiritual, apoio nessa idade que ninguém mais quer sequer olhar para você, (...) você terá alguém para ouvi-lo e se importar com problemas que antes eram só seus. Além de tudo isso, você terá a oportunidade de aprender a dançar, a conviver e se relacionar com pessoas diferentes e ao mesmo tempo especiais como você” .



SERVIÇO DE HOMEOPATIA DE JUIZ DE FORA: UMA EXPERIÊNCIA DE CONSTRUÇÃO COLETIVA:

Autor principal: Walcymar Leonel Estrêla

Instituição: Departamento de Terapêuticas Não Convencionais do SUS de Juiz de Fora (DTNC/SUS)

Município: Juiz de Fora

Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO

Serviço de homeopatia foi criado em dezembro de 1994 em consequência a uma demanda da Secretaria Municipal de Saúde junto ao Departamento de Homeopatia da Sociedade de Medicina e Cirurgia da cidade onde se desenvolve a experiência, a fim de se criar no SUS um serviço de atendimento homeopático. A iniciativa teve como principal importância possibilitar o acesso ao usuário para uma modalidade de atenção ao qual tinha direito já que se tratava de especialidade médica e que corroborava para a integralidade da atenção tendo em vista a natureza integral da abordagem homeopática (Machado, Pinheiro e Guizardi, 2004).

OBJETIVOS

Fornecer produto que atendesse às necessidades da integralidade da atenção, dentro de um desenho profissional multidisciplinar, incluindo a voz do usuário para a construção e reconstrução do processo sempre que necessário, com a finalidade de oferecer um serviço homeopático público completo e de qualidade para a população.

COMO SE DEU A EXPERIÊNCIA

Na fase de implantação, dois eixos foram criados como espinha dorsal do projeto que seriam posteriormente seus eixos estratégicos: a) a concepção de um serviço multidisciplinar e b) montagem de farmácia de manipulação

homeopática própria. Desde o início, a construção desta experiência ocorreu de forma colegiada, ou seja, a partir de ampla discussão com os atores envolvidos direta ou indiretamente com o processo. Simultaneamente à montagem, um protocolo de rotinas multidisciplinar também construído coletivamente foi criado para respaldar a condição de um serviço e dar uma certa homogeneidade ao conjunto. Este protocolo previa a ação das mais variadas categorias profissionais atuantes no serviço (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e assistente

social). Foi aprovado em assembléia por ocasião de um evento local e era referendado a cada ano com as respectivas mudanças no seminário interno do departamento. O grupo se reunia mensalmente para a discussão dos problemas quer administrativos, quer técnicos, e para a execução das atividades do programa 5S aqui rebatizado de D'OLHO. Neste programa, as atividades eram distribuídas após um momento inicial de sensibilização e de orientação. Duas auditorias anuais compunham a atividade de avaliação e uma equipe do laboratório de manipulação auditava o ambulatório e vice-versa. Durante o período de atendimento, uma associação de usuários foi se formando, inicialmente em caráter informal. Durante as crises pelas quais o serviço passou seja por conta das transições políticas que ameaçam os programas em sua

Serviço de Homeopatia do SUS de Juiz de Fora: uma experiência de construção coletiva
Walcymar Leonel Estrêla

Introdução:
O Serviço de Homeopatia do SUS de Juiz de Fora foi criado em Dez/94, possibilitando ao usuário o acesso a uma modalidade de atenção ao qual constitucionalmente tinha direito, por se tratar de uma especialidade médica reconhecida.

Objetivos:

- Fornecer produto que atenda às necessidades da integralidade da atenção;
- Organização de atenção com desenho profissional multidisciplinar;
- Inclusão da voz do usuário na construção e reconstrução dos processos.

Como se deu a experiência:

A) Implantação do Serviço: eixos estratégicos.

A.1) Concepção multidisciplinar e centralizada do Serviço;

A.2) Montagem de Farmácia de manipulação homeopática própria.

B) Construção desta experiência de forma colegiada a partir de ampla discussão com os atores envolvidos direta ou indiretamente com o processo (gestores, profissionais e usuários), visando a elaboração dos instrumentos de gestão:

B.1) Protocolo de Rotinas multidisciplinar;

B.2) Reunião administrativa mensal de todo o grupo;

B.3) Programa de qualidade D'OLHO com duas auditorias internas anuais.

C) Formação da Associação de Usuários.

C.1) Em defesa do serviço;

C.2) Mobilizam a sociedade a agregar apoio político;

C.3) Auxiliam na condução dos trabalhos.

Aprendizado:

A) Fatores facilitadores:
Desenho centralizado inicial (maior proximidade física das unidades com pouca descontinuidade da prestação dos serviços);
Interesse dos funcionários, responsabilização e envolvimento com o desenvolvimento das ações;
Total integração das diversas ações do programa;
Forte presença dos usuários.
Oportunidade interna:
Adesão de representantes do serviço;
Participação nos eventos promovidos.

B) Principais dificuldades:
Assistência de qualidade pública para o usuário;
Falta de apoio dos gestores municipais;
Condições precárias de atendimento de nível técnico;
Levantar e desmobilização da equipe.

Conclusão:

- Programa teve baixo custo;
- Alto índice de aprovação pelo usuário;
- Bons indicadores de resultado;
- Resgate da relação profissional-paciente;
- O resultado é um paciente satisfeito com os serviços prestados e com o resultado obtido, sentindo-se CUIDADO e levando-o a um processo de autonomia propiciado pela integralidade da atenção recebida.

continuidade, seja por questões outras na SMS, a participação ativa dos usuários em defesa do serviço foram decisivas nas tomadas de decisão. Essas associações têm forte poder mobilizador na sociedade,



agregam apoio político e auxiliam na condução dos trabalhos(Estrela,2002).

APRENDIZADO: FATORES FACILITADORES

O fato do serviço apresentar um desenho centralizado no início de suas atividades, muito facilitou a ação conjunta dos envolvidos. A proximidade física dos envolvidos em muito facilitou as ações desenvolvidas e o entrosamento da equipe, com pouca descontinuidade dos serviços prestados aos usuários. Outro ponto positivo foi o interesse dos funcionários no desenvolvimento do programa, a responsabilidade e envolvimento com o qual desenvolveram suas ações. Além disso, a atuação integrada das ações do programa (por exemplo, o desenvolvimento das atividades da farmácia em função da demanda do ambulatório), promoveu uma maior consistência ao programa. Por fim, foi fundamental a participação dos usuários, seja de forma mais organizada, seja de forma individual por meio da ouvidoria interna que se estabeleceu no programa (para recebimento de queixas e sugestões) ou na aderência às campanhas de cooperação que foram desenvolvidas (por exemplo, a campanha de reaproveitamento dos frascos de medicação através da devolução dos mesmos) e nos eventos promovidos pelo departamento.

AS PRINCIPAIS DIFICULDADES

Foram relacionadas à falta de apoio dos gestores municipais quando melhorias e investimentos se faziam necessários frente ao trabalho que a equipe e usuários vinham desenvolvendo. Este fator era sempre motivo de desmotivação e desmobilização dos atores envolvidos. Outro problema enfrentado foi a constante mudança da equipe de nível técnico. Este trabalho requer maciço investimento na força de trabalho seja em qualificação, seja em construção de espírito de equipe, e a constante modificação na mesma, levava a grandes dificuldades e retrocessos no programa.

À GUIA DE CONCLUSÃO

É importante ressaltar o baixo custo do programa, os índices de aprovação e os de resultado junto aos usuários. Estas afirmativas podem ser melhor compreendidas ao se analisar os três trabalhos de avaliação e monitoramento do serviço que foram realizados ao longo da existência do programa (Estrela e Torres, 1997; Estrela, 2002; Estrela e Santos 2005). O resgate da relação profissional-paciente já tão esgarçada no serviço público é outra contribuição que o programa trouxe, especialmente para o farmacêutico. O resultado é um paciente satisfeito com os serviços prestados e com o resultado do tratamento sentindo-se cuidado e levando-o a um processo de autonomia propiciado pela integralidade da atenção recebida (Estrela,2006).

BIBLIOGRAFIA

ESTRELA, W.L. Trajetória da Homeopatia no SUS de Juiz de Fora. In SINAPIH E ENCONTRO INTERNACIONAL DE PESQUISA, 7, 2002, Rio de Janeiro. Trabalho apresentado em forma de mesa redonda: O Impacto dos Programas de Homeopatia em Serviços Públicos de Saúde *Anais...* Rio de Janeiro, 2002. ----- *Integralidade no Cuidado nas Medicinas Naturais: a resposta dos usuários ao medicamento homeopático*. Rio de Janeiro, 2006. 123f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva área de concentração Política, Planejamento e Administração em Saúde). Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. ESTRELA, W.L.; SANTOS, F.E.F. Avaliação do Serviço de Homeopatia do Departamento de Terapêuticas não Convencionais do SUS de Juiz de Fora – período 2000-2003. In CONGRESSO BRASILEIRO DE HOMEOPATIA, 27, 2004, Brasília.

Anais. Brasília, 2004. ESTRELA, W.L.; TORRES, C.H.D. Avaliação do 1º. Ano do Serviço de Homeopatia do SUS de Juiz de Fora. In SINAPIH E ENCONTRO INTERNACIONAL DE PESQUISA, 6, 1997, São Paulo. *Anais...* São Paulo, 1997. MACHADO, F.R.S.; PINHEIRO, R.; GUIZARD, F.L. As Novas Formas de Cuidado Integral nos Espaços Públicos de Saúde. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). *Cuidado: as Fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec,, 2004.



PARTO HUMANIZADO: UM NOVO CAMINHO PARA O PFS MORRO DA CRUZ

Autor principal: Walquiria Terezinha Rodrigues Veloso

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

A Regional de Saúde de São Sebastião, DF, possui em sua estrutura a “Casa de Parto Humanizado”, que atende de maneira diferenciada gestantes em seu trabalho de parto. É priorizada a participação de um familiar durante o parto e pós-parto, com o apoio, referencia e o cuidado deste familiar, assim como de toda a equipe multiprofissional que atua na Sala de Parto. Sabendo da importância de todo este trabalho, a equipe do PFS Rural Morro da Cruz resolveu que todas as gestantes em acompanhamento teriam seus bebês com dignidade e qualidade na Casa de Parto em companhia do pai do bebê ou de um familiar. O instrumento utilizado para a sensibilização das gestantes/família são reuniões mensais de pré-natal, em nº de 4, seguindo um protocolo/planejamento para sua realização, abordando: a importância do pré-natal, cuidados com RN, trabalho de parto e puerpério e visitação à Casa de Parto. Encontros estes desenvolvidos por uma equipe multiprofissional, fazendo com que todos tornem-se muitos próximos, sensibilizados, sempre num clima harmonioso. Observamos que a família interage com a equipe, vive da melhor maneira os momentos, trocando experiências e sentimentos, proporcionando segurança à gestante e mais atenção ao RN. Através do trabalho de despertar para o parto humanizado, conseguimos melhorar o vínculo mãe-filho-pai, resgatar sentimentos do cuidar, da atenção, da valorização da vida humana, do pai que ajuda a parir e não sente-se excluído no processo do nascimento, e pensamos estar colaborando, à longo prazo, na diminuição da violência doméstica e

de casos de abandono, além de ser um trabalho prazeroso e gratificante para a equipe.

JUSTIFICATIVA

A Regional de Saúde de São Sebastião diferencia-se por ter em sua estrutura a “Casa de Parto Humanizado”, que possibilita à família acompanhar a gestante em seu trabalho de parto, seja Sala de Parto auxiliando nos exercícios, no apoio psicológico, nas orientações de enfermagem, no parto em si. Acompanha o pós-parto imediato, as primeiras horas de vida do RN e também nos cuidados à puérpera e seu RN no Alojamento Conjunto, até o momento de sua alta hospitalar, apoiando o binômio em todos os sentidos.

Diante dessa abordagem, a equipe do PFS Rural Morro da Cruz resolveu canalizar a este importante serviço as gestantes assistidas pela Equipe nas consultas e em reuniões de pré-natal, sensibilizando-as a terem seus bebês na Casa de Parto, em companhia de um membro da família.

OBJETIVOS

Oferecer à gestante um parto humanizado, com qualidade e dignidade, valorizando seus desejos, seu momento como mãe e mulher;

incentivar o aleitamento materno precoce, inserir o pai no processo do nascimento de seu filho e diminuir a depressão pós-parto.





METODOLOGIA

Acompanhar um grupo de vinte gestantes/encontro, que estejam realizando as consultas de pré-natal na Equipe, ou acompanhadas nas visitas domiciliares pelo ACS.

São realizados quatro encontros mensais; no 1º encontro é visto a importância do pré-natal: como acontece a gravidez, a aceitação, consultas, exames, mudanças, doenças, etc.; no 2º encontro aborda-se tudo sobre o recém-nascido: um novo ser no lar, aleitamento materno, consultas, cuidados, Shantala, higiene, doenças, direitos, etc.; no 3º momento o tema é trabalho de parto e puerpério: o que é o parto, sua fisiologia, sinais, intercorrências, quando ir à Casa de Parto, exercícios de balanço pélvico, massagens, relaxamentos, etc.; sobre puerpério: o sangramento, a contracepção, a consulta médica, a amamentação, etc.; nesse encontro incentiva-se a participação do pai/acompanhante para familiarizar-se com a dinâmica do trabalho de parto, também realizamos uma confraternização com distribuição de brindes e abre-se um momento de tirar dúvidas/trocar experiências; encerramos os encontros com o 4º momento que é de visita à Casa de Parto, onde os participantes conhecem o local, familiarizam-se com a equipe, com os equipamentos, salas, etc.

Os profissionais envolvidos nas reuniões são: ACS, Aux. Enfermagem, Enfermeiro, Médico, Assistente Social e Fisioterapeuta.

A mãe, o pai e o RN são acompanhados pela equipe após o parto, em visitas domiciliares e são coletadas opiniões de como foi a experiência do parto humanizado.

RESULTADOS

O grupo familiar é muito participativo, envolve-se nas dinâmicas realizadas, dá opiniões, há troca de experiências, são expressados sentimentos de ansiedade, desejos, alegrias e tristezas; a futura mamãe sente-se segura, valorizada, cuidada, amada; ela torna-se conhecedora do processo gravidez-parto-RN e consegue tomar decisões mais conscientes e cria-se um vínculo muito agradável entre a equipe e a família.

CONCLUSÕES

Observamos que através do processo de inserção da gestante e do pai/familiar ao trabalho de parto humanizado conseguimos melhorar o vínculo mãe-filho, despertar para o sentimento de cuidar, da valorização da vida e do ser humano, da importância do ser mãe-mulher; despertamos no pai o sentimento de quem ajuda a parir, momento para expressar seu amor e seu carinho àquele ser desprotegido, indefeso e que quer ser amado e que precisa de sua atenção.

Pensamos também, a longo prazo, estarmos colaborando na a diminuição da violência doméstica e dos casos de abandono.



AVALIAÇÃO DA GESTÃO PARTICIPATIVA: "O VALOR DO CONVIVER E DO FAZER ACONTECER NO CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE MARCOLINO CANDAU"

Autor principal: Wanilsa Motta de Oliveira
Outros Autores: Ana Longo e Carla Cazelli
Instituição: CMS Marcolino Candau / SMS RJ
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

Hoje, na era da informação e do conhecimento, a otimização de uma instituição se revela no potencial criativo com o qual abordam seus problemas. É preciso buscar inovações, incentivar talentos, para que todas as energias possam ser usadas com sabedoria e possibilite ser frutífera e enriquecedora a ação produzida.

A partir de janeiro de 2002, com as experiências vivenciadas pela equipe de chefias do Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau, III Região Administrativa., na Área Programática I.0, da Cidade do Rio de Janeiro, iniciou-se um processo de integrar a prática à garantia da qualidade do atendimento prestado. O conteúdo que se segue aponta para uma Gestão Participativa, onde a integralidade das ações nascem comprometidas com o diálogo, propondo um espaço plural que assegure a comunicação e o direito de ser tratado com respeito e dignidade. O CMS Marcolino Candau que funciona em regime de co-gestão com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, desenvolve ações de ensino, pesquisa e assistência, tendo como filosofia gerencial empregada, uma cultura organizacional flexível enfocada na necessidade dos usuários e no resgate da própria dignidade do servidor como pessoa humana, potencializando a sinergia existente entre aumento da lealdade, nível de satisfação e compromisso com o fazer acontecer. Essa visão que valoriza o humano e a dimensão subjetiva das pessoas é o ponto de maior relevância desta gestão de gestão, cujo modelo produtor do cuidado, centrado no usuário e suas necessidades, opera definido por um processo enquanto construtor do devir. Ao propormos trabalhar no dia-a-dia com a "inter-ação" e consideramos o desejo, a pulsão, o afeto, o imaginário e o simbólico como componentes da dimensão humana no processo organizacional.

OBJETIVO

Avaliar a estratégia de democratização e de facilitação da adesão dos trabalhadores ao processo de construção coletiva da Gestão Participativa..

METODOLOGIA

Utilizamos a pesquisa-ação para analisarmos o processo de gestão de qualidade da Unidade de Saúde. A pesquisa foi realizada com a utilização de um questionário semi-estruturado, auto aplicável, sem identificação, encaminhado por uma estagiária curricular do serviço social da UFRJ, a todos os funcionários lotados na unidade, o qual foi respondido por 73 profissionais (64% dos lotados na US). Os conteúdos abertos foram trabalhados por categoria e posteriormente analisados como respostas fechadas junto com as demais, utilizando para tal o banco de dados EPI INFO 2002.

The image shows the cover and several pages of a report. The cover features the title 'AVALIAÇÃO DA GESTÃO PARTICIPATIVA: "O VALOR DO CONVIVER E DO FAZER ACONTECER NO CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE MARCOLINO CANDAU"' and the authors' names: Wanilsa Motta de Oliveira, Ana Longo, and Carla Cazelli. It also includes the logo of the Prefeitura Saúde. The report content includes sections for Introduction, Methodology, Results, and Considerations. The text discusses the participatory management process at the Marcolino Candau Health Center, highlighting the importance of human dimensions and the role of the organization in providing quality care. It mentions that the study was conducted using a semi-structured questionnaire and that the results were analyzed using EPI INFO 2002 software.



RESULTADOS

Dos profissionais que responderam à pesquisa (65,8%) tinham escolaridade de nível superior e pertenciam ao sexo feminino. A faixa etária dos funcionários que responderam à pesquisa era predominantemente entre 40 e 59 anos (66,7%), seguida pela faixa etária entre 30 e 39 anos (20,8%). 63,01% responderam sim a adequação do trabalho realizado aos desejos e expectativas. A maioria daqueles que responderam que tiveram acesso à cursos de qualificação (38,6%), não responderam em relação à variável de motivação pessoal, enquanto 36,8% afirmaram ter uma motivação positiva no trabalho e 24,6% afirmou ter uma motivação negativa em relação ao mesmo. A participação em cursos também não alterou a opinião sobre o papel do diretor, com 75,3% apontando para liderança participativa e flexível. Da mesma forma que a realização de cursos, 76,4% considerou a gestão atual satisfatória e excelente, apontaram a liderança participativa e flexível como o melhor papel do Diretor de Unidade de Saúde. A maior parte dos profissionais 75,34%, afirmou considerar que o gestor deve valorizar na sua atuação os processos e a estrutura do trabalho desenvolvido na unidade e 90,9% dos que desejavam um gestor participativo e flexível, valorizaram o trabalho voltado para estrutura e processo. Em relação ao atendimento das demandas por parte da direção, os maiores percentuais (39,7% e 35,6%) afirmaram que suas demandas eram atendidas sempre ou quase sempre, independentes da avaliação que fizeram da gestão. 75,3% dos profissionais que apontaram ter a razão da procura atendida sempre e quase sempre, também afirmaram ser fácil o acesso à direção. No geral, 61,6% perceberam iniciativas para solucionar problemas por parte da Direção, demonstrando que as iniciativas de mudanças e as melhorias de organização do processo de trabalho estão sendo alcançadas pela Gestão Participativa. Superar barreiras e melhorar a qualidade de serviço, criar ambiente cooperativo, e promover comunicação, foram as opções mais apontadas (87,16%) pelos profissionais no que tange ao comprometimento da Direção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação continuada, grande pilar da proposta de gestão, não se destacou como uma demanda considerada fundamental para a satisfação dos funcionários. Entretanto, essa satisfação se mostrou intimamente ligada com uma escuta aguçada e o ouvir da direção, no que tange o atendimento das demandas de serviço. A concepção do funcionário a respeito dos valores e princípios que devem embasar a atuação de um diretor se refletiu numa avaliação positiva do modelo de gestão implantado, mostrando que o saber “ouvir” por parte da direção.

Outro ponto que ficou claro foi o reconhecimento das melhorias na unidade, tendo como referência a gestão atual. Uma direção não deve existir para controlar. O melhor controle é aquele que resulta da co-responsabilidade. O trabalho deve ser em equipe, participativo, compartilhado e comprometido com a população e com os princípios baseados na equidade e justiça.



NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DE ALAGOINHAS - BA: UMA PROPOSTA DE CONSTRUÇÃO DE SUJEITOS E COLETIVOS PARA A GESTÃO DO CUIDADO

Autor principal: Washington Luiz Abreu de Jesus

Outros Autores: Marisa Leal Correia Melo; Emanuela Cardoso Silva ; Maria Aparecida Silva Rodrigues; Willian Jackson Abreu de Jesus; Maria de Fátima Amaral de Araújo.

Instituição: Prefeitura Municipal de Alagoinhas

Município: Alagoinhas

Estado: Bahia

RESUMO

A Secretaria de Saúde do município de Alagoinhas – Bahia assume a responsabilidade e o compromisso com a capacitação dos trabalhadores do setor, ao criar o “Núcleo de Educação Permanente em Saúde” (NEPS), que adota os princípios e as diretrizes do SUS, a educação permanente em saúde (EPS) como concepção pedagógica e o modelo de (co) gestão coletiva (CAMPOS, 2000). Trata-se de uma das estratégias do Sistema Único de Saúde, que propõe a integração entre ensino e serviço, entre formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social, constitui-se em um desafio para os atores e autores sociais da saúde e os coloca em rodas de co-gestão, espaços de diálogo, de negociações e de articulações (Rodas para a educação permanente em saúde).

Enquanto instância gestora da capacitação em saúde em seu espaço localregional, o NEPS assume o papel de espaço pedagógico e construtor de consciência sanitária, contribuindo para que os trabalhadores de saúde possam edificar competências nas dimensões técnicas, gerenciais, comunicativas, éticas e sociopolíticas, que os torne capazes de participar do processo histórico de implementação de novas práticas sanitárias no município de Alagoinhas.

O NEPS tem como objetivos capacitar os gestores, trabalhadores e conselheiros de saúde para o desenvolvimento de saberes e práticas articuladas as concepções que orientam a educação permanente em saúde; implementar práticas em saúde em consonância com os princípios e diretrizes que norteiam a educação permanente, enquanto estratégia de fortalecimento do SUS; e, contribuir para o redimensionamento do fazer cotidiano na produção das ações em saúde, em nível individual e coletivo, na rede de serviços de saúde com vistas à gestão do cuidado.

São princípios orientadores do NEPS o estabelecimento de um espaço de articulação intra e inter-institucional para a formulação das políticas de educação permanente para os trabalhadores de saúde vinculados administrativamente à Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas; de referencia aos municípios da microrregião ao qual se vincula, à Diretoria Regional de Saúde, aos serviços de saúde

contratados e conveniados ao SUS e às instituições formadoras para propor, receber e implementar ações de educação permanente em saúde; de articulação com a rede de Pólos de Educação Permanente em Saúde da Bahia e suas instâncias localregionais, para estabelecer parcerias relacionadas à educação permanente para o SUS; de adoção, em consonância com a política nacional de capacitação para os trabalhadores da saúde, a educação permanente como concepção pedagógica e o modelo de gestão participativa.

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde está vinculado diretamente ao Gabinete do Secretário Municipal de Saúde, com interface com todas as diretorias da secretaria, e vinculação direta com o Conselho Municipal de Saúde, instância deliberativa sobre a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde.

As deliberações do NEPS serão feitas por um colegiado gestor, nomeado pelo secretário de saúde. Comporão o colegiado gestor representantes da secretaria municipal de saúde, dos trabalhadores de saúde, do conselho municipal de saúde, dos movimentos estudantis, da sociedade civil organizada, dos movimentos populares. Todas as instituições deverão ser de reconhecimento e notoriedade no município com atuação comprovada a mais de cinco anos.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde; Articulação com movimentos populares; gestão do trabalho; instâncias colegiadas de gestão.

ANEXO I





Figura 01: Organograma institucional de constituição do NEPS

ANEXO II

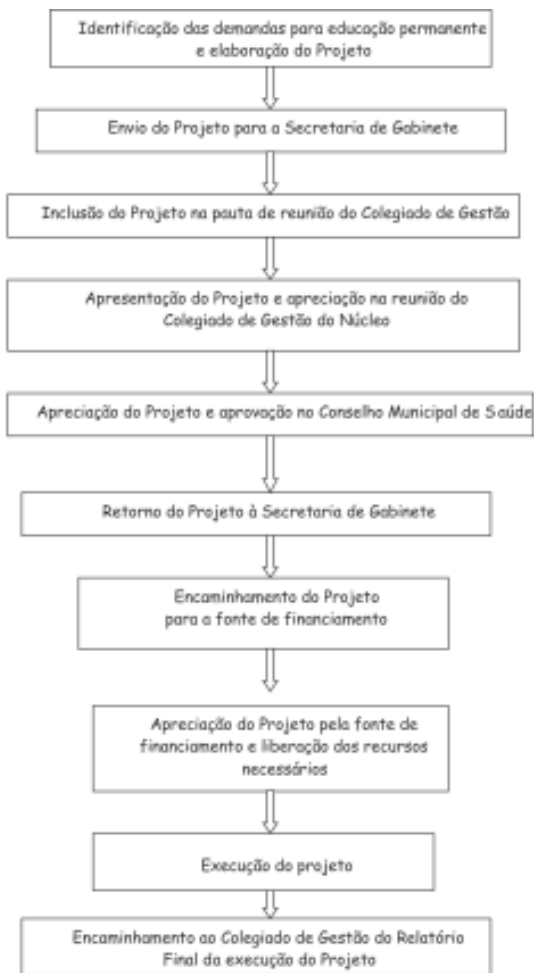


Figura 02: Fluxograma de projetos do NEPS

PROJETO DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE EDUCACIONAL

Autor principal: Zelia Domitília de Andrade

Outros Autores: Adalene Paixão Muhl Batista; Marcelo Mendes Cardoso; Genilda de Oliveira Alemida Duarte; Norma Calixto Lima

Instituição: Fundação Zerbini

Município: Brasília

Estado: Distrito Federal

A equipe de Saúde Rural de Currálinho, Distrito Federal, presta atendimento em saúde à comunidade denominada Currálinho pelo Programa Família Saudável, desenvolvido pela Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal, em parceria com a Fundação Zerbini. Esse programa visa promover a saúde, prevenir doenças e prestar assistência, bem como valorizar a integração da comunidade, das famílias e da população.

As metas do programa são bem definidas e revolucionárias, o que o torna diferente de outros oferecidos à população em outras épocas, cuja atuação era restrita ao atendimento hospitalar ou paliativo farmacológico, em que a prevenção era apenas teoria discutida nos consultórios médicos e após a instalação de doenças que já haviam se manifestado.

Compartilhando com o objetivo do Programa Família Saudável, e considerando que as doenças e suas conseqüências devem ser combatidas antes que surjam, a equipe de Saúde de Currálinho observou, entre outros problemas, os altos índices de adolescentes da comunidade local desprovidos de princípios básicos de higiene e de autocuidado. Esses fatores relacionados à falta de conhecimento, causam desequilíbrio familiar e abortamento de projetos e sonhos. Devido o envolvimento cada vez mais precoce com a atividade sexual, as meninas engravidam cada vez mais cedo, produzindo gravidez de alto risco, partos prematuros, recém-nascidos de baixo peso, ficando expostas à contração de doenças sexualmente transmissíveis e contribuindo com a evasão escolar. (vide anexo).

Motivada por essa problemática, e em razão da dificuldade de reunir a população pertencente às faixas etárias dos 07 aos 18 anos, num total de 157 alunos, a equipe de Currálinho propôs uma parceria com as Unidades de Ensino de Currálinho e Bucanhão para desenvolverem em conjunto um projeto de saúde educacional, com o objetivo de alcançar o maior número possível desses adolescentes. A parceria teve início em maio de 2005.

A metodologia posta em prática para desenvolvimento do projeto é a realização de dinâmicas e oficinas, bem como ministração de palestras educativas sobre higiene, educação sexual, métodos contraceptivos, sexualidade e adolescência, previamente agendadas.

Dessa forma, os resultados preliminares demonstram que o número de adolescentes grávidas reduziu de 5 (cinco), no ano de 2005, para nenhum caso registrado, nos três primeiros meses deste ano. Percebe-se que em pouco tempo a

educação sexual deixou de ser tabu: o tema é discutido em salas de aula, ganha o caráter extraclasse, e os resultados dos trabalhos e tarefas escolares são expostos nos murais da escola.

Assim, verifica-se a relevância e abrangência social deste projeto que transforma as pessoas de simples usuárias, que apenas assumem o papel de indivíduos passivos, em sujeitos produtores de ações, co-participantes nas atividades e





eventos que promovem a prevenção da saúde, ajudando a construir a assistência que recebem. Neste sentido, verifica-se também a viabilidade econômica do projeto, uma vez que ações dessa natureza contribuem para o desafogamento das enfermarias, diminuindo o número de atendimentos hospitalares.

Os resultados obtidos são animadores e nos deixam esperançosos em relação aos demais problemas que acontecem na comunidade. Com a implantação de um projeto mais abrangente de assistência em saúde educacional, pode-se criar soluções menos dispendiosas e mais produtivas no enfrentamento dos problemas, além de proporcionar um atendimento mais humano aos usuários do sistema de saúde.





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 ELEUTÉRIO 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 Lelis 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
Célcia 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

