



SÉRIE
EXTENSÃO
33

da iniciativa
privada refletem,
novamente, uma postura
ideológica que qual
e fundamenta o tipo
de democracia e de
cidadania defendidos,

PET – Saúde UFPE: extensão, pesquisa e ensino



uma sociedade indivi
alista, onde os inte
de alguns se sobrepo
aos da maioria,
investe-se nos direi
civis e políticos. Se
costruir é uma soc

Organizador:
Hilton Justino da Silva

Editora
Universitária  UFPE

PET-Saúde UFPE

Extensão, pesquisa e ensino

Hilton Justino da Silva
(Org.)

Hilton Justino da Silva
(Org.)

PET-Saúde UFPE
Extensão, pesquisa e ensino

Editora
Universitária  UFPE

Recife, 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Reitor: Prof. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

Vice-Reitor: Prof. Sílvio Romero Marques

Diretora da Editora: Profa. Maria José de Matos Luna

COMISSÃO EDITORIAL

Presidente: Profa. Maria José de Matos Luna

Titulares: Ana Maria de Barros, Alberto Galvão de Moura Filho, Alice Mirian Happ Botler, Antonio Motta, Helena Lúcia Augusto Chaves, Liana Cristina da Costa Cirne Lins, Ricardo Bastos Cavalcante Prudêncio, Rogélia Herculano Pinto, Rogério Luiz Covalveski, Sônia Souza Melo Cavalcanti de Albuquerque, Vera Lúcia Menezes Lima. **Suplentes:** Alessandro da Silva, Arnaldo Manoel Pereira Carneiro, Edigleide Maria Figueiroa Barretto, Eduardo Antônio Guimarães Tavares, Ester Calland de Souza Rosa, Geraldo Antônio Simões Galindo, Maria do Carmo de Barros Pimentel, Marlos de Barros Pessoa, Raul da Mota Silveira Neto, Silvia Helena Lima Schwamborn, Suzana Cavani Rosas.

Editores Executivos: Afonso Henrique Sobreira de Oliveira e Suzana Cavani Rosas

CONSELHO CIENTÍFICO

Albanita Gomes da Costa de Ceballos - Medicina Social - CCS, Allene Carvalho Lage - Núcleo de Formação Docente - CAA, Ana Emília Gonçalves de Castro - Design - CAC, Ana Lúcia Fontes S. Vasconcelos - Ciências Contábeis - CCSA, Antônio Carlos Gomes do Espírito Santos - Medicina Social - CCS, Aurino Lima Ferreira - DPOE - CE, Djanyse Barros Mendonça Villarrol - PROEXT, Edístia Maria Abath Pereira de Oliveira - Serviço Social - CCSA, Eliete Santiago - Departamento de Administração Escolar - CE, Heloisa Maria Mendonça de Moraes - Medicina Social - CCS, José Luís Portugal - Engenharia Cartográfica - CTG, José Zanon de Oliveira Passavante - Oceanografia - CTG, Jowânia Rosas - Coordenação de Gestão da Produção Multimídia e Audiovisual - PROEXT, Jerônimo José Libonatti - Departamento de Ciências Econômicas - CCSA, Lucila Ester Prado Borges - Engenharia Química - CTG, Luís De La Mora - Arquitetura - CAC, Marco Antônio Mondaini de Souza - Serviço Social - CCSA, Maria Christina de Medeiros Nunes - Diretoria de Extensão Acadêmica - PROEXT, Maria de Fátima Galdino da Silveira - Departamento de Anatomia - CCB, Maria de los Angeles Perez Fernandez Palha - Engenharia Química - CCEN, Maria do Socorro de Abreu e Lima - Departamento de História - CFCH, Mauro Maibrada - Departamento de Música - CAC, Oscar Bandeira Coutinho Neto - Medicina Social - CCS, Sandro Sayão - Filosofia - CFCH, Vanice Santiago Selva - Geografia - CFCH, Wellington Pinheiro dos Santos - Coordenação de Gestão da Informação - PROEXT

CÂMARA DE EXTENSÃO

Edilson Fernandes de Souza - Presidente - Pró-Reitor de Extensão, Aneide Rabelo - CCS, Oliane Magalhães - CCB, Maria José Luna - CAC, Nélio Vieira de Melo - CAA, Osmar Veras - CAA, Rogélia Herculano - CAV, Zailde Carvalho dos Santos - CAV

COMISSÃO ORGANIZADORA

Marcel Scherz - PROEXT, Sandra Chacon - PROEXT, Wellington Pinheiro dos Santos - PROEXT

Catálogo na fonte:

Biblioteca Kalina Ligia França da Silva, CRB4-1408

P477 PET-Saúde UFPE : extensão, pesquisa e ensino / [organizador] Hilton Justino da Silva. - Recife : Ed. Universitária da UFPE, 2013.
xiv, 405 p. - (Série Extensão).

Inclui referências.
ISBN 978-85-415-0365-5 (broch.)

1. Saúde pública - Pernambuco. 2. Serviços de saúde pública. 3. Extensão universitária. I. Silva, Hilton Justino da. (Org.). II. Série.

614 CDD (23.ed.) UFPE (BC2013-117)

Agradecimentos

*À Coordenação Pet-Saúde; Departamento de Gestão da Educação
na Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na
Saúde; Ministério da Saúde*

*À Universidade Federal de Pernambuco – Diretoria do Centros e
Coordenações dos Cursos de Graduação envolvidadas com o
PET-SAÚDE UFPE*

*À Prefeitura da Cidade do Recife, Secretária Municipal de Saúde,
Gestões e Distritos*

A Claudia Freire, nosso grande apoio administrativo

*“A tudo que o PET – SAÚDE UFPE proporcionou:
Uma forma diferente do FAZER EXTENSÃO
Uma maneira extraordinária de fazer pesquisa
Uma fantástica experiência do ensinar e aprender”*

Hilton Justino da Silva

Apresentação

Segundo o Ministério da Saúde o objetivo do O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde é fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o Sistema único de Saúde (SUS), caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do SUS.

O projeto apresentado pela Universidade Federal de Pernambuco -UFPE e Prefeitura da Cidade do Recife - PCR para o Edital PET –Saúde 2009 teve a participação de 09 cursos do Centro de Ciências da Saúde - CCS (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional), 01 curso do Centro de Filosofia e Ciências Humanas CFCH (Psicologia) e 01 curso do Centro de Ciências Sociais e Administrativa – CCSA (Serviço Social). Para este edital foram aprovados 04 grupos PET –Saúde.

No ano seguinte para o Edital PET-Saúde 2010- 2011 foram aprovados 10 grupos com a participação dos 11 cursos

listados acima. A estrutura do PET –Saúde – UFPE hoje conta com 01 coordenador (professor da UFPE) escolhido pelos integrantes do projeto, 10 tutores (professores da UFPE indicados por cada colegiado e coordenação de curso envolvido no projeto); 60 preceptores (Médicos, Cirurgiões Dentistas e Enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde dos Distritos IV e V da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, todos aprovados após seleção pela Diretoria de Gestão de Saúde da PCR); 120 monitores bolsistas e 180 monitores voluntários (alunos dos 11 cursos participantes, aprovados após seleção).

Cada tutor é responsável pelas atividades de 06 preceptores e cada preceptor é responsável pelas atividades de 05 alunos monitores de diferentes cursos nas unidades básicas de saúde. Cada um dos 10 grupos, portanto tem 01 tutor, 06 preceptores e 30 alunos.

Existe representação do tutor, preceptores e monitores de cada grupo no Núcleo de Excelência Clínica –NEC que tem o objetivo de discutir as atividades desenvolvidas no projeto. Além disso, o NEC conta com a participação de representantes do distrito IV e V da Gestão do Trabalho em saúde DGT da PCR. Há participação também de 01 residente da Residência em Medicina da Família e Comunidade da UFPE e 01 residente da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.

No NEC são discutidas todas as ações de EXTENSÃO desenvolvidas no projeto. São avaliados e aprovados os projetos de PESQUISA desenvolvidos no PET-Saúde –UFPE. Também é incentivada a discussão das transformações no ENSINO dos cursos de graduação impulsionadas pela experiência PET –Saúde –UFPE.

Todas as atividades do projeto proporcionaram a elabo-

ração de um material riquíssimo que é apresentado em formato de capítulos, resumos e relatos nesta obra O livro *PET –SAÚDE UFPE -EXTENSÃO, PESQUISA E ENSINO* foi elaborado com o objetivo de apresentar para a sociedade e a academia toda a produção gerada pela as por estas atividades. Na Parte I são apresentadas as experiências de EXTENSÃO desenvolvidas pelos alunos monitores supervisionados pelos preceptores e tutores. Na Parte II são apresentados os resultados das PESQUISAS. Na Parte III foram incluídas as experiências consideradas transformadoras no ENSINO dos diferentes cursos de graduação da UFPE. Existem ainda resumos de pesquisas na PARTE IV e relatos de outras experiências na PARTE V.

Esta é uma forma dos mais de 150 colaboradores desta obra encontraram para dividir e divulgar a fantástica experiência PET- Saúde –UFPE na vida acadêmica, profissional e comunitária de mais de 450 integrantes de nosso projeto.

Boa leitura!!!

Hilton Justino da Silva

Parte I

Extensão: Experiências em atividades na Unidade Básica em Saúde

Experiência enquanto PET na comunidade de Mangueira II no município de Recife – PE (Equipe 6F)

Débora Wanderley Bezerra e SILVA
Iury Cargeone de Arruda SIQUEIRA
Maria Malciana Ferreira FARIAS
Ohane Caroline Pereira Alves da CRUZ
Fabyola Souza Bezerra de LIMA
Leila Bastos LEAL

A Unidade de Saúde da Família de Mangueira II faz parte do Distrito V, e está localizada na Rua Feliciano Castilho, 64, Mangueira. Dispõe de uma estrutura física precária em diversos aspectos, se destacando, é a sala de odontologia, sendo esta bem equipada e organizada.

É composta por 4 equipes com organização conforme descrição abaixo, além de uma Auxiliar de Serviços Gerais (serviço terceirizado) e um gerente administrativo:

1. Duas equipes (A ,B) de Saúde da Família compostas por:

Equipe A: 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica em enfer-

magem, 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS);

Equipe B: 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica em enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde;

2. Uma equipe de Saúde Bucal formada por: 1 dentista, 1 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), 1 Técnico em Higiene Dental (THD).
3. Uma equipe de Saúde Ambiental e Combate às Endemias: 6 Agentes de Saúde Ambiental e Combate às Endemias (ASACE).

A população adscrita a USF Mangueira II apresenta como característica geral ser de baixa renda e de baixa escolaridade. É formada por aproximadamente 2.150 famílias e 7.552 habitantes (cadastradas na USF). Apresenta grupos etários variados, com crianças, jovens, adultos e idosos em números equivalentes. No entanto, no ponto de vista das micro-áreas, existem algumas diferenças. Em algumas, localizadas próximas a unidade de saúde Mangueira II, há preponderância de jovens. Outras, mais distantes, há predomínio de adultos e idosos. Dentre o conjunto de todas as pessoas teoricamente aptas a exercer uma atividade econômica, a maior parte dos moradores da Comunidade Mangueira II compõem de uma população economicamente inativa.

Dentre os maiores problemas encontrados estão na comunidade e USF encontram-se:

- Uso de abusivo de drogas consideradas lícitas como as ilícitas por jovens e adultos;

- Grande número de pessoas em idade ativa que são incapacitadas para o trabalho ou que desistiram de buscar trabalho ou não querem mesmo trabalhar (compondo a população economicamente inativa da área);
- Gravidez precoce e falta de planejamento familiar;
- Falta de planejamento das casas e das ruas, com formação de becos, favorecendo as “bocas de fumo” e acúmulo de lixo;
- Grande número de crianças e jovens fora das escolas, o que favorece a entradas destes no mundo das drogas aumentando ainda mais a criminalidade na região;
- Grande número de usuários por profissional gerando um tempo de espera grande para a marcação de consultas;
- Falta de espaço para a realização adequada de atividades em grupo que visem promoção da saúde, que é uma parte importante da atenção básica e tem como objetivo educar os indivíduos de uma comunidade para que estes tenham melhor qualidade de vida.

E foi justamente em virtude destes problemas, que no grupo 6F do PET, nos incluímos nas atividades desenvolvidas com adolescentes, com os quais são realizadas medidas educativas, através de palestras sobre os temas de sexualidade, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis, nutrição, promoção de saúde bucal, entre outros, além do acompanhamento das atividades semanais de lazer

realizadas na USF com adolescentes e idosos e acompanhamento das atividades dos ACS durante as visitas às casas da comunidade.

Em relação à atuação dos profissionais de saúde da USF, observamos que: São muito dedicados e se empenham para desenvolver suas funções da melhor forma, utilizando, muitas vezes, do improvisado, devido à ausência de materiais disponíveis e das dificuldades existentes; Envolvem-se e buscam conhecer os problemas da comunidade, realizam a visita domiciliar, realizam reuniões semanais para discutir a situação da população e preparação de relatórios; Atuam em conjunto e são muito entrosados. Há grande proximidade entre eles, condição importante para uma melhor assistência ao cidadão como um todo e de forma integrada; Preocupam-se, não só com o tratamento da doença em si, mas com a prevenção, o que é muito importante para a manutenção da qualidade de vida; Exercem serviços além de suas responsabilidades, mesmo sobrecarregados.

Com relação aos ACS da USF de Mangueira II entendemos que eles são fundamentais ao PSF, pois representam o elo entre a comunidade e a unidade de saúde, por trabalharem e morarem na área e por atuarem diretamente com a população, muitas vezes, recebem toda a culpa pelas falhas deste sistema, uma vez que a maior parte das críticas é feita a eles. Não tem um espaço próprio para que dizerem o que pensam, onde podem dar sugestões sobre mudanças ou formas de melhorar o trabalho, estratégias de trabalho, entre outros; Tem salários baixos, desproporcionais a quantidade de trabalho que realizam; Alguns (maioria) utilizam de seu carisma e popularidade para chamar a população a frequentar a uni-

dade de saúde, atualizam os prontuários, marcam consultas, visitam cada família mensalmente. Trabalham apesar das dificuldades. Outros (poucos) utilizam da insatisfação salarial como desculpa para sua ineficiência e mau humor. Se acham injustiçados pela diferença salarial entre as outras categorias profissionais da unidade.

Com relação ao Serviço Único de Saúde (SUS), foi possível verificar que:

Apresenta uma carência de planejamento regional, necessidade de priorizar linhas de investimento, de estimular o controle social, de regular o fluxo de pacientes (fazer a referência e a contra-referência), de criar um mecanismo de avaliação e monitoramento das atividades realizadas e das necessidades da comunidade;

Considerando que as práticas de saúde no passado eram baseadas na medicina curativa, a população ainda não compreende bem a medicina preventiva, nem mesmo a importância da atenção básica na saúde da população. Dessa forma, acreditamos que seria necessário um esclarecimento da população em relação a esta questão, através de campanhas direcionadas a Atenção Primária, Secundária e Terciária;

É clara a necessidade da inclusão de outros profissionais de saúde na USF como fisioterapeuta, o nutricionista, o farmacêutico para resolver problemas como o sedentarismo, a obesidade, entre outros. Compreendemos que foi baseado nesta preocupação que ocorreu a criação do NASF. No entanto, além de não existirem em todos os distritos, os que existem estão sobrecarregados com as mais variadas funções.

A necessidade de maiores investimentos na Atenção Básica a Saúde acredita-se poder chegar a aumentar muito a re-

solubilidade do sistema, se bem financiado, além de aumentar o efetivo responsável pela fiscalização dos investimentos direcionados aos serviços de baixa, média e alta complexidade da saúde.

Sobre o PET-SAÚDE (Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde) entendemos que é um projeto que tem algumas falhas, pois nem sempre se consegue colocar totalmente em prática a proposta de interdisciplinaridade. Porém, traz o aluno para próximo da realidade da vida comunitária, da relação com o profissional de saúde e do serviço na atenção básica, oferecendo uma oportunidade de repensar e ter um olhar novo sobre o cotidiano do trabalho nas unidades de saúde.

Conclusão

A experiência PET traz novidade na sua proposta, pois desperta nos envolvidos um processo de interação, o que vem acompanhado de questionamentos, dúvidas, idéias, sugerindo uma nova dinâmica da participação do aluno e do profissional dentro das unidades de saúde. O PET oferece na sua prática uma real importância para aproximação aluno, profissional, serviço e universidade mostrando uma nova perspectiva para as partes envolvidas.

PET-Saúde UFPE: Uma experiência em 2010

Maria Alice Maciel TABOSA
José Kledson Cordeiro SILVA
Monalisa Aquino DAMASCENO
Kildery Eduardo Tenório FERREIRA
Leila Bastos LEAL

Introdução

Neste caminho de pouco mais de 20 anos de Serviço Único de Saúde (SUS), ele encontra-se ainda em transição. A mudança das ações de saúde exclusivamente curativas para as ações preventivas e, mais atualmente, a transição de um esquema de doenças agudas para as doenças crônicas. E diante deste complexo sistema, é notório o avanço do acesso aos serviços de saúde pela população. Mesmo sabendo que ainda há muito a construir na perspectiva de garantir de maneira efetiva a defesa da vida, individual e coletiva. Uma série de dificuldades continua a fazer parte do cotidiano da saúde brasileira, grande parte delas devido à má formação do profissional de saúde e a desconsideração, por parte dos gestores, das necessidades de educação permanente. (PAIM, 2009; CEBES,

2009).

O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado em 1994, faz parte do SUS, estando incluído dentro de uma hierarquização da rede, no nível de complexidade baixo, na Atenção Básica (AB), que de acordo com a Portaria Nº. 648 de 28 de março de 2006 passou de programa para estratégia, visto que o termo programa designa uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF trata-se, portanto, de uma estratégia de reorganização da atenção primária, sendo sua porta de entrada, e não prevê um tempo para finalização.

Ele está direcionado à família e suas influências sócio-culturais, o que possibilita uma abordagem mais completa das necessidades de cada indivíduo, tanto na forma curativa, como educativa, tendo como maior objetivo ampliar a resolubilidade dos conhecimentos e práticas em saúde (AZEVEDO *et al.*, 2008).

Partindo desse princípio, torna-se necessário compreender a importância da intervenção do ensino universitário de saúde na área de atenção básica, com o objetivo de priorizar um problema de saúde vital e a busca de propostas de intervenção aliando teoria à prática, que posteriormente irão se transformar em ações diretas e/ou projetos de intervenção futura, além de proporcionar aos estudantes, professores e profissionais de saúde uma visão crítica e holística da saúde pública, buscando ao mesmo tempo, uma realização dos valores sociais, afetivo-emocionais e éticos, que podem também contribuir para um processo de ensino-aprendizagem mais efetivo.

Em 2008, foi instituído pela Portaria Interministerial

MS/MEC nº. 1.802/08, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), que é destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, e envolve onze cursos de graduação que atuam na área da saúde, entre eles a farmácia, psicologia, fisioterapia, enfermagem, medicina, educação física, fonoaudiologia, serviço social, odontologia, nutrição e terapia ocupacional, com o objetivo de viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais de saúde, além da iniciação ao trabalho, estágios e vivências dirigidos aos estudantes, de acordo com as necessidades do SUS (BRASIL, 2008). Estes alunos, chamados de monitores, são divididos em número de cinco, sob a responsabilidade de um preceptor de uma USF e cada seis preceptores, atuam sob a orientação de um tutor (professor universitário) de um curso acima citado, somando um total de 300 alunos, neste caso, da UFPE, incluídos no programa PET-SAÚDE.

Certamente, para que mudanças ocorram na forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros, deverá também haver mudanças no modo de ensinar e aprender (BRASIL, 2005a). A formação de profissionais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade será impactante, até mesmo, para os custos do SUS (BRASIL, 2005b). Assim, estabelecer um currículo inovador exige que os educadores compreendam o esgotamento do modelo tradicional de ensino, fundamentado na doença e na transmissão de conhecimentos, que afasta o aluno da visão prática da saúde (HIRSCH-MONTEIRO *et al.*, 2008). Isto pode ser observado claramente, na pirâmide de aprendizagem (produzida pelo NTL Institute for Applied Behavioral

Sciences), onde a prática apresenta um índice de retenção de 75% (SABBAG, 2007).

Neste contexto, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de um tutor, preceptores e monitores, enquanto participantes do PET-Saúde da Universidade Federal de Pernambuco no ano de 2010, expondo uma visão crítica, bem como problemas encontrados. Na proposta PET-Saúde, se aposta na promoção do avanço da integração educação-trabalho, considerando que os cenários de trabalho no SUS e no mercado estão mudando, e a atenção primária à saúde (APS) passou a ser um cenário essencial para ajudar na formação de um profissional de saúde crítico, reflexivo e preparado para atuar em equipe (ALMEIDA, 2010).

Visão do tutor

De acordo com Benedito (1995), a indissociabilidade ensino-pesquisa, a perspectiva de produção de conhecimento e a autonomia de pensamento, o incentivo à criticidade e à criatividade, a flexibilização de espaços, tempos e modos de aprendizagem, a emergência da interdisciplinaridade, a necessidade de integração teoria e prática, a necessidade de separação de dicotomias (teoria/prática, forma/conteúdo), o resgate da ética, a incorporação da afetividade, são passos importantes que devem ser direcionados na construção dos futuros profissionais. Cabe então aos tutores/ preceptores essa responsabilidade, no direcionamento dos monitores do PET. Pois, em acordo com Paulo Freire, “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção”. Dessa forma, o PET, considerado

uma prática comunitária composta por atividades realizadas semanalmente em USF, proporcionam ao estudante uma clareza enquanto cenário de práticas para a formação e educação permanente do estudante, ou seja, trata-se de um aprendizado ativo, sobre a integralidade do cuidado em saúde, um processo de produção social e a necessidade do exercício contínuo considerando valores éticos, sociais e culturais dos futuros profissionais.

A interdisciplinaridade é, por certo, uma das tarefas mais difícil e almejada no PET. O fato dos preceptores serem exclusivamente médicos, odontólogos ou enfermeiros (os integrantes do Núcleo de Atenção a Saúde da Família- NASF não fazem parte do referido projeto), mesmo direcionando a execução de atividades gerais, com o auxílio dos agentes comunitários de saúde, torna-se difícil o trabalho de forma integrada, visto que, na formação dos mesmos, a interdisciplinaridade não foi contemplada. Mesmo assim, observa-se que, em algumas equipes do PET tem-se conseguido desenvolver as atividades em conjunto, participando ativamente de grupos de jovens, campanhas de vacinação, visita domiciliar, realização de palestras para idosos, realização de atividades de educação em saúde em escolas e creches, além do desenvolvimento dos projetos de pesquisa que também o são, em sua grande maioria, interdisciplinares.

A atuação dos grupos no acolhimento dos usuários das USF tem sido bastante promissora e importante, sendo, inclusive, uma das propostas da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH/ HumanizaSUS), que surgiu com o objetivo de estabelecer um vínculo de confiança entre usuários e profissionais de saúde, assim como resgatar alguns

dos princípios básicos do SUS que há muito tempo vêm sendo deturpados no cotidiano dos serviços públicos.

Visão do preceptor

PET Saúde: Onde começa e onde termina? Como delimitar um trabalho contínuo? A proposta do PET de aproximar os estudantes da prática do serviço e prepará-los para a atuação na saúde pública é uma forma direta e eficaz de formar profissionais interessados e capacitados neste serviço.

A experiência do PET proporciona aos preceptores uma busca por conhecimentos que levam os alunos a uma reflexão crítica da realidade social e das condições de saúde em que as pessoas estão inseridas. O envolvimento neste contexto social aprofunda tanto a visão da prática de novos modelos de saúde que buscam a integralidade do cuidado, como também o entendimento da importância de uma clínica ampliada e centrada no sujeito dentro de suas necessidades. Neste contexto, as práticas de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar são importantes para o desenvolvimento da capacidade crítico criativa dos alunos a partir de atividades integradas que os desafiem e os incitem a mobilizar seus conhecimentos, habilidades e atitudes.

Dessa forma, os preceptores proporcionam aos acadêmicos um maior aproveitamento da experiência desenvolvida na Atenção Básica dentro de uma Unidade de Saúde da Família, através do planejamento e direcionamento das ações de saúde utilizando os diferentes conhecimentos básicos de cada aluno, o que permite a troca de informações entre os vários atores deste processo oferecendo à sociedade um pro-

fissional melhor qualificado para o serviço público. Ou seja, os preceptores funcionam como pontes, intermediando as relações entre as universidades/ faculdades e o mercado de trabalho, incluindo sua vivência prática na saúde pública, o que possibilita a integração do estudante neste contexto, de forma dinâmica e atualizada.

Nesse processo de troca e construção de conhecimentos cria-se um modelo sócio construtivista de educação continuada. A educação continuada que é responsabilidade de todos entre eles a universidade, estado, instituições públicas e privadas, deve ser exercida com responsabilidade para que os resultados estejam dentro da meta esperada. No PET, estas metas têm sido buscadas, porém, de forma pouco articulada entre os diversos setores hierárquicos do SUS sendo observado isso dentro e fora da atenção básica. Um exemplo disto são os agentes comunitários, parte importante na dinâmica de funcionamento do PET e, no entanto, não são contemplados com programas de educação continuada e preparação específica para atuarem neste programa do Ministério da Saúde.

Visão do monitor

Um dos principais objetivos do PET é a inserção dos estudantes no cenário real de práticas do SUS, uma vez que inclui um grande grupo de discentes, docentes, cursos, além dos profissionais das USF. Com isso, acontece uma integração dos estudantes da área de saúde com o serviço de atenção básica, com a população, além da aprendizagem baseada em evidências, a partir da própria vivência experimentada pelo estudante, proporcionando assim, uma formação acadêmica multipro-

fissional, contextualizada, resolutive e inovadora na área de saúde.

O contato com as outras profissões permite a troca de experiências entre as diversas áreas, salientando o dinamismo com que as mesmas acontecem, produzindo facilidade no aprendizado e na fixação do aluno relacionado a determinados conceitos ou experiências antes vistas apenas por escrito, o que não exclui o fato de ser uma janela para o conhecimento de novos saberes.

O PET desperta os universitários para o seu papel perante a sociedade, proporcionando aos estudantes uma visão crítica de sociedade, gestão pública, comunidades e, por fim, de sistema único de saúde. Além disso, os discentes têm a oportunidade de desenvolver habilidades de executar pesquisas e contribuir para construção do conhecimento na área da atenção básica. Com essas pesquisas, espera-se que sejam implantados programas de educação permanente em atenção básica, priorizando problemas diagnosticados na comunidade e que as conclusões obtidas nos estudos sejam revertidas aos profissionais da unidade de saúde, às agentes comunitárias e, principalmente, aos usuários do SUS.

A inserção do aluno na atenção básica se apóia, fundamentalmente, na oportunidade de relacionar-se com os usuários do sistema de saúde, inserindo-o na realidade da comunidade, observando de maneira crítica todos os aspectos que a influenciam, sendo uma chance de se colocar em prática o conhecimento teórico adquirido na academia e de melhor compreender a organização e o funcionamento do SUS. Trata-se, portanto, da possibilidade de transformar o pensamento estático do modelo do sistema público de saúde, pois, fazendo

parte dele, é possível mudar o jeito de pensar e de resolver problemas, tornando-o mais resolutivo e prático, o que em dia se faz necessário em nosso sistema público de saúde.

Não obstante, com a experiência no PET, o estudante tem a oportunidade de exercitar sua humanidade e praticá-la, de entender como a humanização faz parte de um profissional de saúde e de sua formação, onde, no contexto atual, é mais que uma necessidade para formações de profissionais qualificados, e que possam prestar serviços de saúde mais voltados para o paciente.

Dessa forma, a passagem do graduando pelo PET contribui para a modificação no processo educacional e na formação profissional, uma vez que permite a abertura do diálogo com a universidade, favorecendo novas práticas de ensino/aprendizagem e uma nova abordagem dos problemas de saúde da população, confrontando o estudante com uma realidade antes somente relatada. Promove, também, a aproximação dos profissionais de saúde com a academia, motivando-os na atualização de conhecimentos. Desta forma, o PET transforma as pessoas e suas subjetividades, visando à promoção de uma reflexão sobre a produção do cuidado na saúde e desse modo criando um novo significado para a forma de se “fazer saúde”.

Dificuldades e problemas encontrados

Dentre os principais problemas detectados com relação ao funcionamento do PET-SAÚDE/ UFPE podemos destacar:

-Seleção/ desistência dos monitores- a seleção bem como as informações prestadas aos alunos ingressantes no PET é

diferente em cada curso. Isto gera problemas futuros na unidade entre eles o cumprimento da carga horária mínima, e dessa forma, o estudante chega ao serviço com incompatibilidade de horário, dificultando, inclusive, a interdisciplinaridade. No mais, o grande número de monitores do PET que desistem de suas atividades rapidamente e em qualquer momento, com as atividades em pleno andamento, deixa lacunas a serem ocupadas pelos outros membros da equipe. Um monitor substituído por certo necessita de um tempo para se integrar ao grupo bem como ao andamento das atividades executadas que funcionam em um crescimento contínuo.

-Inclusão dos ACS na Equipe do PET- considerando que o ACS é uma peça chave no funcionamento do PET, uma vez em que eles constituem o elo entre a população e a comunidade adscrita à USF, e que uma parte deles se nega a receber os referidos alunos, incluí-los como parte da equipe de fato, traria um impacto positivo para o grupo como um todo. Todos na USF que participam ou não do programa foram esclarecidos sobre o que é e as finalidades do pet, ficando a cargo de cada um participar ou não. Desde a seleção até a orientação de alunos.

-Aprendizagem ativa/ grade curricular- uma das maiores dificuldades de adaptação ao programa é o hábito de aprendizagem e avaliação na forma tradicional vivenciado pelos estudantes nos seus respectivos cursos nas universidades ou faculdades. Quando os discentes chegam às USF, é necessário despertar o interesse pela aprendizagem ativa bem como pelo conhecimento contínuo do serviço e conseqüentemente pelo SUS. Do contrário, este aluno se sentirá perdido, deslocado e acabará desmotivado na realização das atividades no

PET. No mais, a adequação da grade curricular de alguns cursos, buscando incorporar disciplinas que vinculem ensino-comunidade também pode ser considerada importante.

-Formação dos preceptores e tutores- considerando que os tutores e preceptores não tiveram uma formação voltada para a multidisciplinaridade, e considerando também a presença na unidade de apenas três categorias profissionais das onze que participam do PET, por certo existe uma necessidade de treinamentos/ especializações, buscando dar subsídios aos mesmos para uma melhor orientação dos monitores no PET.

Conclusão

Diante do exposto, percebe-se que o papel do profissional não deve estar limitado apenas à assistência à saúde, mas, estar mais atento à realidade de vida das pessoas, principalmente, em virtude das desigualdades sócio-econômicas e culturais do Brasil, que podem ser verificadas inclusive entre diferentes comunidades. Vislumbra-se, portanto, a necessidade de mudança na postura dos futuros profissionais relacionada à humanização na atenção à saúde e ressalta-se, como possibilidade de contribuição, a atuação do profissional mais além, enquanto cidadão e, neste caso, como agente transformador.

Referências

1. ALMEIDA, F.C.M.; MACIEL, A.N.P.; BASTOS, A.R.; BARROS, F.C.; IBIAPINA, J.R.; SOUZA, S.M.F.; ARAÚJO, D.P. (PET-Saúde) Avaliação da inserção do estudante na unidade

- básica de saúde: visão do usuário. Rev. Bras. Educ. Méd., 2010.
2. AZEVEDO, L. N.; PEREIRA, M. C. B., AGUIAR, A. L.; COSTA, C. L.; BRITO, L. L.; MONTEIRO, C. H. Contribuição da experiência com inserção na atenção básica para a humanização da formação de profissionais da saúde. In: V MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA, 2008, João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB.
 3. BENEDITO, A. V, FERRER, V e FERRERES, V. La Formación universitaria a debate. Barcelona, Publicaciones Universitat de Barcelona, 1995.
 4. BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria Interministerial N. 1.802 de 26 de agosto de 2008 (BR). Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 2008.
 5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. M.S. / Secretaria de Atenção à Saúde / Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
 6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.* Brasília, DF, 2005a.
 7. BRASIL. Ministério da Saúde. Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Ministério da Educação, 2005b.

8. BRASIL. Portaria MS/GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 01 de out. 2010.
9. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE – CEBES. Vinte anos do SUS: celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 171-184, jan./abr. 2009.
10. FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo, Paz e Terra, 1996.
11. HIRSCH-MONTEIRO, C.; CALDAS, L.F.; CAVALCANTI, C.O.; URSULINO, A.I.M.; COSTA, C.L.; AGUIAR, A.L.; PEREIRA, M.C.B.; BRITO, L.L.; AZEVEDO, L.N.; SILVA, J.L.M. Contribuição da extensão comunitária para a inserção na atenção básica e formação de profissionais da saúde. In: *V MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA*, 2008, João Pessoa: Ed. Universidade/UFPB.
12. LANCMAN, Selma; GHIRARDI, Maria Isabel Garcez; CASTRO, Eliane Dias de and TUACEK, Tatiana Amodeo. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública [online]*. 2009, v. 43, n.4, p. 682-688.
13. LEOPARDI, M.T. Resgate da subjetividade no trabalho em saúde. In: Leopardi MT et al. *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, Ed. Papa-Livros, p.83-150, 1999.

14. SABBAG, Paulo Yasigi. *Espirais de Conhecimento: ativando indivíduos, grupos e organizações*. São Paulo: Saraiva, 2007. 350p.
15. PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 171-184, jan./abr. 2009.
16. PREFEITURA municipal da Cidade do Recife. *Programa Farmácia da Família*. Secretaria de Saúde, Recife, 2006.

Relato de experiência do PET-Saúde na USF de Vila São Miguel

Maria de Fátima Vieira CAMPOS
Geane Nário de SOUZA
Fernanda FONSECA

Em maio de 2010 ocorreu a inclusão de novos preceptores do PET-SAÚDE na Unidade de Saúde da Família de Vila São Miguel - Marrom Glacê (USF), assim resolvemos planejar ações de educação em saúde, de forma organizada e compartilhada com sugestões dos agentes comunitários de saúde (ACS) e alunos das diversas graduações participantes do programa, com objetivo de efetivar a contribuição já definida pelas diretrizes do programa e traçar metas para o desenvolvimento do trabalho na USF, as quais já estavam elencadas nos objetivos que norteiam o projeto PET saúde. Inicialmente, a receptividade dos agentes comunitários de saúde diante do projeto e dos alunos foi um tanto ardua, por extrema falta de conhecimento dos objetivos do programa; Achavam que se tratava de mais atribuições imposta pela secretaria de saúde, em que “os mesmos iriam realizar o trabalho e os méritos seriam dispensados aos profissionais de nível superior ou preceptores...”. Esclarecimentos feitos, fomos adiante com pro-

jetos simples e de fácil execução, levando em consideração a peculiaridade da pouca experiência dos alunos e dos ACS'S em promover encontros educativos com a comunidade. Inicialmente promovemos encontros dos alunos e ACS'S dentro da USF, onde juntos elencaram temas pertinentes às necessidades da comunidade, definiram atribuições e planejaram as ações. O produto inicial deste trabalho foi a confecção de um cronograma semestral de atividades educativas com abordagem diferenciada as quais contemplariam o conhecimento acadêmico dos alunos. Eis o resultado da construção do nosso grupo:

Planejamento do PET para o primeiro semestre de 2011

Preceptoras: Geane Nário; Fátima Campos; Fernanda Fonseca

24 de Fevereiro: 1º momento

Tema: Desenvolvimento motor em menores de 1 ano : Uma abordagem simplificada para os pais e cuidadores. (já realizado)

Subtemas: alimentação, vacinas, cuidados de higiene pessoal e bucal; abordando aspectos de convívio social, conflitos familiares, educação infantil, estímulo ensino aprendizagem, interação do menor com irmãos.

Alunos responsáveis: Talles e Lucineide (Fono) – Alimentação e estímulo ensino aprendizagem; Camilla (psicologia) – Aspectos de convívio social e familiar, interação do menor com familiares e a sociedade; Luciano (Terapia Ocupacional) – Posicionamento adequado do menor de 1 ano para um melhor desenvolvimento motor;

Geane e Fátima – Vacinas; Fernanda e Raissa (odontologia) – Higiene bucal, consistência dos alimentos, mastigação.

17 de março: 2º momento

Tema: Desenvolvimento Mental e Social em menores de 1 ano : Uma abordagem simplificada para os pais e cuidadores (Ressaltando a importância do brincar e atividades lúdicas no desenvolvimento infantil e com uma breve abordagem sobre a capacidade deles próprios construir seus brinquedos a partir de sucatas, incentivando sua criatividade e adaptando-se ao contexto social) .

Alunos responsáveis: Tales, Camilla, Luciano, Hellen, Raissa, Lucineide.

07 de Abril: Grupo educativo com gestantes; (abordando a importância da realização das consultas, tirando dúvidas de aspectos fisiológicos e nutricionais, vestuários, higiene pessoal e sexualidade.)

Mai: Grupo educativo com portadores de hipertensão e diabetes; (abordando dificuldades de adesão ao tratamento, estímulo a prática de exercícios, tirando dúvidas de aspectos fisiológicos e nutricionais.)

Junho: Orientações sobre prestação de cuidados com idosos; (abordando o processo de envelhecimento, cuidados com a pessoa idosa, doenças mais freqüentes, cuidados domiciliares na prevenção de escaras de decúbito e broncoaspiração, alterações psicológicas, fisiológicas e nutricionais.)

Julho: Grupo educativo com mulheres; (abordando aspectos sociais, de saúde preventiva como: câncer de colo uterino e mama, DST'S, sexualidade, relacionamento interpessoal)

Agosto: Prevenção de acidentes em crianças até idade escolar. (abordando aspectos de segurança na escola, em casa e na comunidade, relacionando a idade e os acidentes mais frequentes com objetivo de evitá-los.) *Este material já temos pronto*

A proposta é que essas atividades sejam desenvolvidas com alunos, preceptores e ACS'S. Ao final elaboraremos relatório com fotos e opiniões dos participantes e usuários.

Definição de papéis:

Geane: Elaboração compartilhada com os demais membros do grupo, digitação e envio do projeto com as definições de cada participante, como foi acordado na reunião de 03/02;

Fernanda: Orientar na elaboração do material didático para ser apresentado à comunidade, confeccionar os convites e providenciar o lanche;

Fátima: Imprimir os convites, elaborar estratégia para entrega dos convites aos usuários;

Agentes Comunitários de saúde: Definir e disponibilizar o local para serem realizados os encontros, distribuir os convites, dando preferência aos usuários da bolsa família;

Alunos do PET: Preparar o material didático os quais ficaram responsáveis e repassar para os preceptores com uma semana de antecedência para revisarmos o conteúdo, lembros que a didática de abordagem é livre p escolherem a forma que quiserem repassar aos usuários, podendo ser através de oficinas, colagem, desenhos, depoimentos, dinâmicas, etc.

Experiência PET-Saúde Vila São Miguel

Maria de Fátima Vieira CAMPOS
Geane Nário de SOUZA
Fernanda FONSECA
Alisson Silva de CARVALHO
Elisete C. ARAÚJO
Jair José da SILVA
Bruno José ALCINO
Veronica Maria Lima KIRZNER
Adolfo MORAES

A unidade de saúde Vila São Miguel está situada no bairro de Afogados em Recife-Pernambuco- e é composta por três equipes que juntas atendem um contingente populacional de 8957 pessoas. A unidade de saúde em parceria com a Universidade Federal de Pernambuco é sede de um dos campos de aprendizado, vivência e desenvolvimento de projetos dos estudantes do PET em conjunto com tutores e agentes de saúde da unidade.

É nesse panorama que surgiu a idéia de realizar dois projetos: o diagnóstico de área com o planejamento participativo e o saúde em movimento. O primeiro buscou compreender melhor a comunidade por meio de um levantamento sócio-

epidemiológico baseado na coleta de dados das fichas “A” e do trabalho de campo dos estudantes junto com os ACS’s de forma a levantar resultados e apresentá-los aos moradores a fim de fomentar debates e a busca de melhorias em certos aspectos da comunidade atendida pela USF e, além disso, tais dados têm contribuído para facilitar a reconstrução dos processos de trabalho da ESF -1 de V. S. Miguel.

Já o segundo projeto: saúde em movimento, teve a intenção de viabilizar aos comunitários hipertensos e/ou diabéticos, obesos, adolescentes e trabalhadores, a vivência de momentos de atividade física, lúdica e educativa entre outras, as quais vem propiciando aos participantes o resgate de valores essenciais de vida, para uma comunidade de sujeitos autônomos, mais saudáveis, participativos e solidários. Dessa forma, os estudantes puderam por meio do PET construir em conjunto com profissionais da unidades tal iniciativa, contribuindo com conhecimentos específicos de cada área contemplada pelo PET (medicina, terapia ocupacional, serviço social e educação física) , tendo como finalidade promover a interdisciplinaridade e o intercambio de relações entre sujeitos de cursos diferentes da mesma área: saúde.

A partir dessa breve explanação sobre as atividades desenvolvidas pelos estudantes do PET juntamente com os profissionais que compõem a unidade de saúde Vila São Miguel, abre-se espaço para que cada um daqueles participantes exponha um pouco da sua experiência, aprendizado e importância para si do que foi e que está sendo o PET saúde Vila São Miguel.

“A minha experiência no PET se iniciou no primeiro semestre de 2010 na unidade de saúde V. São Miguel sobre preceptoría da

Dr^oa Verônica. No começo eu me deparei com um grupo que estava finalizando o diagnóstico de área e iniciando os encontros com os comunitários a fim de apresentar os dados colhidos e por meio deles iniciar uma discussão acerca de tais valores e questionar a população sobre algo que aquela pesquisa não contemplava, mas que fazia parte da comunidade Vila São Miguel. Desse modo, além dos problemas vistos pelos dados colhidos, pudemos escutar a população que levantava problemas, como violência, drogas, ociosidade do jovem, falta de ocupação para os idosos, desemprego entre outros. Logo, saímos um pouco da nossa teoria de faculdade em que tais problemas são apresentados em uma aula dentro de um período de um curso com doze períodos para uma realidade mais palpável do que isso impossível e, enfim, pudemos compreender a dimensão dos problemas sociais que afligem o nosso País e tentar de alguma forma se inserir na busca por melhor qualidade de vida para tal população. Ademais, nesse ínterim foi iniciado o grupo saúde em movimento, no qual se buscou atender uma das demandas dos idosos que foi a falta de ocupação. Diante disso, foram formados grupos que participavam de atividades físicas, oficinas, passeios, discussões acerca do processo saúde-doença no qual eu me inseria levantando temas como hipertensão, diabetes, climatério, prevenção de acidentes, envelhecimento entre outros temas. Tal vivência foi bastante positiva, pois me permitiu um maior contato com a comunidade e a troca de experiência com aqueles sujeitos que apesar de todos os problemas, possuem em si uma alegria de viver imensurável. Atualmente, estamos com um desafio ainda maior que é aproximar o jovem do grupo e escutar um pouco de suas demandas com o intuito de que possamos contemplar esse conjunto de alguma forma e, assim, continuarmos integrando estudantes, profissionais e comunitários em busca de um crescimento em que todos se beneficiem.”

***Alisson Silva De Carvalho
Medicina 6º período UFPE.***

“No contexto do PET- Saúde a fisioterapia tem achado vasto campo para atuação. Baseados no diagnóstico de área feitos juntamente com a comunidade, puderam ser identificadas várias necessidades da comunidade e os estudantes do PET-Saúde puderam fazer suas considerações e opinar a respeito de estratégias para solucionar estas dificuldades enfrentadas. Neste contexto, surgiu o grupo “Saúde em Movimento”, a fim de proporcionar momentos de atividade física supervisionada, palestras e oficinas, além passeios e atividades em grupo. Aqui, todas as áreas da saúde representadas pelos estudantes do PET puderam dar sua contribuição; estudantes de educação física, enfermagem, fisioterapia, medicina, serviço social e terapia ocupacional contribuíram ministrando palestras e oficinas ou mesmo dirigindo a série de exercícios, o que proporcionou maior interação entre os estudantes e a comunidade. Particularmente, como estudante de fisioterapia, pude contribuir ainda na instrução de alguns exercícios para os agentes comunitários, médicos, enfermeiros e demais funcionários da Unidade de Saúde. Tais exercícios tinham caráter preventivo e lúdico, dado o estresse ao qual muitos eram submetidos durante a jornada de trabalho. Além disso, foram feitas algumas orientações ergonômicas direcionadas a alguns funcionários com o intuito de contribuir no alívio de cargas desnecessárias. Também foram realizadas palestras e orientações de exercícios para um grupo de gestantes acompanhadas na Unidade no período pré natal. Orientações quanto à postura durante a gravidez, prática de atividade física, métodos para reduzir a dor e o estresse foram conteúdos abordados durante tais reuniões e que foram muito bem recebidos pelas gestantes. Por fim, temos nos debruçado no Plano Terapêutico Singular focando os pacientes acamados e com

dificuldade de locomoção. Tem sido realizadas visitas ao lar desses pacientes mais críticos a fim de que seja feita uma entrevista e uma avaliação interdisciplinar das condições gerais de moradia, com o parecer dos estudantes em sua área específica. Após a coleta destas informações, tem-se elaborado um plano de cuidados individual que contemple as necessidades do paciente específico, o qual será repassado ao cuidador que se responsabilizará por executá-lo sob a supervisão dos agentes comunitários, preceptores e estudantes do PET-Saúde.”

Rafael Justino da Silva
Fisioterapia UFPE - 9º período

“Desde da implantação em 2009, participo do PET-SAÚDE da UFPE, o que tem sido uma experiência ímpar em minhas atividades profissionais, sempre recebi estudantes e sempre gostei de realizar trabalhos científicos com os mesmos, a percepção da interdisciplinaridade é presente desde que sou estudante, mas hoje já não consigo trabalhar de forma ilhada, como sempre me senti, pois este muitas vezes era meu sentimento ao trabalhar em PSF, a equipe tentando resolver todas as questões possíveis, muitas vezes de outros setores; eu como enfermeira ora me vejo como assistente social, psicóloga entre outras muito em função da necessidade; com a chegada deste projeto, apesar de serem estudantes, suas potencialidades e contribuições são imensuráveis, isso viabilizou a implantação de projetos importantes em nossa comunidade, como o Diagnóstico e Planejamento Participativo; Saúde em Movimento; elaboração do Plano Terapêutico Coletivo em Acamados e Implementação do Grupo de Gestantes; o fato de saber que estou contribuindo na formação de aluno de terapia ocupacional; fisioterapia; educação física; serviço social etc. me faz acreditar que trabalhar numa visão mais holística é possível e imprescindível, isso me deixa muito feliz.”

Elisete C. Araújo
Enfermeira da ESF 1 V.São Miguel

“O PET-SAÚDE para nós ACS’s é uma boa experiência, pois relaciona os problemas do dia a dia dos profissionais de saúde com a comunidade e universidade, possibilitando numa visão científica o desenvolvimento de ações de acordo com a necessidade, a relação de universidade com comunidade nos mostra a importância de aplicar esse novo modelo de atenção à saúde, dando aos profissionais e estudantes clareza nas ações do território. Acreditamos que ainda há muito a ser feito e ajustado no PET-SAÚDE quanto a participação de todos os profissionais, principalmente no que diz respeito a possibilidade de incentivo financeiro aos colaboradores deste programa, o que nos causaria um enorme contentamento. Sabemos que não somos mestres ou doutores, mas sim importantes colaboradores para a construção do SUS e da Universidade que queremos e que a população merece.”

Jair José da Silva
ACS da USF V. São Miguel ESF 1

“A minha primeira participação no programa Pet-Saúde foi em uma reunião no terceiro andar do Hospital das Clínicas no final do primeiro semestre de 2010, organizado pela tutora Elaine Judite, onde toda equipe se apresentou e fiquei sobe Preceptoría da Enfermeira Elisete Cardoso que marcou minha visita para unidade para apresentar a USF de Vila São Miguel. Elisete mostrou o quão pequena é a unidade e o mapa de cobertura do Grupo 1 e me convidou para conhecer o Programa Saúde e Movimento que funcionava nos dias terça-feira e quinta-feira no horário da tarde. Em meu primeiro contato com o grupo Saúde e movimento estava sendo realizada uma

oficina participativa pelo estudante de Terapia Ocupacional Carlos Nobre e a Preceptora Elisete Cardoso sobre envelhecimento e autonomia política, também tive a oportunidade de conhecer a Professora de Educação Física Thaíse e seu trabalho no grupo Saúde e movimento. Em outra oportunidade participei de uma oficina participativa realizada pelo estudante de Fisioterapia Rafael Justino que tratava envelhecimento ativo. Passei um tempo analisando e auxiliando as aulas ministradas por Thaíse e conhecendo os participantes do grupo, que em sua maioria é composto por mulheres. Durante a realização do programa durante o ano de 2010 foi a vendo uma pequena evasão do grupo do segundo horário e surgiu a necessidade da junção em um único horário para melhor aproveitamento do tempo do grupo. Agora no início de 2011, há atual preocupação é com finalização do Diagnostico de Área para iniciar uma nova pesquisa no Projeto Saúde e Movimento.”

Bruno José Alcino
Educação Física 7º período UFPE

“Estou no Programa de Saúde da Família integrando equipe como médica, e sempre acreditei que não se pode trabalhar saúde sem a lógica da interdisciplinaridade. Com a chegada do PET – SAÚDE UFPE em 2009 em nossa unidade, onde participo desde sua implantação, podemos desenvolver atividades de forma integrada e interdisciplinar vendo surgir frutos dessa nova forma de trabalhar – Projetos: DIAGNÓSTICO, PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO, SAÚDE EM MOVIMENTO, CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA COMUNIDADE. Esta experiência tem sido única, sempre gostamos de trabalhar com alunos, e a perspectiva de atuarmos com alunos de diversas áreas é enriquecedor. Quantas vezes como médica tivemos que ser fisioterapeuta, psicóloga, assistente

social, nutricionista, etc. para melhor atender a demanda do usuário. Com o projeto implantado em nossa unidade os alunos com suas especificidades, potenciais e conhecimentos técnicos, tem contribuído de forma eficaz para implantação dos projetos acima citados. Hoje tenho certeza que é possível trabalhar numa visão holística, e fico muito feliz de poder contribuir na formação destes alunos que com certeza estão ajudando na concretização e aplicação do conceito de saúde na sua plenitude constitucional.”

Veronica Maria Lima Kirzner
Médica Saúde da Família 1, Vila São Miguel, participante de
2009 do PET-SAÚDE da UFPE desde a implantação.

“Estou no PET-SAÚDE desde o início do projeto, e posso resumir a minha vivência em quatro momentos “chaves” que o nosso grupo percorreu. O início do PET foi o primeiro momento quando houve muitas dúvidas sobre o projeto, discordâncias entre os trabalhadores e as pessoas que faziam parte da gestão de saúde, começo da estruturação dos grupos e subgrupos onde o grupo do qual faço parte é o grupo 1, sendo Elaine Judite a Tutora e Veronica Kirzner a preceptora. No segundo momento foi a parte de visitas a unidade de saúde Vila São Miguel, onde tive a oportunidade de conhecer as instalações da USF Vila São Miguel, as áreas cobertas pela equipe da minha preceptora, os trabalhadores da unidade e os comunitários; ao mesmo tempo as reuniões gerais com o grupo 1 tratavam sobre vários assuntos em relação a saúde pública, e nesta mistura de prática e teoria aprendi muito, pois na graduação de Educação Física não é oferecida esta vivência. Terceiro momento foi a elaboração do projeto de diagnóstico e planejamento participativo, onde tivemos dificuldades com as questões burocrática, prazos de entrega para o comitê de ética, carta de anuência. Neste período ocorreram muitas oficinas destinadas aos moradores e aos ACS da área, oficinas estas que

tinham por objetivo orienta-lós em vários aspectos, como nutrição , atividade física, no intuito de possibilitar uma melhor qualidade de vida para eles. E o estágio atual onde nos encontramos, foi possível graças a uma feliz ideia da Elisete Cardoso enfermeira da USF V. S. Miguel, que realizou um projeto Saúde em Movimento, que oferece atividade física e outras atividades aos moradores da área, em sua grande maioria idosos e portadores de doenças como hipertensão e diabetes as aulas são ministradas pela professora Thaysa, e os alunos do PET desta área fornecem um suporte, seja ele com ofinas ou com atividades, e foi através deste projeto que possível um maior estreitamento entre os comunitários, estudantes e trabalhadores da USF V. S. Miguel.”

Adolfo Moraes
Aluno do 7º Período de Educação Física - UFPE

Enfim, com essas falas podemos ter uma breve noção das atividades e das experiências daqueles que juntos compõem o PET saúde Vila São Miguel. Diante disso, extraímos a idéia de que o projeto aproximou todos os envolvidos, sobretudo os estudantes, de uma realidade distanciada e isolada deles pelos muros da universidade, despertando-os para um contexto social em que o trabalho e o uso do conhecimento adquirido em sala de aula tem o poder de melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas e , assim, contribuir para uma sociedade em que todos possam viver dignamente.

Desafios e possibilidades vivenciadas pelos profissionais que atuam na Unidade de Saúde da Família Bongi Boa Ideia

Roberta Gomes Ferreira RIBEIRO

Silvana Silva do NASCIMENTO

Isabel Araújo de Souza Wanderley Fernandes LIMA

Leila Bastos LEAL

Introdução

O presente texto é fruto de observações construídas a partir da inserção de estudantes do Serviço Social e da Terapia Ocupacional na Unidade Saúde da Família- USF Bongi Boa Idéia, localizada no bairro do Bongi na cidade do Recife-PE, na perspectiva de monitores do Programa Educação pelo Trabalho para Saúde- PET-Saúde.

O objetivo é fomentar uma discussão crítica acerca de como se estrutura a proposta da Estratégia de Saúde da Família e como sua execução vem sendo desenvolvida e, a fim de concretizar nosso objetivo consideraremos como referência os desafios e possibilidades vivenciadas pelos profissionais de

saúde que atuam na unidade na qual estamos inseridas enquanto monitoras do PET- Saúde.

Antecedentes históricos do Programa Saúde da Família

A necessidade da urgência nas ações dos governantes e daqueles que trabalham no campo da saúde no fortalecimento e desenvolvimento da comunidade mundial, para promover a saúde de todos os povos do mundo, presentes na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata, em 1978, foi o marco inicial das discussões acerca dos cuidados primários e promoção a saúde. (BRASIL, 2002).

A partir de então, a saúde passava ser entendida como resultante das condições objetivas de vida, não se poderia mais tratar a saúde unicamente pelo determinante biológico, questões como: alimentação, educação, transporte, lazer, acesso aos serviços de saúde, moradia e acesso a posse de terra, passaram a ser consideradas. A conferência enfatizou a saúde como direito humano e fundamental. Também na década de 1970 foi iniciado o movimento da Reforma Sanitária que teve como uma de suas proposições o Sistema Único de Saúde-SUS que apenas em 1990 foi regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde- LOS (também conhecida por Lei 8.080). Após muita luta e mobilização dos profissionais de saúde e movimentos populares.

Em meio ao período de redemocratização o processo da Reforma Sanitária brasileira acabou por desembocar na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), e permitiu que a afir-

mativa contida em seu relatório final assegurando a saúde como direito de todos e dever do Estado fosse incorporada pela constituinte na Constituição Federal Brasileira de 1988. (SILVA e ARIZONO, 2008).

Com a promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988 a saúde passou oficialmente a ser dever do Estado e direito do cidadão, garantindo a toda população brasileira a universalização da saúde como política pública do estado brasileira, cujo acesso independe da contribuição a Previdência Social. Como está posto no Artigo 196º: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que vissem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação”. (Constituição Federal, 1988: art. 196º).

Desde então, os governos vêm criando programas que visam garantir uma melhor e mais igualitária acessibilidade da população a saúde pública. O Programa Saúde da Família-PSF criado em 1994 é um exemplo disso, sendo uma proposta feita pelo governo federal aos municípios, com a finalidade de proporcionar a atenção básica às famílias, o programa é tido como uma das principais estratégias de reorganização e reorientação dos serviços de saúde.

Objetivando modificar o modelo de assistência à saúde, o Ministério da Saúde incluiu no seu Plano de Ações e Metas Prioritárias, as Estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 1997). Posteriormente, entendendo que o termo programa remete a atividade como início, desenvolvimento e finalização, o serviço passou a ser designado como Estratégia de Saúde da Família-ESF, haja vista

que o atendimento disponibilizado nessa unidade de saúde é feito de forma continuada, o que permite um acompanhamento sistemático das famílias.

Segundo, Teixeira (2008) no Plano de Ações e Metas Prioritárias de 1997, o governo reafirmou que este não é mais um programa a ser instalado na rede pública de serviços, não é uma “assistência precária para os pobres”, mas sim a intenção de investir na Atenção Primária, na prevenção e promoção da saúde, articulados com a assistência curativa e de alta complexidade. O objetivo maior é que o PSF seja a porta de entrada do sistema de saúde.

O perfil da população assistida pela Unidade de Saúde da Família

A participação na rotina da Unidade de Saúde da Família-USF Bongí Boa Idéia permitiu a visualização de como vem se desenvolvendo a Estratégia de Saúde da Família - ESF. Percebemos que os profissionais que atuam na Atenção Primária lidam diariamente com questões diversas, porém, desde o primeiro momento ficou perceptível a grande importância e responsabilidade dos profissionais que atuam na USF. A referida unidade é composta por três equipes somando 33 profissionais contando como dois guardas que fazem a segurança do imóvel e uma auxiliar de serviços gerais. Destes, 15 são Agentes Comunitários de Saúde ACS's.

A Unidade realiza o acompanhamento de em média 2.250 famílias, considerando que cada um dos ACS presta assistência a mais ou menos 150 famílias (esses dados foram levantados por nós mesmas a partir do contato com as fichas

de cadastro das famílias- que recebe o nome de fichas A). A quantidade de famílias que devem ser atendidas por equipe representa uma dificuldade a ser esclarecida. Segundo, BRASIL (1994) cada equipe teria a responsabilidade pela cobertura de 800 a 1000 famílias. Posteriormente, essa cobertura passa para uma área contendo entre 600 e 1.000 famílias com o limite máximo de 4.500 habitantes (BRASIL, 1997). Considerando a análise da fichas cadastrais, percebemos que as famílias têm em média seis pessoas não sendo difícil localizar famílias com mais de dez componentes, o que significa dizer que a Unidade atende, em média, cerca de 13.500 pessoas.

Ainda considerando análise das Fichas (A) preenchida e atualizada pelos Agentes Comunitários de Saúde, foi possível ter acesso aos dados das pessoas que são acompanhadas na unidade. As fichas contêm o número de pessoas que compõe as famílias, a ocupação de cada familiar, assim como o sexo, a escolaridade, e as doenças (em casos especiais como: diabetes, hipertensão, hanseníase, tuberculose).

Com relação à renda verificamos que predominantemente as famílias se mantêm com renda oriunda do mercado informal de trabalho, prestação de serviços como: pedreiro, empregada doméstica, diarista/ faxineira, ainda há aqueles que não sabem como denominar o que fazem para sobreviver esses se autodenominam “biscaiteiros”. É expressiva também a quantidade de famílias de sobrevivem apenas da aposentadoria de um dos componentes da família- geralmente idoso beneficiário do Benefício de Prestação Continuada- BPC. Tal benefício é concedido pela assistência social e integra o Sistema Único de Assistência Social – SUAS, é pago pelo Governo Federal e assegurado por lei, a idosos ou pessoas com

deficiência que não podem garantir a sua sobrevivência, por conta própria ou com o apoio da família.

Quanto à composição familiar constatamos que é grande o número de núcleos familiares compostos apenas por mulheres e crianças ou núcleos familiares compostos por duas ou mais gerações. Tal característica pode ser considerada como estratégia frente às dificuldades financeiras, como forma de somar os poucos rendimentos, barateando os custos habitacionais e garantindo os cuidados a crianças ou idosos. (SENNA e ANTUNES, 2002).

Com relação à promoção de saúde da mulher, foi observado o baixo número de atendimentos de prevenção de câncer de colo do útero. Embora, fosse presenciado também o esforço e a persistência dos profissionais desta USF para que as mulheres desta comunidade dirigam-se ao local para a realização deste exame. Ainda, com relação a este tipo de assistência é preocupante o grande número de gestantes com menos de 18 anos em atendimentos de pré-natal e na própria comunidade, quando realizadas visitas domiciliares.

Percebendo as diversas expressões da questão social existentes na comunidade, vê-se a necessidade de intervenções junto à população, a fim de proporcionar melhores condições de vida para estas pessoas. É possível verificar que a interdisciplinaridade proposta pelo SUS ainda está muito longe de ser vivenciada, cabendo atualmente aos médicos e enfermeiros a tarefa e execução de funções que caberiam a outros profissionais da saúde.

As condições de trabalho dos profissionais de saúde na Unidade de Saúde da Família

Cientes que de acordo com o Programa de Saúde da Família (PSF), os profissionais que fazem parte desta equipe são: médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliar de consultório dentário, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (SANTOS *et. al.*, 2007). Percebemos que muitas vezes estes profissionais se vêm sobrecarregados pela grande quantidade de pessoas e de demandas que estes os trazem. Visto que, por muitas vezes não é realizado um atendimento de total qualidade para determinados casos clínicos apresentados.

A partir do acompanhamento das atividades, constatamos a constante exposição desses profissionais a situações de risco, visto que, a unidade não possui uma estrutura adequada para os profissionais atuarem com segurança, como exemplo, citamos o fato das salas serem pequenas e sem ventilação, expondo os profissionais a risco de adoecimento, visto que as unidades são responsáveis por acompanhar pacientes portadores de doenças contagiosas, como tuberculose (caso presenciado em nossas observações).

A estrutura física também aparece como grande dificuldade para o desenvolvimento de atividades em grupos e até mesmo reunião entre os profissionais. Sabendo-se que a comunidade tem como uma das característica a carência de informações que contribuam para uma melhor qualidade de vida para os mesmos. Entendemos que esse espaço físico, seria de extrema importância para realização de ações educativas, que poderiam contribuir para a prevenção e promoção a saúde, atividades tidas como atribuição de qualquer profis-

sional de saúde que trabalhe na Atenção Básica.

Tendo como responsabilidade o cuidado e a vigilância de um número fixo de famílias de uma determinada área, trabalhando com metas de produção fixadas, além de

estarem na base da organização do SUS, tendo o contato direto com a população, na realização de suas atividades laborativas (LANCMAN et. al. 2009), esses profissionais convivem com situações de intensa miséria e de violência, acompanhadas muitas vezes da falta de recursos para solucioná-las e da impotência de propor novas alternativas de melhora.

Constatamos a contradição existente, neste aspecto, visto que, por um lado, é solicitado aos profissionais que considere a Atenção Integral a Saúde, que as atividades sejam desenvolvidas verticalmente, por outro lado, é cobrado que esses profissionais trabalhem com metas e produção, tais exigências propõe aos profissionais a reprodução da prática médica que trata unicamente as patologias e não os cidadãos em seus diversos determinantes sociais.

Considerações finais

A possibilidade de nos inserirmos enquanto monitoras do PET-Saúde na rotina de uma Unidade de Saúde da Família suscitou em nós diversos questionamentos e nos despertou para contribuições que poderíamos dá enquanto profissionais deste campo diverso. Consideramos então, que tal oportunidade seja de grande importância para a nossa construção de profissionais da saúde.

A Atenção Primária em Saúde apontada por diversos autores como uma das prioridades na agenda do governo,

desde os anos de 1990, tem na Estratégia de Saúde da Família seu grande carro chefe. Confrontadas com essa informação e diante das observações construídas empiricamente, algumas questionamentos surgem. Inicialmente entendemos que quando é conferida prioridade a um dado tema existem no mínimo conflitos e interesses envolvidos. Então quais seriam esses interesses?

Percebemos também que se idéia da Atenção Básica é estabelecer uma relação diferenciada com seus usuários, ainda é preciso modificar muita coisa. Visto que a redução de especialidades (médico, enfermeira e odontologista) não responde ao conceito ampliado de saúde posto para o que seria base na Atenção Primária, a proposta de interdisciplinaridade ainda é muito reduzida.

Pois, estes profissionais são apenas gabaritados para suas próprias funções, não tendo a capacidade técnica de intervir em diferentes casos vivenciados dentro de uma comunidade. Muitas vezes, pode ser prejudicial para comunidade a não resolução de casos, que poderiam ser de simples resolução por profissionais adequados. Corre-se o risco inclusive de passar despercebidos casos importantes, que se não forem tratados, podem gerar uma problemática maior.

Diante de tudo que foi observado e dos resultados apresentados, percebeu-se a evidência de que estes profissionais de saúde não realizam de forma qualitativa a sua função, devido às exigências do próprio Programa de Saúde da Família com relação às metas a serem alcançadas, os mesmos são obrigados a deixarem de lado o atendimento humanizado, com ações de atenção e gestão buscando bons resultados, o que contribuiria para a legitimação do SUS como política pública.

Tal condição acaba por reafirmar a idéia do SUS enquanto “assistência precária para os pobres”.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.
2. _____. Ministério da Saúde. **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde Alma-Ata, URSS, 6 - 12 De Setembro De 1978**. Secretaria de Políticas de Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
3. _____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF, 2001. 60 p.
4. _____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família (PSF)**. Brasília: MS. 1994.
5. _____. **CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA**, 1988.
6. _____. IBGE. PNAD 2005 e 2008. **Pesquisa sobre os Serviços de Saúde**.
7. LANCMAN, Selma et al . Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, ago. 2009.
8. TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. O Programa Saúde da Família, o Serviço Social e o Canto do Rouxinol. In: BRAVO, Maria Inês Souza e PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira.

- Política Social e Democracia**- 4ª Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro UERJ, 2008.
9. PEREIRA, Martha Priscila Bezerra e BARCELLOS, Christovam **O Território No Programa De Saúde Da Família**. HYGIEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. 2(2):47-55, jun 2006 .
 10. SANTOS, Helena Cristina Estevam e BIASOLI, Desiree Albuquerque. **Contribuições Reflexivas Sobre A Inserção Do Assistente Social na Equipe Mínima Do Programa saúde Da Família**. Disponível em: <http://publicacoes.unifran.br/>. Acessado em: 11/04/2011.
 11. SANTOS, Viviane Camargo; SOARES, Cássia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivalli. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. spe, dez. 2007.
 12. SENNA, Dulce Maria e ANTUNES, Eleonora Haddad. Abordagem da Família (a Criança, o Adolescente e o Idoso no Contexto da Família. In: BRASIL, **Manual de Condutas Médicas/Instituto para o Desenvolvimento da Saúde**. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde- Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
 13. SILVA, Regina Célia Pinheiro da e ARIZONO, Adriana Davoli. **A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social**. Revista Ciências Humanas – Universidade de Taubaté (Unitau) – Brasil – VOL. 1, N. 2, 2008.

A importância do aleitamento materno no desenvolvimento do recém-nascido na área de Fonoaudiologia

Cicília Laís de Lima SILVA
Joás Araújo TEIXEIRA
Vera Lúcia D. FACUNDES

A Unidade Saúde da Família (USF) Sítio Wanderley localizada no bairro da Várzea é integrante do distrito sanitário IV, da cidade do Recife (PE). A unidade é composta de três equipes constituídas num total de: 3 médicos, 3 enfermeiros, 2 dentistas, 16 agentes comunitários de saúde (ACS), 2 auxiliares em saúde bucal, 3 auxiliares de enfermagem, 2 vigilantes, 2 agentes administrativos. Essas equipes são responsáveis em atender aproximadamente 3.990 famílias, e a USF é uma das unidades que estão integradas no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-SAÚDE.

O Programa PET-SAÚDE tem como propostas a realização de pesquisas na área de saúde pública e integrar ensino-serviço-comunidade, onde participam profissionais e estudantes de graduação da área da saúde, que visam abranger a promoção da saúde, prevenção, o diagnóstico e o tratamento

de doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Um dos projetos realizados nesta unidade foram palestras voltadas para as 87 gestantes da comunidade, realizadas no mês de agosto, durante a Campanha do Aleitamento Materno. Tendo como tema “A Importância do Aleitamento Materno no Desenvolvimento do Recém-Nascido na área da Fonoaudiologia”, as palestras tiveram como objetivo mostrar os benefícios do desenvolvimento craniofacial da criança que é amamentada, ou seja, como a falta da amamentação pode influenciar num mau desenvolvimento das estruturas ósseas craniofaciais podendo originar alterações nas funções orais e na oclusão dentária.

Nas palestras foram abordados, inicialmente, os estímulos necessários para o desenvolvimento normal da face, os fatores internos e os fatores externos que podem atuar nesse desenvolvimento, como por exemplo, a hereditariedade, as funções orais, raça, doenças, alimentação e hábitos (MARCHESAN, I. Q, 2005). Em seguida foram apresentadas as funções sucção, deglutição, mastigação, respiração e fala, de como essas ocorrem. Foi citado também da importância das mães saberem sobre essas funções, das mudanças e necessidades que a criança tem, pois dessa forma poderão prevenir futuras falhas ou dificuldades de fala, linguagem, respiratória, mastigatória, de deglutição, entre outras (RIOS, I. J. DE A, 2003) que estarão interferindo no desenvolvimento adequado das estruturas ósseas faciais.

Além disso, foram realizadas as seguintes orientações:

- Amamentação: Posicionamento (o bebê deve estar próximo ao corpo da mãe, com a cabeça entre o braço e o antebraço da mesma); tempo de amamentar (sempre

que a criança desejar, e sempre esvaziar o primeiro peito para depois oferecer o outro); como fazer a retirada do bico do seio da boca do bebê (introduzir o dedo mínimo na boca do recém-nascido pela lateral e deixar que o mesmo largue vagarosamente o bico, o que evitará fissuras no mamilo); como fazer a eructação (após a mamada deve-se posicionar o bebê na vertical para arrotar e depois na lateral para evitar a aspiração caso ocorra regurgitação); técnicas para estimular a ejeção do leite (massagens na base do seio antes da mamada, a mãe deve apoiar a mão debaixo do seio e com a outra descer em paralelo até o mamilo, massagem com as pontas dos dedos em movimentos rotatórios de fora para dentro). (RIOS, I. J. DE A, 2003.)

- Reflexos existentes no recém-nascido: o Reflexo de Procura (quando o bico do seio da mãe toca os lábios do bebê, ele vira a cabeça em busca do bico); o Reflexo de Sucção (quando o bico do seio toca a ponta língua e a papila palatina e criança inicia a função de retirada do leite do seio); Reflexo de Deglutição (obtido quando certo volume de leite é atingido dentro da boca) (GOMES, I. C.D, 1991)

Sobre os hábitos orais (SILVA, E. L., 2006), foram comentados:

- Chupeta: Foi mostrado os bicos indicados (os ortodônticos), existem 3 tamanhos (0 a 6 meses, 6 meses a 1 ano e 6 meses e 1 ano e 6 meses a 2 anos e 6 meses) e 2 tipos de matérias (silicone e látex). Lembramos que devem ser trocados a cada dois meses para evitar o apego e

sua retirada deve ser até os dois anos e seis meses da idade para evitar possíveis alterações na arcada dentária, respiratórias, posturais dos órgãos fonoarticulatórios. Foi alertada a importância dos pais não oferecerem a chupeta a qualquer sinal de desconforto do bebê, como forma de acalmá-lo, já que a sucção proporciona prazer e acalma, pois ela não é e nem deve ser vista como um artefato que proporciona apoio emocional aos bebês, substituindo a atenção dos pais. Deve-se evitar passar qualquer tipo de produto na chupeta antes de oferecê-la ao bebê. Mel, açúcar e outras substâncias similares podem causar cólicas no recém-nascido. Evitar também, pendurar objetos na chupeta, como fraldas e outras chupetas, pois o peso na mesma, durante a sucção, pode deformar a arcada dentária. E não prender a chupeta junto à roupa da criança. Isso poderá facilitar ainda mais a instalação de um hábito, pois estando tão disponível a criança acaba acostumando a sugar a chupeta a todo o momento. (JUNQUEIRA, P 2005)

- Mamadeira: Foram recomendados também os bicos ortodônticos com orifícios adequados para cada consistência, só deve ser introduzida aos seis meses de idade quando o bebê já estiver largando o seio. O aumento do orifício tem o objetivo de facilitar a sucção para o bebê, porém pode causar engasgos e influenciar negativamente no desenvolvimento da musculatura oral. Alertou também de quando alguns bebês não são alimentados no peito, mas por meio da mamadeira, tem a tendência de introduzir o dedo na boca como uma necessidade de exercitar a musculatura e de satisfação do

reflexo da sucção. Que ao sugar o bico da mamadeira o bebê não realiza o mesmo esforço muscular como no mamilo materno. No mamilo executa de 2000 a 3500 movimentos da mandíbula e na alimentação artificial (mamadeira) 1500 a 2000 movimentos. E bebês amamentados exclusivamente no peito materno até o 6º mês mostram menor dependência aos hábitos da chupeta e sucção digital. (JUNQUEIRA, P, 2005)

- Sucção Digital: Foi dito da importância de ser retirada o quanto antes, pois causa danos maiores na arcada dentária e podendo causar alterações fonoarticulatórias futuras. Da época do aparecimento dos hábitos tem alguma significância, aqueles que aparecem durante as primeiras semanas de vida são tipicamente relatados como problemas de alimentação. Muitas crianças, entretanto, mais tardiamente, têm na sucção digital a liberação das tensões emocionais, as quais não são capazes de vencer, consolando-se em regressar a padrões infantis de comportamento. Falou das alterações oclusais, as quais vão depender de uma quantidade de variáveis como a posição ocupada pelo dedo, contrações buco-faciais associadas, a posição da mandíbula durante a sucção, o padrão esquelético facial, a força aplicada aos dentes e ao processo alveolar, frequência e a duração do hábito. Explicou como o dedo poderá alterar todas as estruturas orais, pois durante a sucção exerce pressão contra o céu da boca, projeta a arcada dentária superior para frente e a inferior para trás. Os lábios ainda vão permanecer exageradamente abertos com a eversão e a língua se mantém baixa, na arcada inferior. Foram

mensurados os sinais característicos de um hábito prolongado de sucção: inclinação vestibular dos incisivos superiores, inclinação lingual dos incisivos inferiores, mordida aberta anterior, arcada superior atrésica. Lembrou ainda do desaparecimento deste hábito, pois costuma ser difícil pelo fato de o dedo fazer parte do corpo da criança. (JUNQUEIRA, P, 2005)

Por fim mencionou de forma geral as vantagens para:

- O lactente: menor incidência de infecções gastrintestinais e do aparelho respiratório; maior proteção contra a cárie dental, menor incidência de maloclusão; menor incidência de otite média; incidência mais baixa de diabetes de início juvenil; menor gravidade de doenças alérgicas. (LANG, S, 1999).
- A mãe: menor incidência de câncer de mama durante a pré-menopausa e alguns tipos de câncer de ovário; menor incidência da fratura de colo do fêmur após os 65 anos de idade; prolongamento do período de infertilidade após o parto; contribui para que a mãe perca peso de maneira natural. (LANG, S, 1999).

Após o término da palestra foi permitida a retirada de dúvidas. As gestantes ficaram bem atentas e empolgadas, muitas aproveitaram esse momento para o esclarecimento das dúvidas.

A oportunidade de participar desse projeto favorece por em prática o enriquecedor conhecimento teórico que temos, não apenas sobre o conhecimento de tratamentos e patologias e sim permitir atuar na promoção de saúde e prevenção de doenças na atenção básica.

Referências

1. MARCHESAN, I. Q. FUNDAMENTOS DE FONOAUDIOLOGIA: Aspectos Clínicos em Motricidade Oral; Cap. 1: desenvolvimento das funções estomatognáticas; 2º edição; editora Guanabara Koogan; Rio de Janeiro 2005.
2. RIOS, I. J. de A.; FONOAUDIOLOGIA HOSPITALAR; Cap. 9: Orientações para Hábitos Oraís; coleção CEFAC. Ano 2003.
3. GOMES, I. C. D.; PROENÇA, M. G.; LIMANG, S. C. O.; TEMAS DE FONOAUDIOLOGIA; Cap. 3: Avaliação e Terapia da Motricidade Orofacial; 2º edição. Ano 1991.
4. LANG, S.; ALEITAMENTO DO LACTENTE: Cuidados Especiais; Cap 1: Noções básicas Sobre Aleitamento Materno; São Paulo 1999.
5. JUNQUEIRA, P.; AMAMENTAÇÃO, HÁBITOS ORAIS E MASTIGAÇÃO: Orientações, Cuidados e Dicas; 3º edição; Rio de Janeiro 2005.
6. SILVA, E. L.; HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS; Revista Paranaense de Medicina, v. 20, n.2, Belém, Jun 2006.
7. EMMERIC, A, et AL. RELAÇÃO ENTRE HÁBITOS BUCAIS, ALTERAÇÕES ORONASOFARINGIANAS E MALOCCLUSÕES EM PRÉ-ESCOLARES DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO-BRASIL"; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.3, 689-697, mai-jun, 2004.
8. MERIGUI, L. B. M. et al. OCORRÊNCIA DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) E SUA RELAÇÃO COM HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS EM CRIANÇAS DO MUNICÍPIO DE MONTE NEGRO – RO; Rev CEFAC, São Paulo, v.9, n.4, 497-503, out-dez, 2007.

9. ALMEIDA F. L. de. et AL. RELAÇÃO ENTRE MÁ OCLUSÃO E HÁBITOS EM RESPIRADORES ORAIS.. Rev. CEFAC. São Paulo v.11, n.1, Jan./Mar. 2009.

Grupo de gestantes na Unidade de Saúde da Família Chico Mendes / Ximboré – Relato de experiência

Juliana Gomes de OLIVEIRA
Milena C. M. Coelho PRADO
Vera Lúcia D. FACUNDES

Nos serviços de saúde, durante anos, a assistência à gestante vem sendo oferecida quase que exclusivamente vinculada à consulta médica individual. As ações de saúde não propiciam um acolhimento às ansiedades, às queixas e temores associados culturalmente à gestação. Desta forma, a gestação é conduzida pelos profissionais de saúde de modo intervencionista, tornando a assistência e as atividades educativas fragmentadas, sem que a realidade da mulher gestante seja tratada na sua individualidade e integralidade (DELFINO et al, 2004).

Para Deucher et al (2004) o trabalho em grupo favorece a participação dos indivíduos no processo educativo em saúde; através das experiências vivenciadas no seu cotidiano; amplia as possibilidades das pessoas se auto conhecerem e diversificarem mais suas relações, uma vez que um grupo se constrói

no espaço heterogêneo das diferenças existentes entre os participantes.

Partindo desses pressupostos, profissionais, residentes e estudantes do PET saúde vinculados a Unidade de Saúde da Família (USF) Chico Mendes/Ximboré, localizada no Distrito Sanitário V da Região Metropolitana do Recife, inquietaram-se com a necessidade de uma ação integral e multidisciplinar com as gestantes cadastradas nesta comunidade.

Segundo Hoga e Hebert (2006) os objetivos estabelecidos para o desenvolvimento do grupo de gestantes podem variar, de acordo com as abordagens adotadas em cada proposta. Desse modo, é possível dar enfoque às modificações corporais do período gravídico, ao preparo para o nascimento e parto, sobretudo, ao controle da dor, aos aspectos emocionais ou aos cuidados com o recém-nascido.

Assim a partir de várias reuniões e discussões decidiu-se criar um Grupo de gestantes com o objetivo de estimular a uma tomada de consciência corporal e postural; propiciar técnicas de respiração e relaxamento; orientar e compartilhar conhecimentos e experiências sobre o ciclo grávido-puerperal; permitir a expressão de vivências emocionais; oportunizar a troca de experiências entre os participantes; promover a visita à maternidade, e informar sobre suas rotinas; e realizar atividades de ensino e pesquisa.

Iniciou-se então um processo de avaliação de quais seriam as estratégias mais eficazes para atrair o maior número de gestantes para a USF e para construção de um grupo dinâmico, educativo e prazeroso que proporcionasse as mesmas maior segurança e entendimento do período gravídico e puerperal.

Como resultado, em dezembro de 2010, acordou-se que os encontros seriam realizados semanalmente na USF, somando um total 10 encontros por ciclo sendo o primeiro um momento de acolhimento e organização dos demais, ocorrendo sempre às 14:00 horas das terças feiras. Assim para a divulgação do primeiro dia do grupo, foram confeccionados convites individuais para cada gestante cadastrada, sendo o contato feito com a ACS da gestante e representantes dos técnicos que estariam no grupo, assim como cartazes afixados na USF, e convites as gestantes nas consultas,

O público alvo foram as gestantes cadastradas na USF que estivessem ou não fazendo acompanhamento pré natal nesta unidade.

De acordo como sugerido por Deucher, et al (2004) a construção do programa foi feita no primeiro encontro, a partir das necessidades e expectativas dos participantes, utilizando-se técnicas lúdicas. Posteriormente, os conteúdos foram desenvolvidos através de discussão, oficinas, vivências, exposição, troca de experiências, apresentação de vídeos, demonstração de práticas relacionadas ao tema (banho do recém nascido, massagem, curativo do coto, exercícios, etc.) e atividades lúdicas e artísticas (teatro, pintura, jogos).

Assim, como forma de abordar temas a partir das necessidades e anseios de cada grupo, respeitando a sua singularidade, foi realizado no primeiro encontro um teatro com o tema “Tô grávida, e agora?” contando com a presença de 11 gestantes e toda equipe organizadora (enfermeira, agentes comunitárias de saúde, residentes, e uma aluna do PET-SAÚDE), para juntamente com as gestantes ser construído um planejamento dos grupos seguintes com os assuntos que

elas mais gostariam que tenham sido abordados.

Para Câmara et al (1999) um cronograma mais maleável, que deixe a cargo das próprias participantes a escolha dos temas mais interessantes ao grupo, é mais eficiente para suprir as necessidades das participantes sendo também melhor aproveitado. Observamos que a riqueza desta forma de trabalho é maior quando os temas são escolhidos espontaneamente.

Os encontros foram organizados de forma que ocorressem da seguinte forma, um dia sobre Desenvolvimento do bebê, outro sobre aleitamento, outro de cuidados com o recém-nascido, outro com uma visita a maternidade, outro sobre mudanças de hábitos, um com relaxamento, outro com atividades manuais (vagonite), outro abordando o planejamento familiar, e outro sobre orientações ao acompanhante.

A questão da interdisciplinaridade da equipe de coordenação do grupo pode ser percebida também como fator significativo para os participantes, uma vez que, a abordagem de outros aspectos que não só àqueles relativos à gravidez como fato orgânico, é considerada como fator positivo (SARTORI; VAN DER SAND, 2004)

Para melhor organização e aproveitamento do espaço físico utilizado, os grupos subseqüentes foram coordenados por uma enfermeira e auxiliados por duas Agentes Comunitárias de saúde e uma acadêmica do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco, tendo a contribuição dos residentes sempre que necessário.

Cada encontro constou de quatro momentos distintos, um de dinâmica inicial para descontração do grupo, um de Tematização que é o momento em que se explana o tema do dia,

um de atividades práticas onde se faz dinâmicas de discussão e se conveniente demonstrações relativas ao tema, e um lanche que facilita o entrosamento entre os participantes.

Foi verificada uma oscilação em relação à frequência nos grupos, tendo vários motivos para o fato, entre eles, observou-se as gestantes que tiveram seus filhos no decorrer do desenvolvimento dos grupos, complicações na gravidez e compromissos do pré-natal. Devido a isso, foi permitido a entrada de novas grávidas no decorrer do ciclo de temas, porém foi acordado que elas participariam dos temas não vistos no próximo ciclo.

Quando necessário foram criados, no próprio ambiente do grupo, atividades de pintura, leitura e jogos para as gestantes que tinham a necessidades de levar seus filhos menores, facilitando assim a adesão das mesmas.

Ao final de cada grupo foram feitas avaliações com a distribuição de cartelas individuais para cada gestante, para serem colocados os conceitos ótimo, regular e ruim, referente a atividade do dia. Para Deucher et al (2004), a avaliação busca detectar o que significa para os envolvidos participarem desta atividade e se os temas abordados atendem seus anseios.

Ao final do primeiro ciclo de encontros foi apresentado um vídeo de encerramento e agradecimento as participantes com todas as fotos retiradas nos grupos. Foi realizada também a confecção de um cartaz, que foi afixado na USF, onde cada uma respondeu a pergunta “porque as gestantes devem participar do grupo?”, onde se obteve alguns dos seguintes relatos:

“Você deve participar porque você vai ficar mais informado sobre o seu bebê e vai aprender coisas que você nunca viu.” (Gestante 1)

“Grávidas!

Que vocês possam vir participar deste grupo porque é muito importante para você e seu bebê ter uma gravidez saudável e aprender bastante sobre a gestação. Não falte nenhum encontro.” (Gestante 2)

“Porque com o contato com outras gestantes a gente aprende a tirar algumas dúvidas ou quase todas. Faz novas amizades e ajuda também outras pessoas.” (Gestante 3)

A troca de experiências entre as participantes foi percebida e avaliada como benéfica e o compartilhamento de sentimentos e vivências proporcionou um aprendizado conjunto. Perceber a similaridade existente nas vivências reduziu a sensação de medo que afetava as pessoas que não tinham experiência naquele assunto e reforçou a sensação da normalidade em relação aos eventos próprios do período gestacional.

Além de atender as expectativas das gestantes, o grupo tem favorecido mudanças de atitudes dos profissionais de saúde em direção a um cuidado mais humanizado e personalizado, que fortaleça os potenciais e capacidades das gestantes, do companheiro e/ ou familiares para decidirem e agirem no processo de gestar e parir, permitindo o desenvolvimento de novas pesquisas e propiciando uma maior aprendizagem por parte dos acadêmicos (HOGA; REBERTE, 2007).

Para os acadêmicos, o grupo se constitui em uma oportunidade para interagir com a comunidade, relacionar o conteúdo teórico com a prática, aprimorar o ensino-aprendizagem, estabelecer novas relações; trabalhar de forma interdisciplinar e retribuir a sociedade um investimento que lhe foi e está sendo oferecido, o ensino gratuito.

Assim, a acadêmica do curso de Terapia ocupacional, a

todo o momento pode identificar-se nas atividades realizadas, desde as orientações até a prática nos cuidados com o dia a dia, tanto da gestante como do recém nascido, reforçando de forma ativa os conhecimentos adquiridos no decorrer do período acadêmico.

Referências

1. CÂMARA, M.F.B et al. Vivenciando os desafios do trabalho em grupo. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (online), v.1, n.1, out-dez. 1999. Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/>.
2. DELFINO, M. R. R. t al, O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.4, p.1057-1066, 2004.
3. DEUCHER, C.V. et al, Grupo de gestantes e/ou casais grávidos: a universidade interagindo com a comunidade. *Revista Eletrônica de Extensão*, p.1-10, 2004.
4. HOGA, L. A. K. ; REBERTE, L. M., Técnicas corporais em Grupo de Gestantes: a experiência dos participantes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. V.59, n.3,p. 308-313, maio-jun2006.
5. _____. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. *Rev Esc Enfermagem*, v.41, n.4, p.559-566, 2007.
6. SARTORI, G. S.; VAN DER SAND, I.C. P. - Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, p.153-165, 2004.

A prática do programa de saúde da família na comunidade Conjunto Habitacional Casarão do Cordeiro: Percepção dos usuários

Josetti Gomes de ALMEIDA
Joseane Clecia P. NOGUEIRA
Andréa Pereira NUNES
Elisa Ester de Carvalho GOMES
Elizabeth Cristina Oliveira Alves RIBEIRO
Isabela Franco CAVALCANTI
Jailma SANTOS
Juliana de Oliveira GOMES
Kayla Campêlo COSTA
Vera Lúcia Dutra FACUNDES

O PET-Saúde e a USF Casarão do Cordeiro

A principal estratégia de Atenção Primária à Saúde atualmente no Brasil é o Programa de Saúde da Família (PSF), que propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, possuindo caráter substitutivo, assistência integral, resolutive e contínua, além da intervenção sobre os fatores de

risco, humanização das práticas de saúde e desenvolvimento de ações intersetoriais.

O PSF é um programa que sofre a influência da dinâmica viva da comunidade, é salutar a inserção de cada comunitário como protagonista no processo de trabalho e na construção da produção de cuidado dos serviços de saúde. Dessa forma, é de extrema importância que a comunidade compreenda os serviços prestados pelo Programa de Saúde da Família.

Assim, fomentada pelo programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-SAÚDE), foi realizada, no período de 2009 a 2010, uma pesquisa qualitativa, para avaliar a percepção dos usuários da Unidade de Saúde Casarão do Cordeiro, sobre a prática do Programa de Saúde da Família.

A Unidade de Saúde da Família Casarão do Cordeiro, está localizada na Zona Oeste do Recife no distrito Sanitário IV, no bairro do Cordeiro, dentro do Conjunto Habitacional do Cordeiro. A USF foi inaugurada pela Prefeitura do Recife em 11 de Novembro de 2008 e tem a peculiaridade de ter como território de atuação a população desse condomínio.

O trabalho desta USF é realizado por uma (01) equipe de saúde da família (médica, enfermeira, dentista, ACS), com auxílio de outros profissionais como assistente social, auxiliar de enfermagem, ASA e pessoal administrativo, funciona de segunda a sexta no horário das 08:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00, com duas horas de intervalo para almoço.

O processo de trabalho dos profissionais desta equipe de saúde da família está estruturado diariamente por meio de programas semanais de atendimento. Entre as ações do profissional de medicina estão à visita domiciliar, o desenvolvimento do acolhimento, um grupo de idosos e os atendimen-

tos médicos de rotina. No cronograma de ações do profissional de enfermagem constam o desenvolvimento do acolhimento, a visita domiciliar, o pré-natal, a puericultura, o programa de saúde da mulher (citologia), um grupo de idosos e alguns grupos voltados para os diabéticos e hipertensos. O profissional de odontologia tem suas ações voltadas para os atendimentos odontológicos tanto na USF como na escola municipal Darcy Ribeiro localizada ao lado do habitacional. A USF ainda conta com a participação de uma assistente social que centra suas ações nos encaminhamentos necessários ao Programa Bolsa Família.

O Programa Academia da Cidade era desenvolvido, na época da pesquisa, quatro vezes por semana na USF, nas segundas e quarta feiras no horário das 10:00h às 11:30h e nas terças e quintas feiras no horário das 15:00h às 16:30h.

Percepção dos usuários sobre a prática do Programa de Saúde da Família na comunidade Conjunto Habitacional Casarão do Cordeiro

As entrevistas com os usuários buscaram contemplar a visão dos entrevistados sobre o funcionamento do PSF, e as mudanças ocorridas depois que a USF foi implantada no Conjunto Habitacional do Cordeiro. Além disso, procuraram identificar as demandas que levam os moradores à USF, e se estas estão sendo supridas pela unidade.

Foram observadas mudanças de compreensão e opinião de acordo com a faixa etária. Desse modo, foi identificado que

as pessoas de mais idade costumam entender a prestação dos serviços de saúde pública como um assistencialismo e não como direito social, pois são pessoas que viveram na época em que para ter acesso aos serviços de saúde precisavam ter carteira de trabalho assinada, já os que trabalhavam no setor informal ou não trabalhavam eram atendidos por meio das Santas Casas de Misericórdia: “(...) *Eu sei que pra mim os atendimentos aqui são ótimos, certo?... Só de bondade, tudo são ótimos (...)*” (M. 64 anos). No entanto, as pessoas mais novas conseguem visualizar com menos dificuldade que o acesso à saúde é um direito que deve ser garantido pelo Estado.

De acordo com a maioria dos entrevistados, os serviços oferecidos pelo PSF são em geral: atendimento médico/odontológico, exames preventivos e tratamento medicamentoso. Estes, somados à proximidade da unidade às suas casas, são os principais motivos que os levam à USF. Além de enfatizarem que por não terem plano de saúde, este, por ser um serviço de saúde pública, é a única alternativa, já que não precisam pagar pelo mesmo.

Por estarem habituados ao modelo curativo exercidos nas unidades de saúde que os usuários freqüentavam antes de morar no Conjunto Habitacional do Cordeiro, é notável a não aceitação dos interlocutores à realidade oposta colocada pelo PSF em relação ao modelo de saúde tradicional.

O programa de saúde da família (PSF) foi adotado em nível nacional como estratégia de reorganização do modelo assistencial orientado para a cura de doenças. No entanto, mesmo tendo tal propósito, percebe – se que, para os entrevistados, o PSF tem que estar atuando na detecção e cura das doenças, pois é muito grande a influência da cultura do mo-

delo curativo e hospitalocêntrico na visão dos usuários.

Dessa forma, pode-se observar que as queixas em torno do funcionamento do PSF na verdade evidencia o desconhecimento dos usuários sobre a lógica do sistema e da organização do serviço de saúde local: *“(...) era Bernard Van Leer... tem pediatra, no Van leer tem cardiologista, tem uma geriatra que aqui precisa (...)”* (E. 64 anos).

Os entrevistados pouco conhecem as ações de promoção e prevenção, e estas, quando conhecidas não costumam ser praticadas. Desse modo, evidencia-se a falta de informação sobre as propostas do PSF, e, conseqüentemente, o desconhecimento sobre o objetivo da atenção básica.

Contudo, conseguem reconhecer que com a implantação da USF no Habitacional Casarão do Cordeiro houve melhora nas condições de saúde da população: *“(...)tinha crianças que dava um sorriso e o sorriso era totalmente escuro, coberto de caries, e um tempo depois essa mesma criança quando me deu outro sorriso já estava melhor e isso foi o posto que ofereceu a ela,entendeu?(...)”* (P. 29 anos). Outra mudança que também foi bastante destacada pelos moradores foi a melhora na obtenção de medicamentos, pois os mesmos costumam trazer em suas falas a relevância do posto como facilitador ao acesso à medicação.

“Era difícil porque se faltava a medicação dela eu tinha que ir na Restauração pegar a receita, procurar a médica dela o dia do plantão dela, ou então, subia no sexto andar pra pegar ela pra ela puder me dá a receita... Ou então eu procurava outro pediatra de lá pra puder pegar a receita pra pegar a medicação dela, que não pode faltar. Então hoje melhorou cem por cento, eu vou dizer cem por cento, porque hoje eu não preciso ir pra nenhuma delas pra pegar uma receita” (C. 38 anos).

Benefícios e propostas

Este trabalho consiste em uma real avaliação, pelos usuários desta comunidade, a partir de sua compreensão sobre o PSF, sobre o funcionamento desta unidade, incluindo os serviços prestados e as motivações que os levam a procura desta unidade de saúde. Acreditamos na relevância deste trabalho, visto que a partir de seus resultados seja possível levantar elementos que permitam solucionar os problemas citados e poder diversificar o atendimento àquela população.

Com os resultados de tal pesquisa, na qual foi identificada a dificuldade de compreensão e aceitação acerca da estruturação e funcionamento do Programa de Saúde Família na Unidade Casarão do Cordeiro - e sua relação com a rede no Sistema único de Saúde, foi percebida a necessidade de desenvolver ações para a sensibilização e reflexão dos usuários a respeito do Controle Social a fim de que a comunidade possa participar na construção de práticas em saúde que atendam suas necessidades de acordo com a proposta do Programa de Saúde da Família.

Com isso, surge na mesma USF um novo projeto de pesquisa intitulado: Construção da participação social para o cuidado na saúde no Conjunto Habitacional Casarão do Cordeiro. No dado trabalho, a partir de ações que respeitem e estimulem a emancipação e autonomia dos sujeitos, pretende-se abordar com a comunidade a dimensão da participação como direito à cidadania e direito à saúde e o controle social – que não tenha a concepção fiscal como um fim em si mesmo-, para que consciente ela venha requerer melhorias de vida.

Referências

1. ASSIS, M.M.A, VILLA, T.C.S. **O controle social e a democratização da informação: um processo em construção.** Revista Latino-americana de enfermagem 2003, maio-junho. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/rlae/> Acesso em 22 de novembro de 2010.
2. CARIRI, Rodrigo. **Formação em Movimento e Saber Militante. Reflexões para os projetos PET Saúde.** Caderno do Centro de Ciências da Saúde. Recife, 2009. Universidade Federal de Pernambuco.
3. LIMA, Jaqueline Maria de; RODRIGUES, Carolina Souza Valentim; SILVA, Leide Daiana Cassimiro da; Universidade Federal de Pernambuco. **O trabalho e a sociabilidade das famílias relocadas de Brasília Teimosa para o Conjunto Habitacional Casarão do Cordeiro.** Recife, 2007. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/>.
4. ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. **Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência.** Revista Latino-americana de Enfermagem, 2005 novembro-dezembro; 13(6):1027-34. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/> > Acesso em 19 out 2010.

Relato de experiência de estudantes em grupos de promoção à saúde oferecidos pela Unidade de Saúde da Família do Sítio das Palmeiras – Recife/PE

Andréia Carolina Santos de LIMA
Fabiana Carlos Magno ALHEIROS
Luis HENRIQUE
Maria de Fatima Albuquerque FEITOSA
Marília Agostinho de LIMA

Introdução

A atenção básica, sendo uma das políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), consiste num conjunto de ações de saúde que englobam a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, individual ou coletiva, tratando o sujeito em sua singularidade, complexidade, de forma integral, e em sua inserção sócio-cultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimento que possam colocar

em risco sua saúde (BRASIL, 2006).

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge, em 1994, visando a mudança do modelo assistencial e a reorganização da Atenção Básica (BRASIL, 2006). O PSF é operacionalizado em Unidades de Saúde da Família (USF) pelo trabalho das equipes multiprofissionais, onde cada equipe se responsabiliza por um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2001).

Como estratégia prioritária da Atenção Básica e organizado de acordo com os preceitos do SUS, o PSF opera com conjunto de ações de saúde que englobam a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, individual ou coletiva (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto pela Vida que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um (BRASIL, 2006).

Dentre as macro-prioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase para o fortalecimento e qualificação estratégica da Saúde da Família; A Promoção, Informação e Educação em Saúde com ênfase na Promoção de atividade física, na Promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; cuidados especiais

voltados ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2006).

Com esse intuito torna-se essencial a análise dos hábitos e cultura da população assistida pela atenção básica, pois assim é possível observar as necessidades prioritárias e com isso atuar de forma efetiva na busca de promoção s saúde, intervindo de forma direta nas carências específicas de dada comunidade.

Tendo em vista a necessidade de uma reconfiguração do ensino, bem como dos serviços concernentes à área de saúde, o PET-SAÚDE busca estabelecer ações para a integração ensino-serviço-comunidade a partir de reflexões teóricas e práticas sobre os vários determinantes sociais do processo saúde-doença. O PET – SAÚDE funciona dentro do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e objetiva possibilitar condições de aprendizado e formação para profissionais e estudantes de vários cursos, na área de saúde.

Com esse programa espera-se melhorar o aprendizado e a inclusão do estudante, integrante do PET-SAÚDE, nas equipes de saúde, proporcionando-lhes conhecer melhor a atenção básica de saúde além do acesso dos usuários ao Sistema de Saúde, e ainda promover a produção de conhecimento através da interdisciplinaridade que surge da junção de experiências e conhecimentos provenientes de distintas áreas do conhecimento.

A promoção de saúde, que é um dos objetivos de estudo dos alunos envolvidos no PET, trata-se de uma ação que visa aumentar a saúde e o bem-estar gerais, sem dirigir-se a uma doença específica, usando como recurso a transformação das condições de vida e de trabalho que norteiam os problemas

de saúde, requerendo uma abordagem intersetorial (CZERESNIA, 2009).

Promover saúde envolve o fortalecimento individual e coletivo para lidar com os condicionantes da saúde, busca fortalecer a saúde por meio da construção da capacidade de escolha, o que remete à formação de valores, e do uso do conhecimento para o discernimento de atentar para as singularidades dos acontecimentos. Não se trata apenas da formação de um novo modelo, mas sim do trânsito entre diferentes formas de entendimento e de apreensão da realidade. Promover saúde envolve amplo espectro de estratégias e políticas que incluem posturas conservadoras e radicais (CZERESNIA, 2009).

A USF Sítio das Palmeiras pertence ao Distrito Sanitário IV e está localizada no bairro do Cordeiro da cidade do Recife e sua área de cobertura assiste parte de quatro bairros: Cordeiro, Torrões, Iputinga e Engenho do Meio. A USF conta com duas Equipes de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal, totalizando a cobertura de 11 microáreas, sendo: 05 microáreas (945 famílias cadastradas) na equipe I e 06 microáreas (962 famílias cadastradas) na equipe II.

Essas equipes responsabilizam-se pelas ações em suas áreas de abrangências, dentre essas ações destacam-se algumas oferecidas pelas equipes e/ou ACS para os comunitários e que puderam ser experimentadas pelos estudantes do PET-SAÚDE:

Grupo de HIPERDIA: grupo destinado aos moradores com hipertensão arterial e diabetes, onde deve estar presente toda equipe responsável pelas micro-áreas (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS). Tem como objetivo melhorar adesão ao tratamento daquelas do-

enças, visando o melhor controle da condição de saúde, além de um registro para o acompanhamento da evolução dessas enfermidades, promovendo autonomia através do repasse de informações, esclarecimento de dúvidas e abertura de espaço para divisão de experiências entre essas pessoas. O grupo ocorre todo mês, em datas pré-programadas pela equipe no planejamento mensal e divulgadas aos usuários pelas ACS durante as visitas domiciliares.

Grupo Alegria de Viver: grupo para idosos e idosas em geral. Esse grupo tem encontros três vezes na semana: uma vez na semana encontram-se para atividade de artesanato facilitada pela ACS; duas vezes na semana encontram-se na Academia da Cidade. Tem como objetivo promover a saúde mental e física dos idosos, por meio de atividades física e artesanais em grupo e por meio do espaço de convivência que é proporcionado nesses encontros. Além disso, através desse grupo essas pessoas programam momentos de lazer, cultura e esporte.

Grupo de Gestantes: esse grupo é destinado às mulheres gestantes. É oferecido pelas equipes para as gestantes de suas respectivas microáreas. O grupo tem como objetivo fornecer orientações a cerca da saúde da gestante e do bebê, tanto em fase intra-útero como recém-nascido, tendo como principal foco o aleitamento materno. Não tem periodicidade fixa, e é divulgado pelas ACS às gestantes.

Visita domiciliar ao recém-nascido: visitas realizadas, con-

forme a demanda, pela enfermeira e pela ACS responsáveis pela área. Essas visitas têm como objetivo acompanhar os primeiros dias de vida do recém-nascido, avaliando os principais sinais do desenvolvimento, aspectos nutricionais e de imunização.

Educação em Saúde na Escola: atividade desenvolvida pelo dentista em escolas da área adscrita, onde é desenvolvida atividade educativa voltada para a prevenção do desenvolvimento de doenças bucais para crianças do primário.

Grupo de DPOC: atividade desenvolvida pelo médico em grupo com encontro mensal, no qual busca identificar pacientes que possuem doença obstrutiva crônica e dar informações a respeito dos riscos de doenças respiratórias.

Com a participação nessas ações pode-se perceber um campo vasto de atuação de profissionais das mais diversas áreas, que poderiam dar contribuições importantes para a prevenção de agravos, promoção da saúde e reabilitação da saúde daqueles usuários, contribuindo com a política da atenção básica.

Na perspectiva da terapia ocupacional as contribuições poderiam ser operacionalizadas para as mais diversas faixas etárias. Se tratando das ações expostas acima, idosos, adultos e mulheres jovens (adolescentes e adultas).

HIPERDIA

Nos grupos de HIPERDIA a contribuição da Terapia Ocupacional poderia se fazer a partir da facilitação, dentro dos grupos já existentes ou formando novos grupos específicos para o público idoso, de:

- *Orientações sobre como evitar maiores perdas cognitivas;*
- *Detecção de processos demenciais e encaminhamentos para serviços de referência;*
- *Orientações sobre como evitar as quedas no dia-a-dia e quais os comprometimentos funcionais que elas podem trazer;*
- *Orientações sobre a prática de bons hábitos que auxiliam na melhoria da qualidade de vida;*
- *Momentos para estimulação cognitiva das pessoas idosas por meio de exercícios, que poderiam ser praticados dentro do grupo e ensinados para serem praticados no dia-a-dia;*
- *Compensação das perdas cognitivas através de estratégias voltadas para o dia-a-dia e disfunções ocupacionais de cada indivíduo em seu contexto cotidiano.*

Essas ações da Terapia Ocupacional teriam como foco a promoção de autonomia e independência de cada indivíduo, segundo suas necessidades e singularidades, tirando o foco da doença, evitando a perda funcional nas suas atividades de vida diária e atividades instrumentais da vida diária.

Já os graduandos de Medicina podem levar aos participantes dessa atividade esclarecimentos sobre a manutenção

da pressão arterial em níveis normais, além do controle da taxa de glicose, orientando a forma adequada de ingerir as medicações e frisar as conseqüências do uso irregular. Além disso, os graduandos podem tentar adaptar o tratamento ao cotidiano desses pacientes, visando uma eficácia maior no tratamento.

Durante as visitas domiciliares, a Terapia Ocupacional poderia contribuir com:

- *Deteção precoce de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido;*
- *Com a orientação necessária à mãe a respeito de como cuidar do seu filho em condições especiais (prematuro, com síndrome genética, retardo mental, por exemplo);*
- *Orientação à mãe sobre os cuidados que se deve ter com o posicionamento no momento da amamentação.*

Na medicina, as visitas domiciliares podem detectar enfermidades de forma precoce, evitando maiores danos aos usuários da USF, monitorando a frequência das consultas, as doenças já identificadas e possíveis comorbidades.

Grupo de gestantes

No grupo de Gestantes, a contribuição da Terapia Ocupacional, também visando a prevenção de disfunções ocupacionais e o bom desempenho nas atividades de vida diária, seria possível com orientações quando à pega e ao posicionamento durante a amamentação, bem como quanto à importância para a saúde do bebê e da mãe que tem a amamentação.

A Medicina contribui com informações sobre a importância na amamentação, do pré-natal e os riscos provocados por um acompanhamento irregular. Além disso, pode-se reforçar a importância de um planejamento familiar, visando a melhoria da qualidade de vida dos usuários. Além disso, pode ser uma boa oportunidade de acompanhar o cotidiano dessas mulheres, onde elas podem dividir experiências e apoiar umas com as outras.

Grupo de idosos

Segundo as atuais pesquisas do IBGE, cerca de 19 milhões de brasileiros possuem 60 anos ou mais, representando aproximadamente 10 % da população brasileira. Em Pernambuco, estima-se que a cada dez pessoas, uma tem mais de 60 anos. O crescimento acelerado da população idosa traz uma preocupação quanto a elaboração de novas políticas públicas, uma vez que praticamente metade desses idosos sofrem de doenças crônicas como hipertensão e diabetes e 10% desses idosos sofrem de depressão (IBGE, 2011). Pensando em um envelhecimento mais saudável, pode-se notar várias propostas de projetos voltados para a saúde do idoso. Em Recife, são realizados anualmente os jogos da terceira idade, no qual há apresentações artísticas, jogos e disputa de medalhas. Além disso, há também o programa da Academia da Cidade voltada para os idosos.

Inserindo-se nesse contexto, o serviço de atenção básica adota projetos de promoção a saúde para pessoas da terceira idade. É o que ocorre, por exemplo, na comunidade de Sítio das Palmeiras, onde há um grupo de idosas organizado pelas

ACS da área, denominado “Grupo Alegria de Viver”. na qual há várias atividades. Como uma delas, pode-se citar como uma dessas, a vinculação com a Academia da Cidade. Através desse projeto, essas idosas fazem exercícios, como alongamento, ginástica localizada, trabalhos de coordenação motora e respiração. Suas integrantes revelam que estão mais dispostas, sentindo menos dores e mais alegres para a realização das suas atividades diárias.

Através desse projeto, elas puderam participar dos jogos da terceira idade, apresentando coreografias ensaiadas nas aulas, jogaram basquete, dominó e dama, inclusive sendo premiadas com medalhas. Essas pessoas participam também de palestras educativas com as enfermeiras, médicos, terapeutas ocupacionais, podendo tirar dúvidas sobre sua saúde e buscar melhoras na qualidade de suas vidas. Há também dias para realização de oficinas de artesanato, bingos e passeios pelos pontos turísticos da cidade.

Nesse trabalho, é notório a dedicação das ACS envolvidas no projeto. Elas afirmam que tem satisfação em ver idosas que antes ficavam em casa, deprimidas, esperando a hora da morte por conta de suas doenças, hoje sentem prazer em viver, participam ativamente das atividades e resgataram a alegria e a sociabilidade. Há ainda um esforço grande dessas profissionais de saúde para conseguir recursos, a fim de realizar tais atividades, contando com doações e bingos beneficentes, possibilitando o andamento do projeto e a manutenção da alegria dessas senhoras.

O Grupo Alegria de Viver configura-se num grande potencial para trabalho de um terapeuta ocupacional, tendo em vista a possibilidade de ser promover a saúde mental e cog-

nitiva através de aspectos trabalhados durante a execução de atividades manuais. Pode-se também acompanhar esses idosos em suas comorbidades, buscando as formas de melhorar seu cotidiano e o acompanhamento de seus possíveis tratamentos.

Educação nas escolas

Durante a atividade de educação nas escolas, o terapeuta ocupacional teria um meio para trabalhar o auto-cuidado e a higiene, como promoção de saúde nas atividades de vida diária. Além disso, pode-se identificar enfermidades de forma precoce, tais como verminoses, viroses, possibilitando um tratamento mais rápido, evitando complicações.

Grupo de DPOC

No Brasil, as doenças respiratórias crônicas representam um sério problema de saúde pública, atingindo milhões de brasileiros. Por seu caráter incapacitante, provoca sérios transtornos à família da pessoa acometida, pois muitas vezes esse indivíduo é a única fonte de renda familiar (MARTINS NETO, 2005). Considerando que a maioria desses usuários não procura assistência médica na fase inicial da doença, sua identificação e acolhimento em grupo educativo pode ter um impacto relevante no seu tratamento.

Sendo assim, o grupo educativo do Sítio das Palmeiras visa atuar como uma porta de entrada para a USF, buscando aproximar essas pessoas da sua equipe multidisciplinar, pro-

porcionando não só a melhora da patologia, mas da qualidade de vida dos pacientes.

Para a realização dessa atividade, ACS saúde convocam os usuários durante as visitas domiciliares para a participação do grupo educativo sobre doenças respiratórias crônicas. No encontro, é realizado um questionário do projeto GOLD, que é utilizado por ter uma objetividade e agilidade quanto ao rastreamento prévio na identificação de possíveis portadores de doenças respiratórias. Para o esclarecimento da população, são realizadas ainda palestras educacionais.

Conclusão

Reconhece-se que esses grupos são uma forma de acolhimento que possibilita regular o acesso a USF, contribuindo para a satisfação do usuário, visando sanar suas patologias e promover saúde, sendo um disposto importante na promoção de qualidade de vida dos moradores da localidade do Sítio das Palmeiras.

Com as experiências no PET-SAÚDE foi possível sentir a possibilidade e necessidade de atuação de outras especialidades durante as atividades desenvolvidas na atenção básica. Essas atividades desenvolvidas com interdisciplinaridade têm muito a contribuir com a saúde e qualidade de vida dos usuários e ainda com a formação do profissional, partindo do pressuposto de que a troca de saberes complementam as atuações de cada especialidade e as suas carências.

Sendo a atenção básica a porta de entrada do serviço de saúde, conclui-se que é essencial a participação nesse campo durante a graduação, tratando-a como prioridade em aten-

ção à saúde. A participação no PET-SAÚDE tem sido essencial para que a formação seja complementada nesse sentido, contemplando cursos de graduação que não contam com o estudo e a prática na atenção básica.

Ainda do ponto de vista da formação, a experiência no PET-SAÚDE traz uma visão menos tecnicista e mais holística, tornando os profissionais mais completos, podendo assim tratar do usuário como um todo, tomando conhecimentos dos contextos sociais, familiares, comunitários e psicológicos, podendo adequar o acompanhamento à realidade das pessoas de forma geral e individualizada.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Secretaria de Atenção em saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. Autores. In: **Promoção de Saúde: conceitos, tendências**. 2ª edição ver. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Cap. 2. P. 43-55.

5. IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios**. <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: fevereiro de 2011.
6. MARTINS NETO, João Evandro Carneiro; AMARAL, Ridailda de Oliveira. **Reabilitação Pulmonar e Qualidade de Vida em Paciente com DPOC**. Lato & Sensus, Belém, v. 4, n. 1, p. 3-5, out, 2003.

Relato de experiência na Unidade de Saúde da Família Sítio Wanderley

Evelyn Siqueira da SILVA
Sémares Genuíno VIEIRA
Edite de Souza FERREIRA
Vera Lúcia Dutra FACUNDES

O projeto Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-SAÚDE vem proporcionando uma rica experiência na atenção primária, através do acompanhamento de várias atividades e do desenvolvimento de pesquisas no âmbito das Unidades de Saúde da Família.

A Unidade de Saúde da Família Sítio Wanderley situado no Distrito Sanitário IV em Recife-PE, recebeu, inicialmente, dois sub-grupos do grupo 4 do projeto PET-SAÚDE da Universidade Federal de Pernambuco. Esses sub-grupos, assim como os demais, têm a característica multidisciplinar na sua formação. No caso dessa USF, os sub-grupos foram formados por estudantes da graduação dos cursos de Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Odontologia e por duas preceptoras da USF, uma dentista e uma médica. Esse relato diz respeito às experiências vivenciadas em um dos sub-grupos, embora tenha existido atividades comuns a ambos.

Após serem inseridos no projeto os estudantes são levados a conhecer área adstrita da USF, incluindo também a apresentação das atividades desenvolvidas pela equipe de saúde como: acolhimento, grupo hiperdia (com usuários hipertensos e diabéticos), reunião de equipe, visita domiciliar, vacinação, puericultura, pré natal, farmácia, curativo, consultas. Dessa forma, aproximam-se do trabalho e da rotina de todos os profissionais que trabalham na USF.

Em seguida, estudantes, preceptores e tutor do grupo discutiram temas de pesquisa, após observação das demandas da comunidade. A pesquisa se desenvolveu concomitantemente ao acompanhamento das diferentes atividades realizadas na USF, como grupo de aleitamento materno e grupo de gestantes.

Pesquisa

Baseado no aumento da demanda na comunidade por medicamentos psicotrópicos, os dois sub-grupos decidiram explorar esse tema, iniciando por um levantamento bibliográfico que deu origem ao projeto de pesquisa “Perfil sócio-epidemiológico dos usuários de medicamentos psicotrópicos assistidos pela Equipe III da Unidade de Saúde da Família-Sítio Wanderley”.

Após os tramites legais para autorização da realização do estudo a coleta de dados foi realizada pelos estudantes na companhia dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), durante os meses de setembro de 2009 à março de 2010.

A pesquisa já foi finalizada com a construção de um relatório final em março de 2011.

O estudo levantou várias questões importantes, como o fato das mulheres, na idade adulta, com baixo poder econômico e condições hereditárias que predispõe ao desenvolvimento de alterações comportamentais, se destacarem em quantitativo, como o segmento que mais vem fazendo uso contínuo de medicamentos psicotrópicos.

No entanto, não deve ser desconsiderado o restante da população, pois é possível inferir que existe um número significativo de pessoas fazendo uso de medicações psicotrópicas, por tempo prolongado, sem o devido acompanhamento, que por falta de conhecimento ou ausência de serviços na rede são submetidas apenas ao tratamento farmacológico, o que provoca a dependência dessas medicações.

Logo, percebe-se a necessidade da criação de políticas que ofereçam serviços e estratégias que sigam um modelo de redes de cuidados de base territorial, que possibilitem o tratamento ou alívio dos sintomas vivenciados pelos indivíduos com algum sofrimento psíquico. Desta forma, o indivíduo não precisará ser afastado das suas redes sociais e diminuirá as possibilidades de desenvolver uma farmacodependência.

Os participantes da pesquisa avaliam que, a partir da vivência interdisciplinar na análise dessas questões puderam ampliar a visão a cerca dos determinantes do sofrimento psíquico e suas possibilidades de enfrentamento.

Aleitamento materno

A Secretaria de Saúde do Recife deu início, no mês de agosto de 2010, as ações que integram a 19ª Semana Mundial de Aleitamento Materno. Os profissionais da USF's receberam

a orientação de promover ações voltados para esse tema, de forma que foi proposta a realização, semanalmente, de um grupo com gestantes e puérperas com o objetivo de incentivar o aleitamento materno das usuárias. Para isso, foram realizadas 3 oficinas, sendo oferecidas para as usuárias de cada equipe uma oficina.

As atividades foram desenvolvidas pela equipe de saúde com participação dos estudantes do PET-SAÚDE. Estudantes de diferentes graduações ministraram palestras sobre as suas áreas de atuação, sendo elas: Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Odontologia, Psicologia, Fonoaudiologia. Os temas abordados foram respectivamente, pega e posicionamento do bebê durante a amamentação; posicionamento da mãe durante o aleitamento; saúde bucal do bebê e utilização precoce de bico; interação entre mãe e bebê; alimentação complementar.

Para que a iniciativa acontecesse foi importante o auxílio das ACS, que atuaram junto a comunidade mobilizando as gestantes e puérperas a participarem da ação. Durante as apresentações das alunas surgiram várias dúvidas das mulheres presentes, que foram esclarecidas sempre com uma linguagem de fácil acesso para todos presentes.

Os estudantes perceberam a ação como um avanço, já que pode-se abordar diversos assuntos do interesse das mulheres presentes e conscientizar assim, a população a cerca da importância que tem o aleitamento materno.

Grupo de gestante

As reuniões do sub-grupo geraram momentos de discussão coletiva das atividades realizadas e o planejamento de novas ações. Em um desses momentos surgiu uma discussão sobre o aumento do número de gestantes na unidade, principalmente adolescentes. Induzidos pela discussão e incentivados pela preceptora, surgiu à idéia de realizar um grupo de gestantes.

Foram criados dois grupos de gestantes, um para adolescentes e o outro para as demais usuárias da unidade. Os encontros foram realizados quinzenalmente, para cada grupo, de forma que a cada semana os estudantes elaboraram uma oficina para um dos grupos. Em cada encontro foi trabalhado um tema diferente pré-estabelecido, mas que poderia ser modificado diante da demanda do grupo.

As oficinas se desenvolveram de acordo com as demandas do grupo, e os temas pré-estabelecidos serviram mais para orientar o estudo dos graduandos, sendo assim, as temáticas abordadas foram: aceitação da gestação, mudanças corporais provocadas pela gestação, sexualidade da gestante, parto, cuidados com o bebê (amamentação, banho), prevenção (planejamento familiar, como evitar), inter-relacionamento com os seus companheiros e familiares, entre outros assuntos.

Embora tenha ocorrido uma mobilização constante das ACS e da preceptora, o grupo teve início com poucas participantes e nos demais encontros não houve aumento na frequência, principalmente no grupo com gestantes adolescentes. A comunidade não aderiu ao grupo o que provocou a suspensão dessa atividade.

Durante as oficinas, as participantes tiveram a oportuni-

dade de tirar dúvidas, interagir e trocar experiências com as outras gestantes, o que permite considerar que a iniciativa foi válida, embora se tenha que refletir sobre outras estratégias de mobilização, principalmente das gestantes adolescentes. A vivência também foi positiva para os estudantes que tiveram a oportunidade de refletir sobre os desafios de se trabalhar com a comunidade.

Conclusão

O PET-SAÚDE trouxe uma proposta inovadora, proporcionando aos estudantes da graduação uma rica experiência na Atenção Primária, algo que não é oferecido pela atual grade curricular de vários cursos de saúde. Os estudantes, apesar da pouca experiência na área, são acolhidos pelos seus preceptores e dessa maneira, conseguem compreender a dinâmica da USF inserindo-se nela.

A atuação na USF Sítio Wanderley foi ampla, envolvendo o estudante em diversas temáticas e trazendo uma visão holística do trabalho junto da comunidade. No caso da pesquisa, os graduandos se familiarizaram com o processo de construção envolvendo a problemática e buscando suas causas.

Já na promoção do aleitamento materno e no grupo de gestantes, houve um contato maior com a população e sua realidade. Os alunos tiveram conhecimento de duas dinâmicas diferentes, tanto uma preconizada pelo Ministério da Saúde numa ação nacional, como outra planejada de acordo com as vivências na unidade.

A inserção dos estudantes nas atividades da atenção bá-

sica serviu para mostrar um novo campo de atuação, despertando assim, o interesse na saúde pública fortalecendo o Sistema Único de Saúde.

Grupo de idosos: Vivências em educação e saúde na terceira idade

Andréa de Souza Lima BARBOSA
Gabriella Carrilho Lins de ANDRADE
Cintya Oliveira PEREIRA
Luís Felipe RIOS
Vera Lúcia D. FACUNDES

O grupo de idosos da Unidade de Saúde da Família (USF) de Vila União, equipe de Santa Marta, distrito IV, Recife- PE foi implantado na USF, objetivando trazer os idosos para a unidade, reforçar o vínculo entre a equipe e os que procuram cuidado, fazer o acompanhamento dos mesmos e promover saúde através de trabalhos educativos. Inicialmente, as duas profissionais faziam esse grupo através de palestras e orientações gerais, com a entrada das monitoras do PET-SAÚDE: alunas de Terapia Ocupacional, Nutrição, Farmácia, Enfermagem e Medicina o grupo de idosos passou a ter uma contribuição de caráter interdisciplinar com foco em educação em saúde. O grupo acontece sempre nas últimas segundas-feiras do mês, no período da tarde em uma escola pública referência na comunidade.

Atualmente participam cerca de 30 idosos, a partir dos 60

anos de idade. As monitoras do PET-SAÚDE foram apresentadas para os participantes no intuito de formar um vínculo e uma relação de parceria. A partir do conhecimento dos idosos e das necessidades do grupo, buscou-se uma temática central, um foco para as atividades a serem realizadas. Diante de uma equipe com vários monitores dos cursos da área de saúde, chegou-se a conclusão de fazer um trabalho voltado para educação em saúde. Esse trabalho foi discutido em equipe, de forma que abrangesse os conhecimentos específicos e gerais na área de saúde, principalmente voltado para a promoção à saúde no envelhecimento.

As atividades são elaboradas de acordo com a demanda do grupo de idosos e com as necessidades que os mesmos vêm apresentando durante a atividade. O grupo é coordenado pelas monitoras que revezam a coordenação e as demais monitoras colaboram no decorrer da atividade. Os idosos participantes têm oportunidade de expor suas idéias, dúvidas e questionamentos, além de construir em grupo novos conhecimentos. Ao olharmos a educação como um processo que se constrói, que demanda tempo e que acontece nos mais variados espaços, podemos nos deparar com o primeiro desafio a ser enfrentado na promoção à saúde.

É possível que a saúde através da educação seja transformadora. Por isso, estamos trabalhando na perspectiva de atender as demandas do grupo para que ele seja duradouro e venha a modificar de fato a realidade naquilo que seja necessário. Os idosos representam uma parcela da população que frequentemente têm hábitos arraigados, resultado da soma de experiências passadas naquilo que se chama vida.

Por isso, um trabalho com esse público pode significar

maior esforço despendido, já que a oferta precisa estar bem ajustada à concepção de mundo dos participantes. Quando não é levado em conta a situação socioeconômica, política e cultural na qual os idosos estão inseridos, a probabilidade de se fazer um trabalho vão, é grande. Apenas entendendo todos esses contrapontos, é que se pode planejar atividades educacionais em saúde com chances reais de saírem do âmbito teórico. A convivência com os idosos do grupo aqui relatado, permite reflexões acerca do trabalho que vem sendo realizado e de suas dificuldade. A importância da equipe interdisciplinar do PET-SAÚDE estar em campo não apenas como observadora, mas como agente modificador e atuante nesse processo, possibilitando novos olhares acerca das necessidades do grupo.

A preocupação em se fazer um trabalho distinto, se verifica a cada planejamento de atividades, que é discutido pela equipe. Como é necessário escolher uma temática para ser abordada de início, optou-se por levantar questões sobre os hábitos alimentares dos idosos, uma vez que a alimentação está intrinsecamente relacionada à promoção da saúde. E daí, já se pode inferir que práticas deslocadas, soltas, sem conexão entre umas e outras e entre elas e os participantes, já não são capazes de surtir muito efeito. Não podemos pensar uma reeducação alimentar sem antes conhecer com propriedade a educação alimentar a qual tais idosos tiveram acesso ao longo de sua trajetória. A partir dessa percepção, é possível entender as dificuldades de mudança que eles apresentam. Nenhuma postura que afaste quem fala de quem escuta pode ser tomada.

A aproximação entre ambas as partes é primordial pois

a partir daí se consegue uma apropriação maior dos problemas. Para que haja sensibilização de quem pensa a mudança, é primeiro ter conhecimento de causa e segundo se colocar no lugar do outro. Com esse exercício, é quase nula a possibilidade de se colocar diante do grupo como um “ditador”, aquele que diz o que é certo e aponta o que é errado. Talvez aí resida o ponto chave que deve ser desenvolvido por nós, futuros profissionais de saúde. Afinal, fomos programados a pensar que por sermos “detentores” do conhecimento científico, temos a solução para a grande maioria dos problemas. E pior, não admitimos que as pessoas não sejam capazes de aplicar nossas indicações nas suas vidas. Mas, se faz um exercício diário para nós, lembrarmos que estamos lidando com seres humanos, que têm história, percepções, escolhas e buscas diferentes das nossas.

Pensando assim, o que acontece naturalmente é um fazer junto. Para se educar em saúde é necessário conscientizar o sujeito de que ele é o agente de mudança na sua própria vida, sendo ele o responsável por ela. Não se pode facultar a outrem, o domínio da sua vida, pois tal prática implica em perda de liberdade. Para sermos livres, precisamos aprender a cuidar de nós mesmos. Leonardo Boff coloca que a prática do cuidado está na essência humana.

E é somente através dela que conseguimos a nossa sobrevivência. Incentivar o autocuidado deve ser um dos eixos norteadores de quaisquer práticas que pensemos em vir oferecer. Retirar o idoso da passividade e trazê-lo para a situação de promotor de transformações na sua vida é habilitá-lo para seu próprio bem-estar. Esse tem sido um dos nossos objetivos com o grupo de idosos, promover saúde através da educação,

motivação para viver bem e com saúde.

Parte II

Pesquisa: Projetos desenvolvidos na Unidade Básica em Saúde

Em PSF também se faz Ciência

Keila Mary Tavares de Oliveira LIMA

Na minha época de acadêmica de enfermagem, perto da conclusão do curso, eu ouvia muito essa expressão "em PSF também se faz ciência" e ficava me perguntando, como fazer isso, como fazer produção científica no PSF. Depois de formada fui trabalhar no Sertão de Pernambuco, um PSF que mal tinha luz elétrica, não tinha água encanada, nem sistema de esgoto. Na minha cabeça, fazer ciência naquelas condições seria impraticável. Os anos passaram, e eis que fui trabalhar no PSF de Recife, agora acompanhando alunos de graduação curricular da UFPE, instituição renomada e com conceito em excelência na parte de pesquisa, ensino e extensão. Seria a hora de praticar a desejada ciência que tanto ouvia falar! Ao receber esses acadêmicos, na minha limitada visão, achava que já estava contribuindo muito, mas sempre ficava uma lacuna em aberto. Então surge o PET-Saúde, uma proposta que muda minha atuação com os acadêmicos e me faz repensar quanto tempo perdido sem produzir frutos, sem fazer ciência. Essa proposta de trabalhar a interdisciplinaridade, com acadêmicos cada vez mais cedo no campo de prática, e de cursos que não tem sua atuação inserida dentro da estratégia

da saúde da família, e o melhor de tudo, fazer com eles produzam cientificamente. O tempo foi passando, começamos a estudar os objetivos do PET-Saúde, nos identificando mais e mais, e à medida que os monitores compareciam para sua contribuição semanal, era visível poder sentir a satisfação e a vontade deles em estar mais um dia ali, em cada atuação, seja na própria unidade de saúde ou no retorno de mais uma jornada dentro da comunidade, na casa dos usuários, vivenciando de pertinho tudo aquilo que eles em sua maioria sabia da existência, daquela condição social, porém, através de uma tela de televisão. Sempre que nos reuníamos para debater e compartilhar as vivências, conseguíamos identificar na prática, a quem o PET-Saúde se propôs. “A portaria da Atenção Básica de 2006 cita que são características do processo de trabalho no PSF “trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando área técnicas e profissionais de diferentes formações” e “valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculo de confiança com ética, compromisso e respeito. Assim, os alunos de graduação estão cada vez mais cedo se identificando, abraçando e vestindo a camisa da atenção primária à saúde, nesse processo de construção de novas práticas que o PET -Saúde proporciona.

Conforme Nogueira (2007), o trabalho em equipe no PSF é importante para o SUS, pois o cuidado em saúde quando exercido com as devidas características de multiprofissionalismo e interdisciplinaridade, obtém melhores resultados, em termos de qualidade técnica e humana, do que as formas usuais de organização do cuidado que estão centradas no monoprofissionalismo do médico ou na plenipotência de seu saber

e suas técnicas. A escolha do tema do projeto de pesquisa caminhou naturalmente pela área de saúde do idoso, precisamente em relação ao risco de quedas em idosos, uma vez que as alunas reconheceram a importância e necessidade de um olhar diferenciado para esse grupo etário, onde observaram que este grupo compreende uma grande parcela acompanhada por nossa equipe, e onde a temática deveria passar pelas áreas do curso de graduação de cada uma delas, para que ao final, todas pudessem dar sua contribuição. Não podendo deixar de registrar que foi um tema de interesse das alunas e que não veio verticalizado da coordenação do PET-Saúde/UFPE, como acontece em outra instituição. Nessa percepção do envelhecimento populacional, da transição epidemiológica, com aluna do curso de nutrição, enfermagem, fisioterapia, farmácia e serviço social juntas, e ao mesmo tempo cada uma colocando sua visão profissional corroboram para as diretrizes que contemplam o PET-Saúde como, realizar projetos firmados na interdisciplinaridade, atuação multiprofissional e a integração ensino-serviço, bem como projetos que contemple a interação com a comunidade.

Delimitado o tema, seguimos as atividades de construção do projeto como revisão de literatura, levantamento de dados sobre morbidade e condições de vida dos idosos, elaboração do questionário para aplicar na amostra, a cada etapa concluída, cada passo galgado, cada nova descoberta com os termos utilizados na área de saúde como acolhimento, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, modelo de atenção em saúde entre outros, era motivo de felicidade para as alunas, imaginem para mim, conseguindo ver virar realidade a tão

sonhada ciência.

A temática do projeto de pesquisa é atual, a fundamentação é relevante, os resultados poderão ajudar a parcela de idosos da comunidade a reduzir os riscos de quedas, bem como o estudo ajudará a equipe a orientar melhor essa parcela da população.

Análise da capacidade em aliar ações padronizadas e singulares na APS

Rubens Cavalcanti Freire da SILVA
Vitor Hugo LIMA
Eliane Maria Ribeiro de VASCONCELOS

Introdução

Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde e a reforma dos modelos pedagógicos dos cursos de saúde.

O Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde tem por objetivo principal a produção do conhecimento no contexto dos serviços assistenciais, integrando dois mundos há tanto distantes, a academia e o trabalho em saúde. O desenvolvimento do PET – Saúde ocorre em cenários com processos de atualização e modificação constantes: as graduações em saúde, os serviços de assistência da Atenção Primária à Saúde e gestão da saúde.

A graduação dos cursos de saúde encontra-se em processo de reforma dos modelos pedagógicos, norteados pe-

las novas Diretrizes Curriculares. Incentivada por projetos de apoio criados pelo Ministério da Educação, tem dedicado esforços à re-elaboração de currículos, desenvolvimento docente, metodologias ativas, novas abordagens avaliativas e uma inserção gradativa na realidade local de saúde. A inserção dos estudantes das várias áreas da saúde nos serviços ocorre de forma gradativa durante o curso e tem requerido uma atenção profunda e cuidadosa, dadas as diversas dificuldades apresentadas na saída dos estudantes das universidades.

A Atenção Primária à Saúde apresenta-se como um cenário de aprendizagem complexo em que o social, psíquico, orgânico e espiritual impõem-se ao processo educativo, não permitindo o isolamento “científico”. As ações padronizadas em saúde demonstram potenciais e limites, assim como as ações singulares, dentro de uma rede tão rica de fatores envolvidos no processo de saúde-doença. A organização dos processos de trabalho vigente nas Unidades de Saúde da Família tem despertado interesse de gestores e trabalhadores no sentido de produzir a integração entre os dois tipos de ações (padronizadas e singulares), porém as dificuldades apresentadas pelas equipes têm impedido o processo de transição. O presente estudo permite aprofundarmo-nos nas diversas facetas da temática.

Estratégia Saúde da Família, Ações Programáticas e Clínica Ampliada

A Estratégia de Saúde da Família está organizada através de Ações Programáticas direcionadas para os ciclos vitais: Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e Saúde do

Idoso. Em cada um dos ciclos vitais, a ação programática prioriza aspectos específicos da saúde, levando em consideração a epidemiologia da morbimortalidade brasileira.

A forma de produzir saúde através das ações programáticas surge com o modelo de assistencial *Ação Programática* desenvolvido na Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo na década de 1960. Porém as ações programáticas não são observadas apenas nesse modelo assistencial, também se encontrando no modelo da *Oferta Organizada*, dentre outros. Essa maneira de trabalhar saúde se produz através de ações sistematizadas a partir de um planejamento centralizado que leva em conta a importância da epidemiologia, com predomínio sobre o coletivo. Em contraposição ao modelo, surgem críticas segundo as quais o modo de produzir saúde a partir das ações programáticas “controla a potencialidade da clínica, opondo a prática clínica à sanitária, contrapondo a atenção individual e a saúde pública, quando ambas utilizam conhecimentos originários tanto do campo clínico como do sanitário, e não leva em conta a autonomia nem profissional da saúde nem do usuário”.¹

Na tentativa de reintegração dos conhecimentos da saúde coletiva e da clínica em saúde, propriamente dita, Campos introduz o conceito de Clínica Ampliada. Considera para tanto a co-produção singular da saúde e da doença em que as ações de profissionais e usuários se complementam na produção do trabalho em saúde. Propõe a ampliação do objeto da saúde coletiva e da clínica em saúde para o sujeito e para a responsabilidade sanitária, respectivamente. Sugere, para estes fins, a produção de modelos de gestão democráticos entre trabalhadores da assistência, gestores e usuários; readequação da

formação de profissionais de um modelo fragmentado para um modelo integrativo; mudanças na organização do trabalho que mesclam padronização de ações com outros que facilitem uma clínica singular. Aponta, ainda, instrumentos técnicos para tal como: equipes de referência interdisciplinar, apoio especializado matricial, projeto terapêutico singular, conselhos de gestão, entre outros.²

Os recursos apontados por Campos estão à disposição de todos os níveis assistenciais do Sistema Único de Saúde. Na Atenção Primária à Saúde (APS), ganham maior ênfase na produção de Gustavo Tenório: A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica³. A aplicação dos referenciais teóricos apresentados tem ocorrido de forma paulatina em todo o Brasil. Existem diversas produções teóricas, principalmente, relatos de experiências locais na implementação de acolhimento, equipes de apoio matricial, etc. Existe pouco material a cerca da viabilidade concreta de aplicação destes instrumentos em associação com as demandas previamente programadas e pactuadas.

Com o passar dos anos de implementação do Programa e, enfim, da Estratégia de Saúde da Família, acumularam-se atividades e metas a serem realizadas, sem uma devida análise da capacidade técnica, temporal, espacial e mental das equipes em alcançá-las. No meio acadêmico, há pouco debate e análise com relação ao tema a ser investigado no estudo. Após consulta a diversas fontes brasileiras não foram encontradas pesquisas a cerca do tempo necessário a uma equipe de saúde de família para o cumprimento das ações programáticas.

Apesar da grande expansão da Atenção Primária à Saúde

no mundo, após a Conferência Internacional de Saúde em Alma-Ata e a diversidade das políticas instituídas nos diversos países, observou-se poucos artigos centrados no tema abordado. Em Portugal, país em que a APS tem importância semelhante ao Brasil para o sistema nacional de saúde, o médico residente de medicina geral e familiar, Daniel Pinto desenvolveu a pesquisa intitulada: *Actividades preventivas e indicadores: quanto tempo sobra?*. Neste estudo, o pesquisador realizou um cálculo com base apenas em atividades preventivas de hipertensão arterial sistêmica e diabetes executadas pelo profissional médico. Com o resultado do cálculo, ficou evidenciado que tais atividades ocupam 49,5% das consultas realizadas, concluindo que, para executar tais atividades, o médico de família despende um tempo considerável, assim necessitando dar prioridade a outras atividades de “maiores ganhos em saúde, segundo a medicina baseada em evidências”⁴.

No contexto apresentado, desenvolveu-se o presente estudo, mesclando informações quantitativas e qualitativas de uma realidade local: A equipe 1 da Unidade de Saúde da Família do bairro de Coqueiral em Recife, Pernambuco.

Objetivo

Objetivamos analisar a capacidade de uma Equipe de Saúde da Família, em contexto real, alcançar as metas propostas pelas Ações Programáticas, determinadas pelo Ministério da Saúde para a Estratégia de Saúde da Família. Também foi objetivo da pesquisa avaliar como o modelo de organização da estratégia contribui para o desenvolvimento de uma Clínica

Ampliada.

Metodologia

Primeira etapa

Trata-se de uma pesquisa dividida em duas etapas. Na primeira, foi realizado um estudo descritivo utilizando como base quantitativa os dados de 2009 do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) referentes à população adscrita da equipe 1 da Unidade de Saúde da Família Coqueiral, Recife PE. Esses dados foram colhidos após realização da oficina de reavaliação do diagnóstico de área em janeiro de 2009 e foram computados e sistematizados no “Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica” (PROGRAB), *software* desenvolvido pelo departamento de atenção básica da secretaria de atenção à saúde do ministério da saúde do governo federal.

O programa é uma ferramenta que “visa apoiar as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família e os gestores (...) contemplando os diversos aspectos relevantes à atenção à saúde da população. Sua utilização permite que, ao mesmo tempo, se efetive o processo de organização das práticas das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, e também que essas se apropriem da Programação Pactuada e Integrada e o Pacto da Atenção Básica”⁵.

A partir das sistematizações efetuadas pelo PROGRAB, que forneceram o número de atividades a serem realizadas pela equipe de saúde da família para o cumprimento das ações programáticas, foi calculado o tempo necessário para

desenvolver tais ações, a partir das consultas médicas. Realizamos esse cálculo utilizando como parâmetro do tempo por consulta proposto de 20 minutos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);

A partir de duas variantes de número de consultas por habitante por ano (a. parâmetro utilizado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1101/GM Em 12 de junho de 2002; b. parâmetro proposto por Maussner e Bahn) calculamos o índice de pressão assistencial (IPA) através da equação de Stockmeier, representada abaixo. O IPA representa matematicamente a possibilidade humana de realizar atendimentos.

Calculado por esta equação, um índice de pressão assistencial menor que 1 (um), significa impossibilidade humana de realizar os atendimentos. Quando esse índice é superior a 1 (um), significa que é possível realizar os atendimentos, levando em consideração os parâmetros utilizados na equação. É sugerida uma margem de 20 por cento, ou seja, um IPA ideal seria igual ou superior a 1,2.

A partir dos resultados quantitativos, analisamos a viabilidade do cumprimento das ações programáticas e o número ideal de pessoas de uma população adscrita por equipe de saúde para o cumprimento de tais ações a partir do modelo de clínica ampliada, considerando a construção de vínculos, projetos terapêuticos singulares e de práticas integrativas em saúde.

Parâmetros

- Portaria nº 1101/GM Em 12 de junho de 2002: Essa portaria do Ministério da Saúde apresenta os parâmetros

para a Atenção Básica, onde consta os seguintes números referentes a consulta/usuário/ano.

- Consultas médicas básicas de urgência: 0,24 - 0,36;
 - Consultas médicas básicas (excluindo urgência): 1,26 - 1,89;
 - Total de consultas médicas básicas: 1,5 - 2,25.
- Maussner e Bahn: Epidemiologista estadunidenses propõem a seguinte razão, referente a consulta/usuário/ano :4,55 atendimentos por usuário por ano.
 - Tempo médio por consulta, Conselho Nacional de Medicina (CFM): O CFM apregoa 20 minutos como um tempo necessário para se realizar anamnese, exame físico, elaboração de hipóteses diagnósticas e tomada de condutas de maneira eficaz.
 - Dias úteis no ano: Excetuando-se dos 365 dias que compõem um ano os fins-de-semana, temos um total médio de: 242 dias úteis por ano.

Segunda etapa

Na segunda etapa da pesquisa, foram analisados outros fatores que interferem no cumprimento das ações programáticas tais como fatores estruturais, políticos, conjunturais. Para isto, realizamos uma reunião com a equipe de profissionais de saúde, no dia 14 de junho de 2010, em que apresentamos alguns dos dados colhidos na primeira etapa e discutimos os resultados e suas implicações. A dinâmica da reunião foi

compatível com a metodologia de grupo focal para pesquisas qualitativas, sendo direcionada por três perguntas norteadoras: 1. “O que vocês acham do planejamento proposto pelo Ministério da Saúde através do PROGRAB?”; 2. “O que interfere no cumprimento ou não do planejamento?” e 3. “Como solucionar os problemas apontados na reunião?”.

Resultados e discussão

Coleta de dados e elaboração de cálculos

Após alimentação dos dados referentes à população adscrita da equipe de saúde da família estudada, com o total de 3189 pessoas, foi planejado pelo PROGRAB a realização de 5020 consultas médicas em um ano. Assim, o software elabora o número médio de 1,57 consultas médicas por pessoa por ano, estando de acordo com a portaria Portaria nº 1101/GM Em 12 de junho de 2002 que fornece como parâmetro 1,5 - 2,25 consultas médicas básicas por pessoa por ano.

Com base no total de 5020 consultas médicas em um ano e a partir do parâmetro 20 minutos por consultas, chegamos ao número de 1673 horas planejadas pelo PROGRAB para realização de consultas médicas ambulatoriais. Assim, excluindo-se o tempo destinado às reuniões tecnico-administrativas semanais (um total de 193 horas em um ano), e levando em conta que, num regime de trabalho com 40 horas semanais somam-se 1936 horas de trabalho por ano, chegamos ao resultado de que restam, aproximadamente, 17 minutos diários para o médico realizar suas demais atividades que não consulta ambulatorial, tais como atividades pedagógicas, ações

coletivas de prevenção e promoção da saúde, participação de espaços de educação permanente oferecidos pela secretaria municipal de saúde, além das necessidades humanas. De acordo com o planejamento feito pelo PROGRAB, o profissional médico deve realizar uma média diária de aproximadamente 20 consultas.

Utilizando-se da equação de Stockmeier, chegamos aos seguintes resultados apresentados na tabela 1, evidenciando a impossibilidade humana de se prestar assistência à saúde no contexto estudado. Tal impossibilidade se mostra mesmo utilizando o parâmetro consulta/usuário/ano de 1,57 proposto pelo Ministério da Saúde (índice de pressão assistencial=1,16, sendo o valor de referência maior ou igual a 1,2)

A impossibilidade humana de se prestar assistência aumenta quando utilizado o parâmetro consulta/usuário/ano de 4,55 proposto por Maussner e Bahn (IPA=0,40).

Devido a fatores estruturais da Unidade estudada, o uso das salas de ambulatório é dividido entre os profissionais das duas equipes de saúde da família, além da residente de medicina da família e comunidade e dos internos do curso médico e de enfermagem da UFPE. Assim, só é possível a realização de meio expediente para consultas ambulatoriais, sendo o outro expediente destinado a atividades externas (HiperDia, Terapia Comunitária, Visita Domiciliar, oficinas – em 2009 foram realizadas, por exemplo, oficinas de auto-massagem, oficina de cuidadores de idosos, entre outras) e reunião técnico-administrativa (semanal) ou comunitária (mensal).

Dessa forma, também realizamos o cálculo da equação de Stockmeier tendo como variável de horas de trabalho diário de 4h. Os resultados, apresentados na tabela 2, evidenciam

Valores Fixos	Valor variável	IPA
	NMCA MED	
H: 8 horas; D: 242 dias; NMEDIC: 1 médico; TMA: 0,33 horas (20 minutos); POPUL: 3189 pessoas	1,57 consultas (Ministério da Saúde)	1,16
	4,55 consultas (Maussner e Bahn)	0,40

Tabela 1. Resultados da Equação de Stockmeier – 40 h/sem de consulta ambulatorial. D: número de dias de trabalho anual; H: horas de trabalho diário; NMEDIC: número de médicos; NMCA MED: média de consultas anuais por pessoa; TMA: tempo médio de atendimento em fração de hora; POPUL: população adscrita; IPA: índice de pressão assistencial.

Valores Fixos	Valor variável	IPA
	NMCA MED	
H: 4 horas; D: 242 dias; NMEDIC: 1 médico; TMA: 0,33 horas (20 minutos); POPUL: 3189 pessoas	1,57 consultas (Ministério da Saúde)	0,58
	4,55 consultas (Maussner e Bahn)	0,20

Tabela 2. Resultados da Equação de Stockmeier – 20 h/sem de consulta ambulatorial. D: número de dias de trabalho anual; H: horas de trabalho diário; NMEDIC: número de médicos; NMCA MED: média de consultas anuais por pessoa; TMA: tempo médio de atendimento em fração de hora; POPUL: população adscrita; IPA: índice de pressão assistencial.

que a impossibilidade humana de se prestar assistência na realidade prática é muito maior, uma vez que, com a redução pela metade de horário destinado a consultas ambulatoriais, reduz-se também pela metade o IPA. Assim, avaliamos que a estrutura física na USF estudada é um fator importante na redução da capacidade em aliar ações em saúde padronizadas e singulares no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

Grupo focal

A partir da discussão gerada pelos participantes do grupo focal, percebemos que algumas idéias convergiram em quatro temas centrais, os quais classificamos como nuvens de idéias.

Nuvem de idéia 1 - Política Nacional e gestão municipal

Parâmetros da Atenção Básica: O número elevado de usuários/famílias por equipe de saúde foi elencado como problema base no desenvolvimento de uma atenção à saúde, pois gera um aumento da demanda, por conseguinte, aumento do número de procedimentos a serem realizados pelos trabalhadores. Assim, na opinião dos participantes, há uma diferente perspectiva entre a gestão e a assistência: “o Ministério da Saúde está mais preocupado com números que com a qualidade de atendimento. Nós prezamos pela qualidade”.

Burocracia: Também foi indicado com fator dificultante do trabalho em saúde a burocracia exigida pelo Ministério da Saúde, como o preenchimento de documentos, o que, para os participantes, demanda grande tempo que poderia ser priorizado para a assistência à população.

Estrutura das Unidades de Saúde da Família: Em se tratando da realidade de USF estudada, mas também possível de se expandir a várias outras unidades em semelhantes condições, o estrutura da unidade é um fator limitante, pois há pouco espaço para as equipes desenvolverem suas atividades.

Dificuldades em estabelecer diálogo com a gestão: Os participantes relataram haver dificuldade no diálogo com a gestão municipal. Como exemplo, afirmam que durante as reuniões técnico-administrativas com participação dos gestores, estes, quando questionados, pouco assumem as responsabilidades e dão respostas evasivas. “Estão sempre ‘tentando resolver’.”

Responsabilidades flutuantes: Os participantes relataram que em diversas vezes a culpa dos problemas encontrados na Unidade é transferida a gestão municipal, a qual culpabiliza a esfera federal. Assim, no sentido inverso também são transferidas as responsabilidades, ficando sobrecarregada a equipe de saúde da família.

Nuvem de idéia 2 - Relação com a população

Mobilização popular pode gerar prejuízo: Foi levantada a discussão de que a ESF tem que estar próxima à população, gerando mobilização, mas que em determinadas situações, a depender do modo em que se gera a participação popular, há uma sobrecarga de trabalho, pois a população passa a exigir maior demanda e a cobrar dos trabalhadores melhorias a quais não lhes competem. “A população na rua, sem entender isso, se choca com a gente, trabalhador. Ela cobra das pessoas erradas. Ficamos entre a cruz e a espada. No meio de um incêndio sem saber onde é a saída.”

Nuvem de idéia 3 – Consequências

Trabalhador sofre, adoecer: Como consequência da pressão sofrida pelo trabalho, seja esta externas (gestores e população) ou internas (autocobrança), há o adoecimento. “Quanto maior a sobrecarga de trabalho para cumprir as metas, maior será o adoecimento do profissional e, conseqüentemente, menor vai ser a produção.”

Nuvem de idéia 4 - Propostas de solução

Organização das agendas: Uma maneira de superar a problemática do fator estrutural é a organização das agendas das equipes. “Uma das coisas que a gente faz hoje, já que a unidade não oferece o espaço, não tem o número adequado de consultórios, é tentar organizar a agenda. Então, enquanto um faz ambulatório, o outro vai fazer visita. Fazemos esse arranjo.”

Pesquisas em saúde coletiva: Para embasar uma transformação das metas e parâmetros propostos pelo MS, há necessidade de se criticar a partir de pesquisas que partam da realidade e das possibilidades de ofertas das equipes de saúde da família. Dessa forma, “baseado em estudos acadêmicos, a gente faria uma proposta de modificação das metas. E não em cima apenas do que gente acha, mesmo sabendo que na realidade não conseguimos cumprir. A partir daí, há como propor alguma meta que não a do ministério. E eu desconheço estudos, com relação a esses indicadores gerais em saúde da família.”

Expansão do número de Equipes de Saúde da Família: A expansão do número de equipes de saúde da família gera uma maior distribuição das populações adscritas, com a redução número de pessoas cobertas por equipe. “Se a comunidade possui mais 3 ou 4 postos, nós somos tão sobrecarregados.”

Ações coletivas: “Os grupos como a Terapia Comunitária e o HiperDia, acabam sendo uma assistência coletiva. Dessa forma, além de um trabalho de qualidade, a gente tenta diminuir a demanda”.

Conclusão

O presente estudo abre a perspectiva para uma análise crítica da APS, levando em consideração sua capacidade assistencial e as diversas relações presentes no processo de trabalho das equipes. Ressalta-se a necessidade de que gestores, profissionais e população apropriem-se da gestão do cuidado, possibilitando uma transformação tanto dos processos de trabalho nas equipes de saúde da família, como no modo em que a Atenção Primária à Saúde se estrutura.

Referências

1. COSTA, W.; MAEDA, S. Repensando a Rede Básica de Saúde e o Distrito Sanitário. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.57, p. 15-29, jan./abr. 2001
2. CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

3. CUNHA, G. T. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. Campinas: UNICAMP, 2004. 182p. Tese (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
4. PINTO, D. *Actividades Preventivas e Indicadores - Quanto Tempo Sobra?* Poster apresentado nas XIV Jornadas do Internato de Medicina Geral e Familiar da Zona Sul; 2009 Out 26-28; Lisboa.
5. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prograb: Programação de gestão por resultados / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 160 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Análise da qualidade dos serviços prestados pela Unidade de Saúde da Família Mangueira I – Parte I

Norma GUIMARÃES
Ana Virgínia Sanguinete Silva MELO
Fellipe de Tácio do Nascimento DINIZ
Juanito Rubenito FLORENTINO
Leila Gouveia dos SANTOS
Paulo Sérgio de Castro BASTOS FILHO
Rafael Alex SOBRINHO
Lívia SHIRAHIGE
Amanda Cássia Ferreira de MOURA
Elaine Judite de Amorim CARVALHO

Introdução

O PSF (Programa de Saúde da Família) trabalha com o princípio da vigilância da saúde, com atuação inter e multidisciplinar, responsabilizando-se pela integralidade das ações na área de abrangência, ou seja, cada equipe, composta por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um au-

xiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Essa equipe deve responder por uma população adstrita em torno de três mil pessoas.

O Programa destaca-se, entre as estratégias de saúde, por ser uma tentativa de transformar as práticas da atenção à saúde e o trabalho dos profissionais que nele atuam, sendo, até mesmo, considerado a alavanca para a transformação do sistema como um todo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE, (1996), além da capacidade técnica, os participantes das equipes precisam se identificar com a proposta de trabalho que, muitas vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo. Para efetivar as ações de saúde pública se faz necessário conhecer previamente as maneiras de agir, sentir e pensar da comunidade-alvo dessas ações e o contexto onde se insere essa comunidade. Portanto, o PSF exige uma mudança estrutural na formação e nas práticas dos profissionais de saúde, que deve começar nos centros formadores.

Seguindo as perspectivas indicadas pelo PET-Saúde¹ nossa proposta de pesquisa buscou o olhar de usuários(as) e trabalhadores(as) da saúde com vistas a qualificar as interferências da estrutura da Unidade de Saúde da Família Man-

¹O PET-Saúde é destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família, caracterizando-se como instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e aos estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS.

gueira I nos serviços de saúde prestados à população adstrita. Esse olhar é importante para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aprimoramento.

Nesta perspectiva, o serviço deve ser pensado como um espaço de tensões e conflitos, no qual práticas técnicas, sociais, políticas, culturais e econômicas interferem na qualidade do serviço, e em consequência nos processos de saúde/doença da população. Esse campo de tensões e conflitos é permeado pelas relações sociais que os seres humanos, a partir da necessidade de transformações de elementos naturais em itens de atendimento a suas necessidades, utilizaram para o processo de construção das objetivações² do ser social.

De acordo com DESLANDES, (1997), quanto mais criativo o ser social, mais diversificadas e complexas são as objetivações construídas. Esse processo dá-se ao longo de seu desenvolvimento e é permeado de subjetividades que orientam a (re)construção e destruição de simbolismos e estruturas. Desta forma, avaliar é também entender conflitos visando o entrosamento da diferentes dimensões que compõem a vida social.

A consciência histórica tocada pela autora é categoria fundamental na reflexão dialética. Na aplicação dessa reflexão vemos o mundo material e social em um estado constante de movimento e repleto de historicidade. Na qual a desconstrução das formas possibilita uma análise mais profunda que as aparências disponíveis ao senso comum, ajudando a revelar

²Para compreensão da categoria ver reflexão trazida por NETTO, José Paulo e BRAZ, Marcelo em Economia Política –uma introdução crítica, 2^o edição, 2007, Cortez, Capítulo I.

relações de existência de um fenômeno. Auxiliando - nos a exibir as composições ocultas.

Portanto, nossa pesquisa se propõe a identificar as expectativas e o grau de satisfação em relação ao serviço prestado e o ambiente de trabalho entre os(as) usuários(as) e os(as) diversos(as) profissionais que já atuam na unidade para estabelecer estratégias de melhorias no serviço.

Metodologia

Tratou-se de um estudo observacional, de abordagem qualitativa, em que utilizamos como instrumento para a coleta de informações, uma entrevista estruturada pelos(as) pesquisadores(as), inédita e específica para este fim, dirigida aos(as) usuários(as) da USF Mangueira I.

Um total de 135 entrevistas foram aplicadas de maneira aleatória aos (as) usuários(as) da USF. Como critério de inclusão, o (a) entrevistado (a) devia ser maior de 18 anos e, após orientação sobre os objetivos da pesquisa, devia concordar em participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram coletados com aquele (a) usuário (a) que tinha consulta marcada para a data em que o(a) entrevistador(a) estivesse na unidade, como também durante as visitas às residências da comunidade de Mangueira I, sendo a escolha de casa de números pares o critério estabelecido. A primeira parte da coletas de dados foi realizada no período de janeiro a março de 2010, e a segunda parte de junho a agosto de 2010.

As variáveis determinadas para o estudo foram os dados

personais dos (as) entrevistados (as) a partir de suas histórias clínicas, em seguida analisamos a opinião de usuários(as) sobre os serviços oferecidos por esta USF.

Foi realizado um pré-teste das entrevistas com o objetivo de evitar e corrigir possíveis falhas na formulação das questões, acrescentar novas questões e familiarizar os (as) pesquisadores(as) com o instrumento, facilitando sua aplicação. A equipe entrevistadora consistiu de nove estudantes da Universidade Federal de Pernambuco dos cursos de educação física, enfermagem, fisioterapia, odontologia e serviço social, psicologia e medicina previamente orientados (as).

Ao final, as entrevistas foram analisadas, qualitativamente, com vistas de inferir a interferência dos serviços da USF sobre o processo saúde/doença dos usuários. Buscando perceber a relação entre a satisfação do indivíduo sobre a USF e seu estado de saúde, bem como pontuar os principais problemas identificados pela amostra entrevistada e estabelecer paradigmas entre a teoria e a realidade observada.

Resultados e discussão

Os dados apresentados mostram uma maior frequência de mulheres que responderam ao questionário, o que denota que o sexo feminino procura mais a unidade de saúde. Se considerarmos que o número de nascimento para ambos os sexos é praticamente igual; que no primeiro ano de vida as crianças tomam as mesmas vacinas, evitando as doenças imunopreveníveis e ainda que as mães levam os filhos para a puericultura, que é o acompanhamento das crianças saudáveis até os cinco anos de vida, esperar-se-ia que o número de mulheres fosse

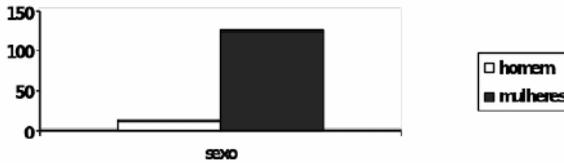


Figura 1. Distribuição dos usuários por sexo.

pareado ao número de homens como usuários do serviço. Entretanto, o observado é que esta frequência é equilibrada até o final da primeira infância. O grande diferencial vem com a puberdade, quando as meninas apresentam as mudanças hormonais e se inicia a fase de predisposição às afecções ginecológicas, bem como início precoce da vida sexual e suas conseqüências como o uso incorreto de anovulatórios orais e injetáveis, a gravidez indesejada ou repetida, o aborto clandestino e a diversidade de parceiros. Estes fatores juntamente com a busca pela prevenção do câncer de mama e colo do útero e tratamentos de DST nos mostram o porquê deste perfil. Por último, devemos considerar que historicamente “o homem não adoece, não chora, não sente dor” retardando a procura do sexo masculino pelo serviço de saúde o que acaba por causar, na maior idade, as doenças crônico-degenerativas já instaladas como a hipertensão, diabetes e câncer de próstata.

Entre os indivíduos adultos, houve um predomínio da 4ª década de vida, o que coincide com a explanação anterior de que as mulheres entre os 31 e 40 anos de vida estão dentro do perfil dos usuários desta unidade de saúde: mulheres com

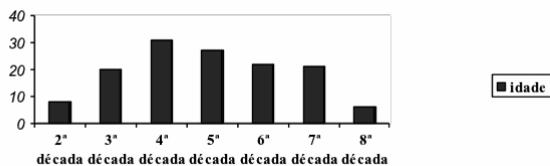


Figura 2. Distribuição dos usuários por idade.

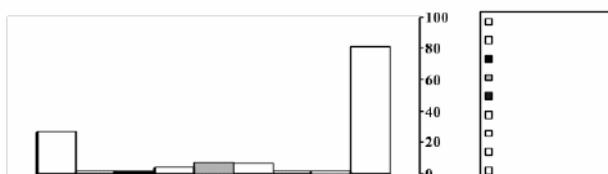


Figura 3. Distribuição dos usuários por ocupação/profissão.

vida sexual ativa, idade reprodutiva e que se preocupam com a prevenção dos cânceres de colo de útero e mama e DST.

Dado o perfil de usuários da nossa série, é compatível o resultado visto de 60% dos casos terem a profissão de doméstica ou dona de casa. Na categoria outros foram enquadradas profissões como ambulantes, autônomos, ascensoristas, balconistas, comerciantes, cabeleireiros, camareiros, estudantes, manicures, motoristas, pedreiros, porteiros, zeladores, vigilantes, dentre outras. A respeito da condição laboral, fica claro a facilidade também que uma dona de casa encontra para freqüentar a Unidade, de forma contrária, o trabalhador que sai de casa todos os dias para enfrentar a jornada de

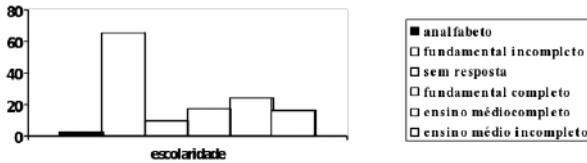


Figura 4. Distribuição dos usuários por escolaridade.

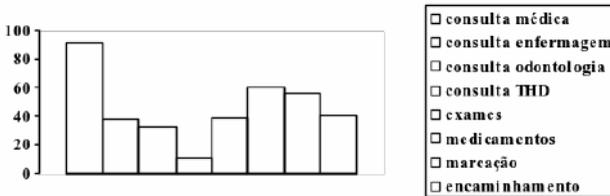


Figura 5. Distribuição das motivações de procura à USF.

trabalho nem sempre dispõe de tempo para cuidar da saúde.

A maioria dos entrevistados (50%) afirmou ter o ensino fundamental incompleto. Chamou-nos a atenção o fato de 9 usuários se negarem a responder esta pergunta, curiosamente, todos os casos eram do sexo masculino. Por outro lado, os únicos casos de analfabetismo foram assumidos por mulheres. De certa forma, parece ser que os homens tem maior dificuldade de assumir publicamente suas deficiências, como se a resultante dos problemas sociais fosse de responsabilidade deles.

A consulta médica ocupa o primeiro lugar dentro das motivações as quais os usuários procuram a unidade de saúde,

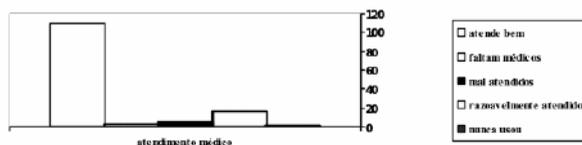


Figura 6. Classificação do atendimento médico pelos usuários.

perfazendo um total de 68%, seguida da busca por medicamentos (44%), o que denota ainda a idéia formada coletivamente como o médico sendo o principal responsável pela saúde do paciente. A busca por medicamentos talvez reflita nos usuários nossa cultura acadêmica ainda embasada numa terapêutica medicamentosa, em que é mais fácil utilizar um fármaco do que participar de oficinas e grupos de discussão acerca das doenças.

A resposta “atende bem” foi escolhida por 79% de população estudada. Na categoria “razoavelmente atendido”, os entrevistados argumentaram que havia diferença na cordialidade do atendimento em função da consulta. Alguns dias se sentiram bem atendidas e outros dias não. O fato de não haver médicos em número suficiente foi apontado como um dos fatores pelos quais os usuários se sentem “mal atendidos” em relação ao atendimento médico. Neste item, talvez exista a idealização do usuário quanto a figura do médico, sendo considerado o verdadeiro protetor e guardião da possibilidade de cura, não sendo aceito pela população a idéia do médico como um profissional igual aos demais.

A maioria dos usuários (49%) considera o atendimento

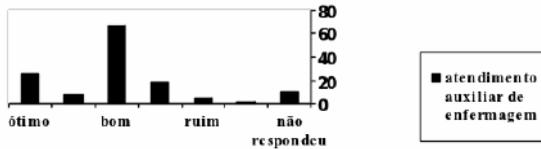


Figura 7. Classificação do atendimento do pessoal auxiliar de enfermagem pelos usuários.

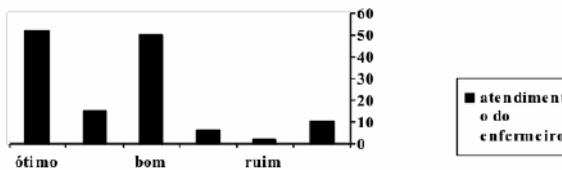


Figura 8. Classificação do atendimento da enfermagem pelos usuários.

dispensado pelos profissionais técnicos de enfermagem como bom. Há queixas no sentido de não haver condições de marcar consulta e ainda a razão de 10 entrevistados não terem respondido ao quesito se deve ao fato de nunca terem utilizado este serviço, o que pode representar o universo de homens que participaram da consulta.

O atendimento da enfermagem foi considerado ótimo e muito bom para 49% dos entrevistados. À exemplo do que aconteceu respectivamente com o atendimento do pessoal técnico em enfermagem, 10 entrevistados não responderam

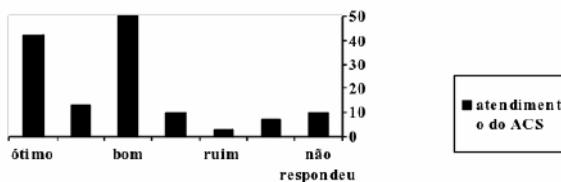


Figura 9. Classificação do atendimento do ACS pelos usuários.

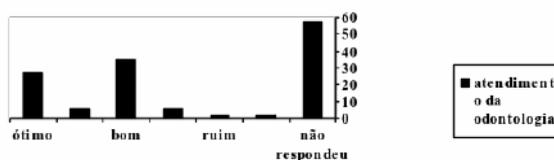


Figura 10. Classificação do atendimento da odontologia pelos usuários.

ao quesito pelo mesmo motivo anterior.

38% dos usuários julgou que o atendimento do Agente Comunitário de Saúde é bom. Entretanto em 12 casos, os ACS foram considerados ruim/péssimo e os motivos que levaram a esta constatação foram apontados como o fato de não visitar, não atender bem a população e “mal educação” nas visitas.

A respeito do atendimento pelo cirurgião-dentista, 42% resolveu não opinar pelo fato de não haver utilizado o serviço. Chama-nos a atenção em uma região onde a demanda pelo atendimento odontológico é uma constante, que mais da metade dos usuários nunca tenha utilizado tal serviço, tal-

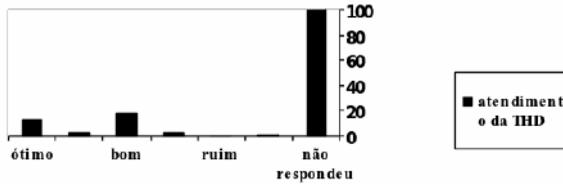


Figura 11. Classificação do atendimento da Técnica em Higiene Bucal pelos usuários.

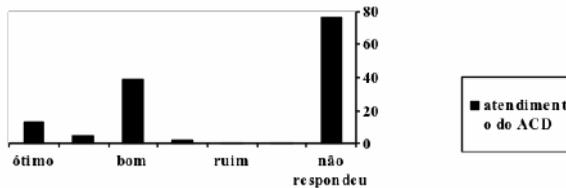


Figura 12. Classificação do atendimento da Auxiliar de Cirurgia Dentista pelos usuários.

vez possamos inferir que exista ainda dificuldades de acesso ao tratamento odontológico, seja pelo pouco número de profissionais na rede, seja por problemas culturais dos próprios pacientes. A situação é ainda pior quando se trata do mesmos critérios de avaliação para o Técnico de Higiene Dental (THD), o qual teve 74% de usuários que desconhecem este profissional e para o Auxiliar de Cirurgião Dentista, que alcançou a cifra de 56%.

Conclusões

A partir destes dados coletados nas entrevistas, podemos inferir que a maioria dos usuários que procuram a Unidade de Saúde da Família de Mangueira I são mulheres e que esta correspondência tem relação com o fato de que as mulheres se preocupam com o processo saúde-doença em idade mais precoce do que os homens e ainda que tem mais oportunidade de freqüentar a Unidade dado a sua situação laboral. A maioria é dona de casa.

Um dos fatores que leva o usuário a classificar o atendimento da USF como insatisfatório se deve ao fato do número reduzido de profissionais de saúde para atender a toda comunidade.

O médico ainda é visto, pelo usuário, como o profissional mais responsável pela sua saúde e sucesso de seu tratamento.

A equipe de saúde bucal não consegue atender toda a comunidade no seu aspecto mais abrangente. A maioria dos indivíduos entrevistados nunca usou o serviço.

Referências

1. DESLANDES, Suely Ferreira, **Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde**, Cad. Saúde Pública vol.13 n.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 1997, Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?pid=s0102311x1997000100020&script=sci_arttext&tln=ptpt
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para**

a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde; 1997.

3. _____, **Atenção Básica e a Saúde da Família-Equipe de Saúde**, Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php>, Acessado em 10/10/2009.
4. NETTO, José Paulo e BRAZ, Marcelo, **Economia Política - uma introdução crítica**, 2^o edição, São Paulo, Cortez, 2007.
5. RICHARDSON, Roberto Jarry e WAINWRIGHT, David, **A pesquisa qualitativa crítica e válida**, Extraído de Richardson, Roberto (Org). Pesquisa Social. Capítulo 6. São Paulo: Ed. Atlas, 3^a Ed. 1999, Disponível em http://www.unitins.br/e-learning/arquivos/salavirtual/documento/633244090407417294_pesquisa_qualitativa.doc, Acessado em 06/10/2009.
6. SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva, **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família**, Cad.Saúde Pública, vol.20,no.6 ,Rio de Janeiro Nov./Dec. , 2004, Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2004000600005&script=sci_arttext&tlng=ES
7. SILVA, Cristiane de Mesquita e RONZANI, Telmo Mota Ronzani, **O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários**, Ciênc. saúde coletiva vol.13 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2008, Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100007, Acessado em 10/10/2009.

Perfil dos idosos hipertensos da Unidade de Saúde da Família do Bongi / Boa Ideia, Recife – PE

André Amilcar Fonseca PEREIRA JUNIOR

Alamisne Gomes da SILVA

Anne Evely Oliveira SIQUEIRA

Juliana Pina ZÓZIMO

Natália Freire da SILVA

Kildery Eduardo Tenório FERREIRA

Leila Bastos LEAL

Os problemas de saúde da população idosa, assim como a procura por atendimento em serviços de saúde aumentam com a idade, sobretudo nas últimas décadas de vida. Em sociedades mais envelhecidas e/ou em rápido processo de envelhecimento, como é o caso do Brasil, faz-se necessário conhecer as tendências em saúde da população idosa. O monitoramento, a vigilância das condições de saúde e seus determinantes têm o objetivo de detectar mudanças ao longo do tempo para subsidiar políticas sociais (LIMA-COSTA, et al 2007). Por conseguinte, vem se tornando essencial traçar um perfil social, econômico e cultural dos idosos da área na

qual se pretende atuar através dessas políticas.

Especificamente, as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares são as primeiras causas de morbimortalidade entre idosos, sendo o aumento da idade, o principal fator de risco (XAVIER, et al 2008). A importância das doenças do aparelho circulatório no perfil epidemiológico da população brasileira, a partir da década de 60, tem proporcionado a construção de documentos oficiais visando subsidiar a programação e implementação de atividades sistemáticas, com a finalidade de melhorar a saúde cardiovascular dos indivíduos. Nesse sentido, evidencia-se o controle da hipertensão arterial como importante condição para se evitar ocorrência dos agravos dessa natureza (SOUSA, et al 2006).

Na Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (NOAS/SUS), as ações estratégicas mínimas de responsabilidade dos municípios a serem desenvolvidas são: diagnóstico dos casos e cadastramento de portadores com Hipertensão arterial sistêmica (HAS), busca ativa, tratamento e ações educativas (SOUSA, 2006). Para se efetivar o controle da hipertensão através do nível primário da atenção à saúde, é necessário identificar fatores sociais, demográficos e culturais que possam contribuir para o surgimento e manutenção da HAS de acordo com a realidade local.

Diante disto, este trabalho traçou um perfil demográfico dos idosos hipertensos da Unidade de Saúde de Família (USF) Bongi Boa Idéia, possibilitando a busca por dados compreensíveis às características destes, possibilitando soluções multidisciplinares para controle e prevenção da hipertensão.

Os dados analisados foram obtidos a partir de questionários padronizados respondidos por 100 idosos cadastrados na

USF do Bongi/ Boa Idéia, do Distrito Sanitário V. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo Corte Transversal descritivo onde todas as medições serão feitas num único momento.

No universo dos 100 idosos hipertensos estudados, 56% são do sexo masculino e 44% são do sexo feminino. Na análise destes idosos observa-se que 39% são viúvos, 36% são casados.

Quanto às características socioculturais foi identificado que 69% moram acompanhados por 2 a 4 pessoas em sua residência e em relação à escolaridade, foi encontrado 32% de analfabetos, 50% com ensino fundamental incompleto. Esses percentuais mostram o grande número de pessoas com pouco ou nenhum grau de escolaridade, pois o analfabetismo no idoso representa uma realidade nos países em desenvolvimento, como, por exemplo, o Brasil (DAVIM, et al., 2004). Considerar o aspecto educacional desta população é importante em políticas de ação educativa, porque é preciso que as medidas previstas sejam adequadas à linguagem e os conteúdos ao perfil da população. Além disso, a literatura mostra que há uma relação entre analfabetismo e risco para doenças crônicas (RAMOS, 2003 *apud* BANHATO; et al., 2008).

Em relação à análise dos rendimentos financeiros, observa-se que 85% dos idosos recebem entre 1 e 2 salários mínimos. Existe uma certa endogeneidade na equação de rendimentos dos indivíduos, ou seja, um pior rendimento gera uma saúde mais precária, e uma pior saúde, um menor rendimento. É nesse sentido que políticas de provisão de saúde pública são políticas de combate à pobreza e à desigualdade (NERI, e SOARES, 2002).

Na análise dos hábitos de vida, 94% dos entrevistados não

fumam e 91% não consomem bebidas alcoólicas. Cabe salientar, entretanto, que as menores exposições aqui mencionadas não significam necessidade menor de investimento em mudanças de hábitos entre idosos. As atividades físicas constituem um bom exemplo dessa situação. Em contrapartida com os hábitos anteriores dentre os pesquisados 74% não praticam atividades físicas. A importância desta se deve ao fato que os idosos estão sob maior risco de desenvolver problemas de saúde que a atividade física é capaz de prevenir, tais como obesidade, hipertensão, diabetes, osteoporose, acidente vascular cerebral, depressão, câncer de cólon e morte prematura. (LIMA-COSTA MF et al 2004).

Referente à religiosidade, 98% dos idosos possuem uma religião, sendo a maioria católica. A religiosidade parece aumentar com o envelhecimento. A maturidade, a experiência, os problemas da vida e a maior disponibilidade de tempo conduzem para uma maior aproximação com a espiritualidade. Este fenômeno deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde no atendimento à população idosa (VALENTE, 2001).

Quanto ao lazer, 39% declararam não ter atividade de lazer, 48% possuem uma atividade de lazer e 13% têm duas ou mais atividades de lazer. A elaboração de respostas adaptativas, como realização de atividades ocupacionais e de lazer, frente à terapêutica da hipertensão, é imprescindível para a manutenção de um envelhecer bem sucedido (OLIVEIRA, 2002).

Pertinente à HAS, 97% utilizam terapia medicamentosa, a maioria fazendo uso regular da medicação em horários como prescritos e 83% entendem que o tratamento medicamentoso

não cura a doença, apenas a controla. Dessa forma, os pacientes devem ser educados em relação à doença durante as consultas médicas e, sempre que possível, em grupos com assistência multiprofissional (MIRANDA et al, 2002).

Um grande desafio para as Equipes de Saúde da Família do Bongi / Boa Idéia será cuidar da população de idosos hipertensos. Nesta pesquisa, a população de idosos hipertensos estudada apresentou predominância do sexo masculino, baixos níveis de escolaridade, baixo poder aquisitivo, maior número de viúvos, assim como de sedentários e baixa atividade de lazer; sendo estes fatores considerados importantes para os cuidados com a saúde.

A Política Nacional do Idoso assegura os direitos da população idosa no Brasil. No entanto, até agora, a definição de um sistema de apoio às famílias e das responsabilidades das instâncias de cuidados formais e informais para com o idoso, na prática não acontece. O sistema de saúde pública e privada não está preparado para atender a demanda de idosos que cresce a cada dia.

O Programa de Saúde da Família (PSF), por sua vez, pode ser uma estratégia positiva em face destes desafios, uma vez que uma de suas prioridades é a atenção à saúde do idoso. A participação de uma equipe multiprofissionais na rede de atenção básica de saúde deve estabelecer uma interação com a família, com a finalidade de oferecer tratamento, orientações direcionadas e adequadas ao idoso incluindo medidas preventivas para evitar a dependência precoce e o surgimento de doenças.

A constituição de uma verdadeira equipe multiprofissional, integrada, coesa tem condições de exercer uma atividade

bastante profícua em prol dos pacientes. Este tipo de estrutura pode ser utilizado para vários tipos de atendimento e, indubitavelmente, traz ao idoso uma visão mais ampla do problema, lhes proporcionado conhecimento e motivação para superá-los, evitando a dependência precoce e o surgimento de doenças (Jardim, 1996).

Referências

1. ARAÚJO, M. A. S.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVA, L. B.; BACHION, M. M. **Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia - GO.** Revista da UFG, Vol. 5, No. 2, dez 2003. on line (www.proec.ufg.br).
2. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(5):1543-1551, 2008.
3. IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 de mai. 2011.
4. JARDIM, P. C. B. V.; SOUSA, A. L. L.; MONEGO, E. T. Atendimento multiprofissional ao hipertenso. **Medicina**, Ribeirão Preto, 29: 232-238, abr./set. 1996.
5. LIMA-COSTA M. F.; et al 2007. **Tendências nas condições de saúde e uso de**
6. **serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003).** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (10):2467-2478, out, 2007.
7. OLIVEIRA, T. C.; ARAUJO, T. L.; **Mecanismos desenvolvidos por idosos para enfrentar a hipertensão arterial.** Rev Esc Enferm USP 2002; 36(3): 276-81.

8. SARTI, C. A.; 1996. **A família como espelho**. Um estudo sobre a moral dos pobres, São Paulo, Autores Associados.
9. SOUSA, L. B.; et al 2006. **Hipertensão Arterial e Saúde da Família: Atenção aos Portadores em Município de Pequeno Porte na Região Sul do Brasil**. Arq Bras Cardiol 2006; 87: 496-503.
10. VALENTE, M. M.; **A percepção pelo profissional de saúde na assistência ao idoso e caracterização de sua atuação na área**. 2001. Monografia (Especialização em Gerontologia e Saúde do Idoso) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.
11. XAVIER, A. J.; et al 2008. **Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007**. Ciência & Saúde Coletiva, 13(5):1543-1551, 2008.

Avaliação do acolhimento da Unidade de Saúde da Família Sítio do Cardoso – Madalena – Recife – PE

Leila Elisabeth Herculano LINS
Gercimar Cavalcanti França ARRUDA
Vera Lúcia de Moura SENA FILHA
Milton Duque MARQUES
Ana Carolina de Moraes T. V. DANTAS
Thiago de Amorim CARVALHO
Jadiel Luis da SILVA
Jailma Santos MONTEIRO

Introdução

Segundo Ayres (2006), Acolhimento significa acolher e dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O Acolhimento atualmente é o aspecto essencial da política da humanização, é a escuta qualificada dada a todo usuário que procure a Unidade Básica de Saúde (UBS).

Ao chegar à UBS, o paciente será recebido pelo profissio-

nal de saúde e este se responsabilizará por ele, ou seja, oferecerá ao paciente a oportunidade de ouvir suas queixas como também permitirá que ele expresse suas preocupações e angústias. Essa escuta permite que o profissional crie uma construção de vínculo, isto é, deposite no paciente uma esperança que o ajudará na resolução das suas dificuldades (CAMELO, 2000).

Desse modo, conforme Ayres et. al (2006), o Acolhimento está relacionado aos direitos éticos e morais, então se precisa de uma Ética Planetária e Humanitária para garantir que, a partir do acesso do usuário à UBS, ele seja acolhido com dignidade para garantirmos uma inclusão social com a escuta clínica humanizada e solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania e do direito cívico.

Nos países latino-americanos, entre as décadas de 60 e 70, sugeriu-se afirmar o processo saúde-doença como processo social, destacando que as formas de produção e reprodução social influenciavam-no quão intensamente às determinações biológicas. Deste modo, sob o marco teórico do materialismo histórico, a doença passou a ser analisada também sob o aspecto histórico-estrutural, cujo interesse se volta para a compreensão do adoecimento a partir do que é vivenciado pelos sujeitos. Logo, foi dada ênfase à influência de elementos como classe social, sexo, raça, migração, educação, ambiente de trabalho, crenças, atitudes e representações sociais (CUNHA, 2000).

Sob esse panorama nasce, nos anos 70, a Saúde Coletiva brasileira, como uma crítica ao modelo de saúde pública tradicional, o qual apontava para uma postura higienista/autoritária e caracterizava-se por ações coletivas de

saúde que visavam o controle da ordem econômica e social (CARVALHO, 2002).

Apesar da influência gerada pelas diversas abordagens sociais, ainda hoje se conserva o paradigma biológico como modelo explicativo hegemônico do processo saúde-doença, o qual se firmou na medicina ocidental contemporânea. Os profissionais de saúde ainda atuam conforme uma racionalidade que condiciona um determinado modo de atuação, o qual privilegia práticas curativas com centralidade na remissão dos sintomas e tem como premissa a objetivação do sujeito, cujo desdobramento é o processo de expropriação da dimensão sociocultural, da subjetividade e das possibilidades de expressão humana na relação entre usuários e profissionais de saúde (FIGUEIREDO & FURLAN, 2008).

Atualmente, na tradição da Saúde Pública e Coletiva, ainda os profissionais se encontram sem arcabouço para lidar com as dimensões sociais e subjetivas do indivíduo doente. Desse modo, para compreender e atuar com a diversidade de relações que estão presentes no processo saúde-doença, é necessário que a Saúde Coletiva se abra para o diálogo com as questões relativas ao contexto histórico-cultural, às condições sociais e às dimensões subjetivas dos sujeitos e coletivos (FIGUEIREDO & FURLAN, 2008).

O presente estudo, ao identificar as demandas que surgem durante o Acolhimento, abarcará as fragilidades subjetivas e das redes sociais, para além dos riscos biológicos, a fim de ampliar o repertório de ações e potencializar a capacidade dos profissionais de saúde da USF Sítio do Cardoso para lidar com os diversos fatores que interferem no processo saúde-doença dos usuários, a partir da escuta e atenção dife-

renciada.

Diante do exposto, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar a satisfação do usuário da USF Sítio do Cardoso em relação ao Acolhimento implantado na referida unidade de saúde.

Metodologia

O referente estudo é descritivo, de corte transversal. Os dados foram coletados na Unidade de Saúde da Família Sítio do Cardoso (Distrito Sanitário IV), situada em Recife-PE. A coleta de dados foi realizada entre março e junho de 2010 depois que o pré-projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), sob o número 367/09.

Participaram do estudo 300 usuários que compareceram espontaneamente a USF, com idade a partir de dezoito anos e que aceitarem participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi utilizado um questionário dirigido para avaliar o objetivo da pesquisa.

O questionário (ANEXO) conteve itens relativos à: opinião do usuário quanto ao acolhimento; conduta adotada, motivo e resolutividade da demanda por parte dos usuários; características sócio-demográficas da amostra. Ele foi aplicado pelos pesquisadores (estudantes do PET-Saúde UFPE) aos usuários, os quais foram abordados após o Acolhimento.

Os dados foram tabulados e analisados com a planilha Microsoft Excel[®] e o adicional estatístico EZAnalyze na versão 3.0 (Poyton, 2007) para serem apresentados através de tabelas

e gráficos. As características da amostra foram expressas em frequência e percentagem. O tamanho da amostra foi determinado com o objetivo de estimar as prevalências dos dados obtidos com nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%. Na ausência de informações prévias sobre essa prevalência, utilizou-se para o cálculo da amostra a fórmula conservadora na qual se supõe que o valor esperado da prevalência é 50%, diante disso se obteve o tamanho da amostra de 272. E para compensar possíveis perdas foi excedido o tamanho da amostra para 300 participantes.

Resultados e discussão

Os dados da Tabela 3 revelaram que a faixa etária de maior prevalência nesse estudo foi entre 20 e 29 anos de idade (21%), enquanto que os idosos (pessoas acima dos 60 anos) corresponderam a uma pequena percentagem da amostra. Uma das hipóteses da população idosa ter sido a menos freqüente na pesquisa, é que conforme Lima-Costa et. al. (2003), esse público na sua maior parte sofre de doenças crônicas ou são acamados e, portanto, tem seu atendimento garantido em consultas agendadas ou são acompanhados pelas visitas domiciliares. Já os usuários entre 20 e 29 anos têm demandas diferentes das do idoso, visto que suas necessidades de saúde são pontuais (quadros agudos que não requerem atendimento emergencial, solicitação de exames de rotina, entre outros) e podem ser resolvidas no próprio Acolhimento.

A grande maioria dos participantes do Acolhimento foram do sexo feminino (85%), como mostra o Figura 13, o qual corrobora com diversas pesquisas que mostram uma maior

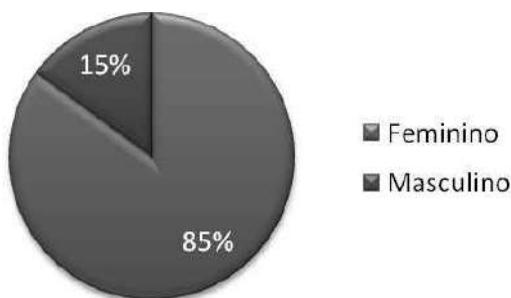


Figura 13. Percentagem de homens e mulheres do acolhimento

procura e demanda das mulheres pelos serviços de saúde em relação ao público masculino, visto que os homens costumam recorrer aos serviços de saúde apenas quando a doença está mais avançada e, assim, precisam de assistência especializada, em vez de serem atendidos na UBS, perto de sua casa, principalmente por conta de barreiras sócio-culturais e institucionais que influenciam no seu autocuidado (ÁVILA, 2003; BEMFAM, 1992; GOMES ET AL, 2007; NASCIMENTO & GOMES, 2008).

Verificou-se na Tabela 3, que mais da metade da amostra (58,5%) declarou ser parda. Segundo os dados do PNAD, 91 milhões de pessoas (49,4%) se declararam de cor/raça parda ou preta, o que corresponde praticamente à metade da população do país. Destes, 35,8 milhões residem na Região Nordeste (IBGE, 2005). Esses dados nos chamam atenção para a relevância de temas de saúde que afetam a população afro-descendente no Brasil.

Os dados relativos à escolaridade (Tabela 3) mostraram

que 53% da população não concluíram o ensino fundamental, o que pode estar associado ao nível sócio-econômico da comunidade Sítio do Cardoso, cujas classes sociais predominantes são C (63%) e D (30%) de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (LINS, 2011).

Em relação ao estado civil (Tabela 3), a maioria dos participantes da pesquisa era pessoas solteiras (52,5%) e quanto à ocupação (Tabela 4), a grande parte era “do lar” (37,5%), cujo resultado pode também ser referente ao fato que 85% da amostra foi composta por mulheres.

Também se observou, de acordo com a Tabela 4, que 64% das pessoas referiram não ter doenças crônicas, mas há uma parcela significativa de hipertensos, que corresponde a 20,5% dos participantes da pesquisa. O percentual de hipertensão arterial encontrado nesse estudo pode estar relacionado com as características da amostra, pois a hipertensão arterial é mais prevalente em mulheres, em indivíduos com desfavoráveis condições sócio-econômicas e com baixa escolaridade. A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças com origens cardiovasculares, caracterizando-se como uma das causas da redução da qualidade e expectativa de vida de grande parte dos brasileiros (BRASIL, 2002).

Conforme a Tabela 5, grande parte dos usuários (54%) foi atendida por consulta médica (conduta adotada) e 58% foram à USF em busca de um atendimento médico (motivo da demanda). Esses dados podem evidenciar que, segundo Luz (1993), a população ainda costuma atribuir a figura do médico como detentora da resolutividade dos problemas de saúde, o que reforça o modelo clínico e a “medicalização” dos serviços

	Frequência	%
Faixa etária (anos)		
18-20	16	8
20-29	42	21
30-39	27	14
40-49	33	17
50-59	34	17
60-69	12	6
70-79	8	4
80 ou mais	2	1
Sexo		
Feminino	170	85
Masculino	30	15
Raça		
Pardo	117	58,5
Preto	56	28,5
Branco	26	13
Escolaridade		
Fundamental incompleto	106	53
Fundamental completo	32	16
Médio incompleto	23	11,5
Médio completo	22	11
Superior completo	3	1,5
Nenhuma	14	7
Estado Civil		
Solteiro	105	52,5
Casado	54	27
Viúvo	22	11
Estável	19	9,5

Tabela 3. Características sócio-demográficas da amostra. Recife, 2011.

	Frequência	%
Ocupação		
Do lar	75	37,5
Empregado	52	26
Aposentado	30	15
Estudante	23	11,5
Desempregado	13	6,5
Biscateiro	7	3,5
Doença Crônica		
Não apresenta	128	64
H.A	41	20,5
DM	10	5
Outros	9	4,5
H.A/DM	4	2
HS	3	1,5
HS/DM	2	1
H.A/DM/O	1	0,5
H.A/DMT	1	0,5
H.A/DF	1	0,5

Tabela 4. Ocupação e Doenças crônicas. Recife, 2011.

	Frequência	%
Motivo da demanda		
Consulta médica	116	58
Consulta enfermagem	68	34
Solicitação de Exames	13	6,5
Outros	3	1,5
Conduta adotada		
Consulta médica	108	54
Consulta enfermagem	54	27
Solicitação de Exames	36	18
Outros	2	1
Resolutividade da demanda		
Totalmente atendida	164	82
Parcialmente atendida	29	14,5
Não atendida	7	3,5

Tabela 5. Distribuição por motivo da demanda, conduta adotada e resolutividade. Recife, 2011.

de saúde.

Quanto à resolutividade da demanda (Tabela 5), uma grande percentagem de usuários (82%) tiveram sua demanda totalmente atendida, o que mostra que houve uma capacidade resolutiva da USF para atender a grande variedade de demandas recebidas.

A Tabela 6 mostra que a maioria dos usuários (92%) respondeu preferir os serviços da USF com o Acolhimento implantado, corroborando com o estudo de Medeiros et al. (2010), em que 79,2 % dos participantes consideram o Acolhimento satisfatório, pois resolvem lá mesmo os seus problemas e apenas 20,8 % acharam que o Acolhimento deixou a desejar. Em relação à satisfação com o acolhimento, eles classificaram o acolhimento como bom (58,5%) e somente 2,5% o consideraram ruim. A pesquisa de Medeiros et al. (2010)

	Frequência	%
Preferência do serviço		
Com acolhimento	184	92
Sem acolhimento	8	4
Não opinou	8	4
Satisfação com Acolhimento		
Bom	117	58,5
Ótimo	61	30,5
Não opinou	9	4,7
Regular	8	4
Ruim	5	2,5

Tabela 6. Opinião do usuário quanto ao acolhimento. Recife, 2011.

também reforça, pois 88,6% dos usuários classificaram como ótimo ou bom o serviço com o Acolhimento, 7,5% como ruim e 3,8% como péssimo.

Em pesquisa realizada para avaliar a satisfação dos clientes com os serviços das Unidades Básicas de Saúde, a maior parte dos usuários estavam insatisfeitos com os serviços prestados, visto que relataram a espera prolongada para solicitar exames ou pedir encaminhamentos e a falta de priorização de casos graves. Daí a importância do Acolhimento em toda UBS, pois ele traz uma atenção indispensável à relação entre usuário e profissional, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas e a identificação das necessidades dos usuários (CAMELO ET. AL., 2000).

Considerações finais

Os resultados dessa pesquisa reforçam a reflexão acerca de que estar preparado para absorver e atender a demanda da população é uma tarefa difícil. Tal fato deve-se à variedade de necessidades biopsicossociais que requerem a atenção primária. Entretanto, o estabelecimento de uma escuta qualificada e comprometida oferece uma maior efetividade e resolutividade das necessidades da população.

Pesquisar acerca da satisfação dos usuários a respeito do Acolhimento é uma tarefa fundamental, uma vez que essa compreensão pode subsidiar uma avaliação do desempenho da equipe de saúde sob a perspectiva do usuário, ao indicar decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham a colaborar para a melhoria da qualidade do serviço.

Assim, ao falar em resolutividade do serviço, é preciso buscar soluções para os problemas relatados pelos usuários, seja na própria USF ou através do encaminhamento a outros serviços. Nesse sentido observou-se, durante a realização dessa pesquisa, diversos pontos positivos em relação à implantação do Acolhimento, o que é um resultado favorável e gratificante para os profissionais e usuários, ao considerar que esse estudo trouxe aspectos que podem ajudar na melhoria da qualidade do serviço de saúde.

Referências

1. ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.465-469, 2003.

2. AYRES, R. C. V.; et al. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. *O Mundo da Saúde. São Paulo*, v. 30, n. 2, p. 306-311, abr/jun, 2006.
3. BEMFAM. *Pesquisa Nacional Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem*. 1989-1990. Rio de Janeiro, 1992.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia para o controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília, 2002 [Cadernos de Atenção Básica].
5. CAMELO S. H. H.; ANGERAMI E. L. S.; SILVA E. M.; MISHIMA S. M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. *Revista latino-americana de enfermagem*. v.8, n.4, p. 30-37, 2000.
6. CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. In: Figueiredo, M. D.; Furlan, P. G., *O subjetivo e o sociocultural na produção de saúde e autonomia*. São Paulo: Hucitec, Cap. 6, p. 154-177, 2008.
7. CARVALHO, S. R. *Saúde coletiva em promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança*. Doutorado. FCM/Unicamp, Campinas, 2002.
8. CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
9. GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.
10. IBGE. *Diretoria de Geociências. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, 2005*. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhorendimen>. Acesso em: 26 de março de 2011

11. LIMA-COSTA M. F.; BARRETO S. M.; GIATTI L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 35-43, 2003.
12. LINS, L.H. *Transtornos Depressivos em Escolares de uma Comunidade da Cidade do Recife*. Tese (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Neurociências, UFPE, Recife, 2011.
13. LUZ, M. T. *Racionalidades médicas e a terapêutica alternativa*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993 (Série Estudos em Saúde Coletiva n.62).
14. MEDEIROS, F. A.; ARAÚJO-SOUZA, C. A.; ALBUQUERQUE-BARBOSA, A. A.; CLARA-COSTA, I. C. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Revista salud pública*, v.12, n. 3, p. 402-413, jun, 2010.
15. NASCIMENTO, E. F.; GOMES, R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 56-64, 2008.
16. POYNTON, T. A. *EZAnalyse (versão 3.0)*. Disponível em: <http://www.enalyze.com>. Acesso em: 14 de janeiro de 2011.

Anexo

Instrumento de Avaliação

1. Nome: (campo não obrigatório)
2. Data de nascimento:
3. Idade:
4. Sexo:
 - (a) Masculino
 - (b) Feminino
5. Raça/Cor:
 - (a) Parda
 - (b) Branca
 - (c) Preta
 - (d) Amarela
 - (e) Indígena
6. Escolaridade:
 - (a) Nenhuma
 - (b) Fundamental Incompleto
 - (c) Fundamental Completo
 - (d) Médio Incompleto
 - (e) Médio Completo

(f) Superior Incompleto

(g) Superior Completo

7. Estado Civil/União:

(a) Casado

(b) Estável

(c) Solteiro

(d) Viúvo

8. Ocupação:

(a) Estudante

(b) Do lar

(c) Biscateiro

(d) Empregado

(e) Desempregado

(f) Aposentado

9. Doença Crônica:

(a) Não apresenta

(b) SIM

i. HAS

ii. DM

iii. Outros

iv. H.A/DM

v. HS

- vi. HS/DM
- vii. H.A/DM/O
- viii. H.A/DMT
- ix. H.A/DF

10. Motivo da demanda ao serviço:

- (a) Consulta médica
- (b) Consulta de enfermagem
- (c) Solicitação de Exames
- (d) Outro

11. Conduta adotada:

- (a) Consulta medica
- (b) Consulta de enfermagem
- (c) Solicitação de Exame
- (d) Outro

12. Resolutividade da demanda

- (a) Totalmente atendida
- (b) Parcialmente atendida
- (c) Não atendida

13. Preferência do serviço

- (a) Com acolhimento
- (b) Sem acolhimento

(c) Não opinou

14. Satisfação com o acolhimento

- (a) Ruim
- (b) Regular
- (c) Bom
- (d) Ótimo
- (e) opinou

O vínculo na avaliação de risco e vulnerabilidade familiar: Estratégia de reorganização do processo de trabalho na Unidade de Saúde da Família Cosme e Damião, Recife, PE

Letícia Aiko SAWADA
Caroline Vieira de LUCENA
Emanuela Pereira da SILVA
Maria Alice Maciel TABOSA
Maria Clara CAVALCANTI
Pablo Emanuel Lisboa de OLIVEIRA
Hilton Justino da SILVA

Introdução

Não há como negar o avanço que significou a concepção do SUS na história da saúde pública do Brasil, que a partir de então passou a constituir direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Decorridos vinte e um anos, observa-se uma ampliação lenta, mas progressiva do acesso aos serviços de saúde; não obstante, ainda há muito a construir, na perspec-

tiva de garantir de maneira efetiva a defesa da vida, individual e coletiva. Uma série de obstáculos continua a fazer parte do cotidiano da saúde brasileira: o clientelismo político, o favoritismo, o baixo financiamento, as condições precárias de atendimento, a presença de diversas formas de discriminação nas unidades, as obsoletas maneiras de gestar e gerir o sistema, a desvalorização do profissional de saúde (demonstrada a partir das difíceis condições de trabalho, baixa remuneração e desconsideração das necessidades de educação permanente), depreciação do serviço público, entre incontáveis outros (PAIM, 2009; CEBES, 2009).

Em 1994, surge o Programa de Saúde da Família (PSF), concebido como modelo de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e tentativa de reorientar a prática assistencial tradicional, centrada na doença, na figura do médico e no hospital, propondo um modelo de assistência baseado na vigilância à saúde. A abordagem é centrada na família e no ambiente físico e social, promovendo um entendimento ampliado dos determinantes do processo saúde-doença. Atualmente são 29.896 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em 5.241 municípios no país (BRASIL, 2009), números expressivos que se traduzem numa cobertura significativa, porém ainda limitada e ineficaz: equipes de saúde tendo que se responsabilizar por uma população adscrita muito maior que o preconizado pela Estratégia, baixa eficácia e efetividade dos serviços e insatisfação geral por parte dos usuários e dos trabalhadores da saúde. Some-se a isso o fato de os outros níveis de atenção não terem acompanhado na mesma medida a expansão da atenção primária (AP).

O acesso à atenção básica, na maioria dos casos, é desor-

ganizado e baseado na procura espontânea às unidades de Saúde sem correlação com suas especificidades e sua capacidade resolutiva. Essa baixa resolutividade dos serviços pode ser resultado da forma como o trabalho é operacionalizado [...] A burocratização do acesso e a pulverização de tecnologias impedem o usuário, os trabalhadores e os gerentes do sistema a visualização das potencialidades assistenciais instaladas (MARQUES; LIMA, 2004, p. 18).

Tendo em vista o papel estratégico e primordial da AP na organização do sistema de saúde do Brasil, não basta expandir quantitativamente, há também que se (re)qualificar e otimizar a utilização do que já existe.

(...) se não alterarmos o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho: a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade, representado como doença, não basta corrigirmos procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde (MEHRY, 2009, p. 38).

É necessário rever e reorganizar o processo de trabalho na perspectiva de valorização da equipe multidisciplinar e de responsabilização e compromisso para com os usuários e buscar outros modos de operar o trabalho em saúde, construindo uma relação mais solidária entre trabalhadores e entre usuários e trabalhadores. Em suma, refletir e atuar na esfera micropolítica de gestão do trabalho em saúde na tentativa de operar transformações sobre o que está sob sua governabilidade.

A Unidade de Saúde da Família (USF) Cosme e Damião, inaugurada há cinco anos, está situada no Loteamento Cosme e Damião, bairro da Várzea, em Recife, Pernambuco. Sua área adscrita, bastante extensa, faz limite com a Mata Atlântica, o Rio Capibaribe e o município de Camaragibe. Tem equipe única composta por seis agentes comunitárias de saúde (ACS), uma médica, uma cirurgiã-dentista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma assistente de saúde bucal, uma auxiliar de serviços gerais e um auxiliar administrativo. De maneira semelhante à realidade da maioria das equipes, tem sob sua responsabilidade sanitária um número excessivo de pessoas, aproximadamente quatro mil e quinhentas, ou seja, mil pessoas além do máximo por equipe preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). A equipe de Cosme e Damião recebe estudantes de graduação dos cursos de enfermagem, odontologia e medicina das Universidades Federal e Estadual de Pernambuco (UFPE e UPE) nos seus estágios curriculares de Saúde Coletiva e, atualmente, também estudantes dos cursos de Psicologia, Serviço Social, Fonoaudiologia e Farmácia, através do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde - UFPE (PET-SAÚDE).

Há uma demanda que é programada, constituída pelas prioridades previstas pelo Ministério da Saúde para o PSF (gestantes, menores de um ano, hipertensos, diabéticos, tuberculose e hanseníase, prevenção do câncer de colo uterino, acamados), que prevê atendimentos normatizados através de protocolos específicos e monitorados quantitativamente pela gestão municipal. Esta demanda programada ocupa quase a totalidade da agenda dos profissionais da equipe, dificultando muito a garantia do direito constitucional de universa-

lidade do acesso aos que não pertencem a esses “grupos de risco” pré-determinados. Além de extensa – há domicílios que estão a quase dois quilômetros da USF – a área é bastante acidentada. Boa parte não está urbanizada, conservando características rurais, com muitos aclives e declives. Apenas seis das trinta e seis ruas da comunidade são pavimentadas, o que torna o acesso à unidade normalmente difícil e, na época de chuvas, praticamente inviável para muitos usuários. Devido a uma característica histórica da comunidade, há muitos idosos e também acamados com grande demanda por visitas domiciliares.

Considerando esse excessivo número de famílias/pessoas sob responsabilidade da equipe, as características geográficas da área, o perfil biológico da comunidade e a grande demanda programada a ser assistida, como assegurar os princípios de universalidade e equidade da assistência? Durante o ano de 2009, a equipe de saúde de Cosme e Damião deparou-se com situações que deixaram claras várias falhas na organização da atenção que propunha aos usuários e, a partir daí, debruçou-se a pensar sobre a micropolítica do processo de trabalho da equipe e suas repercussões nos processos de saúde e doença na comunidade.

Nesse contexto, a discussão sobre risco e vulnerabilidade familiar já vinha acontecendo de forma embrionária dentro da equipe no momento da chegada do grupo do PET-SAÚDE à Unidade, quando então, em parceria e buscando respaldo teórico, discutiram a necessidade de reorganizar o processo de trabalho para planejar ações que impactassem positivamente sobre a saúde da comunidade. A opção por redefinir prioridades assistenciais desenhou-se na reavaliação do grau

de risco real das famílias através de dados objetivos, biológicos, sócio-econômicos e, principalmente, de dados subjetivos que revelassem também as vulnerabilidades dessas famílias.

Buscando na literatura, são encontrados alguns instrumentos de avaliação de estratificação de risco, originalmente criados para determinação de prioridade de visitas domiciliares, como a escala de Coelho e Savassi (2004), que será utilizada nessa pesquisa. Tal instrumento utiliza os dados objetivos das Fichas A do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), mas não considera as possíveis vulnerabilidades decorrentes da dinâmica e composição dos núcleos familiares, de relacionamentos interpessoais, situações de violência domiciliar e urbana, aspectos ligados à criminalidade, redes assistenciais promotoras de autonomia e responsabilização com a saúde individual e coletiva, entre outras. A identificação desses dados subjetivos só é possível à luz do *vínculo* que se estabelece entre família e equipe, em cuja construção o agente comunitário de saúde (ACS) – membro da equipe, mas, sobretudo, integrante da comunidade – tem papel fundamental.

Objetivos

Os objetivos desse estudo foram de redefinir as prioridades assistenciais a partir da utilização do vínculo na avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias adscritas à Unidade de Saúde da Família Cosme e Damião em Recife, Pernambuco; avaliar a eficácia da escala de Coelho e Savassi na determinação de risco real e vulnerabilidade das famílias; determinar a partir da avaliação subjetiva/vínculo da equipe de saúde, fatores não contemplados na escala citada e que, por ventura,

incrementem ou minimizem o risco e a vulnerabilidade familiar; revisar o processo de trabalho na USF de Cosme e Damião; valorizar o trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde da Equipe.

Procedimentos metodológicos

O presente estudo foi desenvolvido com as famílias residentes na área adscrita à Unidade de Saúde da Família (USF) de Cosme e Damião, Distrito Sanitário IV, Recife, Pernambuco. Foram incluídas na pesquisa 10 famílias de cada micro-área do território de abrangência da Unidade, totalizando 60 famílias. A seleção foi aleatória e realizada pelas seis agentes comunitárias de saúde (10 famílias/ACS) entre as famílias de sua micro-área. Todas as famílias adscritas foram passíveis de seleção. Trata-se de um estudo descritivo, observacional, do tipo transversal.

Como método adotado para a coleta dos dados, cada um dos cinco estudantes pesquisadores analisou 12 famílias selecionadas aleatoriamente (ficha A): 10 de uma determinada micro área e mais 2. Pelo fato de serem cinco pesquisadores para seis micro áreas, uma das agentes de saúde dividiu suas 10 famílias entre os 5 pesquisadores. Feita a distribuição das famílias, em parceria com a ACS da micro-área sob investigação, foi feita a verificação e atualização das Fichas A das famílias sorteadas e em seguida a aplicação da Escala de Coelho & Savassi. Esta escala atribui pontos a 13 itens que constam na Ficha A, considerados como fatores de risco. A partir da somatória dos pontos, cada família recebeu um escore de risco: risco 1- menor, risco 2- moderado ou risco 3- máximo.

Considerando o escore obtido a partir da Escala, as ACS foram questionadas quanto à concordância com o resultado (sim ou não). Nas discordâncias (não), as ACS responderam se acreditam que o risco da família em questão é maior ou menor do que apontado pela Escala e as razões para tal discordância. Desse modo, foram levados em consideração aspectos agravantes ou atenuantes de vulnerabilidade não relacionados na Escala, a partir de uma avaliação subjetiva do real risco de cada família. Não foi considerada, entretanto, a impressão de risco e vulnerabilidade das estudantes pesquisadoras em nenhum momento da coleta dos dados.

A situação de risco e vulnerabilidade inicial das famílias foi avaliada a partir do Escore de Risco de Coelho e Savassi (2004), que considera risco menor (5 ou 6 pontos), risco moderado (7 ou 8 pontos) e risco máximo (9 ou mais pontos). Após a estratificação das famílias, foi calculado o percentual de concordância (% sim) e discordância (% não) das ACS com o resultado. Para as famílias “não” foi relacionados e interpretados os motivos para tal discordância. Finalmente, foi feita a avaliação da eficácia da Escala de Coelho e Savassi na determinação de prioridades assistenciais da área de Cosme e Damião, Recife, Pernambuco.

O projeto foi submetido à aprovação da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho – DGGT da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Recife, bem como à do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Os benefícios que se pretendiam obter com os resultados desta pesquisa, como já descrito no objetivo geral, seriam: a redefinição das prioridades assistenciais a partir da consi-

deração do vínculo família-equipe na determinação do risco e vulnerabilidade, reorientação do processo de trabalho da equipe e um conseqüente impacto positivo sobre os indicadores de saúde da comunidade em questão.

Foram utilizadas somente informações cadastrais das famílias, disponíveis nas Fichas A da USF e no próprio Distrito Sanitário IV de forma anônima, isto é, em nenhum momento será revelada a identidade de qualquer morador da comunidade. Os procedimentos da pesquisa não acarretaram em prejuízo à assistência prestada a estes usuários.

Houve solicitação do consentimento escrito através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado com linguagem de fácil entendimento para as ACS entrevistadas. As ACS não foram identificadas nominalmente na pesquisa e não houve prejuízo pessoal ou profissional para as mesmas, independente da opinião que emitiram, opiniões essas que permanecerão anônimas. Os riscos a que foram expostas as ACS são mínimos e são os riscos decorrentes de sua atividade profissional cotidiana.

Resultados

Na análise dos dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva através de freqüências absolutas e percentuais e foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher quando as condições para a realização do teste Qui-quadrado não foram verificadas. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para a digitação dos dados e obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 15.

	Tabela de classificação de risco	
	%	Escore de Risco
Número de Famílias		
14	23,3%	1
29	48,3%	>1
12	20%	3
5	8,3%	2

Tabela 7. Classificação das famílias estudadas de acordo com o escore de risco.

Fizeram parte do estudo 10 famílias de cada uma das 6 micro áreas da comunidade de Cosme e Damião, escolhidas aleatoriamente, totalizando 60 famílias, ou seja, 5,3% das 1131 famílias que estavam sob a responsabilidade sanitária da equipe de Cosme e Damião à época da pesquisa.

A maior parte das 60 famílias estudadas (43 famílias) apresenta, segundo a escala de Coelho & Savassi, pouco risco, do ponto de vista assistencial. 23,3% (14) foram classificadas como risco 1, considerado como risco menor ou baixo risco e 48,3% das famílias (29) não atingiram sequer pontuação de risco (abaixo de 5 pontos), segundo a Escala de Coelho & Savassi, como mostra o tabela 7. Foram classificadas como risco máximo 20% das famílias (12) e 8,3% (5) como risco moderado.

Na tabela 8 são analisados os dados de concordância e discordância, por parte das ACS, com o escore de risco obtido

	Concordância	Discordância		
	N	%	N	%
Microárea				
1	5	50	5	50
2	9	90	1	10
3	1	10	9	90
4	8	80	2	20
5	8	80	2	20
6	5	50	5	50
TOTAL	36	60	24	40

Tabela 8. Distribuição do nível de concordância e discordância por parte das ACSs segundo microárea.

pela Escala de Coelho & Savassi para sua respectiva micro-área. Destaca-se que os percentuais de concordância variaram de 10% a 90%, sendo menos elevado na micro-área 3 (10%) e mais elevado na micro-área 2 (90%), diferenças estatisticamente significativas, entre as micro-áreas, para a margem de erro considerada ($p < 0,05$). No entanto, a diferença entre concordância (60%) e discordância (40%) com a escala, não foi estatisticamente significativa para o total das 60 famílias estudadas.

Das 24 famílias com as quais houve discordância com o escore de risco obtido, 19 delas (79,2%) teriam risco maior do que o apontado, segundo a opinião da ACS e 5 (20,8%) destas famílias, apresentariam risco menor que o obtido, como pode ser visto na Tabela 9.

A tabela 10 mostra que não há associação significativa entre os diferentes escores de risco e o grau de discordância com

	Nível de Discordância		Aumento do Risco		Diminuição do Risco	
	N	%	N	%	N	%
Microárea						
1	5	20,83	1	4,17	4	16,64
2	1	4,17	0	0,00	1	4,16
3	9	37,50	9	37,52	0	0,00
4	2	8,33	2	8,34	0	0,00
5	2	8,33	2	8,34	0	0,00
6	5	20,83	5	20,84	0	0,00
TOTAL	24	100,00	19	79,20	5	20,80

Tabela 9. Distribuição do nível e tipo de discordância segundo cada microárea contemplada.

cada um deles ($p < 0,05$).

Discussão e considerações finais

Segundo a estratificação de risco de Coelho & Savassi, 71,6% das famílias estudadas apresentam pouco risco (Tabela 7) o que levaria a equipe de Cosme e Damião a redistribuir suas prioridades e reestruturar sua estratégia assistencial, diminuindo a sobrecarga de trabalho imposta pelo elevado número de usuários na população adscrita. Corroboram esta hipótese de baixo risco as próprias características da comunidade. Trata-se de uma área eminentemente residencial, em que grande parte apresenta características rurais, não há áreas de extrema pobreza e os índices de violência são baixos.

Segundo a Tabela 8, para mais que a metade (60%) das famílias estudadas, a escala de Coelho & Savassi indicaria o risco real da família, segundo a opinião geral das ACS. Porém os índices de discordância e concordância não foram estatisti-

	Famílias Analisadas	Discordância		
	N	%	N	%
Risco				
< 1	29	48,33	10	34,48
1	14	23,33	8	57,14
2	5	8,33	1	20,00
3	12	20,00	5	41,60
TOTAL	60	100,00	24	

Tabela 10. Distribuição do nível de discordância segundo escore de risco da escala adotada.

camente diferentes, não permitindo uma conclusão definitiva sobre a utilidade da escala como um instrumento adequado para estratificação de risco na comunidade de Cosme e Damião. A diferença significativa de nível de discordância entre as diferentes ACS (por micro área) sugere que talvez fatores de ordem pessoal possam influenciar nos resultados, sua experiência como comunitária, experiência profissional, seu contato com as famílias, sua própria visão pessoal de risco e vulnerabilidades e até mesmo a personalidade da ACS.

A maior parte da discordância se deu porque a escala de Coelho & Savassi, em geral, subestima o risco real, ou seja, segundo a opinião das ACS, o risco é maior do que o determinado pela escala em 79, 2% das situações de discordância. Os parâmetros da escala não contemplam situações subjetivas, possíveis de serem avaliadas através do vínculo da família com o profissional, como por exemplo: a dinâmica familiar (composição dos núcleos familiares, papel do chefe da

família, situações conjugais, relacionamento entre os moradores), casos de violência doméstica (contra mulheres, homens, idosos, crianças), ter ou não uma rede de apoio social e familiar (apoio e cuidado de outros parentes ou pessoas que não residem no mesmo domicílio, plano de saúde, instituições religiosas, idosos que moram só), portadores de transtornos psiquiátricos com diferentes graus de comprometimento, criminalidade, entre outras situações que só podem ser detectadas a partir da vivência do profissional na comunidade e nas famílias, sobretudo o ACS que é uma pessoa da comunidade. Mesmo aos parâmetros contemplados na escala, cabem ressalvas. Drogadição, ainda que se refira a drogas ilícitas e lícitas, como álcool e fumo, não permite a avaliação de diferentes situações como: ser usuário ou ser traficante, ser alcoolista e estar sob tratamento. Deficiências físicas ou mentais se apresentam com diferentes graus de autonomia/dependência e conseqüente repercussão na estrutura familiar. Analfabetismo não contempla a baixa escolaridade, que em certos casos compromete da mesma forma. Fatores como sedentarismo, educação em saúde, desemprego, automedicação, questões geográficas, psicológicas, indicam que o que se considera hoje como risco e sua classificação não incluem os aspectos sociais, culturais, econômicos, ambientais e subjetivos que cercam o indivíduo.

Estas informações decorrentes do vínculo tiveram influência até mesmo nos casos de concordância com a escala. Famílias em que a ACS apontou situações que aumentariam o risco e outras que minimizariam, resultando ao final no mesmo risco da escala. Por exemplo: Uma residência em que vivem dois idosos acima de 70 anos, um acamado e outro de-

ficiente visual, mas que têm uma filha que mora em outro bairro e os auxilia diariamente, além disso, ambos possuem plano de saúde e outro filho que tem carro e os transporta sempre que necessário, fatores que minimizariam o risco, porém há um sobrinho que reside na casa que trafica drogas e maltrata estes idosos quando está alcoolizado, aumentando o risco.

Dessa forma, essa classificação de risco imprime uma característica superficial na forma de olhar a saúde, deixando de perceber e conceber o que prevê a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, no que diz respeito à saúde o artigo 3º:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Diante do exposto podemos compreender a saúde como um complexo que envolve fatores externos, como questões de ordem ambientais e fatores internos de ordem biológica. Quando esses fatores externos e internos não estão correlacionados para proporcionar uma melhor qualidade de vida aos indivíduos, qualquer desses fatores pode ser caracterizado como fator de risco, porque pode incidir diretamente ou indiretamente no processo de saúde de uma pessoa. Santos (2008:72) sinaliza que “O acesso à saúde está imbricado nas condições objetivas de vida dos usuários. Ressaltando elementos como a localização, questão financeira, educação, hábito cultural e pela disposição de serviços adequados às necessidades da população”.

O ACS aparece como um importante agente promotor da saúde, que a partir do vínculo criado com as famílias, percebe e aponta os possíveis riscos não classificados e a necessidade de uma maior atenção, intervindo no estado saúde-doença das pessoas.

Este estudo aponta a necessidade da construção de um instrumento que contribua para a classificação de risco e vulnerabilidade atendendo a necessidade e a caracterização de cada região, que inclua os aspectos subjetivos possíveis de serem avaliados através do vínculo dos profissionais da equipe de saúde da família com seus usuários.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Números da Saúde da Família**. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php\#numeros>. Acessado em 23 out. 2009.
3. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE – CEBES. Vinte anos do SUS: celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 171-184, jan./abr. 2009.
4. COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Brasil, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

5. MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 25, n. 01, p. 17-25, abr. 2004.
6. MEHRY, E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). **Cadernos do Centro de Ciências da Saúde**, v. 9, p. 38-47. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2009.
7. PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 171-184, jan./abr. 2009.
8. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
9. SANTOS, Andréa Catarina Brandão Batista dos. **Acesso ao TFD na Fundação Hemope**: quais as condições de efetivar o direito à saúde num contexto de crise e negação dos direitos sociais? Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Recife, 2008.

PET-Saúde UFPE: A inserção do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde

Paulo Roberto Cavalcanti CARVALHO
Adolfo Vinicius Andrade MORAES
Bruna Fernanda Alves OLIVEIRA
Dante Araujo Chung YTSAN
Petrus Gantois Massa Dias dos SANTOS
Raphaela Renata Carneiro ANDRADE
Tony Carlos Araújo da PAZ

Introdução

No Sistema Único de Saúde, verificou-se a necessidade de ter uma mudança, na formação de um profissional de saúde, preparado para atuar em equipe, crítico e reflexivo com as novas ações que surgiam nas Unidades de Saúde, nesta visão os Ministérios da Saúde e Educação, promoveram várias iniciativas para aproximar os serviços de Saúde não hospitalares com as Universidades como o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), o PET-Saúde

(Programa de Educação para a Saúde) e etc (BRASIL, 2007).

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), tem como pressuposto a educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação e de pós-graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino (BRASIL, 2009).

O PET-Saúde apresenta como objetivos a possibilidade de ordenar a formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessário em todo o País, de acordo com as características sociais e regionais possibilitando que o Ministério da saúde cumpra seu papel institucional; estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação; desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar; contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde; contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País; sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e

de saúde da população brasileira; induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e fomentar a articulação ensino-serviço-comunidade na área da saúde (GOMES, 2007).

Desta forma a UFPE que vem acompanhando as mudanças na graduação a partir da publicação das Diretrizes Curriculares de seus cursos e dos Projetos e Programas de incentivo às mudanças na formação do Ministério da Saúde, onde o curso de Medicina foi um dos 20 cursos em todo Brasil a participar do PRÓ-MED. Em 2008, este processo se amplia com desdobramento do PRÓ-SAÚDE para todos os cursos da área da saúde, participando neste o Curso de Educação Física da UFPE (ALMEIDA, 2009).

Os problemas decorrentes da vida em sociedade impõem às organizações sociais o desenvolvimento de atividades ligadas à saúde da população e, é neste que o profissional de Educação Física começa a ser inserido. Requerendo que aprofunde seus conceitos sobre as áreas de saúde, que saiba se colocar em uma equipe multidisciplinar e que possa atuar individualmente, ou seja, separadamente do médico e de sua equipe, em algumas atividades.

É fundamental que novas questões sejam tratadas no âmbito da Educação Física e de seus vários campos de atuação, por isso, esta pesquisa interroga esse campo de conhecimento por meio do referencial teórico de atividade física, sexo, corporeidade e motricidade humana. O intuito foi o de analisar criticamente os processos normativos de construção do saber, visando a desnaturalização do que é socialmente construído. Identificando possíveis implicações tanto para as relações so-

ciais quanto para os processos educativos e demais esferas de relações de poder, as quais não raras vezes, se mostram assimétricas (LOURO, 2003).

A Educação Física é um campo de conhecimento e uma prática pedagógica responsável pela produção científica e pela sistematização do conhecimento, bem como pelo acesso, pela prática, pelo ensino e pelo aprendizado do conjunto das manifestações da cultura corporal (esporte, dança, ginástica, jogo, lutas, etc.) que se podem fazer presentes em diferentes espaços de intervenção (escolas, clubes, academias, clínicas de saúde, centros culturais e demais equipamentos de lazer). (BRASILEIRO & MARCASSA, 2008).

A concepção de que somos uma pessoa inteira, um ser físico, social, mental, emocional deverá ser assimilada urgentemente por profissionais, pois não trabalhamos com o corpo-objeto e sim com o corpo-sujeito. O homem, dessa maneira, é uma unidade; ele sente, pensa e age. (RUSSO, 2006).

Isso significa que a educação física é uma ciência em fase de consolidação, onde uma das subáreas são a atividade física e a promoção da saúde (COQUEIRO, NERY & CRUZ, 2006). Pesquisas comprovam que as práticas regulares de atividades físicas orientadas melhoram a qualidade de vida da população, podendo verificar essas relações com o sedentarismo, que é um fator de risco para doenças metabólicas e coronarianas, e o estilo de vida ativo como prevenção, sendo estes uma preocupação mundial para a saúde pública (ACMS, 2003).

É muito recente a prática das atividades corporais relacionadas à promoção da saúde pública, e hoje já podemos perceber esta prática, aplicada no programa de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de ampliar as ações

na atenção básica, apoiando à estratégica de Saúde da Família na rede de serviços, tendo este projeto a visão da inserção de profissionais de diferentes áreas para promover a saúde da população apoiando os Programas de saúde da família (PSF), (SCHIMITH & LIMA, 2004).

Desta forma é de suma importância a inserção do profissional de Educação Física nos Programas de Saúde da Família, pois a população que é atendida não possui condições e conhecimentos sobre a prática de atividade física, muitas vezes realizam sem orientação ou de forma inadequada para seu perfil, adquirindo com isto lesões e não benefícios da prática.

Com base nestas colocações verifica-se a necessidade da inserção do profissional de Educação Física no SUS. O estudo justifica-se em mostrar a importância da atuação deste em promover um estilo de vida saudável através da atividade física, com a finalidade de programar e realizar exercícios físicos dos grupos inseridos nas unidades de saúde, visando o exercício como terapia e como estímulo à adesão ao tratamento pela melhoria da qualidade de vida através da autoestima, consciência corporal, autonomia na vida e em seu processo terapêutico.

O objetivo deste estudo foi Analisar a importância da inserção do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS) e sua implementação do PET-Saúde no Curso de Educação Física da Universidade Federal de Pernambuco.

Metodologia

A presente pesquisa tratou-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa. Esta foi

realizada no Departamento de Educação Física da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) no Curso de Educação Física no Recife/PE.

Coleta de Dados

A população do estudo constituiu-se dos alunos que estavam regularmente matriculados no Curso de Educação Física nos períodos do 5º ao 8º, sendo considerados para critérios de inclusão aqueles alunos que aceitaram a participar do estudo. Foram abordados 100 alunos, sendo 50 do sexo masculino e 50 do sexo feminino, a coleta foi realizada no período da implantação do programa do PET-Saúde UFPE, no presente curso nos meses de abril a junho de 2010, através da aplicação de uma entrevista realizada com um questionário estruturado e com uma escuta qualificada e auxiliada pelos estudantes que ingressaram no programa através de uma seleção.

Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada no tratamento estatístico das respostas às questões objetivas, com o programa EPI-INFO, versão 3.5.1 e apresentação gráfica e comentários.

A aceitação da participação dos alunos no presente estudo foi registrado em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo-lhes o anonimato e o livre acesso para se desligarem da pesquisa.

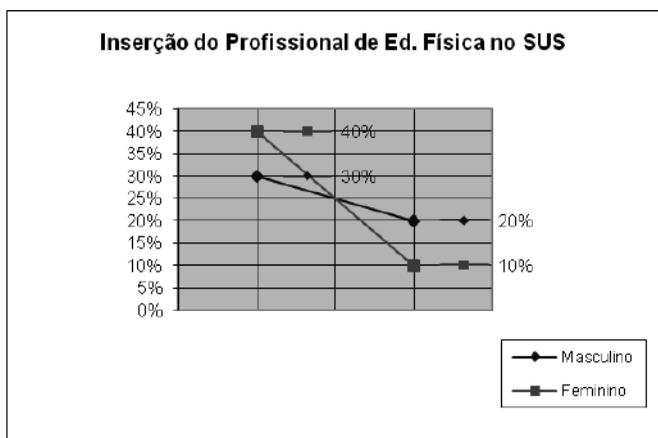


Figura 14. A importância da inserção do profissional de Educação Física no SUS.

Resultados e discussão

Analisando os dados entre os gêneros no gráfico 14, observar-se que ambos os gêneros acreditam que é importante a inserção do profissional de Educação Física no SUS.

Considerando as respostas dos alunos referentes ao questionário sobre o currículo atual do curso de educação física, foi visto que houve uma prevalência entre ambos os gêneros, concordando que deve ser feita uma reforma no mesmo para melhor qualificação dos profissionais de educação física.

Em relação a importância do projeto PETSaúdeUFPE no processo de reformulação do currículo do curso de Educação Física, foi analisado que 86% dos entrevistados acreditam que o projeto, irá mostrar a importância da relação deste com uma

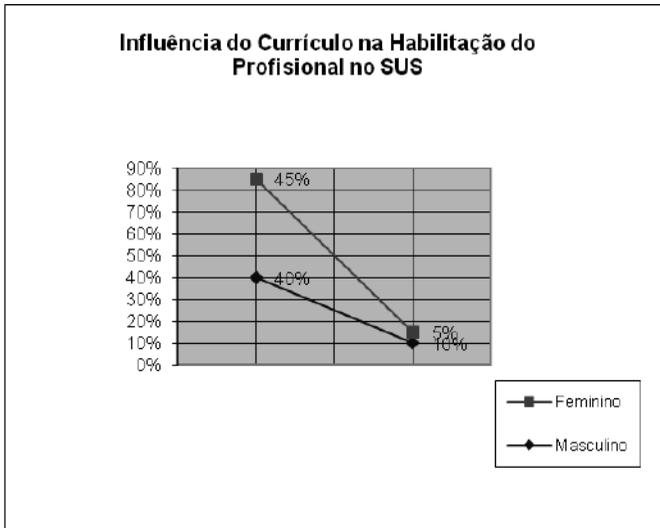


Figura 15. A influência da reformulação do currículo do Curso de Educação Física.

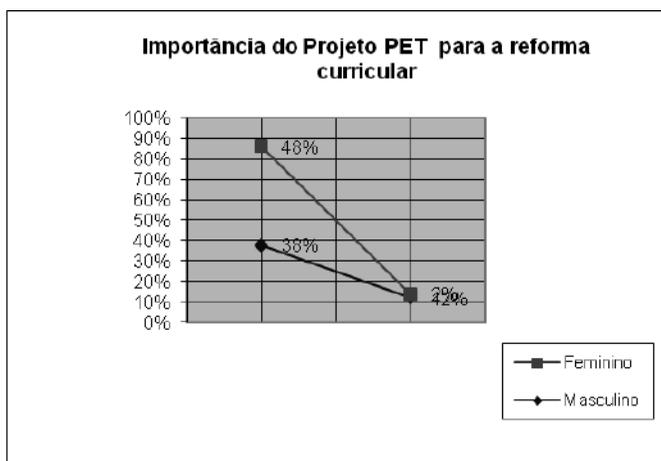


Figura 16. Influência da Importância do projeto PETSaúdeUFPE na reforma curricular do Curso de Educação Física.

equipe multidisciplinar no SUS, tendo assim uma visão mais ampliada do profissional na saúde, surgindo para a reforma do currículo novas disciplinas que farão a relação do Educador Físico na Saúde Pública.

No presente estudo 70% dos entrevistados, já observam a importância da inserção do profissional de Educação Física no SUS, como um agente transformador da Promoção da Saúde e qualidade de vida do usuário, buscando uma integridade do cuidado físico e sendo um agente transformador da aplicação de um exercício físico orientado restabelecendo o físico-corporal dos indivíduos. Segundo Miranda, Melo & Raydam, 2007, o Profissional de Educação Física no SUS assume um papel de suma importância para a aquisição de um

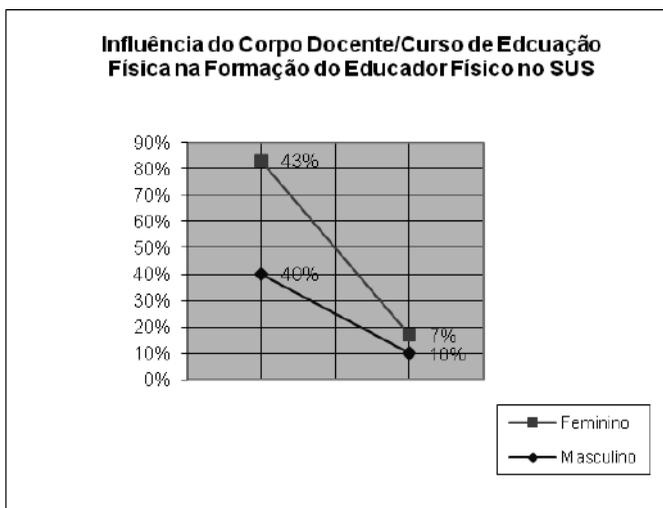


Figura 17. A importância do Docente/Curso de Educação Física da UFPE na Formação do Educador Físico para o SUS.

estilo de vida ativo para o homem, promover uma prática de atividade física regular, no qual minimiza os fatores de riscos que a população acometem. (Gráfico 14)

Foi perguntado aos alunos, se com a implementação do programa PET-Saúde UFPE no curso de Educação Física o currículo atual, está adequado para uma boa qualificação, deste no SUS, 85% do total dos entrevistados (Gráfico 15), afirmam que o currículo atual precisa de uma reforma, porém Brasil 2009, afirma que o programa PET-Saúde, não vêem só para fazer uma articulação ensino-serviço-comunidade na área da saúde, mais si para fazer com que os cursos realizem uma reforma curricular sobre a participação de uma equipe multidisciplinar nos programas de saúde da família.

Referente à reestruturação curricular, onde este é um dos objetivos do programa PET-Saúde foi verificado no gráfico 16, que 86% dos entrevistados, conhecem o programa e sabem que este vêem com um objetivo de reestruturação curricular para uma melhoria, conhecimento e implantação do profissional de Educação Física no SUS (CAMPOS, 2001). Os 14% dos restantes entrevistados não conhecem o programa e não identificam a importância deste para a reformulação do currículo do Curso de Educação Física da UFPE.

A partir da resolução nº218, de 6 de março de 1997 o profissional de Educação Física é reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde como o profissional de Saúde (CONFEF, 2002). Foi questionado aos alunos do Curso de Educação Física da Universidade Federal de Pernambuco, se estes se consideram como habilitados para a atuação no SUS e 83% do total acreditam que estão bem preparados, a nível de docentes porém o citam que o currículo precisa de uma reestruturação,

porém 17% acreditam que precisam de uma revisão teórica-prática na formação de um profissional habilitado para desenvolver a Promoção da Saúde no SUS, visto que é observado que o programa PET-Saúde vêm com um dos objetivos articulação ensino-serviço-comunidade. Gráfico 17.

Segundo Brasil (2002), o conceito de promoção da saúde teve sua ideologia formalizada através da Carta de Ottawa, o qual descreve a promoção da saúde como um processo que visa capacitar as pessoas para aumentar o controle sobre a qualidade de vida e saúde, apoiando-se no desenvolvimento pessoal e social por meio da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Diante deste paradigma surge uma atuação marcada pela promoção que participa integralmente o Profissional de Educação Física nos serviços de saúde pública, pois este se preocupa com uma melhor condição de vida e um controle da saúde de uma população, onde se torna mais efetivo a prática das ações educativas e preventivas (CABRAL, SOUZA E RAYDAN, 2007). No dia 1º de setembro de 1998, segundo a Lei nº 9696/98, o profissional de educação física, é um especialista em atividades físicas nas suas diversas manifestações, com o propósito de prestar serviços que oportunizem o desenvolvimento da educação e da saúde visando bem-estar, qualidade de vida, prevenção e compensação de distúrbios funcionais contribuindo este para a capacitação e estabelecimento fisiocorporal dos indivíduos tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2002).

Diante da pesquisa realizada, observa-se que estes caracterizam e citam benefícios e ações que o profissional de Educação Física, identifica para sua inclusão no SUS que são as

Benefícios	Itens	Masculino	Feminino	Total
1- Doenças Crônicas	Sim	48%	45%	100
	Não	02%	05%	
2- Fisiológicos	Sim	50%	50%	100
	Não	-	-	
3- Psicológicos	Sim	46%	48%	100
	Não	05%	02%	
4- Motores	Sim	49%	47%	100
	Não	01%	03%	

Tabela 11. Benefícios que o Professor de Educação Física oferece para os usuários do SUS.

das tabelas 11 e 12.

Em relação aos benefícios e ações que o profissional de Educação Física desenvolve no SUS, foi verificado que os alunos entrevistados já observam a importância deste na unidade e 92% citam a importância deste para o tratamento de doenças crônicas, 100% fatores fisiológicos, 94% fatores psicológicos e 96% de fatores motores como benefícios da atividade física para prevenir e promover a saúde na população. Tabela 11.

Em relação às ações que o Profissional de Educação Física deve desenvolver como modalidades constantes, os entrevistados observam que 47,9% deve desenvolver as práticas corporais, 98,2% criar caminhadas para grupos especiais, 58,8% atividades lúdicas e 96,5% a importância da prescrição de atividades físicas com fins terapêuticos. Tabela 12.

Ações	Itens	Masculino	Feminino	Total
1- Práticas Corporais	Sim	42,1%	45,8%	100
	Não	7,9%	4,2%	
2- Caminhadas	Sim	48,2%	50%	100
	Não	1,8%	-	
3- Atividades Lúdicas	Sim	33,5%	25,3%	100
	Não	17,5%	24,7%	
4- Prescrever Atividades Físicas com fins Terapêuticas	Sim	49,5%	47%	100
	Não	0,5%	4%	

Tabela 12. Ações que o Professor de Educação Física oferece para os usuários do SUS.

OPAS (2009), cita que são benefícios da intervenção do profissional de Educação Física no SUS, são os benefícios fisiológicos como estabilizar a quantidade de glicose no sangue, estimular ao mesmo tempo as quantidades de adrenalina e noradrenalina que irão proporcionar uma melhora no sono, na função cardiovascular, no tônus muscular, na flexibilidade e na coordenação motora, nos benefícios psicológicos como melhorar o relaxamento conseqüentemente uma diminuição do estresse e da melhora no tratamento da depressão, nos benefícios motores uma melhoria geral.

Segundo ACMS (2004), são ações do profissional de Educação Física a reabilitação e prevenção de doenças cardiovasculares, câncer, síndrome metabólica entre outras. São ações do NASF, as ações de atividade física ou práticas corporais que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução de danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos e a elaboração de ações que possibilitem a participação ativa na elaboração de ações com fins terapêuticos (BRASIL, 2008).

Conclusão

Identificamos que o Profissional de Educação Física da UFPE, na sua grande maioria já consegue identificar, que pode desenvolver aspectos de relação afetivo-social de profissional/paciente, administração de programas de reabilitação, atividade física aplicada para gestantes, desenvolvida dentro do SUS, atividades lúdicas objetivando a expressão corporal, educação física geriátrica, farmacologia da atividade física e

elaboração de ações com fins terapêuticos aplicada para tanto para a população como para que os colaboradores que estão na unidade, porém é de grande relevância ressaltar, que os resultados apontaram algumas deficiências quanto aos elementos teórico-conceituais sobre o tema e sobre o conhecimento da inclusão deste no SUS.

O PET-Saúde UFPE no curso de Educação Física é considerado uma atividade de grande importância para uma melhor identificação, deste profissional no SUS e por caracterizar a importância da reforma no currículo do presente curso da UFPE, implantando assim disciplinas que mostrem a relação do profissional de Educação Física com a Saúde Pública.

Referências

1. ALMEIDA, Rodrigo Cariri Chalegre. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde; Projeto de Seleção PET-SaúdeUFPE, Universidade Federal de Pernambuco, 2009.
2. AMERICAM College os Sport Medicine – ACMS. Diretrizes da ACMS para os testes de esforço e sua prescrição. 6. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
3. AMERICAM College os Sport Medicine – ACMS. Position Stand Physical Activity and Bone Health. Med Sci Sports Exerc, 36(11), nov. 2004.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, Governo Federal: Ministério da Saúde, 2002.

5. BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF: 4 mar. nº 43, 2008.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília: Saúde da Família, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2009.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
8. BRASILEIRO, Livia Tenório; MARCASSA, Luciana Pedrosa. Linguagens do Corpo: dimensões expressivas e possibilidades educativas da ginástica e da dança. Pro-Posições, v. 19, nº 3 (57), 2008.
9. CABRAL, Izabella de; SOUZA, Maria Aparecida de Amorim; RAYDAN, Florisbela Pires Sampaio. Análise do Conhecimento dos Profissionais de Educação Física em Relação à Atividade Física como Promotora da Saúde. MOVIMENTUM – Revista Digital de Educação Física. Ipatinga: Unileste – MG. V.2, nº 2, 2007.
10. CAMPOS, FE; FERREIRA, JR; FEVERWERKER, L.; SENA, RR; CAMPOS, JJB; CORDEIRO, H; CORDONI, Júnior L. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. Ver. Bras. Educ. Méd. 25 (2): 53-59, 2001.
11. COQUEIRO, Raildo da Silva; NERY, Adriana Alves; CRUZ, Zoraide Vieira. Inserção do professor de Educação Física no programa de Saúde da família: Discussões Preliminares. EF-Deportes.com, Revista Digital. Buenos Aires. Ano 11. Nº 103; 2007.
12. CONFEEF, Formação Superior em Educação Física, 2002.

13. GOMES, Marcius de Almeida. Orientação de atividade física em Programa de Saúde da família: uma proposta de ação. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-graduação em Educação Física, Departamento de Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
14. LOURO, Lopes Guacira. NECKEL, Jane Felipe e GOELLNER, Silvana Vilodre. (org). Corpo, gênero e sexualidade um debate contemporâneo na educação. Petrópolis-RJ: VOZES, 2003.
15. MIRANDA, Franciele Marcato; MELO, Rosângela Vieira de; RAYDAN, Florisbela Pires Sampaio. A inserção do profissional de Educação Física no programa de Saúde da Família segundo opinião dos profissionais integrantes do programa em uma unidade básica de saúde da cidade de Coronel Fabriciano – MG. MOVIMENTUM – Revista Digital de Educação Física. Ipatinga: Unileste – MG. V.2. nº 2, 2007.
16. RUSSO, RENATA. Do corpo usado ao corpo conhecido: uma reflexão a partir da Educação Física e da Ginástica. A ginástica em questão. Corpo em movimento. Ribeirão Preto, SP: Tecmedd, 2006.
17. SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa de Saúde da Família Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, nº6, 2004.

Percepção dos comunitários da comunidade de Brasília em relação à atenção básica na Unidade de Saúde da Família

Arlí R. L. MORAES
Christiane M. O. CABRAL
Kamila A. BARRETO
Luciana A. LIMA
Luciana M. L. MOURA
Cinthia Rodrigues de VASCONCELOS
Hilton Justino da SILVA

Introdução: A Estratégia de Saúde da Família

Fundamental à organização da atenção básica do SUS, a estratégia de Saúde da Família foi criada em 1994 e normatizada pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 – NOB/SUS-96, que definiu suas formas de financiamento, incluindo-a no Piso da Atenção Básica – PAB (BRASIL. 2004; FERNANDES et al., 2009)

A atenção básica à saúde é uma estratégia do SUS, devendo estar em consonância com seus princípios e diretri-

zes. O território e a população adstrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais de sua concepção, e as visitas domiciliares, uma de suas principais estratégias, objetivando ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população. Na estratégia de Saúde da Família, a visita domiciliar é um procedimento rotineiro, preferencialmente realizado pelo ACS (SILVA et al., 2008) . A compreensão desses aspectos é fundamental para a discussão do processo de trabalho em saúde, dos processos de gestão, de educação permanente/continuada e de avaliação de serviços (BRASIL.2004).

Ao apresentar, como característica, uma enorme capilaridade, a estratégia de saúde da família é socialmente sensível: suas ações colocam frente a frente profissionais e realidade. São espaços pedagógicos em que a prática é o objeto das ações e onde muitas situações falam por si, permitindo às equipes um aprendizado e uma compreensão absolutamente reais e novos, a cada vez que ocorrem. São situações onde o fazer se aproxima da realidade de vida das pessoas e possibilitando um espaço privilegiado para o trabalho com os usuários. Nestas situações é fundamental que se tenha cuidado com as pessoas: suas condições de vida, seus valores e seus hábitos. Há uma história, peculiar, envolvendo cada situação. É fundamental ter a consciência das diferenças sociais e culturais entre profissionais do serviço e usuários. Diferenças estas, que são reais e perfeitamente sentidas pelos interlocutores, seja no atendimento que acontece na unidade de saúde, seja no momento de uma visita domiciliar (BRASIL. 2004).

A rede básica é constituída basicamente dos seguintes profissionais: médico generalista, enfermeiro, dentista, aten-

dente de consultório dentário, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, ampliando a capacidade das unidades básicas de saúde intervirem na comunidade e nos domicílios (SILVA et al., 2008) ².

Tendo como diretrizes “acolhimento, responsabilização, gestão participativa, vínculo, clínica ampliada, cadastro, capacitação e controle social” (SILVA et al., 2008; CAMPOS, 2003).

O agente comunitário de saúde se torna o protagonista na construção de vínculos entre a comunidade, as pessoas e a família com os serviços de saúde e que intermediam o saber (prática biomédica) e a cultura da sociedade (território no qual trabalha). Nesse sentido o seu trabalho tem sido pautado em fortalecer a relação entre a população e a equipe de saúde (SILVA et al., 2008).

A utilização dos serviços de saúde é um comportamento complexo resultante de um conjunto de determinantes que incluem as características sociodemográficas e de saúde, a organização da oferta e o perfil epidemiológico, que podem levar a uma maior ou menor utilização dos serviços (FERNANDES et al., 2009; GOLDBAUM et al., 2005; MENDOZA-SASSI et al., 2001; MENDOZA-SASSI et al., 2003; RIBEIRO et al., 2006; SAWYER et al., 2002). Da mesma forma, a proximidade dos serviços e recursos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura por planos de saúde privados, bem como as percepções do indivíduo referentes à sua saúde, podem influenciar a utilização dos serviços de saúde (FERNANDES et al., 2009; GOLDBAUM et al., 2005; SAWYER et al., 2002; CAPILHEIRA; SANTOS, 2006).

O Programa de Saúde da Família (PSF) veio como uma

estratégia de reorientação do modelo assistencial, com o intuito de fortalecer a proposta de mudança do enfoque curativo para o preventivo e integral, priorizar ações de promoção e educação em saúde e reorganizar os serviços de saúde na busca da universalidade, integralidade e equidade (FERNANDES et al., 2009; WHITEHEAD, 1992). A proposta do programa, hoje, Estratégia de Saúde da Família (ESF), segue uma linha de elevada cobertura populacional, facilidade no acesso e atendimento integral dos indivíduos em seu contexto familiar (FERNANDES et al., 2009; DUNCAN et al., 2004).

Estudos de base populacional sobre utilização de serviços de saúde realizados no Brasil têm fornecido informações importantes para o planejamento de ações e a definição de prioridades, visto que identificam a iniquidade como característica presente nos serviços (FERNANDES et al., 2009; MENDOZA-SASSI et al., 2003; CAPILHEIRA, SANTOS, 2006; COSTA, FACCHINI, 1997).

Atualmente, os municípios são responsáveis pelo atendimento integral ao usuário, sendo o conhecimento sobre a utilização dos serviços e as necessidades de saúde de fundamental importância para os gestores. O reconhecimento dos grupos com maior vulnerabilidade propicia o desenvolvimento de ações educativas e preventivas para aquelas situações de saúde com maior demanda nos serviços, identificando os grupos excluídos do sistema e, assim, atendendo a premissa inicial do SUS direcionada ao acesso e à universalidade do cuidado (FERNANDES et al., 2009).

O presente estudo teve por objetivo analisar a percepção dos comunitários da comunidade de Brasilit em relação à atenção básica na unidade de saúde da família (USF), avali-

ando se há uma compreensão quanto à sua definição, função dos agentes comunitários de saúde e conhecimento quanto aos serviços e atividades realizadas pela unidade em estudo.

Métodos

Trata-se de um estudo de coorte transversal de 80 pessoas da comunidade de Brasilit, cadastradas na USF Brasilit, numa abordagem quantitativa e qualitativa onde os autores através da aplicação de um questionário misto que buscou determinar o conhecimento e expectativas dos comunitários em relação à atenção básica na USF-Brasilit.

Este estudo foi desenvolvido na comunidade da Brasilit, situada no bairro da Várzea, com um território de 2.264 hectares e população de 64.512 habitantes, na cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco, situado no Nordeste do Brasil, compreende um território de 217,494 km², com uma população de 3.787.667 habitantes (contando a região metropolitana) (IBGE 2009). Segundo o SIAB, o total de famílias cadastradas na unidade em 2006 foi de 2.010, perfazendo um total de 7.800 pessoas.

Foram incluídos no estudo comunitários com idade superior a 18 anos que residem na área adstrita a USF Brasilit e concordaram em participar deste estudo, assim como foram excluídas as comunitários com idade inferior a 18 anos, pessoas com deficiência mental ou que no período da pesquisa estivessem provisoriamente ausentes da comunidade (como passeios e outros).

Nossa população em estudo inicialmente era composta por 80 comunitários de Brasilit, contudo, 8 entrevistados fo-

ram excluídos do estudo por terem entrados em critério exclusão 3 menores de 18 anos, 5 comunitário que não pertenciam a área adstrita pela USF de Brasilit. Sendo assim, nossa população em estudo foi de 72 entrevistados. As entrevistas ocorreram no período de Maio de 2010 a Junho de 2010.

Para a captação e seleção dos usuários, foi realizada por livre demanda sendo entrevistado todos os usuários que concordassem em ser entrevistados e que preenchessem os critérios de inclusão. Para que fosse evitado que alguma micro-área da comunidade não fosse ouvida, foram entrevistados os dez primeiros comunitários de cada Agente Comunitária de Saúde, que comparecesse por qualquer motivo a USF de Brasilit. A coleta de dados só foi iniciada após leitura, retirada de dúvidas e preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido.

A entrevista foi guiada por um questionário (apêndice A) e para melhor captação das críticas e sugestões foram utilizados gravadores de áudio.

As gravações em áudio estão arquivadas em mídia gravável em acervo próprio do pesquisador titular, sem fins de divulgação posterior. Contudo, os dados obtidos com as gravações foram utilizadas para melhor entendermos as necessidades do usuário com a menor perda de informações possíveis. Os usuários foram devidamente esclarecidos da possibilidade de divulgação do conteúdo dos áudios coletados em eventos ou publicações científicas, porém, nunca será revelada a identidade de seus participantes.

O presente estudo obedeceu aos princípios da resolução 196/96 que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Tratou-se de uma pesquisa de risco mínimo de cons-

trangimento e com o benefício de informar ao comunitário como melhor utilizar o serviço.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE).P/CCS/UFPErsidade Federal de Pernambuco ()o Centro de Ciências da Saúde.

Resultados e discussão

A atenção básica vem se concretizando como principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (BRASIL. 2006) desde sua implementação em 1994 e ganhou força com os resultados positivos mostrados 'Saúde da Família no Brasil – Uma análise de indicadores para a atenção básica', divulgada pelo Ministério da Saúde em 2006, mostrando um aumento da cobertura da atenção básica, tanto com maior adesão dos municípios como também no aumento do número de Unidades de Saúde da Família (USF) e declínio dos indicadores relacionados à morbi-mortalidade paralelo ao aumento da cobertura. (BRASIL.2006) Dada a importância da atenção primária o que era considerado o Programa de Saúde da Família, termo que transmite uma idéia de ter uma data para ser finalizado, se consolida como uma Estratégia de Saúde da Família, prioridade no Pacto Pela Vida 2006. (BRASIL.2006) Atrás de melhor entender quem era a clientela da Unidade de Saúde da Família de Brasil e quais as principais dúvidas sobre Atenção Básica, foi realizada uma pesquisa exploratória com aplicação de entrevistas e análise quantitativa e qualitativa dos dados obtidos.

Dos entrevistados 84,51% eram mulheres e 15,49% eram homens, a média de idade foi de 38,93 anos. Refletindo o perfil Brasileiro de atendimento na atenção básica, no qual as mulheres são maioria em relação aos homens. (BRASIL.2004; BRASIL.2009; FIGUEIREDO, 2005; GOMES et al., 2007) Há várias explicações para baixa adesão masculina nos atendimentos na atenção primária, entre elas estão questões culturais onde os homens são vistos apenas como invulneráveis, fortes e viris, sendo essas características abaladas pela procura dos serviços de saúde o que demonstra sinais de fraqueza, medo e insegurança. (GOMES et al., 2007) Associado as questões culturais se associam questão de horário de atendimento na Unidades Básicas de Saúde (UBS). (GOMES et al., 2007) Como consequência os homens deixam passar o momento de prevenção das doenças, e passam a procurar com mais frequência emergências e a utilizar mais o serviço terciário causando sobrecarga financeiro para a sociedade. BRASIL.2009; FIGUEIREDO, 2005; GOMES et al., 2007)

Já as mulheres costumam a se cuidar mais e com frequência procuram à atenção básica a para realizar exames de rotina e prevenção. Além do próprio atendimento, as mulheres costumam acompanhar crianças e outros familiares (BRASIL.2004; BRASIL.2009; COUTO et al., 2010; BRASIL.2001; AZEVEDO, 2007). Seguindo os achados literários os resultados das entrevistas mostraram que a coleta cervico-uterina e a puericultura nos 5 primeiros serviços mais procurados na USF-Brasilit, vide tabela 13, atividades voltadas para o auto cuidado feminino e infantil.

Além dos serviços citados na tabela a unidade de saúde também dispõe de enfermeiro, vacinação, coleta de exa-

Atividades disponíveis na USF-Brasilit	Frequência em % dos serviços utilizados pelos entrevistados
Médico clínico	57,74%
Dentista	33,8%
Coleta cervico-uterina	23,94
Acolhimento	21,12%
Puericultura	15,49%
Farmácia	11,06%
Pré-natal	7,04%
Grupos de atividades (ex: hiperdia, idosos, hanseníase, terapia comunitária)	7,04%

Tabela 13. Atividades disponíveis na USF-Brasilit.

mes laboratoriais, ambulatório de hanseníase, ambulatório da mulher (planejamento familiar), visita domiciliar e sala de curativo.

A partir do questionamento sobre o entendimento dos usuários da USF-Brasilit os resultados obtidos foram: 52,87% afirmaram não saber o que é uma Unidade de saúde da família e tão pouco o sua função. 44,43% afirmaram saber o que é uma unidade de saúde da família e sua função e 2,7% disseram saber mais ou menos. Com a finalidade de destrinchar melhor as respostas dadas pelos comunitários que responderam sim, dividimos os usuários que responderam sim justificaram de forma coerente, por exemplo, “pra receber as famílias que moram perto do posto, da comunidade, pra tratar das doenças, das crianças e dos idosos”.

Dos que responderam sim, porém com justificativa destoante, por exemplo,

“para mim significa em todos os sentidos primeiros socorros”

“atendimento de saúde mais para área pobre”

Para fazer essa distinção utilizamos a definição do Guia Prático do Programa de Saúde da Família onde, “A função da USF é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade.” (BRASIL.2001) Nessa definição caracterizamos um tripé sendo eles: assistência contínua, assistência integral e área adstrita. Consideramos como certa as respostas que de alguma forma contemplava pelo menos duas características da função da Unidade USF. Obtivemos os seguintes resultados: dos que responderam sim

apenas 9,36% resposta considerada coerente. Esse número chama ainda mais atenção quando comparado com o total de entrevistados tornando-se 4,16%.

Alguns comunitários queixam-se da falta de especialistas na unidade de saúde como, por exemplo, pediatras, ginecologista, oftalmologista e de equipamento de Raio X e muitos ainda vêm a unidade como um local para atendimentos emergências.

Mas esse comportamento tem lógica, antes da implantação da USF-Brasilit em 2002 (AZEVEDO, 2007) a comunidade era de área descoberta do programa de saúde da família e faziam seus atendimentos em uma Unidade de Saúde Tradicional, a saber, Olinto Oliveira, a qual segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES é uma unidade mista contendo atendimento ambulatorial de atenção básica e média complexidade, e lá faziam, e alguns fazem, acompanhamento ambulatoriais de marcação por livre demanda. Além desse fato, a comunidade tem no seu entorno três hospitais sendo eles, Hospital Barão de Lucena, Hospital das Clínicas de Pernambuco e Hospital Getúlio Vargas aos quais recorrem para atendimentos emergenciais, mesmo quando se trata de uma doença crônica. A fora essas características se somou ao quadro a implantação de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) também no entorno da comunidade de Brasilit, a saber, UPA da Caxangá.

A oferta de atendimento de saúde no entorno da comunidade, é grande oferecendo a eles a possibilidade de escolha de atendimento e da não valorização da Unidade de Saúde, uma vez que procurar uma emergência hospitalar ou de uma UPA é mais simples do que aguardar a consulta com o pro-

fissional médico da USF. E nesse passo se mantém a visão hospitalocêntrica, onde a procura do serviço de saúde ocorre após o adoecimento e o melhor local que se para receber tratamento é o Hospital, de modo sempre curativista e imediatista (MINAYO, 2008; PAIM, 2008). Com esse contexto não é difícil entender porque os comunitários de Brasilit solicitem serviços que não são disponíveis em uma Unidade Básica de Saúde da Família. Essa visão dos comunitários fica evidente no seguinte depoimento:

“venho não, que é muito devagar aqui, esse posto. A gente vai mais pro Barão, pra essa clínica nova que abriu agora (referência a UPA da Caxangá). E aqui só pra uma emergência assim, rápida. Agente mais pro Barão, Getúlio Vargas”

Depoimento de pacientes que só procuraram a USF após ter passado por um dos hospitais

“... as emergências não tão atendendo mais, estão mandando pro posto de saúde. Feito hoje mesmo, vim de um hospital grande, do Barão, porque não consegui atendimento pro meu filho”

E depoimentos de comunitários que ainda estão se adequando nova realidade.

“rapaz, agora eu tou vindo, mas antes eu não gostava não, preferia ir para outro lugar”

A preferência hospitalar faz parte da história passada e presente da política de do Brasil (PINHEIRO, 2001) e se reflete na comunidade de Brasilit. A preferência hospitalar pode ser tida como característica do sistema de saúde brasileiro, independente de se particular ou privado, o modo como historicamente foi sendo construído tem na assistência médica hospi-

talar os eixos estruturantes do seu atendimento(PINHEIRO, 2001). Frente a isso a estratégia de saúde da família vem comprometida com a mudança do modelo de atenção à saúde da população (AZEVEDO, 2007). Trás consigo a responsabilidade de porta de entrada do SUS de ser mais próximo e de mais fácil acesso(AZEVEDO, 2007). Esbarra na dificuldade da falta de informação do usuário, o qual permanece com a visão curativista e se mostram muitas vezes resistentes e por “costume” mantém freqüência num serviço de maior complexidade, onde já tinha o vínculo, que é um facilitador do acesso.

Conclusão

Com a aplicação do questionário foi possível traçar o perfil da clientela maior de 18 anos que frequenta a Unidade de Saúde da Família de Brasilit. A qual se constitui em sua maioria mulheres, com procura principalmente por, em ordem decrescente, médico, dentista, coletacervico-uterina, acolhimento e puericultura.

Foi observado dentre os entrevistados que há uma confusão quanto ao modelo assistencial tradicional (curativo) e o atual (preventivo), ligado tanto ao processo histórico quanto a localização geográfica, levando ao constante questionamento sobre a ausência de especialistas na USF. Causando insatisfação na clientela.

É possível entender que para se iniciar e provocar mudanças é de extrema importância compreender que as propostas não podem ser construídas de modo isolado ou mesmo impostas sem levar em conta as realidades locais. (SCHALL;

STRUCHINER, 1999). As Unidades de Saúde da Família desempenham papel estratégico no Sistema Único de saúde, se caracterizando como principal acesso do usuário e portanto, um local para trocas de informações.

Portanto, conclui-se que a percepção dos comunitários de Brasilit é importante para a otimização dos serviços prestados pela USF. Sendo assim, o estudo serviu como base para traçar possíveis estratégias para informar ao comunitário ajudá-lo a conhecer o a hierarquização do SUS e a função USF-Brasilit de acordo com as suas necessidades. Para isso foi elaborado um Banner (anexo) explicativo, o qual associado com dinâmicas grupos e a retirada de dúvidas dos ACSs de modo sistemático espera-se uma melhor adesão dos comunitários as atividades da USF-Brasilit e assim, promover o surgimento de agentes multiplicadores de saúde.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde, **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004.
2. SILVA, A. J.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n.6, p.1304-1313, jun. 2008.
3. CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
4. FERNANDES, L. C.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. **Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família**, Rev Saúde Pública, v.43, n.4, p.595-603, 2009.

5. GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. **Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo.** *Rev Saude Publica*, v.39, n.1, p.90-99, 2005.
6. MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U. **Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados.** *Cad Saude Publica*, v.17, n.4, p.819-832, 2001.
7. MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U, BARROS, A. J. D. **Out-patient health service utilization and associated factors: a population-based study.** *Rev Saude Publica*, v.37, n.3, p.372-378, 2003.
8. RIBEIRO, M. C. S. A; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F.; SILVA, Z. P. **Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003.** *Cienc Saude Coletiva*, v.11, n.4, p.1011-1022, 2006.
9. SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. **Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil.** *Cienc Saude Coletiva*. v.7, n.4, p.757-776, 2002.
10. CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. **Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos.** *Rev Saude Publica*, v. 40, n.3, p.436-443, 2006.
11. WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity in health.** *Int J Health Serv*, v.2, n.3, p.429-445, 1992.
12. DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** Porto Alegre: Artmed, 2004.
13. COSTA, J. S. D.; FACCHINI, L. A. **Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência.** *Rev Saude Publica*, v.31, n.4, p.360-369, 1997.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma análise de indicadores selecionados 1998-2004**. Brasília, DF, 2006.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **2004 Ano da Mulher**. Brasília, DF, 2004.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral do Homem**. Brasília, DF, 2009.
18. FIGUEIREDO, W. **Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, jan./mar. 2005.
19. GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAUJO, F.C. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior**. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 565-574, mar. 2007.
20. COUTO, M.T. et al: **O Homem na Atenção primária à saúde : discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero**. *COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO* v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010
21. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001.
22. Azevedo, A. L. M. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. Orientador: André Monteiro Costa, Recife, 2007.177 f.:il.Dissertação (mestrado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 21 de março de 2007.

23. Minayo, M. C. S. Editorial, **Os 20 anos do SUS e os avanços na vigilância e na proteção à saúde**. Epidemiologia e Serviços de Saúde. v.17 n.4 Brasília dez. 2008.
24. Paim, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p.547-573.
25. PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade**. MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 65-112.
26. SCHALL, V.T; STRUCHINER, M. **Educação em saúde: novas perspectivas**. *Cad. Saúde Pública* vol.15 suppl. 2 Rio de Janeiro, 1999.

Condições de vida do idoso com dificuldade de acesso às unidades de saúde

Cláudia Fabiana Mesquita FONTES
Maria Cecília de Freitas BARBOSA
Raquel Glayce de Brito FREITAS
Nathália LEITE
Gicely Sobral Sobral da SILVA
Sara Vieira da CUNHA
Kary Roberta Silva RAMOS
Vera Lúcia Dutra FACUNDES

Introdução

A população brasileira está envelhecendo, o que causa mudança no perfil etário considerado até pouco tempo jovem. De acordo com a pesquisa Nacional de Amostra por domicílio 2008, a população de idosos representa um contingente de quase 21 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (11,1% da população brasileira). Nos próximos 20 anos, a população idosa do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas e deverá representar quase 13% da população ao final deste período, segundo dados do IBGE, o que significa

que nem sempre os que vivem por mais tempo possuem qualidade de vida, isto, implica na necessidade de ajustar o atual modelo de atenção à saúde do idoso, reformulando e aprimorando a participação dos atores que estão inseridos nesse contexto (IBGE 2002, IBGE 2009, SENADO FEDERAL 2010).

O envelhecimento é um processo contínuo e está relacionado com a diminuição de algumas funções fisiológicas. As mudanças ocasionadas pelo envelhecimento na população têm diversas dimensões e dificuldades, é um processo normal, inevitável, irreversível não deve ser tratado apenas com soluções médicas, mas também por intervenções sociais e econômicas, como estabelecido na Constituição Federal (ALENCAR 2010; MARCELINO, 2007):

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

No Brasil a saúde tornou-se um direito de todos através de ações de saúde no âmbito individual e coletivo e a porta de entrada para este acesso é a Atenção Básica, que inclui ações de promoção e proteção em saúde, prevenção de agravos, obtenção de diagnóstico, tratamentos, reabilitação e a manutenção da saúde. Tem como base os princípios de universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, humanização, equidade e a participação social e como principal objetivo prestar assistência integral a cada membro da família que é uma das características da clínica ampliada (Ministério da Saúde, 2006).

A clínica médica tradicional tem uma tendência a se responsabilizar somente pela enfermidade e não pelo sujeito doente (CUNHA, 2004). A antítese seria a clínica ampliada, centrada no sujeito concreto não somente na sua enfermidade, a fim de resgatar a integralidade humana, o espaço de relações e de responsabilização na ação de cuidar das pessoas. Este é um movimento voltado para a ampliação do ato terapêutico, que valoriza as singularidades (SANTOS & ASSIS, 2006).

Além disso, considera-se essencial a ampliação também do objetivo ou da finalidade do trabalho clínico: além de buscar a produção de saúde, por distintos meios – curativos, preventivos, de reabilitação ou com cuidados paliativos –, a clínica poderá também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários. Autonomia entendida aqui como um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências. A idade, a condição debilitante – hipertensão, diabetes, câncer, etc., o contexto social e cultural, e, até mesmo, a própria subjetividade e a relação de afetos em que cada pessoa inevitavelmente estará envolvida (CAMPOS & AMARAL, 2007).

A ampliação do grau de autonomia pode ser avaliada pelo aumento da capacidade dos usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmo e sobre o contexto em que está inserido. O grau de autonomia se mede pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contato com o outro. (CAMPOS & AMARAL, 2007).

É nesse contexto que um novo olhar se volta para a Saúde

do Idoso como uma das atuais prioridades das Políticas Públicas de Saúde com a necessidade de melhorar a qualidade da prestação de serviços ofertados pelo sistema público, aumentando a autonomia do sujeito, da família e da comunidade repensando o modo como as ações são ofertadas com ênfase no cuidado e não na doença e o papel de cada profissional integrado a uma equipe multiprofissional dentro do novo contexto, na consolidação de um processo de assistência integrado (BANDEIRA; PIMENTA & SOUZA, 2006).

Partindo da premissa de que todo cidadão tem direito a serviços de saúde adequados, este projeto tem como foco identificar as necessidades dos idosos com algum grau de dificuldade de locomoção, podendo sugerir o aperfeiçoamento dos processos que permitirão a melhoria da assistência à saúde dos idosos a partir de uma visão multi e interdisciplinar.

Para melhor conhecer e realizar intervenções que melhorem a qualidade de vida dos Idosos assistidos pela Equipe de Saúde da Família San Martin / Povo de Deus, Recife, este trabalho teve como objetivo identificar as principais necessidades e problemas de saúde do idoso com dificuldade de acesso às unidades de saúde.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, desenvolvido com 29 idosos acompanhados pela Equipe 3 da Unidade de Saúde da Família San Martin / Povo de Deus, em Recife, que possuem dificuldade de acesso às unidades de saúde, seja por limitação física (paciente acamado), pela falta de autonomia

(necessita de um acompanhante para as atividades diárias), ou, até mesmo, pelas condições de moradia (escadas, calçadas esburacadas, etc.). Os idosos foram selecionados a partir da capacidade de responder as perguntas do questionário sem o auxílio do seu cuidador. Apenas um idoso insistiu em pedir ajuda, o que foi um critério de exclusão da pesquisa, a impossibilidade de responder sozinho o questionário, o dado foi descartado, totalizando uma amostra de 28 idosos.

A coleta de dados resultou da aplicação de parte do questionário “Brasil Old Age Schedule” (BOAS) (módulos I, II, III e IV) (Anexo A), proposto por VERAS *et al* (1989) e revisado por VERAS & DUTRA (2001). Este instrumento é composto por perguntas estruturadas e não estruturadas, que avaliam as condições de saúde física e mental, a utilização dos serviços médicos e dentários, as atividades de vida diária (AVD). O BOAS foi desenvolvido para a população idosa, baseado em outros instrumentos que encontram padrões aceitáveis de validade e confiabilidade, por contemplar os objetivos esperados e por possibilitar uma visão multidisciplinar da condição do idoso.

Os questionários foram aplicados nos domicílios dos pacientes pela equipe de pesquisadores (alunos de graduação dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia Fisioterapia, Nutrição, Serviço Social, Terapia Ocupacional e pela enfermeira da USF, preceptora do PET-SAÚDE). Os dados coletados foram analisados por estatísticas descritivas e distribuição de frequência empregando-se o programa Epi Info versão 3.5.1. Os resultados obtidos foram apresentados sob a forma de tabelas e gráficos e discutidos na linguagem descritiva.

O estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), por meio do parecer consubstanciado sob o nº010/2009.

Resultados

Perfil sócio demográfico:

O estudo revelou que a faixa etária dos participantes varia de 60 a 91 anos, sendo a média de 78 anos. A maioria dos participantes é do sexo feminino (85,71%), sabem ler e escrever (64,29%), com escolaridade de 1º grau completo (46,43%), e residem a 50 anos ou mais na cidade do Recife (60,71).

Foi observado que em relação ao estado conjugal 71,43% são viúvos, 60,71% residem com as filhas, sendo que na mesma casa residem de 1 a 6 pessoas em 84,72% dos casos.

A percepção dos idosos sobre a própria vida demonstrou que 53,57% deles sentem-se satisfeitos, porém, para os 42,86% que estão insatisfeitos a principal causa são os problemas de saúde.

Perfil da saúde física:

Sobre a percepção de saúde pelo idoso, a maioria 60,71% afirma que está péssima ou ruim. Para 50,0% dos participantes, nos últimos 5 anos houve piora do estado de saúde e para 28,57% não houve mudança, no entanto, ao ser comparada com pessoas da mesma idade 64,28% relatam que está igual ou pior.

Todos os idosos referem ter problemas de saúde, entre eles à hipertensão 35,71% e a diabetes 17,86% tem os maiores ín-

lices. Esta condição atrapalha as atividades de 82,14% dos participantes. Em relação aos problemas nos membros superiores e inferiores, 78,57% possuem problemas nas articulações dos braços, mãos, pernas e pés e metade dessa população 50,00% não recebeu ajuda, tratamento de reabilitação ou alguma terapia .

Quanto as limitações da idade, as quedas ou tombos sofridas nos últimos 3 meses antes da pesquisa acometeram 21,43% dos participantes, e nenhum deles conseguiu se levantar sozinho do chão. Sobre a própria percepção a cerca da visão, 67,86% dos idosos a acham péssima ou ruim e 57,14% afirmam que esse tipo de problema atrapalha a realização das atividades diárias. Já em relação à audição 53,57% a referem como boa. O controle do esfíncter urinário é afirmado por 57,14%. De acordo com a percepção do entrevistador, 26 idosos (92,86%) não tinham sinais de incontinência urinária.

Em relação a saúde bucal, mais da metade 53,57% dos idosos relata péssimo estado dos dentes. Todos os idosos apresentaram dentição incompleta e 57,14% usam dentes postiços, dentaduras ou pontes, contudo, 75,0% deles afirmam que os problemas nos dentes não atrapalham a mastigação.

Utilização dos serviços médicos e dentários:

A maioria dos idosos (64,29%) procura uma instituição pública gratuita de saúde quando estão doentes. A dificuldade de locomoção é o principal motivo que atrapalha a procura pelos serviços de saúde (21,43%). Apesar disso, 78,57% afirmam estar satisfeitos com os serviços prestados. Os motivos que mais desagradam quando utilizam serviços de saúde são a demora na marcação de consulta e exames (46,43%), o

custo dos medicamentos (32,14%) e o tempo de espera para ser atendido no consultório (21,43%).

Com relação aos serviços dentários, 60,71% afirmam que não procuram por esses serviços há muito tempo (tabela9). A maioria (71,43%) afirma que nos últimos três meses que antecederam a pesquisa não consultou serviços médicos em casa ou no consultório, apenas 21,43% fez exames clínicos e 21,43% foram ao hospital ou clínica para receber medicação.

Nos últimos 3 meses anteriores a pesquisa, 25,0% dos participantes consultaram o médico em casa ou no consultório. Dos serviços que foram utilizados mais de uma vez, 14,29% referem consultas médicas no consultório ou em casa, como também receber medicações no hospital ou na clínica e apenas 7,14% buscaram os serviços dentários.

A utilização de dentes postiços, dentadura e ponte estão presente em 57,14% dos idosos, 42,86% usam óculos ou lentes de contato, 21,43% são cadeirantes e 7,14% utilizam bengalas. Alguns referem à necessidade de ter ou trocar alguns itens: dentes postiços, próteses dentária e pontes (57,14%), aparelho de surdez (21,43%), óculos (53,57%), bengala (25,0%) e cadeira de rodas (10,71%).

Dos entrevistados, 89,29% tomam remédios, receitados pela médica da USF. A dificuldade que apresentam para obter ou tomar seus remédios são os problemas financeiros (42,86%) e a falta de medicação na Unidade de saúde (10,71%). Para 82,14% dos idosos não existem dificuldades de encontrar remédio da farmácia. A filha seria a pessoa que poderia ajudar caso ocorresse doença ou incapacidade, para 60,71% dos entrevistados .

Atividades de Vida diária:

A população entrevistada apresenta um alto nível de dependência em relação à mobilidade na comunidade, 82,14% não sai de casa só para percorrer curtas distâncias e 89,29 % não saem de casa utilizando transportes sozinho, 96,43 % não conseguem dirigir seu próprio carro. Em relação à mobilidade funcional, 78,57% não conseguem subir e descer escadas sem ajuda, em contrapartida 71,43% caminham em superfícies planas e 82,14% deitam e levantam da cama sozinhos. São independentes no que se trata da rotina de medicação (57,14%), alimentação (75,0%), tomar banho (67,86%) e vestir-se (71,43%), e a maioria (60,71%) vai ao banheiro em tempo.

Nas atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) 60,71% não conseguem preparar sua própria refeição e 57,14% são dependentes na manutenção domiciliar. A maioria (82,14%) necessitam de auxílio para realizar suas atividades instrumentais de vida diária e o cuidador mais citado para auxiliar na realização destas atividades foi a filha (42,86%).

As atividades de lazer que são pontuadas pelos entrevistados como mais realizadas são: ouvir rádio (64,29%), assistir televisão (78,57%) e receber visitas (64,29%). Destes, 53,57% relataram insatisfação com as atividades que desempenham no tempo livre, tendo como principal causa os problemas de saúde (60,71%).

Discussão

A maioria da população é do sexo feminino, o que está de acordo com os dados demográficos do Censo 2008, no qual a população idosa feminina em Pernambuco prevalece em relação à masculina (IBGE 2009).

Saber ler compõe 69,29% da amostra, não coincidindo com dados da Pesquisa Nacional Amostra por Domicílio de 2008, que afirma que é preocupante o percentual de idosos brasileiros que não sabem ler nem escrever, chegando a 32,2%, e a alta taxa de analfabetos e analfabetos funcionais que chega a 51,7% (IBGE, 2009). Estes dados podem ter sido divergentes devido ao acesso desses idosos à educação, pois se subentende que por residirem a um longo tempo no mesmo local, o acesso a escola pode ter sido facilitada (LAURENTI, 2005).

A viuvez predomina em 71,42% dos idosos. A perda do cônjuge é um sinal de alerta, pois a viuvez pode acarretar alterações emocionais prejudiciais à saúde (Brasil, 2006). Torna-se importante uma atenção maior ao estado emocional desses idosos, já que a depressão, demências, ansiedade ou até mesmo psicose são comuns nessa faixa etária (Baldwin 2001) e com a identificação dos sinais e sintomas pode-se solicitar acompanhamento pelos psicólogos do Núcleo de Apóio à Saúde da Família (NASF).

A maioria dos idosos residem com as filhas e em caso de adoecimento elas seriam as cuidadoras, o que coincide com estudos realizados na Universidade da Terceira Idade (UnATI) da Universidade Federal de Pernambuco (BARRETO, 2003). Da mesma forma com o estudo realizado por Alvarez (2009) em Portugal. Os resultados mostram um nú-

mero significativo de mulheres que são cuidadoras, algo que perdura ao longo do tempo, onde a mulher tem o papel de cuidar da casa, dos filhos, dos entes doentes, o que torna essencial políticas para cuidar da saúde do cuidador.

A percepção sobre o estado de saúde é uma avaliação subjetiva sobre as enfermidades e os fatores que são resultantes de um estado de saúde adequado. Os índices de satisfação nesta pesquisa resultaram em 53,57% o que poderia ter diferentes proporções se além desta saúde percebida, fossem avaliadas e comparadas com os domínios de saúde testada (através de exames laboratoriais) e a saúde observada (avaliação clínica dos profissionais de saúde) ou utilizada outro tipo de avaliação do estado da saúde. O estado de saúde pode ser avaliado constantemente já que as insatisfações podem interferir no modo com o qual reagem a situações de enfermidades e aos tratamentos propostos (CHRISTOPHER, 2002, GUERRA, 2005).

Todos os idosos afirmaram ter problemas de saúde, tais como Hipertensão, Diabetes e outros e eles atrapalham as atividades de 82,14% dos idosos. Segundo Alves (2007) essas patologias são doenças crônicas degenerativas que acomete a população idosa e estão relacionadas com o risco de incapacidades ou comprometimentos funcionais, o que acarreta modificações na estrutura familiar, na comunidade e nos sistemas de saúde, como também diminuem a qualidade de vida e o bem estar destes idosos. Por este motivo é evidente a necessidade do acompanhamento destes idosos no Programa HiperDia do Ministério da Saúde que está implantado nas UBS (DATA SUS 2002), porém esta participação seria durante a visita domiciliar, onde além da distribuição de remédios a

educação em saúde pode ser realizada, já que a dificuldade de locomoção presente em 82,14% é um empecilho para a participação deste idoso nas atividades da UBS.

Os problemas osteoarticulares também afetam significativamente a população acima dos 60 anos. Encontraram-se dados semelhantes no estudo de Caldas (2007), onde o autor afirma que esse tipo de problema acometem, geralmente, os idosos e são responsáveis pela mudança na qualidade de vida, nas atividades de vida diária e por queixas algícas o que torna inegável a necessidade de avaliação adequada, tratamentos eficazes e exercícios físicos que minimizem a dificuldade de deambulação.

As quedas são comuns em todas as faixas etárias, porém são mais preocupantes entre os idosos, pois podem gerar multimorbidade e ocorrer reincidivas, ou até resultar em incapacidades parciais ou totais e comprometer a qualidade de vida. Podem ser ocasionadas por fatores intrínsecos como, vertigem, perda do equilíbrio ou extrínsecos que são os fatores ambientais. Por isso ela é um fator importante que necessita de atenção tanto do cuidador, quanto da equipe da Unidade Básica de Saúde. Nessa pesquisa o índice de quedas (21,42%) é ligeiramente mais baixo do que o encontrado na pesquisa realizada por Facchini (2007), em 41 municípios de estados brasileiros. Talvez a diferença se deva ao fato de que o período estudado foi menor (últimos três meses) enquanto que no estudo de Atie (2008) foi relativo ao último ano (ANANDA 2007).

As alterações visuais podem ocorrer devido ao envelhecimento, ou podem ser decorrentes de algumas patologias. A percepção dos participantes quanto à acuidade visual mostra

que a visão péssima e ruim totaliza 67,86%. Fato que necessita de investigação dos motivos desta percepção, pois nos idosos as causas mais frequentes de alterações visuais são geralmente a degeneração senil da mácula, retinopatia diabética, glaucoma e catarata. Como também a marcação de novas consultas oftalmológicas, já que 53,57% afirmam a necessidade de troca de óculos (CALDAS, 2007).

Audição ótima e boa totaliza 64,28% da amostra, algo que é satisfatório, tendo em vista que o déficit auditivo (presbiacusia) está associado com o aparelho vestibular, ocasionam alterações do equilíbrio e locomoção, causam vertigens, pre-dispõem a queda, diminuem a percepção a agentes externos, como também podem ocasionar um isolamento social. A avaliação da acuidade auditiva é de extrema importância para evitar quedas e prevenir agravos, principalmente dos 21,43% dos participantes que afirmaram necessitar do uso de aparelho auditivo, o que é algo essencial para melhorar a qualidade de vida desses idosos (GARDEZANI, 2008, GUERRA, 2005, CALDAS, 2007).

Sobre o controle do esfíncter urinário, salvo as complicações normais devido à senilidade, a maioria apresenta uma relativa estabilidade e certo equilíbrio nessa área.

É preocupante saber que os fatores limitantes da procura dos idosos aos serviços públicos de saúde, são a dificuldade de locomoção, a falta de médicos, a demora na marcação de consultas e exames, o custo dos medicamentos e o tempo de espera pelo atendimento. Dados demonstram que há um risco desta procura só ser efetuada em uma situação de urgência, emergência ou quando há um agravamento ou descontrole de uma doença crônica (ALMEIDA, 2008).

A falta de procura dos serviços de saúde resulta em 71,43%. Fato que poderia ser mudado com o aumento das consultas domiciliares tanto pelos médicos ou pelos enfermeiros da USF, pois essas visitas também seriam uma maneira de incentivar a procura destes idosos aos serviços de saúde, visto que é de extrema importância as consultas de rotinas para prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde. Segundo Freitas (2007), a assistência domiciliar aumenta a confiança, o conforto, proporciona um cuidado mais humanizado, além de reduzir custos e evita hospitalizações.

A não procura aos serviços dentários totaliza 60,71% dos idosos, mesmo utilizando próteses dentárias, pontes ou dentes postiços. O estado de saúde ou doença bucal de idosos constitui hoje um desafio, pois simplesmente a ausência de queixas de dor ou desconforto não pode ser considerada uma saúde bucal como também o fato de que a percepção da saúde bucal é influenciada por valores pessoais, como as crenças de que algumas dores ou incapacidades são inevitáveis nessa faixa etária. O que aumenta a necessidade de analisar a cavidade oral verificando a presença de aftas, a higiene das próteses e problemas nas gengivas. O uso de próteses dentárias pelos idosos tem suas vantagens como funções mastigatórias e estéticas e também desvantagens, como a higiene inadequada que pode proporcionar a proliferação de fungos e acúmulos de bactérias (BENEDETTI, 2007; ERDMANN, 2007; BARRETO 2009). O que evidencia a importância de avaliar e detectar precocemente alterações na cavidade bucal dos idosos, orientar quanto a higiene correta das próteses ou até mesmo fazer um encaminhamento ou marcar consultas para o setor odontológico da Unidade de saúde.

A maioria dos idosos afirmou apresentar um estado péssimo dos dentes 53,57%, o que sinaliza a necessidade de medidas assistencialistas à saúde bucal dos idosos. Uma vez que naturalmente é uma área que sofre desgaste com a chegada à terceira idade, medidas de tratamento e de prevenção devem ser tomadas para viabilização de uma senilidade tranquila no âmbito dentário.

Ao relacionar a mastigação e a presença dos dentes, observamos que a dentição incompleta está presente em todos os idosos 100%, mesmo assim 75% relatam não ter problemas com a mastigação o que pode ser justificado pelo uso de próteses dentárias, pontes e dentes postiços. Isso parece contraditório, pois a maior queixa bucal entre idosos é mastigação inadequada, o que é justificado pelo fato da capacidade mastigatória ser considerada 100% nas pessoas que possuem todos os dentes e as que utilizam próteses dentárias essa capacidade cai para 25%. O que não impede ser parcialmente recuperada com a manutenção das próteses dentárias, o que minimiza também os riscos de lesões associadas (BRUNETTI 2007, BEZERRA 2009)

As orteses e próteses estão presentes em 42,86%. Esses são elementos facilitadores da locomoção dos idosos e promovem sua independência e auto cuidado. O que não deixa de ser uma oportunidade de verificar quando foi realizado o último exame oftalmológico e marcar consulta caso seja necessário, a orientação quanto ao risco de quedas pelo uso de bengalas e cadeiras de rodas em estruturas físicas inadequadas para a locomoção, também são informações importantes para os idosos e seus cuidadores.

Um dos elementos que determinam a expectativa de vida ativa ou saudável é a independência para realização de AVD e as AIVD. Neste estudo 82,14% necessitam de auxílio para realizar suas atividades instrumentais de vida diária. Sem dúvida, ao envelhecer, a capacidade de realizar AVD pode sofrer alterações. Nota-se uma forte tendência à diminuição da atuação do indivíduo no meio em que vive, os idosos pesquisados apresentam dificuldades de locomoção, não conseguem preparar sua alimentação e 57,14% são dependentes na manutenção domiciliar. Tanto nas ações motoras mais específicas, como nas mais genéricas pode-se observar um especial comprometimento no comportamento de parte da população idosa. (ANDREOTTI; OKUMA, 1999; BALDWIN, 2001)

A capacidade de preservação da independência, aqui entendida como a capacidade funcional, em sua expressão máxima, significa poder sobreviver sem ajuda para as atividades instrumentais da vida diária e de autocuidado. Dependência é definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem ajuda, quer devido a limitações físico-funcionais, quer devido a limitações cognitivas (ARAÚJO et al, 2006). No caso desse estudo, a população estudada apresenta um alto grau de dependência relacionada à mobilidade, como não utilizar transportes sozinhos 89,29 %, não dirigir carros 96,43 %, como também não conseguem percorrer curtas distâncias 82,14%. A necessidade de um cuidador, quando a dependência é total, é problematizada uma vez que, como relata a literatura, recai sobre a mulher, filha ou nora, já próximas da meia idade ou velhice, pois a mulher sempre esteve dedicada a cuidar dos filhos, do marido, da casa. (ALMEIDA, 2008)

O contexto sócio-cultural-econômico pelo qual o país está passando, dificulta a busca de soluções para a manutenção do idoso em seu ambiente, quando a dependência passa a se tornar um problema familiar, dada à demanda maior por cuidados e serviços de saúde, pela complexidade do cuidado no interior dos lares. A falta de mobilidade dos idosos estudados acaba por tirar destes a capacidade de gerenciar sua vida, sua autonomia. A mobilidade física é, geralmente, a primeira AVD comprometida, 78,57%, não conseguem subir e descer escadas sozinhos e, se considerarmos que esta é necessária para a maioria das AVD, isso resultará na perda da independência.

Há um alto grau de dependência dos idosos quanto à realização das atividades instrumentais de vida diária, 60,71% não conseguem preparar sua própria refeição e 57,14% são dependentes na manutenção domiciliar, 82,14% necessita de ajuda para realizar as AIVD, dados semelhante com o estudo realizado com 665 idosos, que evidencia o alto grau de dependência das AIVD (ALMEIDA, 2008).

O grau de dependência compromete o lazer e, 53,57% afirmam não estar satisfeitos com as atividades de lazer realizadas, onde a maioria se restringe a ouvir rádio, assistir televisão e receber visitas. Neste item, se observa que a maioria não frequenta grupos de convivência e não realiza passeios. O que torna evidente a importância do lazer para a preservação da satisfação em viver e qualidade de vida e a literatura confirma esta observação (ARAÚJO et al, 2006).

Conclusão

De acordo com o estudo realizado foi possível tecer as seguintes considerações finais:

- A população pesquisada tem características sócio-demográficas semelhantes à encontrada em outros achados nacionais;
- Os idosos apresentam enfermidades crônico-degenerativas, osteoarticulares, perdas sensoriais, principalmente da visão e audição, que são responsáveis pela mudança na qualidade de vida, nas atividades de vida diária e podem levar a dificuldade de deambulação ou até resultar em incapacidades parciais ou totais;
- Os pesquisados apontaram como dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde a dificuldade de locomoção, a falta de médicos, a demora na marcação de consultas e exames, o custo dos medicamentos e o tempo de espera pelo atendimento;
- A saúde bucal é precária na maioria dos idosos e a mesma proporção necessita de auxílio para realizar suas atividades instrumentais de vida diária. Notou-se uma forte tendência à diminuição da atuação desses indivíduos no meio em que vivem, apresentando dificuldades de locomoção, de preparação da alimentação e dependência na manutenção domiciliar, o que também influencia na diminuição das atividades de lazer;

- Esses achados mostram a necessidade de intervenções multiprofissionais da Equipe de Saúde da Família e do NASF, que promovam a saúde e diminuam o risco de agravamento desta população. Pode-se observar que a assistência oferecida pela Unidade de Saúde não é suficiente no atendimento dessas demandas, o que torna relevante a problematização desses achados, integrando programas e políticas públicas voltadas para a saúde do idoso, principalmente no nível da atenção básica de saúde.

Referências

1. ALENCAR, NA *et al.* Nível de atividade física autonomia funcional e qualidade de vida em idosas ativas e sedentárias. **Revista fisioterapia em Movimento.** [periódico da internet] Jul/ Set 2010 [Acesso em:24 Nov 2010]; 23(3):473-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n3/a14v23n3.pdf>.
2. ALMEIDA AM, ALVES MLM, MILANE JL, *et al.* **Perfil da Capacidade Funcional do Idoso.** XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008. Caxambu-MG. p.1-18 Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1534.pdf.
3. ALMEIDA ES, DUARTE YAO, LOUVISIN MCP, *et al.* Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública. [periódico da internet].** 2008 [Acesso em: 15 Nov 2010]; 42 (8):733-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6846.pdf>.

4. ALVAREZ, AM; COSTA, MASM; GONÇALVES, LHT. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP. [periódico da internet]** Set 2009 [Acesso em: 20 Nov 2010] 43(3):6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a16v43n3.pdf>.
5. ALVES LC, CARVALHO MS, FONSECA TCO, *et al.* **A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil.** Caderno de Saúde Pública [periódico da internet]. Ago 2007 [Acesso em: 2 Dez 2010]; 23(8): 1924-30. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n8/19.pdf>
6. ANANDA CI, LIPOSCKI DBII, MAZO GZI, et al .Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. **Rev. bras. fisioter. [periódico da internet]** Nov/Dez 2007 [Acesso em: 19 Nov 2010];11(6):437-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n6/v11n6a04.pdf>.
7. ANDREOTTI RA, OKUMA SS. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. **Rev. Paul. Educ. Fís. [periódico da internet]** Jan/Jun 1999[Acesso em: 25 Nov 2010]; 13(1): 46-66. Disponível em: <http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/aval071.pdf>.
8. ARAÚJO MFM, LOPES MVO, MORAES GLA. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. **Acta Paul Enferm [periódico da internet]** Abr 2006; [Acesso em: 25 Nov 2010]; 19(2):201-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a12v19n2.pdf>.

9. ATIE S, RIBEIRO AP, SCHILITZ AO, et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência e saúde coletiva*. [periódico da internet]. Jul/Ago 2008 [Acesso em: 19 Nov 2010]; 13(4):1265-73 Disponível em: <http://www.scielo.org/>.
10. BALDWIN BA, FRIEDMAN SD, STEVENS GL. Enfermagem gerontopsiquiátrica. In: Laraia MT, Stuart GW. *Enfermagem Psiquiátrica - Princípios e Prática*. - 6ª EDIÇÃO Artmed. 2001.839-60.
11. BANDEIRA EMFS, PIMENTA FAP, SOUZA MC. Secretaria do Estado de Minas Gerais. **Atenção à Saúde do Idoso – Atendimento em Casa**. 1ª edição. Belo Horizonte 2006. [Acesso em: 20 set. 2009.] Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linhaguida/linhasguida/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>.
12. BARBOSA MH, BARICHELLO E, LUCAS LPP, et al. A percepção dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 em relação à amputação. **Revista Eletrônica de Enfermagem [periódico da Internet]** 2010 [Acesso em: 1 Dez 2010];12(3):535-8. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/6005/7873>.
13. BARRETO KML, CARVALHO EMF, FALÇÃO IV, et al. Perfil sócio epidemiológico das mulheres idosas na Universidade Aberta a Terceira Idade no Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. [periódico da internet]. Jul/Set 2003 [Acesso em: 12 Nov. 2010]; 3(3):339-58. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n3/17929.pdf>.
14. BARRETO SM, MARTINS AMEBL, PORDEUS IA. Auto avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo

- multidimensional. **Cad. Saúde Pública. [periódico da internet]** Fev 2009[Acesso em: 20 Nov 2010]; 25(2):421-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/21.pdf>.
15. BENEDETTI TRB, GONÇALVES LHT, MELLO ALSF. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Revista Ciência e saúde coletiva. [periódico da internet]**. Nov/Dez 2007.[Acesso em: 15 Nov 2010]; 12(6):1683-90. Disponível em: <http://www.scielosp.org/>.
 16. BEZERRA EAD, CARVALHO SS, MACÊDO DN, et al. Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente idoso na atenção básica. **Odontologia Clínica científica.[periódico da internet]** Jul/ Set 2009.[Acesso em: 20 Nov 2010]; 8 (3): 237-43. Disponível em: <http://cro-pe.org.br/revista/v8n3/7.pdf>.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da pessoa idosa. Manual de preenchimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. [Acesso em: 13 Nov 2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_preenchimento_idoso.pdf.
 18. BRUNETTI RF, MANETTA CE, MARCHINI L, et al. A importância do bom funcionamento do sistema mastigatório para o processo digestivo dos idosos. **Revista Kairós. [periódico da internet]** Dez 2007[Acesso em: 18 de Nov 2010]; 10(2), pp. 245-57. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2601/1655>.
 19. CALDAS CP, COELHO FD, SANCHEZ MA, et al. Promovendo a Saúde e Prevenindo a Dependência: identificando

- indicadores de fragilidade em idosos independentes. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. [periódico da internet]. 2007 [Acesso em: 18 Nov 2010];10(3): Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/>.
20. CAMPOS GWS, AMARAL MA. A Clínica Ampliada e Compartilhada, a Gestão Democrática e Redes de Atenção como Referenciais Teórico-operacionais para a Reforma do Hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva** [periódico da internet]. 2007 [Acesso em:]; 12 (4):849-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/04.pdf>.
21. CHRISTOPHER JL, MURRAY JAS, COLEN DM, et al. **Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications**. OMS. Genebra. 2002. Disponível em: <http://books.google.com.br/>. Acesso em: 13 nov 2010.
22. CUNHA G.T. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. **Cad. Saúde Pública** [periódico da internet]. 2004 [Acesso em: 18 Out. 2009]; 23 (7):1735-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/30.pdf>.
23. DATASUS. Departamento de Informática do Sus. **HiperDia Sistemas de cadastramentoe acompanhamento de Hipertensoes e Diabéticos**. Rio de Janeiro 2002. [Acesso em : 01 Dez 2010] disponível em:http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/aceso_rapido/auditoria/manual-HIPERDIA_1.5_M_02.pdf.
24. ERDMANN AL, MELLO ALSF. Revelando contradições e incorporando melhores práticas no cuidado à saúde bucal de idosos. **Revista de Saúde Coletiva**. [periódico da internet]. Jan./Abr 2007 [Acesso em: 15 Nov 2010]; 17(1):139-56 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a08.pdf>.

25. FACCHINI LA, PICCINI RX, SILVEIRA DS, et al. **Prevalência de quedas em idosos e fatores associados.** Revista Saúde Pública. [periódico da internet]. **Out 2007** [Acesso em: 18 Nov 2010]; 41(5):749-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/>.
26. FREITAS, IBA; MARQUES, GQ. Assistência domiciliar a idosos de uma Unidade Básica de Saúde e o espaço da enfermagem em uma experiência piloto. **Caderno de Estudos e Pesquisas.** [periódico da internet]. 2007 [Acesso em: 20 Nov 2010]; 10(24):75-86. Disponível em: <http://revista.universo.edu.br/index.php/1studospesquisa2/article/viewFile/77/77>.
27. GARDENAZI PM, LAPREGA MR, LOJUDICE DC, et al. Equilíbrio e marcha de idosos residentes em instituições asilares do município de Catanduva, SP. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. [periódico da internet] 2008 [Acesso em: 18 Nov 2010]; 11(2):[aprox. 6]. Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/>.
28. GUERRA RO, MACIEL ACC. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. **Revista Brasileira Ciência e Movimento.** [periódico da internet] 2005 [Acesso em: 20 Nov 2010]; 13(1): 37-44. Disponível em: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/610/622>.
29. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2009.** Rio de Janeiro, Brasil 2009.[Acesso em: 10 Nov. 2010]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/tabela1_6.shtm.
30. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos idosos responsáveis por domicí-**

- lio.[homepage da internet] Julho 2002[Acesso em: 21 Dez 2010] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>
31. LAURENTI R, LEBRÃO, ML. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol. [periódico da internet]** Jun 2005. [Acesso em: 18 Nov 2010]; 8(2):127-42. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v8n2/05.pdf>.
 32. MARCELINO, C.S. A Inclusão da Terceira Idade Dentro do Contexto Sócio-Afetivo-Cultural. **Revista [periódico da internet]** 2007. [Acesso em: 20 Set. 2009]; Disponível em: <http://www.vezdomestre.com.br/>.
 33. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional da Atenção Básica.** [homepage da internet] 2006.[Acesso em 20 Dez 2010]; 4: 7-16. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf.
 34. SANTOS AM, ASSIS MMA. Da Fragmentação à Integralidade: Construindo e (Des) Construindo a Prática de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva [periódico da internet]** Jan./Mar. 2006 [Acesso em:]; 11(1): 53-61. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11n1/29448.pdf>.
 35. SENADO FEDERAL. **Portal de Notícias** [homepage da internet] [Atualizada em: 07/04/2010 - 15h37] Brasília-DF [Acesso em: 23 Nov 2010] Disponível em: <http://www.senado.gov.br/>.

Perfil sócio-epidemiológico dos usuários de medicamentos psicotrópicos assistidos pela Equipe III da Unidade de Saúde da Família Sítio Wanderley

Edite de Souza FERREIRA

Lucely Freire AYRES

Sêmares Genuíno VIEIRA

Thamiris M^a Nascimento CABRAL

Thayenny dy Karlly Lira de OLIVEIRA

Evelyn Siqueira da SILVA

Helena Renata CYSNEIRO

Vera Lúcia Dutra FACUNDES

Introdução

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01 busca consolidar um modelo de atenção a Saúde Mental aberto e de base comunitária (BRASIL, 2011). São ações básicas que devem seguir um modelo de redes de cuidados de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas que busquem o estabelecimento do vínculo

e acolhimento.

É na Estratégia de Saúde da Família que se estrutura a atenção básica, e naturalmente está inserida a saúde mental, que busca resgatar a singularidade de cada usuário, investindo no seu comprometimento com o tratamento, apostando em seu protagonismo, tentando romper com a lógica de que a medicação é a 'única' responsável pelas melhoras. Além disso, o cuidado dos sujeitos com sofrimento psíquico envolve investimento nas potencialidades desses sujeitos, auxiliando-os na formação de laços sociais e apostando na força do território como alternativa para a reabilitação social (TANAKA e RIBEIRO, 2009).

A tendência no crescimento da demanda por atendimentos a saúde mental tem aumentado em todo o mundo, pois com o desenvolvimento da sociedade, paralelo ao crescimento da precariedade do trabalho e das formas de sociabilidade que ocorreram ao longo das últimas décadas, não faltam fatores que contribuam para acentuar as fraturas individuais e psíquicas, como neuroses, depressões, novas formas de ansiedade, perturbações do comportamento, etc., que na linguagem técnica são classificados como transtornos mentais leves. Dados do Ministério da Saúde indicam que 12% da população brasileira necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1981, definiu psicotrópicos como drogas que agem no sistema nervoso central (SNC) produzindo alteração de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora, sendo portanto, passíveis a auto-medicação (CARLINI, 2001). As pessoas procuram encontrar nessas drogas alívio, prazer ou

um reforço imediato para as suas atividades, o que leva ao uso abusivo ou indevido de medicamentos psicotrópicos e a consequente farmacodependência.

Foi dentro desse contexto, que o presente projeto se propôs a desenvolver um trabalho multidisciplinar com a intenção de traçar o perfil socio-epidemiológico dos usuários de medicamentos psicotrópicos de uma comunidade, a fim de identificar os motivos que os levam ao uso desses medicamentos e neles despertar o interesse e o conhecimento de outras alternativas de tratamento, além da terapia farmacológica.

Linha de pesquisa

Epidemiologia, Vigilância à Saúde e Tecnologia da Informação.

Objetivos

Objetivo geral

Traçar o perfil sócio-epidemiológico dos usuários de medicamentos psicotrópicos assistidos pela Equipe III da Unidade de Saúde da Família - Sítio Wanderley.

Objetivos específicos

- Traçar o perfil epidemiológico da população usuária de medicamentos psicotrópicos.

- Identificar a motivação dos usuários para o uso de medicamentos psicotrópicos.
- Descrever os principais aspectos da história clínica dos usuários.

Sujeitos e método

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo, realizado com usuários da USF-Sítio Wanderley, assistidos pela Equipe III, na Comunidade de Brasilit-Bairro da Várzea, localizada no Distrito Sanitário IV, pertencente a cidade do Recife, no estado de Pernambuco.

A partir de levantamento realizado pelos ACS's e nas fichas A de cadastro da USF, foram identificados 136 usuários que fazem uso contínuo de medicamentos psicotrópicos, os quais constituíram os participantes do estudo.

A coleta dos dados foi realizada através da aplicação de um questionário semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas, previamente estruturado pelos pesquisadores. As informações sócio-demográficas foram coletadas nas fichas de cadastro na Unidade de Saúde, e as informações da história clínica foram pesquisadas junto aos usuários. Os achados foram analisados com base na frequência simples e discutidos com a bibliografia científica relacionadas no tema do estudo.

O estudo teve como base a resolução CNS nº 196/96 do Ministério de Saúde que estabelece normas para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos e foi aprovado no Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com

o registro nº 353/09.

Resultados

A amostra foi composta por 136 usuários, dos quais 99 foram avaliados e 37 foram perdidas, por motivos de mudança dos usuários da área de cobertura da USF, óbitos e impossibilidade de localização dos pacientes.

Em relação aos fatores sócio-demográficos, a maioria dos participantes se caracterizou como do sexo feminino (63,6%), na faixa etária entre 40 a 59 (40,4%), de religião católica (58,6%), solteiros (51,5%), e 38,4% tinham mais de 2 filhos. Observou-se ainda que 43,4% possuíam o 1º grau incompleto; 30,3% eram domésticas; 91,9% recebiam renda, e destes, a maioria era de 1 salário mínimo. As características das condições de moradia mostrou que 86,9% possuíam casa própria, sendo 99% residências de alvenaria, com coleta de lixo em 96% das casas e 91,9% delas não são situadas em posição de risco. No entanto, a maioria dos usuários não participavam de grupos comunitários (81,8%).

De acordo com as variáveis clínicas foi observado que 99% dos usuários passaram a fazer uso de medicamento psicotrópico após orientação médica, tendo sido motivados a procurar ajuda devido a alterações comportamentais (80,8%), sendo que 45,5% receberam diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais. Praticamente não observou-se diferença entre os que usam apenas um tipo de medicamento (50,5%), e os que utilizam a medicação de maneira combinada (45,5%). Sobre o tempo de uso contínuo desses medicamentos, 55,6% dos usuários a utilizam no período de 1 a 10 anos.

A maioria da população (59,6%) adquire o medicamento apenas no SUS; 64,6% não faz outro tipo de tratamento a não ser o medicamentoso e 61,6% desconhecem outra forma de aliviar os sintomas. Observou-se ainda que 57,6% dos pesquisados possuem outras doenças e 67,7% apresentam outros casos na família.

Discussão

O predomínio do sexo feminino e a faixa etária acima dos 40 anos de idade são características da população estudada semelhantes às observadas na literatura (GALDURÓZ, *et al* 2005; DIMENSTEIN, *et al* 2005; RODRIGUES, 2006). A maior procura das mulheres pelos serviços de saúde, com frequência ainda maior quando se trata de queixas relacionadas a transtornos mentais, aparece como uma possível explicação para esse fato (COLOMBO, *et al* 2004).

A baixa escolaridade pode ser observada como fator importante para o uso de psicofármacos, consonante ao apontado por Rodrigues (2006).

A principal motivação para o uso de medicamentos psicotrópicos foram as alterações no comportamento, entre elas a insônia ganhou destaque, o que corrobora com o estudo Nordon, *et al* (2009). Segundo Dimeinstein, *et al* (2005) as alterações neurológicas são a principal motivação para o uso de psicotrópico, no entanto, nos dados encontrados nesta pesquisa essa motivação encontra-se em segundo lugar, enquadrando neste fator as convulsões e epilepsia.

A identificação dos medicamentos mais utilizados foi de difícil apresentação, já que observou-se combinações de di-

ferentes tipos de medicamentos. No entanto, os ansiolíticos e antidepressivos foi a combinação mais encontrada. O estudo revelou ainda que a maioria dos medicamentos citados pelos usuários eram os ansiolíticos, já para Rodrigues (2006) os benzodiazepínicos figuram como os psicofármacos mais consumidos tanto em 1994 quanto em 2003. Em relação aos psicotrópicos, os mais consumidos pela população estudada foram Clonazepan, Fluxetina, Diazepan, Carbamazepina. O uso prolongado desses medicamentos corrobora com os resultados de outros estudos (Dimenstein *et al*, 2005; Nordon *et al*, 2009).

A quase totalidade dos pesquisados obteve orientação médica para o uso dos medicamentos, o que reforça a tendência medicalizante das queixas, semelhante ao encontrado por Rodrigues (2006). Outra questão importante nesse âmbito é o fato da população com menor renda ter um maior acesso à medicamentos psicotrópicos na farmácia do SUS, provavelmente devido ao aumento da equidade no sistema público de saúde. Relevante também foi o fato de que 64,6% dos entrevistados não recebem nenhum outro tipo de tratamento a não ser o farmacológico. Questiona-se, no entanto, a oferta de outras possibilidades de cuidado para o sofrimento psíquico, que favoreçam a desmedicalização a partir de uma concepção mais ampliada de saúde.

Poucos estudos demonstram as diferentes formas de tratamento sendo Dimenstein *et al* (2005) um dos que destacam o fato da terapia medicamentosa ser o principal tratamento para os usuários, seguido da psicoterapia, internação, terapia ocupacional, fonoaudiologia e outros. Apesar dos usuários terem citado outras formas de tratamento, como: psicoterapia

pia, internação, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), acupuntura, entre outras, essas estratégias de cuidado são pouco conhecidas pela população, haja vista que mais de 60%, dos usuários não conhecem outras formas de tratamento.

Sobre a questão da presença de outros casos de transtorno mental na família observou-se que mais de 60% dos pesquisados relataram ter casos de parentes que utilizam medicamentos psicotrópicos, porém, sem definição de diagnóstico do familiar.

Conclusão

De acordo com o estudo realizado foi possível tecer as seguintes considerações finais:

- Os usuários de medicamentos psicotrópicos atendidos pela equipe III da USF Sítio Wanderley apresentam características sócio-demográficas semelhantes à de outras populações estudadas, com ênfase para a questão de gênero (feminino), faixa etária produtiva e baixa escolaridade;
- O cuidado de problemas relacionados ao sofrimento psíquico reforça a tendência medicalizante já que não é oferecido nenhum outro tipo de tratamento a não ser o farmacológico. Os benzodiazepínicos figuram como os psicofármacos mais utilizados, sem controle dos riscos da dependência que essas medicações oferecem, já que o tempo de uso é bastante prolongado;
- A implementação de outras estratégias de atenção à

saúde mental no nível da atenção básica ainda é um desafio, para gestores e profissionais da equipe de saúde da família, que lidam constantemente com o sofrimento psíquico da população. A utilização de diferentes estratégias para o cuidado desse tipo de problema poderá promover o uso racional de medicamentos psicotrópicos tanto pelos pacientes como pelos profissionais que as prescrevem;

- Ações como a qualificação dos profissionais da atenção básica, a efetividade da integralidade na rede pública de saúde mental com o apoio matricial dos Centros de Atenção Psicossocial, podem contribuir para o enfrentamento dos problemas de saúde mental da comunidade, construindo diferentes formas de aliviar o sofrimento dos usuários.

Referências

1. BRASIL, **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/>, acesso em 18/04/11
2. CARLINI, E. A. et al. Drogas Psicotrópicas- O que são e como agem. **Revista IMESC**, São Paulo, nº 3, 2001. Disponível em: <http://www.imesc.sp.gov.br/>. Acesso em: 24. nov. 2010.
3. COLOMBO, D. et al. Padrão de Prescrição de Medicamentos nas Unidades de Programa de Saúde da Família de Blumenau. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, Santa Catarina, v. 40, n. 4, out/dez 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v40n4/v40n4a12.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2010.

4. DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, Barbacena, v. 3, n.5, nov. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/>. Acesso em: 30 nov. 2010.
5. GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Pesquisa Domiciliar Envolvendo as 107 maiores Cidades do País – 2001. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, n. 13, set/out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea17.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2010.
6. NORDON, D. G. et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, Dec. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/>. Acesso em 27 Dec. 2010.
7. RODRIGUES, M. A. P.; FACCHINI, L. A.; LIMA, M. S. de. **Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil**. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n. 1, jan/fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27123.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2010.
8. TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.14, n. 2, p. 477-486, 2009.

Acolhimento: Um dispositivo para o cuidado integral, na percepção dos usuários e profissionais de saúde na experiência do programa de educação pelo trabalho na saúde, PET-Saúde

Jeanne Cunha dos SANTOS

Jéssica Barbosa SILVA

Eliane Maria Ribeiro de VASCONCELOS

Vânia Pinheiro RAMOS

Misael Alves de ARAÚJO

Teresa Bióca NEVES

Introdução

A partir de 1994 o Programa de Saúde da Família - PSF passa a ser a porta de entrada do SUS, ou seja, a ponta que une os serviços de média e alta complexidade, passando o Ministério da Saúde (MS) a apostar no acolhimento e formação de vínculos entre profissional de saúde e a comunidade para tornar efetivos os princípios e diretrizes do SUS, principalmente no que tange a integralidade¹. Nessa perspectiva o

PET-Saúde, tem como objetivo promover vivências que permitam aos acadêmicos da saúde, serviço social e psicologia compreender a lógica do SUS e suas necessidades. O que se observa na teoria é a importância do acolhimento como ferramenta necessária para promover mudança na organização do processo de trabalho, construir laços capazes de manter a relação terapêutica, garantir acessibilidade e qualidade de acesso aos serviços de saúde e promover a autonomia do sujeito.

Objetivo

Observar na prática a possibilidade de o acolhimento ser considerado uma nova tecnologia de trabalho no âmbito da saúde, a partir da percepção dos usuários e dos profissionais de saúde em uma unidade de saúde da família (USF).

Metodologia

Este estudo ocorreu em uma USF de Recife-PE e fez parte das vivências das acadêmicas em saúde no PET-Saúde como resultado das atividades desenvolvidas no primeiro ano do programa na Universidade Federal de Pernambuco. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefevre Lefevre, para análise dos resultados. A coleta de dados foi feita através de um check-list que conduziu a observação direta da rotina da unidade e de um formulário de entrevista semi-estruturada, aplicado tanto para os profissionais quanto para os usuários da unidade em estudo. A amos-

tra foi composta por 11 profissionais e 28 usuários, sendo esses últimos delimitados pela técnica de saturação dos dados.

Resultados

Emergiu tanto para usuários quanto para os profissionais no presente estudo, que o acolhimento seria a principal ferramenta para garantir uma relação humanizada, a partir da formação de vínculo, de uma escuta clínica qualificada, da capacidade de solidariedade da equipe com a necessidade do usuário e da responsabilização mútua sobre o estado de saúde do mesmo. Sendo assim, todos os profissionais concordaram com a importância do acolhimento inserido na prática dos serviços de saúde, referindo promovê-lo principalmente através da educação em saúde e boa receptividade dos usuários dentro das possibilidades da unidade.

Conclusão

O estudo analisou a experiência do SUS através do marcador acolhimento, cuja escolha decorreu da compreensão do novo paradigma do sistema de saúde. Os profissionais de saúde têm a capacidade de intervir no processo assistencial produzindo novas práticas, intervindo no processo de trabalho e provocando mudanças. Essas mudanças podem produzir impacto em diversos campos. No âmbito da saúde, é possível criar dispositivos que favoreçam as forças instituintes, na criação de mudanças na política, na organização e processos de trabalho; resultando em intervenções positivas. Práticas essas que reforcem a universalização na atenção e serviços,

que incorporem as necessidades dos usuários, sejam acolhedoras, vinculem e sejam equânimes, que promovam reforma nas práticas sanitárias e sejam também produtores de indicadores positivos no quadro dos agravos de saúde. Só após um diagnóstico de área, incentivado por projetos do Ministério da Saúde, como o PET-Saúde; é que foi possível perceber que os novos dispositivos de mudança, quando pensados e articulados conjuntamente pelo coletivo dos trabalhadores de um serviço, ao serem introduzidos, ganham maior potência. Levando em consideração os discursos dos profissionais e usuários inseridos na prática do serviço; o acolhimento torna-se imprescindível para organizar, implementar, sistematizar, coordenar e avaliar as políticas de saúde pública. Dessa forma, o trabalho em equipe com uma visão multiprofissional, a inclusão de novas categorias profissionais na ESF, a qualificação do profissional que está na ponta, o perfil adequado para o trabalho na rede básica de saúde, a educação continuada, a produção de pesquisas que envolvam integralidade, e a criação de programas como o PET-Saúde, somados, contribuirão para o sucesso do Programa de Saúde da Família e enfim para a consolidação do acolhimento na prática.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: 10 out. 1996;
2. SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; ROCHA, Nadja de Sá Pinto Dantas *et al.*

Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2008, v.24, suppl.1, pp. 100-110. ISSN 0102-311X.

3. ESMERALDO, Geordany Rose de Oliveira Viana; OLIVEIRA, Lúcia Conde de; SOUSA, Keylla Márcia Menezes de *et. al.* Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. *Rev. APS*, 2009, v.12, n.2, pp. 119-130.
4. SOUZA, Waldir da Silva; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface (Botucatu)*, Jun 2008, v.12, n.25, pp.327-338. ISSN 1414-3283.

Parte III

Ensino: Relatos de experiências de transformação nos cursos da UFPE

PET-Saúde no curso de Fonoaudiologia: A incursão do graduando no mundo da saúde coletiva

Adriana de Oliveira Camargo GOMES
Christiane Maria Oliveira CABRAL
Natália Freire da SILVA
Maria Vanessa Silva VITOR
Pollyana Ribas de OLIVEIRA
Hilton Justino da SILVA

*“Seria uma contradição se, inacabado e consciente do
inacabamento, primeiro, o ser humano não se inscrevesse ou não se
achasse predisposto a participar de um movimento constante de
busca e, segundo, se buscasse sem esperança.”*

Paulo Freire

A Fonoaudiologia na saúde pública extrapola a abordagem clínica, tornando essa ciência mais social e mais acessível. Tal inserção possibilita ao fonoaudiólogo o vislumbrar de uma atuação no âmbito coletivo que inclui o diagnóstico sanitário, análise de causalidade e inferências, monitoramento de grupos de risco, vigilância epidemiológica e sanitária e a avaliação do impacto de ações (LESSA, 2004).

Essa nova realidade promoveu à ciência fonoaudiológica, antes de uma mudança de direção, uma ampliação da visão e atuação do fonoaudiólogo, o que lhe conferiu maior inserção e eficiência na promoção e prevenção da saúde e, consequentemente, melhores resultados terapêuticos.

Além disso, por ser o Brasil um país de dimensões continentais, torna-se cada vez mais evidente que o profissional, cujas práticas em saúde estiverem longe do novo conceito apresentado pelas políticas públicas vigentes, estará fadado ao desaparecimento.

No entanto, esse processo ainda está longe de se estabelecer de maneira satisfatória, devido ao conceito entranhado e limitado de que saúde é “não-doença” e, também, pela prática do atendimento clínico individual, que acompanham o histórico da Fonoaudiologia no Brasil. Por isso, faz-se necessária a inclusão, na formação do graduando na área, de conceitos e práticas, sob esse novo olhar da Saúde, para que o mesmo tenha subsídios para uma atuação coerente às necessidades da população.

Nesse contexto, o Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), no ano de 2010, concluiu sua *Reforma Curricular*, ajustando-se à nova realidade de saúde no país, tomando como fontes norteadoras o Projeto Político Pedagógico Institucional da UFPE, as Diretrizes Curriculares e os programas REUNI, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e do Programa de Educação para o Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), incluindo em sua grade mais disciplinas voltadas à formação em saúde coletiva, com o objetivo de contribuir com a sociedade, oferecendo-lhe um profissional inse-

rido na construção da justiça, igualdade e emancipação social em saúde (*Projeto Pedagógico* do Curso de Fonoaudiologia da UFPE, 2010).

Antes, porém, da implantação do novo currículo, o aluno do curso pôde experienciar, desde 2009, a prática no PET-Saúde/UFPE, o que proporcionou mudanças pessoais nos graduandos participantes e no próprio grupo. Tais mudanças podem ser observadas nos relatos de experiências dos estudantes bolsistas e voluntários, descritos, brevemente, a seguir.

“Meu interesse em participar do PET, se deu pela expectativa de ser este um projeto inovador e diferente, ainda não desenvolvido na UFPE, o qual me abriria para uma visão vasta sobre a realidade vivenciada na saúde pública.

A participação nas visitas domiciliares com os agentes de saúde da família e com a enfermeira responsável pelo subgrupo do qual faço parte, bem como as diversas atividades vivenciadas com os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) me permitiram perceber as reais necessidades dos pacientes, as quais vão muito além das restritas temáticas da consulta. Tal vivência me fez refletir sobre o processo de adoecimento dentro de um contexto mais amplo (social, econômico e cultural), o qual se manifesta no cuidado com a saúde.

Na Fonoaudiologia, segundo o perfil curricular do curso da UFPE, vigente até o ano passado

(2010), no qual estou inserida, o acadêmico é pouco preparado para atuar na atenção básica, com pouco conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). O curso tem, ao todo, três disciplinas relacionadas à atenção em Saúde Coletiva: Fonoaudiologia e Saúde Pública (no quinto período) com carga teórica de 30 horas e carga prática de 15 horas; Planejamento e Gestão em Fonoaudiologia (no sétimo período) com carga teórica de 60 horas; e o Estágio de Fonoaudiologia em Saúde Pública (no oitavo período) com carga prática de 60 horas. Tais disciplinas abrangem, em seu conteúdo, o conhecimento sobre o SUS, Unidade de Saúde da Família (USF) e atenção básica. O PET-Saúde me trouxe a possibilidade de conhecer o SUS e a Saúde da Família, o entendimento de integração ao sistema, tão desconhecido por mim, até então, além de promover meu conhecimento sobre como é uma comunidade, como ela se organiza, quais as dificuldades, os avanços adquiridos com o passar dos meses, e me fez aprender sobre o processo de gestão do posto de saúde e sobre como é trabalhar em equipe.

Como acadêmica de Fonoaudiologia pude, nesse período, ficar mais próxima ao foco do PET-saúde, que visa à integração com as outras profissões da área da saúde. Sendo assim, tive a oportunidade de conhecer mais de perto o processo saúde-doença da população, e crescer profissionalmente, já que, poucos alunos têm a oportunidade de ver

como é a verdadeira realidade da saúde da população brasileira fora das grades da universidade.

Ademais, pude conhecer outras áreas da saúde, como o papel da enfermagem, odontologia e da medicina, no âmbito da USF e vi que o papel de todos é essencial, para que a atenção básica possa ser feita seguindo seus princípios. E, também que o agente comunitário de saúde (ACS) é o homem/mulher da comunidade que estreita a relação comunidade-unidade, e que quando engajado com a melhoria de vida da população, é um agente modificador da saúde da comunidade.

Enfim, o PET-Saúde, como um todo, me apresentou a algo realmente antes não vivido e nem mesmo imaginado, enquanto acadêmica, me proporcionando o que não aconteceria se não estivesse inserida ao projeto. Desse modo, me concedeu o entendimento da interdisciplinaridade, da importância de cada profissional dentro do sistema, da importância da humanização, de como é o real processo do que acontece em uma USF, e do convívio e trocas de experiências com graduandos de outros cursos, onde se pode conhecer a dinâmica dos outros cursos em nossa volta, dentro da mesma Universidade, até então desconhecida.

Complementarmente, participo do projeto desenvolvido na USF de meu grupo, intitulado: A percepção do usuário em relação à atenção básica na USF-Brasilit, cuja experiência somada às dis-

cussões sobre os dados coletados que nos fazem refletir sobre os resultados da atuação profissional na atenção básica, me posicionou a observar o olhar dos comunitários em relação à Unidade, me fazendo perceber, de maneira mais contundente, a realidade do SUS, trazendo-me, assim, uma grande contribuição como estudante e como pessoa.”

(Christiane - aluna do 7º período)

“A iniciativa de participar do PET-Saúde UFPE adveio da ideia de que tal experiência me proporcionaria um enriquecimento em minha formação, pois, antes de sermos fonoaudiólogos clínicos, seremos profissionais da área da saúde.

No momento atual, temos o privilégio de participar de um curso que não nos ensina, apenas, patologias e seus tratamentos, controle e prevenção de doenças de suas sub-áreas, mas também, que nos remete ao que há de atual nas políticas de saúde pública de nosso país, abordando um tema muito importante que é a promoção da saúde.

Com a proposta do PET- Saúde, podemos vivenciar a realidade da saúde, não apenas em cada área isolada, mas como uma equipe multidisciplinar. Atualmente, a Fonoaudiologia encontra-se na Atenção Básica da Saúde, tendo uma visão geral do indivíduo e do Sistema Único de Saúde; contudo, vale ressaltar o diferencial benéfico que um

aluno de fonoaudiologia recebe de suas experiências e vivências no PET, em relação àquele que não participa do programa: a facilitação do ensino-aprendizagem, pela associação da prática com os assuntos teóricos abordados em sala de aula; a promoção do desenvolvimento de raciocínio crítico em relação à saúde e às formas de atuação na área; estímulo ao desenvolvimento de atividades de extensão e pesquisas científicas; promoção de atividades interdisciplinares, com vários profissionais, integrando conhecimentos específicos; além da prática de ações de saúde à população de nossa região.”

(Natália – aluna do 5º período)

“Passei por muitas vivências na USF (Unidade de Saúde da Família). O meu preceptor, que é médico, sempre me deixou à vontade, me ensinando e mostrando como tudo acontece. Tive a experiência de ajudá-lo, durante seu atendimento no consultório, de ajudar a enfermeira em dias de prevenção, de ficar na recepção e, o que mais gostei, de ir a campo com meu preceptor e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Foi muito gratificante participar das visitas nas casas, pois foi muito bom olhar para aquelas pessoas, residentes na comunidade, e ver a felicidade em seus rostos, por saber que estávamos ali, em suas casas, para cuidar delas. A maioria é de ido-

sos que precisam de um cuidado especial; mas há aqueles que são mais ativos e alegres.

Aprendi, nessa experiência, muito sobre o SUS (Sistema Único de Saúde) outrora considerado por mim como algo falido, mas que agora se revelou como um motivo de esperança, pois pude ver muitos bons exemplos, como as ações das ACS's nas visitas domiciliares, revalidando, junto aos médicos, as receitas de medicamentos que são levadas aos pacientes. Esse cuidado com a comunidade resulta na interação dos profissionais de saúde com a população, tornando suas ações mais efetivas e isso é algo bonito de se ver.

Posso concluir que não sou a mesma depois do PET. Confesso que, no começo, fiquei confusa por não entender minha participação em algo que não parecia ser da minha área, considerando que meu preceptor não era um fonoaudiólogo, mas a experiência me fez entender a importância da multidisciplinaridade e me ensinou sobre a interdisciplinaridade. Portanto, como estudante, afirmo que aprendi, aprendo e aprenderei ainda mais, com essa experiência no PET – Saúde”.

(Vanessa - aluna do 3º período)

“Confesso que só entendi, realmente, a proposta do PET-Saúde e sua contribuição para minha formação acadêmica, depois de ter passado pela a experiência de conviver com os profissionais

que trabalham no Programa de Saúde da Família (PSF) e com a comunidade atendida.

O fato é que minha concepção sobre o SUS mudou: como usuária, criticava o sistema de maneira negativa, mas a convivência no PSF me fez entender os 'caminhos' do SUS e o porquê de não existir, nos PSF's, os profissionais especialistas. Compreendi, também, o porquê do atendimento ser, primeiramente no PSF, antes do encaminhamento para o hospital e em que situações isso deve ocorrer, pois, assim como muitos usuários do Sistema Único de Saúde, entendia que somente o atendimento no hospital atendia, efetivamente às demandas em saúde.

Na Universidade, aprendi, teoricamente, o que era e como funcionava o SUS, mas foi no PSF, por meio do PET, que pude ter a complementação prática dos ensinamentos outrora recebidos dos docentes. Além disso, pude vivenciar, como estudante de Fonoaudiologia, uma realidade que me fez pensar que, para ser um profissional completo, é necessário buscar compreender o SUS, além de se investir na visão humanizada e realista sobre as pessoas que vivem em comunidades; afinal, não só se terá um perfil único de pacientes atendidos, já que as pessoas são distintas umas das outras e vivem em diferentes realidades e que o entendimento da comunidade em que elas estão inseridas podem elucidar os diferentes padrões não só de patologias, mas também, de suas concepções so-

bre os cuidados com a saúde; o que envolve, também, a educação. Aprendi a valorizar o conhecimento do outro seja ele profissional da área de saúde ou não, afinal todos tem algo a acrescentar de novo, além de vivenciar situações que poderão não ser revividas numa clínica.

No entanto, minhas decepções se apresentaram quando me deparei com alguns profissionais inseridos em muitos PSFs que não nos trataram como estudantes que estavam ali para aprender e obter novas experiências, mas como mero observadores que não trariam nada de útil para melhoria de qualidade de vida daquela comunidade. Contudo, tal experiência também me fez refletir sobre minha futura conduta profissional, pois não quero compactuar com esse mesmo pensamento e postura.”

(Pollyana – aluna do 3º período)

Torna-se evidente, portanto, que a oportunidade de vivenciar o contexto prático de saúde traz ao graduando em Fonoaudiologia uma visão real e mais abrangente do que a base teórica pode lhe oferecer, o que propicia ao mesmo situações que o estimulam a refletir sobre a heterogeneidade das demandas sociais, bem como a construir, de maneira criativa, novos modelos de intervenção social capazes de transformar a realidade, visando a melhor qualidade de vida da população.

Referências

1. LESSA, F. Fonoaudiologia e epidemiologia. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004.
2. Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco. **Projeto Pedagógico do Curso de Fonoaudiologia: Reforma Curricular**, 2010.

A contribuição da fonoaudiologia na atenção básica de saúde: A experiência do graduando participante do PET

Adriana de Oliveira Camargo GOMES
Cicília Laís de Lima SILVA
Liliane Elise Souza NEVES
Hilton Justino da SILVA

A partir da inserção da Fonoaudiologia nos serviços públicos, na década de 80, os conceitos e práticas na área foram revistos. No entanto, ainda há um longo caminho a ser percorrido para que a promoção da saúde e a qualidade de vida dos atores sociais envolvidos (profissionais e comunidade) alcancem os ideais propostos (CHUN, 2004).

Nesse “caminho” a ser percorrido pela Fonoaudiologia, está a formação do profissional, enquanto graduando, que deve ser permeada tanto por conceitos sobre a saúde coletiva/pública, quanto por práticas que o façam vivenciar a realidade social e o instiguem a pensar e a desenvolver ações que favoreçam a promoção e prevenção em saúde.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), por ter como objetivo ações direcionadas para

o fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde, tendo como pressuposto a educação como uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Portal Saúde, 2010) criou o vínculo ensino-serviço-comunidade o qual tem integrado o estudante da área de saúde à atenção básica, oferecendo subsídios ao futuro profissional para o conhecimento e compreensão da realidade que ele posteriormente encontrará a partir de sua formação.

Essa prática tem enriquecido a experiência do graduando em Fonoaudiologia, pois promove o contato do aluno com a comunidade, além de criar a possibilidade do convívio multiprofissional na integração das diferentes áreas da saúde em uma mesma finalidade, ou seja, o cuidado e, sobretudo, a prevenção das patologias presentes em determinada comunidade, associada à promoção da saúde.

O convívio com a comunidade traz ao estudante uma visão real e abrangente da situação enfrentada pela população menos favorecida, social e economicamente, e lhe promove o conhecimento da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente em relação ao Programa de Saúde da Família (PSF). Visão e conhecimento que, no ambiente acadêmico comum, são distorcidos por falta de oportunidade de experienciá-los na prática.

A inclusão no PSF, promovida pelo PET, faz com que o aluno, ainda que sua área específica não tenha historicamente representação profissional na área básica de saúde – como é o caso da Fonoaudiologia – se relacione com outros estudantes e profissionais experientes de outras áreas, de forma que seus saberes se ampliem de maneira enriquecedora. No en-

tanto, nem sempre essa “troca” se faz de maneira adequada ou desejável, pois o desconhecimento, por parte das demais áreas, sobre as funções e a importância da Fonoaudiologia, por exemplo, faz com que o graduando seja visto, por alguns profissionais atuantes no sistema, como alguém “deslocado” daquele contexto. Entretanto, essa situação, de certa forma, de conotação negativa, tem estimulado os estudantes, futuros fonoaudiólogos, a buscarem seus “espaços”, mostrando a relevância da Fonoaudiologia na saúde básica.

Isso tem beneficiado não apenas aos próprios alunos de Fonoaudiologia, como também à população, pois nesse “desafio” os alunos puderam desenvolver ações, junto à comunidade, de orientações específicas e de atividades programadas que estimulam e desenvolvem aspectos relacionados à comunicação humana.

Dentre as ações promovidas pelos estudantes de Fonoaudiologia no PET, podemos citar alguns exemplos, cujos resultados poderão ser analisados, posteriormente, por meio de pesquisas. Destacamos, portanto, a palestra realizada na PSF Sítio Wanderley sobre a importância do aleitamento materno, não apenas do ponto de vista nutricional, mas também para o desenvolvimento das funções orais e emocionais; fatores esses também fundamentais no desenvolvimento da comunicação da criança amamentada. Além disso, durante o desenvolvimento de pesquisa sobre assistência domiciliar a idosos, em outra comunidade, os alunos puderam observar e orientar aqueles que apresentavam problemas relacionados à mastigação, deglutição e alterações de linguagem. Ademais, está em desenvolvimento ações promotoras do desenvolvimento da linguagem infantil em escolas das comunidades atendidas.

É importante observar, nessas ações, a abrangência da faixa etária beneficiada, pois esta vai desde bebês recém-nascidos, passando por suas mães (mesmo no pré-natal) até os idosos acamados, evidenciando a atuação fonoaudiológica em todas as idades.

Portanto, essas atividades do estudante de Fonoaudiologia – cuja detecção da necessidade da população e iniciativa no desenvolvimento das ações partem do próprio aluno – inserem a Fonoaudiologia em espaços que, até alguns anos atrás, eram inatingíveis. Esse benefício à população, outrora não alcançada por tal ciência, pode, a médio e longo prazo, melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Torna-se evidente, portanto, que o convívio multiprofissional não apenas proporciona ao aluno a experiência de pensar a saúde de maneira mais completa e abrangente, reconhecendo a importância e o papel de cada especialidade na promoção, prevenção e atendimento à saúde, mas também, oportuniza uma maneira de difundir a Fonoaudiologia entre os demais profissionais da saúde, proporcionando cada vez mais conhecimento e entendimento do campo de atuação do fonoaudiólogo.

Além disso, a experiência dos alunos com os usuários do sistema tem revelado o interesse da comunidade em conhecer mais as funções do fonoaudiólogo, quebrando mitos e influenciando na mudança de comportamento tanto do usuário, quanto de outros profissionais na valorização e reconhecimento dessa profissão, o que também tem facilitado o atendimento, tornando-o mais completo e abrangente.

Desse modo, o estudante, por meio do PET-Saúde, aprende que o SUS é o único meio capaz de suportar a grande

demanda de fonoaudiólogos que se formam e que é dever do aluno (futuro profissional) esforçar-se para a melhoria desse sistema, lutando para que a Fonoaudiologia esteja inserida em todos os programas e vertentes da saúde coletiva.

Referências

1. CHUN, R. Y. S. Promoção da saúde e as práticas em Fonoaudiologia. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. **O Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004.
2. PORTAL SAÚDE. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**, 2010.

PET: Transformando o ensino nos cursos da UFPE (Farmácia)

Leila Bastos LEAL
Maria Alice Maciel TABOSA

O termo Farmácia serve simultaneamente para denominar uma profissão e uma área técnico-científica. Como profissão, a Farmácia encontra a sua definição nas diferentes atividades relacionadas às análises clínicas e toxicológicas, drogaria e farmácia magistral, indústria de cosméticos, medicamentos e alimentos, farmácia hospitalar. Como área técnico-científica, é o produto da interseção de vários domínios como a biologia, a química e a medicina, tendo como objeto a relação entre os medicamentos e os organismos vivos (DIAS, 1985). Desta forma, qualquer que seja o ponto de vista por onde encaremos o termo Farmácia, o que encontramos no centro do seu significado é o medicamento (FBV/IMIP, 2005).

Com o aumento de expectativa de vida (resultado da melhoria da qualidade de vida das pessoas: crescente industrialização, medicamentos mais potentes, melhoria nas condições de saneamento básico), houve um conseqüente envelhecimento da população, bem como aumento de doenças crônico-degenerativas (DCD). Estas, juntamente com a obesi-

dade, têm figurado como a maior causa de mortalidade e incapacidade no mundo, sendo responsável, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais. São os chamados agravos não-transmissíveis, que incluem principalmente as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias mais especificamente a doença pulmonar obstrutiva crônica (MACHADO, 2006).

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), aproximadamente 50% dos pacientes portadores de DCD não obtêm um benefício clínico, devido a uma baixa aderência aos tratamentos medicamentosos e, principalmente, por não assumirem as mudanças de estilo de vida necessárias. O ato de não atingir as metas terapêuticas estabelecidas está relacionado a um maior número de hospitalizações, pior qualidade de vida e maiores custos da doença, já que as complicações se instalam mais precocemente e de forma mais intensa. O problema se acentua nas doenças assintomáticas onde a conscientização da responsabilidade do autocuidado está reduzida (SILVA, 2006).

Assim, a transição de um esquema de doenças agudas para as doenças crônicas, bem como a mudança das ações de saúde exclusivamente curativas para as ações preventivas, seguem juntas neste caminho de pouco mais de 20 anos do Serviço Único de Saúde (SUS), um modelo de saúde pública universal- maior sistema público de saúde do mundo ocidental, que atua em diversos níveis de complexidade, dentre eles a atenção básica, onde estão incluídos os centros de saúde, unidades de pronto-atendimento, postos de saúde de vacinação, unidades de saúde da família. Nestes locais atuam, normalmente, equipes de saúde da família, compostas por médi-

cos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e equipes de saúde bucal formadas por dentistas, auxiliar de saúde bucal e técnico em higiene dental. Outros profissionais de saúde entre eles o assistente social, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico acupunturista, médico ginecologista, médico homeopata, médico pediatra, médico psiquiatra, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico, fazem parte apenas da composição do Núcleo de Assistência a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008a ; BRASIL, 2009).

Em se tratando do profissional farmacêutico, uma crescente insatisfação com sua forma de atuação, que começou a mudar desde a época da industrialização de medicamentos, quando o mesmo passou de manipulador para dispensador de medicamentos industrializados, além de outras inquietudes, fizeram surgir, no Brasil, o movimento de reforma sanitária que influenciou de forma decisiva na concepção de saúde, na gestão do serviço de saúde e na formação de recursos humanos reorientando o papel social do farmacêutico como profissional de saúde, principalmente no que concerne a SUS (WHO, 1978; OMS, 1997).

E como parte deste sistema complexo, o SUS, no que diz respeito à reorientação da assistência farmacêutica baseada numa estrutura de gestão descentralizada, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), em 2004, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, individual ou coletiva, garantindo os princípios do SUS, tendo o medicamento como insumo essencial, visando seu uso racional (BRASIL, 2004). Este conjunto envolve a pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos e

insumos, o funcionamento do que chamamos de ciclo da assistência farmacêutica, além do acompanhamento e avaliação de sua utilização direcionando também ao exercício da atenção farmacêutica, promulgada por Hepler e Strand, em 1990, nos Estados Unidos, quando foram criados mecanismos para resolver os problemas relacionados a medicamentos (PRM) e permitir que os farmacêuticos participassem da equipe de saúde, usando de seus conhecimentos para melhorar ao cuidado ao paciente. Essa prática profissional humanizada e proativa, baseada na corresponsabilidade pelos resultados farmacoterapêuticos e pelo bem-estar do paciente, foi reconhecida pela profissão como o resgate do papel do farmacêutico e como nova missão profissional.

No Brasil, o modelo hegemônico de atenção à saúde, marcadamente nos anos setenta, associado à reforma do ensino neste período, fortaleceu a formação do profissional de saúde voltada à lógica da especialização (MARINS, 2007). Os erros inerentes às concepções do Conselho Federal de Educação acerca do ensino de farmácia, que resultaram na implantação dos currículos mínimos, somados às políticas econômicas voltadas a atender as expectativas do setor industrial e do mercado e à crescente valorização pela sociedade brasileira do medicamento como mercadoria, culminaram na apropriação por parte dos profissionais farmacêuticos de uma prática profissional tecnicista, burocratizada, desarticulada do restante da equipe de saúde e com um baixo compromisso social (CAMPESE, 2006). E dessa forma, sua formação tradicional transformou-se numa justaposição de disciplinas, no ciclo básico, e de especialidades, fato este já remediado no currículo para formação do farmacêutico generalista. No entanto,

as fragmentações dos currículos e a pouca relação teórico/prática somadas à pedagogia da transmissão, representam os maiores obstáculos à aprendizagem significativa e ao desenvolvimento de um profissional crítico e capaz de trabalhar com problemas, principalmente na área da farmácia clínica, que se encontra em pleno desenvolvimento no campo farmacêutico atualmente (FBV/IMIP, 2005).

Para que haja a formação deste profissional crítico, extremamente importante para a sociedade, é necessária uma modificação no processo de ensino-aprendizagem, bem como nos modelos de currículos ultrapassados e ainda vigentes no país. É possível observar que a formação exigida do professor universitário tem sido restrita ao conhecimento aprofundado da disciplina a ser ensinada, sendo este conhecimento prático (decorrente do exercício profissional) ou teórico/epistemológico (decorrente do exercício acadêmico). Pouco, ou nada, tem sido exigido em termos pedagógicos (PACHANE, 2004).

Neste sentido, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), instituído em 2008 pela Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802/08, é destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), viabilizando programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências dirigidos aos estudantes da área (BRASIL, 2008b). Estão envolvidos no programa onze cursos de graduação que atuam na área da saúde, entre elas o curso de farmácia. Considerada uma prática comunitária, composta por atividades realizadas semanalmente em Unidades de Saúde da Família

(USF) da cidade do Recife - PE, podendo ser iniciadas desde o primeiro período até o final do curso, proporciona clareza acerca da relevância e do papel do cenário de práticas para a formação e educação permanente do estudante. Sendo assim, a atenção básica se constitui no cenário prioritário para a execução das práticas preconizadas pelo programa (CRUZ, 2010).

Um dos objetivos do programa é o trabalho em equipe multiprofissional, que visa à obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (CRUZ, 2010). Isso torna viável a integralidade da atenção ao paciente, um dos princípios do SUS (BRASIL, 2006).

É de fundamental importância a compreensão sobre a integralidade do cuidado em saúde, entendida como um processo de produção social e a necessidade de um exercício contínuo, considerando os diversos valores éticos, sociais e culturais dos futuros profissionais (MARINS, 2004). Nesse contexto, ressalta-se também a importância da utilização de recursos de ensino-aprendizagem diversos, em consonância com a atuação do preceptor, agentes comunitários de saúde e tutor, bem como com o fundamento da aprendizagem ativa como por exemplo, a *aprendizagem baseada em problemas* (ABP), uma estratégia educacional, que traz como uma das características, a necessidade de considerar os conhecimentos prévios e os valores sociais e éticos de cada estudante (FREIRE, 1996; WOOD, 2003; KILROY, 2004). Na ABP, a for-

mação ocorre por meio da resolução de problemas estruturados, para pouco a pouco, serem construídos o conhecimento necessário à resolução de problemas reais no futuro (BARROWS, 1980; GOMES, 2009; GWEE, 2008). É justamente esta a parte mais importante do PET, pois neste caso os problemas já são reais, além de interdisciplinares.

O aprendizado por meio do trabalho em uma equipe tão rica em sua heterogeneidade pode ser considerado o grande saldo positivo da iniciativa. Quando se considera o novo conceito de saúde, e a postura que este demanda dos profissionais de saúde, observa-se que a capacidade de trabalhar em equipe é primordial, ainda mais quando se fala em equipe de saúde. São conceitos, no entanto, que não podem ser meramente abordados em sala de aula, pois tratamos aqui de habilidades sabidamente inerentes ao desenvolvimento no dia-a-dia, na incorporação à prática profissional enquanto parte de um processo de formação (CAMPOS, 2009).

Diante do exposto, fica claro que a participação do aluno de farmácia no PET-SAÚDE sinaliza para um grande potencial de sensibilização dos mesmos desde o início da sua formação. Para a compreensão da qualidade de vida e necessidades das populações mais carentes e suas necessidades, enquanto desafio a ser trabalhado para que se tornem futuros profissionais com formação mais holística, com compromisso e ética e, o mais importante de tudo, uma construção de conhecimento multidisciplinar. Visto a interação com alunos de diversos cursos, em prol da melhoria da qualidade de vida dos usuários, fatos estes complementares ao conteúdo das disciplinas do currículo do farmacêutico generalista.

Portanto, torna-se clara a necessidade de inclusão de estágios interdisciplinares na grade curricular dos cursos de farmácia, visando à formação de profissionais aptos para atuar na atenção básica, desenvolvendo competências que ultrapassam a visão teórica dos processos de vigilância à saúde, responsabilidade pela população adscrita, gestão de atividades em saúde, entre outras.

Referências

1. BARROWS, H. S., TAMBLYN, R. M. Problem-Based Learning: an approach to medical education. New York: Springer; 1980.
2. BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Resolução N. 338 de 6 de maio de 2004. Brasília, 2004.
3. BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria Interministerial N. 1.802 de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília, 2008b.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios/Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 154 DE 24 DE JANEIRO DE 2008. 2008a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php>. Acesso em 05 de abr. 2011.
6. CAMPESE, M. Proposta Para Ensino Da Atenção Básica Na Farmácia. 126 f. Monografia (Residência Multiprofissional

em Saúde da Família) - Núcleo de Estudos em Saúde da Família, Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR. 2006.

7. CRUZ, C. F.; SILVA, T. O.; NETO, J. L. N.; LUZ, R. L. S. A. PET-SAÚDE DA FAMÍLIA: Ainda há pedras no caminho. In: Anais do XIV Seminário de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFES, Feira de Santana, 2010.
8. CAMPOS, M. M. A.; BASTOS, L. L.; VELÁSQUEZ, D.; PEREIRA, D. B.; BUENO, L. M.; BACIN, F. P.; SILVA, D. B.; EINSFELD, L. A Extensão Universitária Enquanto Ferramenta Para Formação de Um Novo Perfil de Profissional Farmacêutico. Em extensão, Uberlândia – SP, v. 8, n. 2, p. 23-32, 2009.
9. DIAS, J. P. S. A História da Farmácia como Disciplina das Ciências Farmacêuticas. *Farmácia Portuguesa*, Lisboa, v. 35, p. 54-57, 1985.
10. FACULDADE BOA VIAGEM/INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO (FBV/IMIP). Projeto Político Pedagógico – Curso de Farmácia. Recife: FBV/IMIP, 2005.
11. FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia – Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
12. GOMES, R.; BRINO, R. F.; ALQUILANTE, A. G. AVÓ, L. R. S. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 3, p. 444-451, 2009.
13. GWEE, M. C. E. Globalization of Problem-Based Learning (PBL): Cross-Cultural Implications. *Kaohsiung J Med Sci*, v. 24, n. 3, p. 14-22, 2008.

14. HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*, v. 47, p. 533-343, 1990. Disponível em <http://www.pharmaceuticalcare.es/esp/>. Acesso em: 05 de abr. 2011.
15. KILROY, D.A. Problem based Learning. *Emerg Med J.*, v. 21, p. 411-413, 2004.
16. MACHADO, C. A. Epidemiologia da Hipertensão e Classificação da Pressão Arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Brasil, 2006.
17. MARINS, J. J. N. Formação e Atenção Básica de Saúde – Pacto de Gestão para Territórios de Aprendizagem. São Paulo: Cadernos Associação Brasileira de Educação Médica, v. 3, p. 11-21, 2007.
18. MARINS, J. J. N.; REGO S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. Educação Médica em Transformação – Instrumentos para a Construção de Novas Realidades. São Paulo: Hucitec. Associação Brasileira de Educação Médica, p. 285-303, 2004.
19. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The role of the pharmacist in the health care system. Preparing the future pharmacist: curricular development. Report of the third WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, Vancouver, Canada, 1997. Geneva: World Health Organization; 1997.
20. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Doenças crônico degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Disponível em: <http://www.opas.org.br/> Acesso em: 04 de abr. 2011.

21. PACHANE, G. G.; PEREIRA, E. M. D. A importância da formação didático pedagógica e a construção de um novo perfil para docentes universitários. *Revista Iberoamericana de Educación*, v.3, n.1, 2004. Disponível em: <http://www.campusoei.org/revista/deloslectores/> Acesso em: 04 de abr. 2011.
22. SILVA, C. A. B. A Educação no tratamento das doenças crônico-degenerativas. 2006. Disponível em: <http://www.unifor.br/>. Acesso em: 04 de abr. 2011.
23. WOOD, D. ABC of learning and teaching in medicine – Problem Based Learning. *BMJ*, v. 326, p. 328-220, 2003.
24. World Health Organization. Primary Health Care. Genebra: WHO; 1978.

Psicologias, ortodoxias e o SUS: A experiência dos estudantes de Psicologia no PET-Saúde e a reforma do fazer psicológico

Isis Maurício COELHO
Laila Anine Candida da SILVA
Marcelo Silva CAVALCANTI
Luís Felipe RIOS

Introdução

Diante das novas configurações sociais que se apresentam cotidianamente, vemos emergir novas possibilidades de ação dentro do contexto da formação em psicologia. Ao passo em que, no nosso curso de psicologia na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) *nos deparamos com um demorado processo de mudança na grade curricular, tendo o currículo atual muitas lacunas, principalmente no que diz respeito à atenção básica e a saúde pública como um todo. Paralelamente vamos sendo frequentemente questionados* acerca dos posicionamentos - teóricos e práticos - que vamos adotando ao longo da graduação. Vemos, pois, uma amálgama de possibilidades e expectativas que passam

a pesar por sobre nossos ombros, na medida em que vamos nos implicando e nos encontrando nessa variedade de possibilidades.

Nas singelas linhas que e seguem, esboçaremos uma breve discussão onde repensaremos alguns pontos que nos tocaram nas vivências proporcionadas pela nossa inserção no PET-Saúde. Somos chamados enquanto estudantes de psicologia a ocupar certos espaços e papéis ainda recentes na história da nossa profissão. Vale ressaltar que nas equipes das Unidades de Atenção Básica em Recife, ainda não existem psicólogos. Assim, tentaremos com esse texto, problematizar questões trazidas pelas nossas angústias, surgidas com o esforço de tentar agrupar conhecimentos teóricos e vivências cotidianas em comunidades populares.

A impossibilidade da PSICOLOGIA

Uma das mais marcantes características de nosso curso é a diversidade teórica que é possibilitada pelas várias linhas de pensamento que circulam. Entendemos que essa questão se estende a outros campos do conhecimento e da ciência em geral, porém, por nos situarmos especificamente no campo da Psicologia, abordaremos essa temática a partir deste lugar em que temos mais propriedade.

Ao nos inserirmos na universidade, somos apresentados a diversas visões de humano que consequentemente trazem concepções de ação únicas a cada visão. Assim, nos deparamos com ideais mais individualistas, que concebem o humano tomando como base aspectos mais individuais de sua existência. Coexistente a essas linhas de pensamento, vemos

outras que se propõem a ser mais abrangentes, concebendo que os processos que levam as pessoas a se desenvolverem são diretamente perpassados pelas relações sociais e afetivas que se estabelecem, bem como com a complexa produção de sentidos que cada um fará diante dessas interações. São duas visões de humano que nos são bastante acessíveis, pois há grande número de produção bibliográfica em ambas. Porém, o que queremos apontar é que, o fato de nos filiarmos a uma ou a outra vai também, terminar por permear nossa atuação enquanto psicólogos. É fato que, seja uma corrente mais individualista, seja uma corrente mais crítica/social, ambas fazem parte da gama de pensamentos que comumente se define como Psicologia. (SPINK, 2010)

Apontamos para o fato que, olhando de dentro de nossa “grade” e de nossas “realidades” na psicologia, essas mesmas realidades se mostram múltiplas. De modo que, a opção por defender determinados pontos de vista traz a angústia de saber que essa opinião, já nos é posta diferindo de várias outras que também nos são ofertadas. A unidade da Psicologia como uma profissão homogênea passa a fazer parte apenas de uma das estereotipadas visões que o senso comum nos associa. Falar em Psicologia, enquanto área marcada pela diversidade, a ser falar em Psicologias, e torna-se ponto fundamental perguntarmos-nos, que psicólogo é este que expressa sua opinião. A que teorias ele se filia e principalmente, que idéia de humano ele foi ensinado a defender.

A Psicologia no PET

A entrada no PET-Saúde ocorreu por seleção dentro do próprio curso de Psicologia e após esta seleção fomos encaminhados para os diversos grupos que já atuavam no PET por volta de um ano. Esses grupos são compostos de estudantes de várias áreas de atuação, sendo inclusive uma das propostas do PET, a formação de equipes de trabalho multiprofissionais.

Foi-nos solicitado inicialmente um processo de adaptação à dinâmica da unidade de saúde, participar das diversas atividades cotidianas: recepção, farmácia, visitas, atendimentos, entre outros. Após tal processo tivemos que pensar num projeto de pesquisa que, em conhecendo melhor a comunidade, poderia contribuir para a população de alguma forma. Várias temáticas têm surgido para estudo. A proposta a partir de agora é terminar estas pesquisas e responder a população com os seus resultados de formas diversas.

Dentro do PET, estamos instalados em três unidades de saúde da família situadas no distrito 04 da cidade do Recife: Engenho do Meio, Cosme e Damião e Emocy Krause. Assim, pudemos estar convivendo com alguns recortes do cotidiano dessas localidades. Compartilhando diferentes experiências e mesclando-as à nossa formação. Um exemplo foi o Chá-PET, ocorrido no segundo semestre de 2010 e organizado por acadêmicos de psicologia juntamente com a professora Maria Lucicleide. Tal atividade teve por objetivos tentar mobilizar os estudantes participantes do PET saúde a trocar experiências, questionar de maneira crítica suas atividades e funções e mobilizar suas angústias.

Dentro do grupo 2 foi desenvolvido a I Jornada do PET-Saúde G2 que teve como finalidade a integração dos diversos

grupos que o compõe, além de proporcionar discussões sobre saúde pública e atenção básica, reforma curricular e repensar os profissionais de saúde que estão inseridos na USF.

Currículos de antes, demandas de agora

A reflexão e o questionamento são pontos essenciais nesse tópico, pois pensar o agora é se remeter a fatos passados é averiguar suas consequências e repensá-las. Portanto, entender as demandas de agora é se voltar para o currículo que temos, pois o mesmo não sofre reformulação há muito tempo, ou seja, é o passado fazendo e se mostrando no presente.

Depois de longos anos, mais uma vez o curso de graduação em Psicologia, debruça-se sobre uma (tentativa de) reforma curricular. Momento em que deve ser percebida a defasagem e se pensar em perspectiva sobre as possibilidades de inserção do psicólogo no mercado profissional. Medidas paliativas, sem um planejamento com a perspectiva do futuro não atenderia as demandas necessárias a uma melhoria do curso.

Os estudantes têm papel fundamental nessa transformação e não podem se alienar em todos os sentidos da palavra nesse sistema se apenas repete o passado sem o (re)significar ou atualizá-lo. Os campos de atuação se expandiram, o profissional de psicologia ampliou sua atuação. A presença dos estudantes enquanto estagiários e voluntários nos diferentes espaços de atuação do psicólogo deve servir como o fermento das reformulações necessárias nos conteúdos ofertados pelo curso – do mesmo modo, para a construção de temas para a pesquisa e extensão.

A inserção na atenção básica abre-se como uma rica possibilidade de inserção da Psicologia na Política Pública de Saúde do Brasil contemporâneo. O Pet-saúde tem uma importância no sentido de proporcionar uma discussão sobre o tema e de nos fazer refletir, trocar experiências com outros cursos e amadurecer alguns aspectos sobre esse tema. Cabe ao Departamento de Psicologia capitalizar essa experiência de modo a que ela possa oferecer, juntamente com a experiência dos alunos que estagiam em CAPs, Hospitais Gerais e outros equipamentos e estratégias de promoção à saúde, recursos para a construção de um Currículo antenado com as Políticas de Saúde e a nossa realidade local.

O que se deve pretender agora não são apenas medidas pontuais, mas uma reforma completa e global e que possa ser reformulada sempre que houver ideias que a superem. Nesse processo o estudante pode e até deveria ter uma total participação, visto que é ele que vivenciará as consequências do aparato de competências e habilidades necessárias para a atuação profissional, que é situada pelo currículo.

Panópticos educacionais e a grade curricular

Já discorreremos um pouco sobre o atual contexto da reforma curricular no curso de Psicologia na UFPE e da pertinência de ações como a do PET-Saúde para subsidiá-la. Partindo desse pressuposto e de momentos de discussões largas pelos corredores, ou até mesmo, em encontros mais formais, nos questionamos: onde e para onde pretendemos nos voltar enquanto que há uma formação de caixinhas e de pouquíssimos diálogos (não só com a saúde pública, mas também em tantas

áreas que as psicologias têm podia atuar) a se impor por sobre nossos desejos? Para que tem se formado profissionais, psicólogos, que precisam, de forma geral, re-aprender depois que saem de sua graduação? Para onde e para quem temos nos direcionado? Qual a demanda que estamos nos propondo a auxiliar (para não dizer resolver e voltar a uma ideia que não concordamos)?

Angústias inúmeras. Mas que, enquanto graduandos, é o que temos sentido. Vivemos em nossas caixinhas, numa linguagem que talvez seja mais atual: “cada um no seu quadrado”, e reproduzimos conhecimentos que não estão de acordo com o que se tem por fora das paredes da universidade. Foucault falou sobre um modelo panóptico, que em linhas muito gerais, seria uma forma de controle onde não existiria exatamente alguém controlando, mas um sistema como um todo nos controlaria, sem precisar exatamente “dizer” que nos controla. Esse filósofo faz menção a um modelo de controle que era utilizado em prisões há algumas décadas, onde havia um panóptico que girava uma luz dentro de um compartimento onde havia várias celas, essa luz que circulava era o que estabelecia a ordem.

Foucault, por sua vez, com sua “genealogia do sujeito moderno”, identifica, nas instituições que se desenvolvem a partir do século XIX, o território de uma forma específica de exercício de poder – o poder disciplinar. Este exercício tem como alvo o controle, a vigilância, a regulação de populações inteiras, por um lado, e de indivíduos – que, aliás, são seu produto – de outro. Seu objetivo básico é o de produzir os “corpos dóceis”,

ou seja, aqueles com máxima eficácia econômica e mínima eficácia política. Para Foucault, o conhecimento das ciências humanas/sociais é utilizado como uma forma de controle sobre os indivíduos/grupos/populações. (SIQUEIRA, 1999, p.76)

Controlados, não exatamente por um panóptico, mas pela quantidade e qualidade das disciplinas que temos que cumprir, pela carga horária de eletivas de tal tipo que nos habilite a tal formação, ou às eletivas que podemos ou não podemos cursar por ter ou não ter ligação com a nossa graduação e (mas não por fim), não por acaso o cumprimento da nossa grade curricular. GRADE curricular. Perguntamo-nos mais uma vez: para onde pretendemos ir dentro dessas caixinhas, dentro desses controles?

A diferença abismal que se percebe entre ser Psicólogo e atuar como tal se reafirma diante dessas práticas arcaicas e prolixas de se fazer psicologia. Caímos então na pergunta inicial para onde estamos indo? Para que e para quem estamos nos formando? Qual a forma/fôrma que estamos nos encaixando? Qual a contribuição que estamos nos propondo a dar à sociedade? Continuaremos no “mais do mesmo”?

A prática da Psicologia na equipe multiprofissional em saúde da família

Diante de tantos questionamentos, de tantas inquietações, o mundo não pára. Os/As Psicólogos/as estão se formando e a estes/as é pedido uma forma de resolver as “problemáti-

cas de cunho psíquico”. Como está sendo feito? Pesquisas, equipes multiprofissionais, saídas múltiplas que têm acontecido por buscas extracurriculares, por interesse de pequenos grupos (professores e alunos) preocupados em atuar da melhor forma. O que não quer dizer que esses/as profissionais têm deixado a desejar, muito pelo contrário, o que vemos são os/as residentes dando o “sangue da alma” para corresponder aos pedidos do serviço público. Continuaremos tapando o sol com a peneira?

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família tem dado algumas ideias de como esse profissional pode se incluir nesse “novo” contexto. Ao passo que tem exigido bastante daqueles que se propõem ao trabalho que por vezes não é deixado claro e acaba por se confundir com outros. Paralelo a isso, essa mesma equipe tem que dar conta de um distrito sanitário inteiro com um número absurdo de famílias para 10 profissionais darem conta.

A Equipe de Saúde da Família (a equipe fixa da Unidade da Saúde da Família – médico/a, enfermeiro/a e dentista e seus respectivos auxiliares) como já foi mostrado, não agrega um/a psicólogo/a (não esquecendo a importância das outras profissões) o que também dificulta a inserção deste profissional nesse âmbito.

Enfim, são inúmeras problemáticas que podem ser levantadas para questionarmos qual tem sido ou qual pode ser a prática desse/a psicólogo/a no serviço de saúde pública do Brasil. A construção é absolutamente possível. É inclusive também por isso que escrevemos desta forma, para buscar novas maneiras de atuação, de inserção no mundo. Que possamos então contribuir, somar, questionar nossas próprias

práticas a fim de não cristalizar nossas idéias.

Referências

1. SIQUEIRA, M. J. T. (1999). Refletindo sobre a concepção de sujeito: alguns apontamentos. In: Educação, Subjetividade e Poder. n° 6, vol. 6, p. 73-81. Porto Alegre. p. 76.
2. SPINK, M. J. (2010). Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade. In: Quaderns de Psicologia, n° 1, vol. 12, p. 41-56.

Parte IV

Resumos de projetos concluídos e em andamento

Aspectos físicos e psicossociais que interferem na saúde e no trabalho dos agentes comunitários de saúde da Unidade de Saúde da Família Bongi Boa Ideia na Cidade do Recife – PE

Priscylla Girllene Alves da SILVA
Roberta Gomes Ferreira RIBEIRO
Shirleidy Mirelle da Costa FREITAS
Silvana Silva do NASCIMENTO
Isabel Araújo de Souza Wanderley Fernandes LIMA
Leila Bastos LEAL

Resumo

As doenças psicossomáticas caracterizam-se por perturbações emocionais que intervêm nos processos físicos. Assim, os fatores psicológicos aumentam o risco de desenvolvimento ou agravamento da doença física, que afetam um grande número de trabalhadores, devido às condições de estresse em que se encontram submetidos constantemente. Considerando que os agentes comunitários de saúde (ACS) atuam

estrategicamente como elo entre comunidade e sistema de saúde em questões de cuidado contínuo, e está susceptível às dificuldades estruturais da unidade, às dificuldades estruturais da área bem como às questões sociais tais como a fome e violência, o objetivo deste trabalho é analisar o adoecimento destes profissionais em decorrência das condições ambientais, físicas e sociais de trabalho a que estes estão submetidos, avaliando os riscos bio-psico-sociais, que tem conseqüências na saúde psíquica e física dos mesmos. O método de coleta de dados da presente pesquisa é composto de duas fases: a primeira trata-se da aplicação de um questionário entre os componentes das três equipes de saúde da Unidade de Saúde da Família (USF) Bongi Boa Idéia na cidade do Recife (USF) acerca do trabalho do ACS e a segunda é realizada mediante entrevistas semi-estruturadas individuais com as quinze ACS's da unidade. Através das informações obtidas, serão evidenciados quais os fatores que prejudicam o estado físico e mental destes trabalhadores, para que se possa intervir na prevenção e promoção de saúde dos mesmos, visando melhorar a qualidade de vida e o desempenho laborativo destes trabalhadores, que são a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco. Buscando uma maior adesão dos ACS e demais profissionais da USF na participação desta pesquisa, foi realizada, inicialmente, uma apresentação do trabalho proposto, incluindo ciclo de discussão entre a equipe executora composta por quatro alunos, tutora e preceptora do Programa de Educação pelo trabalho da UFPE/MS, e todos os profissionais da USF Bongi/ Boa Idéia. Foram entre-

gues cópias do resumo da pesquisa e um Banner contendo as principais funções dos ACS foi exposto na USF. Todos os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foram assinados, entrevistas e questionários realizados. Uma vez finalizada esta etapa, estamos avaliando os resultados para então montarmos a uma estratégia de atuação que possa intervir na prevenção e promoção de saúde dos ACS.

A importância da equipe multiprofissional para o acolhimento na visão dos usuários e profissionais de uma Unidade de Saúde da Família em Recife – PE

Jeanne Cunha dos Santos
Jéssica Barbosa Silva
Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos
Vânia Pinheiro Ramos
Misael Alves de Araújo
Teresa Bióca Neves

Resumo

INTRODUÇÃO: O acolhimento tem como objetivo reorganizar o processo de trabalho deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, de forma a atender o usuário independente da hora de chegada na unidade, escutando-o, solidarizando-se com ele e resolvendo seu problema de saúde. **OBJETIVO:** Este estudo tem como objetivo analisar a percepção dos usuários e profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família (USF) sobre a importân-

cia da equipe multiprofissional na promoção do acolhimento. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, realizado em uma USF do município de Recife-PE. A amostra foi composta de 28 usuários e 10 profissionais de saúde. Utilizaram-se dois instrumentos para coleta de dados: um check-list para observação direta e um questionário semi-estruturado para nortear a entrevista com os usuários e os profissionais. Os dados foram analisados através da técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC), sendo abordadas algumas temáticas centrais tanto para os usuários quanto para os profissionais como: a equipe multiprofissional na organização do processo de trabalho e no acolhimento, e a interação da equipe no atendimento das necessidades do usuário. **RESULTADOS:** A parcela da amostra dos usuários que respondeu positivamente apontou a importância da equipe multiprofissional para suprir a demanda, ter uma visão holística da condição do usuário e na melhoria da qualidade da assistência prestada na unidade em estudo. Ainda assim uma pequena parte dos usuários entrevistados não possuía uma visão da importância de uma equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família (ESF), relatando preferência pelo atendimento médico e idealizando um serviço que fornecesse maior diversidade de especialidades médicas. Já entre os profissionais a maioria respondeu que uma boa interação com a equipe e a visão de outras categorias profissionais é fundamental para a compreensão do indivíduo em sua totalidade de forma a atendê-lo em suas reais necessidades, embora uma pequena parcela reconheça a dificuldade de integração multidisciplinar. **CONCLUSÃO:** Foi observado que o trabalho em equipe, numa visão mul-

tidisciplinar gera uma postura acolhedora frente ao usuário. Significando na prática melhor capacidade de identificar e resolver seus problemas de saúde; e de dar respostas às suas demandas, ampliando o leque de alternativas tecnológicas mais compatíveis com a necessidade do cliente, coordenando e priorizando o cuidado. **REFERÊNCIAS:** 1. MATUMOTO, Sílvia; FORTUNA, Cinira Magali; MICHIMA, Silvana Martins *et al.* Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface (Botucatu)*, Fev 2005, v. 9, n.16, pp. 9-24. ISSN 1414-3283. 2. FRIEDRICH, Denise Barbosa de Castro; PIERRANTONI, Célia Regina. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões oraganizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. *Physis. Rev. Saúde Coletiva (Rio de Janeiro)*, 2006, v.16, n.1, pp.83-97. 3. SANTOS, Denise Loureiro Chaves dos; SUPERTI, Lourdes; MACEDO, Maria Salete. Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. *Boletim da Saúde*, 2002, v.16, n.2, pp.30-51.

Análise da sala de situação numa USF: Um olhar sobre a saúde da mulher

Jeanne Cunha dos Santos
Jéssica Barbosa Silva
Katharine Lima Menezes
Marília Gabriela Vital
Vânia Pinheiro Ramos
Teresa Bióca Neves
Misaél Alves de Araújo

Resumo

Tendo como foco a família em seu aspecto físico e social, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) permite a equipe de saúde uma visão holística do processo saúde-doença, além de proporcionar ao profissional engajado a implementação de ações interdisciplinares. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, além disso, identifica os fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma apropriada. Tendo como foco a fa-

mília em seu aspecto físico e social, a ESF permite a equipe de saúde uma visão holística do processo saúde-doença. Para compor essa Estratégia, o Ministério da Saúde utiliza-se de alguns programas assistenciais que contemplam as demandas preferenciais da comunidade adstrita à unidade básica de saúde e permitem que as políticas públicas tornem-se efetivas. Esses programas permeiam a organização do processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família (USF), sinalizando a importância do seu acompanhamento e a necessidade em monitorar e analisar os resultados obtidos ao longo dos anos. Para que isso fosse possível, as acadêmicas em saúde a partir das vivências do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde/ PET-Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), foram despertadas a avaliar os indicadores epidemiológicos expostos na Sala de Situação da USF. A Sala de Situação é um instrumento que facilita a visualização dos dados epidemiológicos referentes à saúde da criança, saúde da mulher, pessoas e agravos prioritários e ações individuais e coletivas e permite o acompanhamento e avaliação do serviço por parte da equipe e também da própria comunidade, facilitando a compreensão e participação ao trabalho proposto. A escolha da temática, referente aos dados da Sala de Situação a serem analisados, foi norteadada pelos preceptores da própria Unidade, que perceberam a partir de suas experiências o universo feminino como um tema que motiva um leque de discussões, não apenas relacionadas à saúde, mas que também envolvem questões históricas, destacando conteúdos como: direitos humanos, cidadania, desigualdade social, reprodução e outros; que interferem significativamente na saúde da mulher, instigando-nos a abran-

ger os conhecimentos sobre o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM garante assistência integral à população feminina em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, dentro da política da atenção básica; envolvendo ações, cujo objetivo principal é atingir conteúdos ligados à assistência integral à mulher como: intervenções voltadas à clínica-ginecológica, pré-natal, parto e puerpério imediato. Tendo como base essas considerações, a pesquisa objetivou analisar o espelho de acompanhamento mensal do ano de 2009 e 2010 através dos indicadores epidemiológicos da sala de situação referentes à saúde da mulher de uma Unidade de Saúde da Família de Recife-PE; e correlacionar os dados encontrados com os resultados esperados, em conformidade com a Pactuação dos Indicadores da Atenção Básica. O estudo será caracterizado como: epidemiológico, retrospectivo, descritivo, comparativo e exploratório; e será realizado entre os meses de abril a junho de 2011, de acordo com o cronograma enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa, em uma USF do distrito V, localizada em Recife-PE, denominada Planeta dos Macacos II, integrante do PET-Saúde. A coleta de dados será baseada no levantamento das informações obtidas a partir dos registros dos arquivos da Sala de Situação da própria USF dos anos de 2009 e 2010. Ao final, a pesquisa trará benefícios relacionados à melhoria na assistência, já que fomentará a criação de sugestões que possam ser inseridos na dinâmica do serviço e contribuirá com o incentivo e sensibilização dos profissionais de saúde envolvidos na ponta, visando promover uma reflexão sobre a saúde da mulher no âmbito da atenção primária, bem como demonstrar a utilização da Sala de Situação, como um instrumento efetivo que

Hilton Justino da Silva (Org.)

garanta uma assistência resolutiva e de qualidade.

Educação em saúde com enfoque na prevenção do uso de drogas: Trabalhando com um grupo de adolescentes da Unidade de Saúde da Família - USF Planeta dos Macados I

Ane Karoline Pereira SOARES
Dayse Myrthes Valença da SILVA
Giselle Matias de CARVALHO
Vânia Pinheiro RAMOS
Berenice Garcês SANTOS

Resumo

INTRODUÇÃO: O Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET - Saúde), criado pelo Ministério da Saúde, envolve integração da Universidade, Equipe de Saúde da Família e estudantes. Esse projeto, multidisciplinar, tem como objetivo identificar problemas na Unidade de Saúde da Família-USF e através de pesquisas, apontar resoluções para melhorar a qualidade do Serviço. Além de proporcionar aos estudantes de graduação dos vários cursos de saúde, uma oportuni-

dade de experiência nas Unidades de Saúde da Família. (CARIRI, 2009). O presente projeto visou desenvolver atividades de educação em saúde com o tema “Drogas”, tema surgido pela pertinência do mesmo na realidade da comunidade da Unidade de Saúde da Família (USF) - Planeta dos Macacos I, localizada na micro-área 5.3 do Distrito Sanitário V da cidade do Recife. A escolha foi por um grupo de adolescentes por se encontrarem mais expostos a uma situação de vulnerabilidade. Optou-se pela linha de pesquisa Educação em Saúde por entendê-la como um meio de possibilitar trocas de informações e experiências entre a equipe e a comunidade, oferecendo condições para que as pessoas possam desenvolver o senso de responsabilidade com sua saúde e com a da comunidade. (MOURA; SOUSA, 2002). Experiências que priorizam a participação dos jovens como protagonistas do seu processo de desenvolvimento vêm demonstrando ser alternativas eficientes para superar a vulnerabilidade desses atores, tirando-os do ambiente de incerteza e insegurança. (CASTRO et al, 2001). **OBJETIVO:** O objetivo foi construir um conhecimento compartilhado entre adolescentes e facilitadores da USF Planeta dos Macacos I, tendo como princípio fundamental identificar o conhecimento dos adolescentes e facilitadores da USF Planeta dos Macacos I sobre a temática droga. Além disso, caracterizar os adolescentes que fazem parte do grupo alvo; identificar os principais questionamentos dos adolescentes sobre esse tema; relacionar as drogas com o cotidiano da comunidade e oferecer informações ao grupo alvo quanto às características das substâncias (drogas e entorpecentes), bem como as repercussões e prejuízos de natureza biológica, social e econômica correlacionados ao uso. **METODOLOGIA:** Por

ser este um estudo que busca discutir as concepções de adolescente em relação às drogas, optou-se por utilizar a abordagem qualitativa para o seu desenvolvimento, na forma de uma pesquisa de campo. O grupo foi formado com 11 adolescentes de ambos os sexos, com idade entre 12 a 14 anos e não usuários de drogas. **RESULTADOS:** Foi possível a construção de um vínculo, ainda que com suas limitações, como o pouco tempo de duração do projeto. Mesmo assim, foi a partir dele que se pôde inferir sobre a realidade desses adolescentes: as condições de vida, os sonhos, as amarguras, as dúvidas, as curiosidades, enfim, todo o complexo psicossocial que muitas vezes é particular a cada um, mas em outros momentos é universal a todos eles naquela realidade social. Essa relação próxima e também mais ampla permitiu saber o conhecimento e, mais importante, a vivência deles sobre drogas: nas ruas, dentro do colégio e até mesmo na família. Pode-se transpor o discurso repetido pela escola e pela família e saber o que eles realmente achavam sobre o tema e a partir disso construir com eles a reflexão diante da realidade. **CONCLUSÃO:** O mais importante que esse projeto tem a deixar é a construção não só do conhecimento sobre drogas, mas da tentativa de trabalhar com a comunidade. Uma atividade difícil, não só por exigir sempre pesquisa e estudo de métodos, mas a adaptação deles as contradições da realidade vivenciada. Houve erros e acertos que ficaram registrados no trabalho para que ele sirva de experiência para futuros projetos tanto dessas alunas como de outros pesquisadores. Dentre os principais erros o mais marcante foi não conseguir estender esse vínculo criado com os membros do grupo para a USF que ao ver das pesquisadoras está um tanto afastada desses

adolescentes. Dentre os acertos fica a opção que fizemos de tentar incluir alguns preceitos da Educação Popular na linha de Educação em Saúde.

Perfil epidemiológico e clínico da população acamada da Unidade de Saúde da Família de Planeta dos Macacos II

Marília Gabriela da Rocha VITAL
Jasiel FRUTUOSO
Thereza Bióca NEVES

Resumo

A Organização Mundial de Saúde define o acamado como “toda pessoa restrita ao seu próprio domicílio, por qualquer inabilidade, incapacidade de locomover-se por si só a qualquer centro de atenção à saúde”. O estudo se propõe a traçar uma visão ampliada da clínica dos acamados acompanhados por uma Unidade de Saúde da Família do município do Recife-PE, sob o olhar da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional. O estudo realizou-se entre Fevereiro e Abril de 2010, sendo entrevistados 17 idosos. Aplicou-se as escalas de Independência Funcional, de Depressão Geriátrica, Protocolo de Estratificação de Risco Familiar, Risco para escara de decúbito e o Mini- exame do Estado mental. Resultando risco mode-

rado para independência funcional, alto índice de sintomas depressivos, maior risco familiar/ social, sem risco para escaras e quase metade dos sujeitos apresentaram suspeita de demência. Assim, revela a necessidade de um atendimento ampliado e holístico direcionados aos idosos acamados. O fisioterapeuta juntamente com o terapeuta ocupacional mostrou-se pertinente junto a essa clientela visando trabalhar a assistência domiciliar, dando suporte à equipe de saúde da família em aspectos motores, cognitivos e sociais.

Parte V

Outros relatos de experiências no PET-Saúde UFPE

Descrição da minha experiência no PET-Saúde UFPE

Vera Lúcia de Moura SENA FILHA

O presente trabalho trata-se do relato da minha experiência, durante um ano e oito meses (abril de 2009 a dezembro de 2010), enquanto participante do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (Pet-Saúde/UFPE) como aluna do curso de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). O primeiro encontro do Pet-Saúde/UFPE, na minha concepção, foi bastante inovador, visto que estudantes de diferentes cursos de saúde estavam compartilhando um espaço aberto para discussões acerca da temática da Atenção Básica, a qual era pouco abordada no meu curso de Psicologia e pelo que pude perceber, também havia escassez de informações sobre essa temática por parte dos alunos das outras áreas de saúde. Esse encontro inicial foi mediado pela tutora que ficou responsável pelo grupo que eu participava. Logo percebi que o diálogo entre todo grupo foi o ponto primordial para que a tutora estabelecesse, em conjunto com os estudantes, quais seriam os dias e horários dos nossos encontros do PET-Saúde/UFPE. Depois de muita discussão ficou acertado, entre a tutora e o grupo de alunos, que as nossas

reuniões ocorreriam a cada quinze dias com horários flexíveis, que variariam de acordo com a disponibilidade do tutor e da maioria dos acadêmicos para comparecer em determinado horário. Nas primeiras reuniões do grupo foi explicado no que consistiria o Pet-saúde/UFPE, como também, havia leituras de textos, debates acerca de filmes e discussões, todos voltados para Atenção Básica, como por exemplo, a abordagem dos seguintes temas: o Sistema de Saúde no Brasil, a interdisciplinariedade nas práticas de saúde, o exercício da integralidade na saúde, as contradições e desafios do SUS e os dilemas do PSF na produção do cuidado. Todo esse compartilhamento de conteúdo nas reuniões iniciais me esclareceu dúvidas a respeito de diversas nuances da Atenção Básica que diziam respeito, principalmente, à minha atuação profissional na saúde pública. Esse primeiro momento teórico do PET-Saúde/UFPE foi essencial para que posteriormente eu pudesse realizar as pesquisas nas Unidades de Saúde da Família que fizeram parte do que pra mim representa o segundo momento do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde. Nesse segundo momento houve a apresentação de alguns profissionais de saúde das USFs que seriam nossos preceptores. Então o grupo inicial, mediado pela nossa tutora, foi subdividido em outros grupos menores de alunos com o intuito de conhecer a dinâmica e as necessidades de uma USF para, posteriormente, ser construído, coletivamente, um projeto de pesquisa. A minha vivência na USF acrescentou bastante à minha prática profissional, já que eu nunca havia tido contato com a dinâmica e o público de USFs, pois a minha formação acadêmica era bastante voltada para o modelo clínico de atendimento. Dentre as primeiras atividades que participei

na USF que atuei (Sítio do Cardoso no distrito IV), foi conhecer a micro área, através dos agentes comunitários de saúde, em que a comunidade ficava situada. Daí, as visitas à USF tornaram-se freqüentes para que os estudantes pudessem observar necessidades ou problemas emergidos em algum aspecto do funcionamento ou da dinâmica da USF para, assim encontrar possíveis maneiras de melhorar o atendimento aos usuários através da elaboração de pesquisas e projetos sobre a problemática encontrada, que no caso do meu grupo foi a necessidade de haver acolhimento nos serviços de saúde. Então, decidimos formular um projeto a respeito da satisfação do usuário em relação ao acolhimento que estava sendo implantado na USF, o que definiu o objetivo do nosso projeto: avaliar a satisfação do usuário da USF do Sítio do Cardoso com relação ao acolhimento, a ser implantado. Participei, juntamente com os outros alunos do PET-Saúde/UFPE, do esclarecimento para as pessoas que freqüentam a Unidade de Saúde da Família sobre o que é o acolhimento e sobre as mudanças no atendimento decorrentes da sua implantação. E para cumprir o objetivo da pesquisa acerca do acolhimento, eu e os demais estudantes aplicamos questionários com as pessoas que aceitaram participar do nosso estudo acolhimento. O questionário visava identificar: a satisfação do usuário com o acolhimento, as principais demandas de saúde dos usuários, a resolutividade da demanda e as características sócio-demográficas da amostra. Essa pesquisa foi realizada cuidadosamente com a finalidade de otimizar a qualidade de vida da comunidade. Daí a minha participação no PET-Saúde/UFPE acabou quando concluí a pesquisa do acolhimento e essa minha vivência trouxe a inquietação que aqui

exponho: os estudantes e preceptores do programa necessitam de um apoio maior para uma melhor apropriação de regras essenciais na elaboração de pesquisas científicas. Como já participei na construção de diversas pesquisas enquanto acadêmica de Psicologia, eu não senti a mesma dificuldade que outros estudantes sentiram para elaborar as pesquisas do PET-Saúde/UFPE, o que às vezes retardava o andamento do estudo. Em conversas informais com alunos e preceptores do programa constatei a dificuldade para planejar a pesquisa científica, já que a maioria dos alunos e preceptores estavam melhor preparados para executar ações de saúde, talvez pela própria formação acadêmica dos cursos de saúde que são mais voltados para a parte prática em detrimento da produção científica. O ideal, ao meu ver, seria que os cursos universitários aliassem, assim como o PET-Saúde/UFPE, ensino-pesquisa-serviço. Portanto, coloco como uma sugestão ao PET-Saúde/UFPE a necessidade de encontros com alunos, tutores e preceptores voltados para discutir a elaboração de uma pesquisa científica, anteriormente à elaboração desta para suprir à carência a que me referi no parágrafo anterior.

O PET-Saúde UFPE na perspectiva do estudante de serviço social

Michelle Rodrigues de LIMA
Marlene Britto Bonifácio ALVES
Jailma Santos MONTEIRO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) pressupõe a educação para o trabalho através de ações intersetoriais e integração ensino-saúde-comunidade, cujo direcionamento é o fortalecimento da atenção básica e a vigilância em saúde consonante com os princípios e necessidades preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Seu objetivo geral consiste em fomentar a aprendizagem, sob tutoria, em áreas estratégicas para o SUS, caracteriza-se como instrumento, que visa a qualificação de profissionais inseridos na área da saúde, bem como a inserção inicial ao trabalho, através de vivências cotidianas, dos estudantes graduandos do campo da saúde. O processo de aprendizagem deve pautar-se na relação teoria-prática, compreendendo esta enquanto unidade dialética indissociável, indispensável para formação profissional. Partido desse pressuposto e considerando a proposta de ação do PET-Saúde, entendemos este como importante aliado em nosso processo de formação, haja

vista que nos é permitido através deste, fazer as mediações entre conteúdos estudados e discutidos nas diversas disciplinas – teoria – com a intervenção cotidiana nas unidades de saúde – prática. Além disso, a integração com outros estudantes e profissionais, torna-se elemento enriquecedor do processo, essa integração através da troca de saberes interprofissionais horizontalizados, nos permitir compreende a saúde de forma ampliada a partir de seus diferentes determinantes. Ressaltando que cada um contribui para o entendimento no processo saúde-doença sob a ótica de seu campo de atuação e acúmulo teórico. Nesse contexto o estudante de Serviço Social desenvolve atividades como ações e práticas educativas, através das quais intenciona-se que os usuários se reconheçam e sejam reconhecidos enquanto sujeitos de direitos, detentores de autonomia e participantes ativos do processo no qual estão inseridos. As ações e práticas supracitadas são pautadas numa perspectiva crítica-reflexiva e no método material dialético, no qual o real é o critério de verdade e síntese de múltiplas determinações. Cabe salientar que o profissional de Serviço Social tem como objeto de intervenção as políticas públicas, sendo de sua competência a elaboração, implementação e avaliação, estes intervêm de forma a viabilizar a garantia dos direitos inerente aos usuários de tais políticas. Assim, o PET-Saúde soma-se ao processo de formação acadêmica como um espaço de conhecimento singular e enriquecedor no campo da saúde, onde nos é propiciada a aproximação com a atenção básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde – através da inserção nas Unidades de Saúde da Família (USF). Permitindo conhecer – antecipadamente – a realidade na qual iremos intervir enquanto profis-

sionais formados, bem como compreender de que forma são implementadas as políticas públicas de saúde no País, sobretudo em Pernambuco. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) tem instigado efetivamente a participação dos estudantes em espaços de discussões e reflexões acerca da promoção, prevenção da saúde, e estruturação da política pública de saúde no Brasil. Este configura-se ainda como espaço complementar de formação, estendendo-se para além do aprendizado em sala de aula, intencionado agregar conhecimento, seja sob a forma de discussões nos encontros coletivos ou nas atividades desenvolvidas nas unidades de saúde. Diante da importância do PET-Saúde em nossa formação faz-se necessário lutarmos para este programa possa ter sua estrutura melhorada e assim receber uma demanda maior de alunos, permitindo a estes a inserção nesse processo de aprendizagem, através do qual é possível conhecer a realidade da saúde pública brasileira.

A inserção das alunas do PET-Saúde na semana comemorativa ao Dia da Mulher

Ticiano ALVES
Renata CABRAL
Fátima GUEDES
Alice CINTRA
Isabela HERÁCLIO
Janaina FERREIRA
Poliyana RIBAS
Érica Medeiros
Renata de CÁSSIA
Bruna Daniela COSTA
Érika ESPÍNOLA

Colaboradoras: 15 ACS da USF - Maria José Souza, Maria José Gomes, Cleidionice, Jaciara, Elizabeth, Diana, Sandra, Solange, Lúcia, Ednalva, Geane, Severina, Niedja, Lucileide, Betânia

INTRODUÇÃO : O Programa de Saúde da Família (PSF) criado pelo Ministério da saúde em 1990 (MS, 1990) surgiu com a proposta de garantir a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalidade, equidade, integralidade, de forma acolhedora e huma-

nizada. Para isso, conta com Equipes de Saúde da Família (ESF) compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal que deve organizar seu processo de trabalho partindo da territorialização da área adscrita, assistindo a uma demanda primordialmente programada, com ênfase nas práticas preventivas e de promoção de saúde, além da reabilitação e tratamento de doenças. Dessa forma, as atividades realizadas na Unidade de Saúde da Família (USF) devem ser planejadas com base em alguns critérios como indicadores apresentados pelo município, estado e ministério e também pelo quantitativo de sua população adscrita. Neste contexto, a enfermeira inserida no programa tem definidas diversas atribuições, dentre elas, a realização Citologia Oncótica, a consulta em Saúde da Mulher e acompanhamento dos casos referenciados por motivo de alterações no resultado do exame. Sabe-se que o número de mulheres acometidas com CA de colo de útero seguido de óbito, confere o terceiro lugar ao Recife diante do cenário nacional (SMS, 2006) número alarmante, uma vez que o exame é oferecido em toda a rede básica além de ser uma doença Prevenida. O câncer de mama é a primeira causa de morte em mulheres por neoplasias malignas no Brasil e em Recife (SMS,2006). Este quadro é justificado muitas vezes pela dificuldade das mulheres em comparecer ao serviço para realizar o exame, como também o desconhecimento da importância do exame por uma parcela significativa da população de mulheres, especialmente àquelas de baixa escolaridade e renda. Com isso, surgiu a necessidade de se iniciar reflexões sobre o assunto por parte das enfermeiras do PSF Emocy krause, repensar as práticas e buscar novas estra-

tégias na tentativa de contribuir com um cenário mais positivo de saúde da população. **METAS:** Alcançar as metas estabelecidas pela Prefeitura da Cidade do Recife (PCR) relacionadas ao número de Citologias Oncóticas realizadas por Equipe de Saúde da Família; Buscar garantir a prevenção e redução do número de casos de Câncer de Colo de Útero e Mama das mulheres pertencentes à população adscrita; Incentivar a participação dos alunos do PET em atividades da Unidade de Saúde da Família; Oportunizar o acesso às mulheres ao serviço através de atividades inovadoras. **A EXPERIÊNCIA:** Considerando como meta da PCR a realização de 40 exames citopatológicos por mês entre mulheres de 25 a 59 anos por equipe de saúde da família, a Semana Comemorativa ao Dia da Mulher aconteceu no período de 21 a 25 de março do corrente ano, nos turnos da manhã e tarde (exceto na quarta-feira à tarde por motivo de reunião administrativa), contando com a participação das três enfermeiras, todas as agentes comunitárias de saúde, as alunas do PET – Saúde. As atividades diárias iniciavam-se com as agentes comunitárias de saúde realizando momentos educativos juntamente com o grupo de alunas do PET, onde foram refletidos assuntos como sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, hanseníase, importância da realização da citologia oncótica, o auto exame de mamas e como acontece o procedimento da coleta, entre outros assuntos. Estas atividades aconteceram através de palestras, rodas de conversas e brincadeiras (bingo) onde todas as mulheres estiveram envolvidas e participantes. Em seguida, havia a organização do processo de trabalho para melhor fluxo e dinâmica do serviço oferecido. Para isso, foi levado em conta a quantidade de mulheres, a

área em que está inserida para que seja acolhida e examinada pela enfermeira da sua equipe de saúde e ordem de chegada. As ACS preenchem o formulário e então as mulheres eram encaminhadas aos consultórios das enfermeiras para realização da consulta em saúde da mulher, a coleta do exame citopatológico e exame clínico das mamas com orientação de retorno para nova consulta onde receberão o resultado após em média 35 dias, através de convite entregue pela ACS. **CONCLUSÃO:** Estimava-se com este evento alcançar o número de aproximadamente 220 exames, onde cada enfermeira realizaria dez exames pela manhã e seis à tarde. Contudo, foi atingido 68,63% desse quantitativo (151 exames), o que nos fez refletir acerca das dificuldades encontradas, como: falta de água na unidade em um turno durante a semana, o que comprometeu a realização de trinta exames, o adoecimento de uma das enfermeiras em um dos dias, comprometendo a realização de 16 exames, o pouco estímulo às mulheres em relação a oferta de brindes relacionados ao tema, pois a prefeitura disponibilizou um número reduzido de material (bótons, marca-texto, viseiras), além de já sabermos antecipadamente que a segunda-feira é um dia pouco propício para realização deste exame, pois as mulheres não comparecem, a uma vez que durante o final de semana aumenta-se a atividade sexual, o que comprometeu 20 exames. Por outro lado, percebeu-se a grande importância do empenho das ACS desde o convite às usuárias até a efetiva participação na unidade, assim como a satisfação das usuárias com a oferta do exame em todos os turnos, a organização do serviço e a participação nas atividades educativas desenvolvidas pelas ACS e com o apoio essencial das alunas do PET que trouxeram inovações na condução

das atividades, onde houve troca de saberes entre profissionais, alunas e usuárias, resultando em mais conhecimento, ambiente descontraído e acolhedor, além da riqueza da experiência vivenciada pelas alunas. A primeira Semana Comemorativa ao Dia da Mulher da USF Emocy Krause, serviu como experiência para que as enfermeiras se organizem para realização de outras ações aprimorando cada vez mais a realização das mesmas. Em avaliação conjunta, considerou-se importante a realização semestralmente desta semana, onde será intensificado a divulgação através de cartazes em equipamentos sociais da área, anuncieletas e e-mail para outros profissionais da rede. Buscar-se-á o apoio de patrocinadores e da prefeitura com antecedência para recebimento de materiais pertinentes ao tema visando com isto, alcançar o quantitativo de exames esperado pela prefeitura, integralidade da assistência contando com a participação dos alunos do PET e mulheres saudáveis confiantes na assistência prestada pelas enfermeiras da sua USF.

Preceptoria do PET-Saúde: Um desafio

Maria de Fatima Albuquerque FEITOSA

O PET-SAÚDE seria um grande desafio mesmo para quem gosta e tinha experiência em fazer preceptoria de estágio curricular e de saúde pública do curso de enfermagem, ou receber alunos do curso médico nas disciplinas de saúde e sociedade e fundamentos da atenção básica e, ainda, trabalhar diretamente com residentes médicos, de nutrição e de enfermagem em um hospital universitário. Alunos vindo de vários cursos diferentes, a maioria nunca teve contato com a atenção básica à saúde e também não conheciam o PET-Saúde. Representavam futuros profissionais que, em sua grande maioria, não atuavam diretamente na atenção básica em contato com as equipes de saúde da família (ESF). Naquele momento nem havia sido implantado o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) no Distrito Sanitário IV. Éramos apenas dúvidas? Não, éramos muito mais expectativas. Claro que teríamos muito a aprender com essa nova experiência, além de participar deste projeto inédito de apresentar tantos futuros profissionais e seus saberes à atenção básica de saúde. Dificuldades eram muitas, podemos descrever algumas: nosso espaço físico dentro da unidade de saúde da família (USF)

é insuficiente para as equipes e ainda acrescentamos os alunos, nem cadeiras disponíveis existiam; nossos horários todos preenchidos com atividades na USF e em muitas dessas não poderíamos incluir os alunos para não haver exposição dos usuários atendidos (ética), além disso os alunos não estavam ali para assistir consultas. Como e quando poderíamos incluir os alunos de tão diversos cursos na rotina da USF? Fomos aprendendo juntos. O espaço físico não mudou, continua o mesmo, mas estamos conseguindo nos entender com todos os membros das equipes. Recebemos cadeiras em número suficiente para quando temos encontros na USF acomodar todos sentados. O mais difícil seria ter disponibilidade para receber todos os alunos. Cada um com um horário diferente, dependendo de suas aulas, e compatibilizar com as atividades na USF. Surgiu aí uma importante parceria com o agente comunitário de saúde (ACS). Isso foi possível porque o ACS conhece e entende o papel do SUS na formação de novos profissionais e é incentivado rotineiramente a reconhecer sua importância nesse processo. Sendo assim sempre se disponibilizam para levar os alunos para atividades na comunidade. Atividades posteriormente discutidas e avaliadas com o preceptor. Hoje também somos mais de um preceptor na USF, então dividimos a responsabilidade com todos os alunos. O papel de pesquisa do PET-Saúde também está iniciado, temos um importante projeto na área de saúde mental pronto para iniciarmos coleta de dados. Quando concluído, este projeto será de grande importância para o acompanhamento dos pacientes com transtorno mental da comunidade e seus familiares. A participação dos alunos PET-Saúde em todas as atividades da USF Sítio das Palmeiras tem sido muito rica. O

aprendizado não é somente do aluno, os membros das ESF e os usuários da USF também são beneficiados. Acredito que juntos estamos vencendo desafios.

Benefícios do PET-Saúde

Luis Henrique Correia TORRES

Sou Cirurgião Dentista da Prefeitura Municipal de Recife (PCR) e tive o prazer de participar do PET-saúde UFPE. Vejo o PET-Saúde como uma forma de integração dos alunos com a área de saúde pública, algo que para muitos se torna o primeiro contato com o Sistema Único de Saúde (SUS). É uma vivência singular que proporciona aos acadêmicos: Participem de toda a dinâmica da Unidade de Saúde da Família além de conhecerem as atividades de cada profissional de saúde e como eles se interagem para solucionar problemas da comunidade, despertando assim a interdisciplinaridade antes mesmo deles se formarem; Passam a entender na prática os princípios do SUS e que todos têm direito a serem assistidos; Começam a ter uma visão crítica e epidemiológica da área a eles apresentados e começam a enxergar que muitos problemas da comunidade não são solucionados no universo apenas da saúde, mas passam por áreas de infraestrutura pública, segurança, educação, renda e estrutura familiar; Os mais atentos passam a perceber como funciona o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), o Sistema de Atendimento Domiciliar (SAD), os CAPS , os Centro de Es-

pecialidade Odontológica (CEOs), as Policlínicas e toda essa malha complexa que envolve a assistência à saúde no Brasil; Passam a entender a importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos grupos de convivências na promoção e prevenção de agravos. O PET-saúde também proporcina que os alunos deem sua parcela de contribuição à sociedade, podendo ser ela o simples ato de ouvir e dar atenção a alguém que esteja precisando desabafar naquele exato momento ou até mesmo através de trabalhos educativos com assuntos de seu domínio (a depender do curso), promovendo mudanças comportamentais na sociedade com intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas. Durante o PET-Saúde também faremos um trabalho científico que nos ajudará no âmbito epidemiológico a traçar um perfil da sociedade no tema abordado por cada preceptor, que servirá para solucionar problemas existentes na comunidade sempre com ajuda dos alunos e com o matriciamento da UFPE e Prefeitura da Cidade do Recife (PCR). Fica aqui uma crítica construtiva de que a bolsa do PET-Saúde deveria ser para todos os alunos participantes e também para os ACS, pois esses últimos são figuras primordiais não só na coleta de dados da pesquisa como também são eles que acompanham os alunos nas visitas domiciliares, fazendo um elo da Equipe de saúde da Família (ESF) com a comunidade.

Estudante de Terapia Ocupacional no PET-Saúde

Andréia Carolina Santos de LIMA

Sou estudante do PET-SAÚDE desde 2009, quando participei da seleção para estudantes. De início, sabia apenas que era um programa que permitiria experiências no campo da atenção básica, ponto de carência da minha graduação como estudante de Terapia Ocupacional, motivo pelo qual me interessei para participar. Quando comecei meus estudos universitários, tinha uma idéia de atuação muito restrita ao serviço privado, o que já era reflexo de minha formação antes mesmo de entrar na universidade, pois tinha pouquíssimo contato com o Sistema Único de Saúde (SUS) e não acreditava na seu potencial diante da saúde. Com isso, pouco poderia contribuir para a saúde da grande maioria das pessoas que precisam do serviço de saúde. Posso afirmar que a participação no PET-SAÚDE mudou minha visão de saúde, de SUS, de equipe, do que é um profissional de saúde e da função social de um profissional de saúde em ação. Na primeira edição do PET-SAÚDE, fiz parte do grupo 05, sob tutoria do médico da saúde da família, Rodrigo Cariri. Como atividades tínhamos reuniões semanais, onde conversámos sobre te-

máticas da saúde pública e mesmo sobre a intenção do PET-SAÚDE, uma vez que os objetivos do programa eram ainda pouco compreendidos e motivo de angústia por parte de estudantes e preceptores. Esses momentos foram muito importantes para um embasamento teórico para a participação no programa, tendo em vista a carência da grade curricular dos mais diversos cursos; e, ainda, para a divisão de experiências dentro das Unidades de Saúde da Família. Tivemos a apresentação de casos importantes que foram conhecidos durante as vivências no cotidiano nas unidades. Desde 2009, estou locada na Unidade de Saúde da Família do Sítio das Palmeiras, localizada no bairro do Cordeiro, no Distrito Sanitário IV, suas duas equipes cobrem áreas de quatro bairros, divididos em 11 micro-áreas. Desde então foi, indiscutivelmente, muito importante a contribuição dos profissionais da saúde da família, dando merecido destaque às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e a formação de vínculo com as mesmas, pois são elas quem nos mantém em contato direto com os moradores e usuários da unidade. Através delas conhecemos o território geograficamente, suas necessidades e a história dos usuários. Junto com os profissionais das equipes e com colegas de todos os outros cursos também inseridos no PET-SAÚDE pude participar das ações de atenção básica oferecidas pelas equipes daquela unidade: visitas domiciliares aos acamados e recém-nascidos; consultas de pré-natal; consultas de puericultura; grupos de promoção à saúde (HIPERDIA, gestantes, ALEGRIA DE VIVER); distribuição de preservativos masculinos na área adscrita; campanha de multivacinação; campanha de vacinação contra gripe para o idoso; campanha de divulgação da hanseníase; educação em saúde

para higiene bucal nas escolas. A participação dessas atividades se deram, em sua maioria, com a enfermeira da equipe I, Fatima Feitosa; a enfermeira da equipe II, Fabiana Alheiros; o dentista da equipe de saúde bucal, Luis Henrique; as ACS; e, com as auxiliares de enfermagem, Fernanda e Andréa. Durante essas atividades, pude aprender muito do que se entende como promoção e prevenção em saúde e, em momento oportunos desses grupos ou em outros mais específicos, pude dar minha contribuição com a Terapia Ocupacional, dando orientações que podiam ajudar a cada público (idosos, mãe de recém-nascido, gestantes). Participando dessas atividades e das reuniões semanais do grande grupo pude concluir essa edição do PET-SAÚDE com uma importante bagagem de aprendizado teórico e prático. Ficou muito claro pra mim a importância da responsabilização de uma equipe de saúde pelos usuários que estão sob sua “guarda”. Esse compromisso reflete diretamente na efetivação das políticas públicas de saúde e na formação de vínculo dos usuários com a unidade. As equipes de saúde da família do Sítio das Palmeiras representam um exemplo de compromisso social com a saúde dos moradores daquelas áreas, enfrentando os entraves diários para o trabalho em saúde e não se conformando com as injustiças e desigualdades, tratando cada indivíduo em sua singularidade e em seus diversos contextos. Dentro desses entraves, vê-se as dificuldades de relação interdisciplinar, lidando com muita frequência com a indisposição e falta de perfil para trabalhar como profissional da saúde da família. Diante disso, tem-se dois exemplos práticos, com os quais eu convivi durante 02 anos no PET-SAÚDE, nos quais eu, sem dúvida, me espelho para minha futura prática profes-

sional: como devo ser, agir, trabalhar, e como não devo, tendo em vista a postura profissional e a melhor forma de contribuir para a saúde do usuário e como tratá-lo como ser humano e cidadão. Apesar de o PET-SAÚDE ser um projeto de ação em campo e também um projeto científico para a construção de conhecimento, na primeira edição foram muito marcantes as ações no território, uma vez que a grande maioria dos estudantes conheciam muito pouco ou nada dessas experiências. Nosso projeto de pesquisa, que tratava dos Determinantes Sociais de Saúde, não foi concluído. Apesar disso, todo o processo de elaboração exigiu horas de estudo e me trouxe aprendizado a mais. Na segunda edição do programa (2010-2011), fiz parte do grupo 10, um dos 05 novos grupos, sob a tutoria da professora do departamento de serviço social da UFPE, Mônica Costa. Essa edição foi marcada pela ênfase no projeto de pesquisa que elaboramos, intitulado “ Situação de Acompanhamento dos usuários com Diagnóstico de Transtorno Mental da USF Sítio das Palmeiras”. A seleção desse tema para o projeto foi devida à falta de informação que as equipes têm sobre esses usuários, seus acompanhamentos, e devido à difícil relação do Programa de Saúde da Família com a Saúde Mental do Distrito Sanitário IV, e assim pouco podem contribuir para a melhora da saúde e da qualidade de vida desses usuários e dos seus familiares. Apesar da concentração de forças nesse viés do programa, não deixei de participar das demais atividades já citadas, conhecidas em 2009. Nosso grupo 10 teve dificuldades na adesão das reuniões mensais pelos alunos, no entanto, não desistimos das discussões propostas pelo tutor, pelos preceptores e pelos alunos. Essas discussões contribuem fortemente para

a minha formação como profissional de saúde, complementando a minha graduação. Posso afirmar que a participação no PET-SAÚDE nesses dois anos foram importantes cada uma em sua particularidade: o que ficou incompleto e o que foi massivo no primeiro ano foi completo e menos evidente, respectivamente, no ano seguinte. Esse encaixe está sendo essencial para minha formação como terapeuta ocupacional e, antes disso, como profissional de saúde. Minha participação no PET-SAÚDE mudou drasticamente minha visão de saúde pública e de saúde coletiva, me aproximou das suas políticas, das suas ações, dos seus entraves, das necessidades locais dos usuários, não só de saúde, mas de infra-estrutura, de educação, de segurança, que contribuem direta ou indiretamente como determinantes sociais de saúde. Nesses 02 anos pude ter uma visão crítica da grade curricular do meu curso na UFPE, que precisa oferecer mais experiências teóricas e práticas no SUS e na atenção básica, uma vez que esta é a porta de entrada no serviço de saúde ao mesmo tempo que o curso dá ênfase à reabilitação. Agradeço muito aos profissionais da USF do Sítio das Palmeiras, onde formei um forte vínculo e pude ter experiências ímpares que remodelaram conceitos e visões em mim. Em especial Fatima Feitosa, Fabiana Alheiros, Eliane Costa, Leidiane e Luis Henrique. Agradeço ainda a todos meus colegas de PET-SAÚDE, com quem dividi experiências e discuti muitas temáticas que nos intrigavam no dia-a-dia na unidade ou fora dela, em especial: Naedja Naira, Vanina Cordeiro, Juliana, Leônia Trajano, Débora Lins e Renata Markman. Agradeço também aos demais profissionais que não fazem parte da equipe de saúde, Aline, Nilvânia, Naldo e, por último, mas não menos importante, a todos os usuários

Hilton Justino da Silva (Org.)

e comunitários do Sítio das Palmeiras, que foram protagonistas dessa universidade à parte que foi o PET-SAÚDE.

Estudante de Farmácia no PET-Saúde

Débora LINS

Em uma reunião com meus colegas e preceptora conversávamos sobre outras atividades que poderíamos desenvolver no posto de saúde. Além do projeto científico, analisávamos quais outras necessidades havia na comunidade para que pudéssemos desenvolver atividades onde somadas a multidisciplinariedade houvesse também um foco em cada curso. Durante esta reunião pensei em fazer orientação pelo uso correto de medicamentos, visto o alto índice no país de intoxicações medicamentosas. Preferi fazer um trabalho individual com cada usuário, em visitas residenciais, pois acredito que seria mais efetiva, afinal a especificidade da polifarmácia é enorme. A preceptora concordou e me instrui em alguns pontos para desenvolver a atividade e junto com uma ACS fiz visitas semanais aos usuários que tomavam mais de 6 medicamentos diferentes. No primeiro contato eu apenas recolhia informações. Anotava todos os medicamentos utilizados pela pessoa (posologia, dose, horário, como se lembrava dos horários de utilização, etc), e questionava sobre alguns detalhes como acondicionamento do remédio, se tomava com água ou outro líquido. Todas as respostas eram coletadas e analisadas

depois por mim. Para o estudo de cada caso utilizava bulários e livros de farmacologia, além de questionar também a preceptora e ACS para, caso necessário, fizessem alguma observação pontual. Quando encontrava erros na terapêutica do paciente busquei uma alternativa de ajudá-lo. Sempre consultando a ACS e preceptora questionava sobre a possibilidade de intervenção, até que ponto poderia opinar sobre uma terapêutica. O caso mais interessante que tive foi de um senhor de 73 anos, que irei chamar de “José”. Ele não tomava alguns remédios, pois não sabia “pra que servia”. Por já ter sido internado como resultado de uma terapêutica não efetiva, “José” aceitou que eu o ajudasse de imediato. Junto com a ACS construí uma tabela utilizando figuras e cores para ajudar no entendimento do usuário, visto que muitos são analfabetos. No momento da entregar da tabela sentei junto com “José” e fui explicando para ele como ele deveria tomar cada remédio e juntos fomos preenchendo alguns espaços da tabela e de imediato ele compreendeu o que eu estava propondo. De fato foi uma situação gratificante e recompensadora, ver que o fruto dos meus estudos pôde atender e cuidar de um usuário”. “Estou a um ano e meio de me formar no curso e até então não tive contato com temas da saúde pública, nem aulas, nem trabalhos, nem projetos. O PET-SAÚDE veio em um momento em que buscava uma área para me dedicar no curso. Logo no início fiquei empolgada por ter sido selecionada e aceitei os desafios propostos. Todos os dias no posto de saúde, a preceptora e agentes comunitárias me passavam muitas informações e era tudo muito novo para mim, mas cada novidade me estimulava mais ainda a continuar no projeto. O aprendizado foi seguindo a cada visita a unidade de saúde e reu-

niões do grupo. Percebia o quanto era importante o trabalho multidisciplinar e a integração entre a equipe de profissionais (médicas, enfermeiras, agentes comunitárias, dentre outros). Enquanto estudante, eu entendi o valor do diálogo e boa relação entre os profissionais e a comunidade, pois sem essa boa relação não é possível à promoção à saúde. A cada fase que o projeto estava, existia uma dificuldade a ser superada e sempre no diálogo com a preceptora, tutora e outros estudantes foi possível encontrar a solução dos problemas e assim caminhei este um ano de PET-SAÚDE. Hoje posso afirmar que não me vejo trabalhando em outra área que não a saúde pública. Os desafios são muitos, porém quando se há determinação e capacidade de liderança é possível alcançar aquilo que se deseja."Agradeço as preceptoras que me acompanharam, Fabiana Alheiros e Fátima Feitosa, a tutora, Mônica Costa, minhas colegas, Naedja, Andréia e Tereza, além da agente comunitária, Mitiam, que foi fundamental na minha construção e entendimento de um bom profissional de saúde, o cuidador.

Estudante de Odontologia no PET-Saúde

Flávio Pessoa de Melo MAIA

O PET-Saúde foi criado pelos Ministérios da Saúde e da Educação com a finalidade de viabilizar o aperfeiçoamento e a especialização em serviço, bem como a iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente aos profissionais e estudantes da área de saúde. Ele possibilita uma interação dos diversos profissionais da área de saúde e dos estudantes, gerando uma multidisciplinaridade valiosa. Com base na minha experiência no PET-Saúde, de aproximadamente 7 meses, já posso relatar várias ações e projetos que vêm sendo feitos e realizados pelos profissionais da USF em que faço parte : USF Sítio das Palmeiras. As propostas criadas pelo programa não ficam só no papel, ele realmente vem atuando para uma melhoria na saúde pública, e conseguindo aos poucos fazer sua diferença. O projeto permite um engajamento dos profissionais da equipe de saúde: médicos, enfermeiros, dentistas e outros profissionais de saúde trabalham em conjunto cuidando da saúde de sua região. Essa interação dos profissionais de várias áreas da saúde é muito benéfica, pois cada um trabalha de forma geral e específica, fazendo com que a população seja atendida tanto na espe-

cialidade do profissional como sua saúde seja vista de uma forma geral. Vários projetos existem para atender a população alvo de cada USF. Grupos de artesanato, academia da cidade, grupo de diabéticos e hipertensos, grupos de prevenção à adolescentes são alguns exemplos de projetos da USF em que faço parte. Muitos são direcionados aos idosos, já que eles precisam de um cuidado maior, não só pelas doenças que os atingem, mas também pela sua saúde mental e bem-estar. Pude ter a experiência de ir a grupos direcionados aos idosos, fui ao de diabéticos e hipertensos e ao de artesanato, este é muito importante pois permite que o idoso, o qual muitas vezes fica dentro de casa sem ninguém, possa se relacionar com vários outros moradores de sua região. Além disso ele está aprendendo uma coisa nova e produzindo, fazendo com que ele se sinta útil e ativo, diferentemente do sentimento que ele tem quando fica em casa o tempo todo. Como estudante de Odontologia, sempre que vou aos grupos contribuo com informações sobre higiene bucal, falando também da higiene da prótese, periodontia, cuidados especiais na diabetes e outras informações que o grupo precise. Também participo de visitas à creches e escolas junto com o Dentista da USF e colegas de curso e do PET. Onde, de forma educativa, falamos sobre higiene bucal para os pequenos e para as “tias” que cuidam deles nas creches e nas escolas. Após isso, escovamos os dentes deles da forma que foi ensinada ou até só supervisionamos para ver se eles estão escovando certo, a depender da idade da criança. Também fazemos um exame rápido, e se houver cárie, anotamos o nome da criança para cuidar dela se possível. Além disso, também já fui para muitas visitas com a minha preceptora e com a ACS na casa de moradores locais.

Já visitei casas de diabéticos, hipertensos, grávidas, recém-nascidos e etc. Sempre que vou, avalio a necessidade daquela família e falo sobre os cuidados necessários na área odontológica, porém não fico atrelado somente à minha área, sempre tento ver a saúde como um todo. Já participei de palestras educativas sobre higiene oral na própria USF, para pacientes que estavam na sala de espera: idosos, jovens, bebês, novas mães, e etc. Acompanhado de colegas que fazem Odontologia, falamos sobre os cuidados básicos, sobre higiene oral e sobre os cuidados especiais no bebê, diabéticos, usuários de próteses, de aparelhos ortodônticos e entre outros. Com o tempo estou no programa, consigo ver os resultados das ações que a equipe da USF Sítio das Palmeiras realiza. As pretensões que tinha ao entrar no projeto, consigo hoje realizar muita coisa e me sentir satisfeito por, mesmo que pouco, esteja ajudando a melhorar a saúde pública. Além de ver várias coisas sendo feitas, tenho a oportunidade de interagir com os profissionais da equipe de saúde da USF, os quais passam conhecimentos valiosos para os estudantes. As experiências que tive no projeto, contribuíram muito para a minha formação acadêmica e pessoal, ao trabalhar com os moradores da região, aprendemos muito mais do que imaginamos. Espero poder contribuir e aprender mais ainda e desejo que o PET-Saúde cresça cada vez mais e consiga melhorar a saúde do Brasil da forma que vem melhorando, muita coisa ainda falta, mas muita coisa também já foi feita.

Estudante de Fisioterapia no PET-Saúde

Leônia Moreira TRAJANO

A USF de sitio das palmeiras tem um infra-estruturar péssima, as salas são pequenas, o corredor apertadíssimo, mas têm profissionais que mesmo com tantos fatores negativos não procuram desculpas para não trabalhar. Pelo contrário mesmo com toda dificuldade sempre buscam acrescentar algo aos seus usuários. Admiro as enfermeiras Fátima Feitosa e Fabiana Alheiros, pretendo trabalhar na saúde coletiva e me espelhos nelas, pois são profissionais dedicadas que se preocupam com os usuários. Quando as acompanho fico emocionada ao ver como tratam seus pacientes. Fui a uma visita com Fabiana em que ela foi fazer um curativo em uma idosa que estava com uma ferida na perna de difícil cicatrização. Fabiana brincou de um jeito com ela, fez recomendações, conversou, imagino como essa idosa se sentiu cuidada. Acompanhei Fátima em puericultura, ela examina as crianças, faz perguntas aos pais sobre a alimentação da criança. Achei interessante uma mãe que me falou que o filho tinha plano de saúde, mais Fátima o examinava tão bem que ela não deixava de levá-lo ao posto. No grupo de educação sexual Fátima tem uma facilidade de comunicação, fala de uma forma simples e

procura conscientizar as mulheres de seus direitos, ensina a importância de usar preservativos, do exame da prevenção, da mamografia. Um episódio que me tocou muito, cheguei à USF antes dela abrir e os portões ainda estavam fechados, não quis chamar ninguém e fiquei conversando com os usuários. Comecei a conversar com o senhor já bem idoso, ele me falou que ia ao dentista e que o Dr. Luiz era muito bom e que o tratava como “rico”. Trabalhar em saúde pública deve ser um a opção profissional e não um meio de ganhar dinheiro. As dificuldades de trabalho são inúmeras, mas, não maiores que o compromisso, a boa vontade profissional. E quando as pessoas são tratadas com respeito, acham que são tratadas como ricos. Que o PET não seja mais um projeto e sim que mude a visão dos estudantes de saúde. Que possamos retribuir ao povo com nosso trabalho, dedicação e respeito pois nossa universidade é pública mais é o povo que paga impostos para que tenhamos um ensino de qualidade.

Estudante de Odontologia no PET-Saúde

Renata Lucena MARKMAN

Ano passado, fiquei sabendo da seleção para o PET-SAÚDE 2010, redigi prontamente minha carta de intenções e fui selecionada. Fui posicionada no grupo 10, um grupo novo, porém com alguns integrantes do PET 2009; sob orientação da tutora Profa.: Mônica Costa e preceptora Fátima Feitosa. Minha comunidade ficou definida como sendo a Sítio das Palmeiras, USF pertencente ao Distrito Sanitário IV, localizada no bairro do Cordeiro, próxima a UFPE. Esta USF possui duas equipes de saúde da família, uma equipe de saúde bucal, 11 ACS's e área de cobertura que abrange parte dos bairros: Cordeiro, Torrões, Iputinga e Engenho do Meio. Desde então, passei a freqüentar a USF semanalmente e a participar dos grupos de hipertensos e diabéticos, de convivência, de saúde sexual e reprodutiva, das visitas domiciliares, dos atendimentos de puericultura, pré-natal, odontológicos, das palestras de saúde bucal em escolas e creches da região, das escovações supervisionadas, das aplicações tópicas de flúor, sem esquecer a redação de um projeto de pesquisa (“Situação de acompanhamento dos usuários com diagnóstico de transtorno mental na USF Sítio das Palmeiras”), do levanta-

mento bibliográfico para a pesquisa, de tantas outras coisas e, em breve, dos ART (tratamento restaurador atraumático) e aplicação de cariostáticos (substância capaz de paralisar o processo cariioso). Passei a frequentar um universo novo, amplo, carente da nossa participação e pouco explorado pela Universidade apesar dos esforços de disciplinas como Introdução a Saúde Pública e Odontologia Preventiva 1 e 2. Comecei a abrir meus olhos para a promoção e prevenção, conceitos distintos da saúde, mas interligados assim como os diversos cursos dessa imensa área. Comecei a valorizar mais à medida que conhecia mais a fundo as profissões; a valorizar e defender o tratamento integral, singular e complexo de cada paciente, a entender e testemunhar o funcionamento da atenção básica. Tudo isso paralelamente às aulas teóricas, aos intermináveis laboratórios e clínicas, provas, trabalhos e seminários. Tudo isso muito bem encaixado na loucura do nosso horário integral. O PET-SAÚDE foi e está sendo uma experiência única e surpreendente tanto do ponto de vista profissional como também experiência de vida. Acho que este programa deveria estar mais presente na vida acadêmica dos estudantes para que possamos ter a prática de aprendizados como atenção básica, humanização e de tantos outros. Isso gera mais confiança e segurança para nós bem como serve de testemunho da aplicação dos nossos estudos na prática.

PET-Saúde: Integrando saberes, compartilhando vivências e promovendo mudança

Jeanne Cunha dos SANTOS

O PET-Saúde iniciou na Universidade Federal de Pernambuco-UFPE em 2009, dentro da lógica de ensino, pesquisa e extensão, no qual a Universidade está pautada; como um programa tutorial que visa permitir vivências aos acadêmicos de saúde, psicologia e serviço social dentro da Estratégia de Saúde da Família- ESF. No decorrer de suas vivências, os alunos são incentivados a estarem mais próximos da filosofia que norteia o Sistema Único de Saúde- SUS, a trabalharem de forma integrada fundamentada na interdisciplinaridade, a reconhecerem durante suas atividades as necessidades que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde, a trazer ao meio acadêmico as contribuições da atenção básica para o modelo de saúde pública e enfim a desenvolver nos alunos o perfil de futuros gestores adequado não só à realidade da Atenção Primária, mas a rede de saúde como um todo. Além disso, o programa trouxe consigo o envolvimento dos profissionais que estão inseridos na ponta dos serviços de saúde à acade-

mia, despertando neles o interesse em, partilhar suas experiências com outros profissionais, com a comunidade científica e alunos, reforçando a dinâmica do serviço voltada para o trabalho em equipe e a investirem na educação continuada na busca de um novo olhar para a assistência. Como participante ativa do programa e engajada na sua proposta, pude ao final desse 2º ano de jornada refletir um pouco sobre as mudanças pessoais e profissionais que o PET-Saúde promoveu em mim. Enquanto acadêmica de Enfermagem, ainda não havia tido a experiência prática em Saúde Pública, quando dei início ao programa. Até então tudo o que pensava ao planejar minha carreira profissional estava voltado para a clínica, confesso que por desconhecimento do que poderia ser como enfermeira. Ao enveredar pelo que o PET-Saúde me oferecia que incluiu: levantar diagnóstico da área adstrita à USF, realizar visita domiciliar, acompanhar as consultas, elaborar e promover palestras educativas, trabalhar nas campanhas de imunização, elaborar projetos de pesquisas, participação em workshops e debates sobre o SUS; enfim me deixei envolver e mergulhei a fundo no que ainda se mostrava um desconhecido para mim. Fui voluntária no 1º ano do PET-Saúde na UFPE, e nesse mesmo ano tive a oportunidade de me aprofundar nas linhas de pesquisa que norteiam o programa, mais precisamente a linha Gestão do Cuidado, que mediante suas nuances me despertou à pesquisa. Dentro dessa mesma linha de pesquisa desenvolvi uma Revisão Sistemática com as temáticas: Acolhimento e Vínculo, foco de discussões no âmbito da saúde, principalmente na atenção básica. Esse mesmo trabalho foi publicado na 3ª Mostra de Saúde Pública, realizada em outubro de 2009 durante a 9ª Conferência Naci-

onal de Saúde. Ao ver minha pesquisa no meio de tantas outras produções importantes para o meio científico, de autores que faziam parte do mestrado em saúde Pública, Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Saúde da Família além de profissionais inseridos na ponta do sistema de saúde; não pude descrever o que senti. A partir disso o espírito de pesquisadora me contagiou, e a enfermagem abriu um leque diante de mim. Ao longo desses dois anos de PET-Saúde realizei duas pesquisas na linha de Gestão do Cuidado, na qual renderam três recortes que foram publicados no 63º Congresso Brasileiro de Enfermagem realizado no mês de outubro de 2010 em Florianópolis-SC; além de mais uma pesquisa, que está em curso, agora na linha de pesquisa de Epidemiologia. Hoje, praticamente Enfermeira, posso dizer que o PET-Saúde foi um veículo que estimulou em mim o perfil de agente transformador, me permitiu ter a certeza que meus sonhos não são puramente demagogias e sim ideologias capazes de produzir mudanças. Mostrou-me que mais que promover saúde e prevenir doença nosso trabalho está pautado em permitir que o outro passe de objeto do cuidado à sujeito autônomo, e como tal participante ativo do processo assistencial. Deixo minha história no PET-Saúde e levo comigo toda a bagagem adquirida. Sei que não será fácil a luta, afinal todo o empenho está em consolidar o que já foi conquistado. Acredito que o verdadeiro profissional de saúde é aquele que tem um olhar diferenciado e preocupado com a coletividade, não apenas no âmbito saúde, mas também no social. O grande desafio está na sensibilidade de perceber e instigar a cidadania e assim produzir atores políticos, engajados na busca por uma saúde universal, integral e equânime.

Análise da sala de situação numa USF: Um olhar sobre a saúde da mulher

Jeanne Cunha dos SANTOS
Jéssica Barbosa SILVA
Katharine Lima MENEZES
Marília Gabriela VITAL
Vânia Pinheiro RAMOS
Teresa Bióca NEVES
Misael Alves de ARAÚJO

Tendo como foco a família em seu aspecto físico e social, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) permite a equipe de saúde uma visão holística do processo saúde-doença, além de proporcionar ao profissional engajado a implementação de ações interdisciplinares. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, além disso, identifica os fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma apropriada. Tendo como foco a família em seu aspecto físico e social, a ESF permite a equipe de saúde uma visão holística do processo saúde-doença. Para compor essa Estratégia, o Ministério da Saúde

utiliza-se de alguns programas assistenciais que contemplam as demandas preferenciais da comunidade adstrita à Unidade Básica de Saúde (UBS) e permitem que as políticas públicas tornem-se efetivas. Esses programas permeiam a organização do processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família (USF), sinalizando a importância do seu acompanhamento e a necessidade em monitorar e analisar os resultados obtidos ao longo dos anos. Para que isso fosse possível, as acadêmicas em saúde a partir das vivências do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), foram despertadas a avaliar os indicadores epidemiológicos expostos na Sala de Situação da USF. A Sala de Situação é um instrumento que facilita a visualização dos dados epidemiológicos referentes à saúde da criança, saúde da mulher, pessoas e agravos prioritários e ações individuais e coletivas e permite o acompanhamento e avaliação do serviço por parte da equipe e também da própria comunidade, facilitando a compreensão e participação no trabalho proposto. A escolha da temática, referente aos dados da Sala de Situação a serem analisados, foi norteada pelos preceptores da própria Unidade, que perceberam a partir de suas experiências o universo feminino como um tema que motiva um leque de discussões, não apenas relacionadas à saúde, mas que também envolvem questões históricas, destacando conteúdos como: direitos humanos, cidadania, desigualdade social, reprodução entre outros; que interferem significativamente na saúde da mulher, instigando-nos a abranger os conhecimentos sobre o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM garante assistência integral à população feminina em conformidade com

os princípios e diretrizes do SUS, dentro da política da atenção básica; envolvendo ações, cujo objetivo principal é atingir conteúdos ligados à assistência integral à mulher como: intervenções voltadas à clínica-ginecológica, pré-natal, parto e puerpério imediato. Tendo como base essas considerações, a pesquisa objetivou analisar o espelho de acompanhamento mensal do ano de 2009 e 2010 através dos indicadores epidemiológicos da sala de situação referentes à saúde da mulher de uma Unidade de Saúde da Família de Recife-PE; e correlacionar os dados encontrados com os resultados esperados, em conformidade com a Pactuação dos Indicadores da Atenção Básica. O estudo caracteriza-se como: epidemiológico, retrospectivo, descritivo, comparativo e exploratório; e será realizado entre os meses de abril a junho de 2011, de acordo com o cronograma enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa, em uma USF do distrito V, localizada em Recife-PE, denominada Planeta dos Macacos II, integrante do PET-Saúde. A coleta de dados será baseada no levantamento das informações obtidas a partir dos registros dos arquivos da Sala de Situação da própria USF dos anos de 2009 e 2010. Ao final, a pesquisa trará benefícios relacionados à melhoria na assistência, já que fomentará a criação de sugestões que possam ser inseridos na dinâmica do serviço e contribuirá com o incentivo e sensibilização dos profissionais de saúde envolvidos na ponta, visando promover uma reflexão sobre a saúde da mulher no âmbito da atenção primária, bem como demonstrar a utilização da Sala de Situação, como um instrumento efetivo que garanta uma assistência resolutiva e de qualidade.

**Diagnóstico e planejamento participativo
popular de Vila São Miguel – Equipe 1, DS
V, Recife, PE**

Elisete Cardoso de ARAÚJO
Elaine Judite de Amorim CARVALHO
Verônica Ma. KIRZNER
Jair José SANTOS
Francisco de Assis PINTO
Maria José MUNIZ
Lúcia MARIA
Luís AMARAL JR.
Maria de Fátima Vieira CAMPOS
Vanessa LIMA
Fabio Lima de ALENCAR
Carlos Nobre e SILVA FILHO
Aristóteles CARDONA JUNIOR
Fábia Rossana da Silva MOURA
Rafael Justino da SILVA
Adolfo Vinícius Andrade de MORAES
Bruno José ALCINO
Alisson Silva CARVALHO
Aline Souza SOUTO

Vila São Miguel, situada no bairro de Afogados, Recife, tem sua economia baseada em pequenos comércios varejistas, possui uma população de 8.630 habitantes (SIAB-2009), totalmente urbana e de baixa renda. O grau de escolaridade médio da comunidade é baixo. Apresenta os seguintes equipamentos de saúde: Unidade de Urgência Pediátrica M^a Cravo Gama e USF Vila São Miguel - Marrom Glacê, inaugurada em 2003, composta por 03 ESF's com mais de 95% de cobertura da localidade. Um dos trabalhos que vem sendo desenvolvido na comunidade vem de uma parceria entre o Programa de Educação pelo Trabalho (PET SAÚDE UFPE) e a USF Vila São Miguel - Marrom Glacê e visa compreender melhor a comunidade e facilitar a reconstrução dos processos de trabalho da ESF- 1 de V. S. Miguel, através do diagnóstico e planejamento participativo. O projeto tem como diretrizes a interdisciplinaridade; vulnerabilidade e co-participação, através de trocas e de união de experiências e saberes técnico científico e popular, viabilizando um encontro complexo entre sujeitos: gestão, trabalhadores, universitários do PET_SAÚDE e usuários, a fim de traçar um plano de ações de maior impacto, tendo como principal objetivo construir e executar uma proposta de diagnóstico e planejamento participativo na comunidade, e compreender seu processo saúde-doença, fortalecendo a participação comunitária. O projeto se propõe a realizar o diagnóstico participativo como observatório permanente da ESF 1, buscando identificar os principais problemas e contribuir para elaboração de Planos Terapêuticos Singulares (PTS) dos indivíduos com maior vulnerabilidade. Este estudo de pesquisa-ação; feito pela ESF; Distrito Sanitário V; Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde e UFPE, utili-

zou como fonte de informação, 964 fichas A do SIAB; SINAN e SIM de 2009. A coleta foi feita por todos os profissionais e estudantes; através de realização de oficinas de diagnóstico e planejamento, com a participação de todos envolvidos para apresentar os dados e identificar os principais problemas de saúde e as possíveis soluções. Como resultados, verificamos que das 964 famílias (3.041 hab) da ESF-1, segundo a Classificação de risco, 86% é considerada de baixo risco, porém 8% destinam seus dejetos à céu aberto, área onde não há o esgoto condominial, de acordo com os ciclos de vida, há 16.25% de crianças; 12.17% adolescentes; 59.16% de adultos e 11.84% de idosos, sendo 53.5% do sexo feminino, em relação a hipertensão e diabetes, 9.6% são adultos e 60.5% são idosos e 71.65% do sexo feminino contra 28.35% masculino, realizamos 04 oficinas de diagnóstico participativo, 03 de participação social e 04 de planejamento com o grupo de saúde da comunidade, composto na maioria por idosos e mulheres; a história da comunidade foi resgatada pelos moradores e ACS's; confeccionamos mapas digitalizados das micro áreas, a partir da classificação de risco, baseada na Escala de SAVASSI, conseguimos criar o observatório permanente da situação de vulnerabilidade das famílias através da atualização anual da ficha A, e assim concluímos que este processo de trabalho foi fundamental para que os estudantes do PET-SAÚDE se tornassem mais conscientes e engajados com a questão de saúde pública e ainda para o aumento da autonomia e participação dos comunitários na produção da saúde. Identificamos que o contingente populacional de adolescente e idosos é bastante equitativo, isso nos motivou a fazer um trabalho integrado entre estes dois grupos, uma vez que o principal pro-

blema identificado foi a violência/drogas, em função do ócio entre os jovens; a partir do planejamento, propusemos realizar ações educativas e de lazer envolvendo os jovens. Atualmente, estamos na fase de organização do torneio de dominó, onde as duplas formadas serão compostas por um integrante do grupo saúde em movimento e um adolescente. Após este intrigante trabalho, percebemos que quando planejamos com a comunidade não precisamos de grandes projetos para alcançar excelentes resultados.

Construção do diagnóstico de área da Equipe 3 da USF de Vila São Miguel – Marron Glacê em parceria com o PET-Saúde

Elaine Judite Amorim CARVALHO
Maria de Fátima Viera CAMPOS
Geane Nário de SOUZA

Partindo da premissa que um diagnóstico de saúde coletiva é fundamental para analisar uma dada realidade, com vistas a desenhar um quadro de necessidades e resoluções a um custo compatível, propusemos aos alunos do PET-SAÚDE, juntamente com as ACS (agentes comunitários de saúde) a construção do diagnóstico de saúde da área adscrita da equipe 3. O processo de construção deste diagnóstico se deu de forma harmoniosa, trocando saberes, integrando alunos do PET, ACS e os outros profissionais de saúde da Unidade Saúde da Família (USF), reforçando a importância e a necessidade do trabalho em equipe. A partir do fechamento dos resultados concluímos que o número de famílias em risco, utilizando a tabela VASSAVI, foi abaixo do esperado (famílias de alto risco são 0,5%, médio risco 6,3% e famílias de baixo risco são a maioria no total de 93,2%). A prevalência de

peças com Hipertensão (HAS) e Diabetes Mellitos (DM) estão abaixo do esperado baseando-se na prevalência estimada pelo Ministério da Saúde que preconiza um total de 15-20% para HAS e de 6-11% para DM, a nossa é de 12,7% e 4,8% respectivamente o que nos mostra que temos comunitários sub-diagnosticados. Estes são alguns dos dados relevantes que nos foi possível construir a partir da inserção dos alunos do PET-SAUDE na Unidade de Saúde da Família, mostrando com isso a importância da troca de saberes entre os vários atores que compõem o PET-Saude/ USF.

Relato de um insucesso de planejamento participativo comunitário – Equipe 3

Elaine Judite Amorim de CARVALHO
Geane NARIO
Fernanda FONSECA
Maria de Fátima Vieira CAMPOS

A parceria da Unidade de saúde da família (USF) de Vila são Miguel com PET-SAÚDE foi iniciada em maio de 2008, desta parceria sentiu-se a necessidade de elaborarmos o diagnóstico de área o qual abriria precedentes para confecção do planejamento participativo, que trata do levantamento das necessidades da comunidade sob olhar dos moradores e em conjunto encontrar a resolução das mesmas. O desenvolvimento das atividades se deu a partir de oficinas promovidas pelos profissionais da USF e do planejamento da secretaria de saúde da Prefeitura do Recife, alunos do pet-saúde, lideranças comunitárias e comunitários. No primeiro encontro houve participação maciça da comunidade, quando os problemas foram identificados, discutidos e elencados por ordem de prioridade. Durante a oficina, percebemos a ansiedade de resolutividade queurgia de forma imediata dos comunitários, e sendo assim sentimos a necessidade de esclare-

cer naquele momento que não seríamos nós os profissionais da equipe de saúde da família que iríamos resolver os problemas levantados pela comunidade, mas que os ajudaríamos a buscar soluções, intermediando e pleiteando melhorias para comunidade a partir do que eles identificassem como problemas, como por exemplo junto à secretaria de finanças para tratar do calçamento juntamente com orçamento participativo; EMLURB ,para tratar do lixo; secretaria de ação social, para tratar da área de lazer disponível na comunidade e que estava sendo usada para consumo de drogas, etc. A necessidade e a responsabilidade no exercício da cidadania beneficiaria direta e indiretamente toda a comunidade , todos os profissionais da área e os alunos. A comunidade cresceria como agente de transformação e conseqüentemente haveria um maior desenvolvimento individual e coletivo nessa área. A oficina se desenvolveu de forma produtiva, quando cada equipe reuniu os seus comunitários e levantou os problemas da área adstrita a ela. Terminamos a reunião com a data marcada para a próxima oficina na qual discutiríamos e planejaríamos as ações pertinentes aos problemas identificados. Esta segunda oficina de discussão e planejamento das ações ocorreu com um percentual mínimo de lideranças e comunitários. Frente a isso, a equipe 3 preferiu recuar deste projeto, pois não havia representatividade de sua área. Este fato demonstrou o despreparo das lideranças e comunidade em exercer o papel da cidadania e a nossa dificuldade de mobilizar a comunidade, ficando claro que é possível levantar as necessidades de uma comunidade, mas a solução perpassa o poder público e ou seus representantes, a conscientização e a apropriação do conhecimento das pessoas da comunidade passa

principalmente por nós profissionais e integrantes das universidades, pois somos formadores de opinião. Entretanto, não temos condições de executarmos este papel sozinhos e sim de contribuirmos para este processo ajudando na formação de uma comunidade que se sinta parte integrante do processo de construção da cidadania. Cada equipe da Unidade Vila São Miguel/ Marron Glacé optou por um processo de trabalho. A equipe 3 optou por identificar suas dificuldades, captar as lideranças da área adstrita, melhorar sua mobilização comunitária mostrando e inserindo novos projetos com trocas de saberes entre USF / equipe 3, alunos PET e comunidade buscando com isso a credibilidade para novas mobilizações nas quais a comunidade seja organizadora e planejadora de suas próprias ações.

Minhas experiências no PET-Saúde – Vila São Miguel

Lucineide Cristina BARBOSA

Comecei a participar do PET Saúde grupo um no início do semestre de 2010, e ao fazer o primeiro contato por telefone com a Tutora Elaine Judite, que me fez o convite para participar de uma reunião do grupo no terceiro andar do Hospital das Clínicas. Na reunião fizeram-se as apresentações de todos: Tutora, preceptoras, bolsistas, voluntários, os quais também fizeram breves informações sobre seus cursos, Unidade de Saúde da Família (USF) e preceptoras com quem trabalhavam, além dos projetos que estavam desenvolvendo. Após o primeiro contato, foram acontecendo as reuniões quinzenais do grupo onde eram lidos e debatidos textos com temáticas interessantes relacionados à saúde coletiva, além da marcação de dias de visitas a USF de Vila São Miguel a fim de obter a vivência na unidade de atenção básica, que considero um pouco complicada devido a pequena estrutura física do local, mas que vem sendo superada com visitas agendadas em dia de menor fluxo. Também demos início ao planejamento de uma pesquisa sobre a Qualidade do Serviço de Saúde Prestados a Comunidade de Vila São Miguel. Atualmente estamos

desenvolvendo Oficinas com o seguinte tema: Desenvolvimento Motor em Menores de um ano – uma abordagem significativa para os pais e cuidadores. As oficinas têm o objetivo de discutir com pais e cuidadores de crianças da comunidade de Vila São Miguel subtemáticas como: Puericultura – alimentação, vacinação, vacinas, cuidados de higiene pessoal e bucal; (abordando aspecto de convívio social, conflitos familiares, educação infantil, estímulo aprendizagem, interação do menor com irmão, acidentes freqüentes da primeira infância). Os assuntos são abordados de acordo com a contribuição que cada aluno do PET pode oferecer através dos conhecimentos adquiridos em seus cursos. A primeira oficina ocorreu em 24/02/11, mas ainda temos um calendário semestral que será cumprido em julho deste ano, onde se fará novo planejamento até o final do ano. Nas próximas oficinas faremos grupos educativos com gestantes, com portadores de hipertensão e diabetes, orientação sobre prestação de cuidados com o idoso, grupo educativo com mulheres, prevenção de acidentes em crianças até a idade escolar. Temos ainda o objetivo de elaborar um relatório com fotos e opiniões dos participantes e usuários das atividades desenvolvidas pelos alunos do PET e os ACS's, afim de avaliar nosso desempenho. Sendo assim, considero minha experiência no programa bastante significativa, pois a oportunidade de desenvolver ensino, pesquisa e extensão e a vivência na USF tem proporcionado valores como o aprender a respeitar e conviver com pessoas e profissionais de diferentes cursos, ou seja, aprender a trabalhar de forma interdisciplinar o que é tão difícil de se obter em um ambiente tão competitivo como o que é criado em sala de aula, onde a preocupação dos alunos é desenvolver

sua capacidades individuais e não percebem a importância de saber trabalhar de forma multidisciplinar. Acredito que o PET funciona como um ensaio da vida real, ou seja, é contribuição significativa para que eu seja uma profissional melhor, mais humanizada para trabalhar com a sociedade.

Experiências no PET-Saúde – Vila São Miguel

Fernanda Fonseca de LIMA

Minha compreensão do processo de integração entre os profissionais de saúde da unidade de saúde da família e os alunos do PET-Saúde (Programa de educação pelo trabalho para a saúde) foi se dando lentamente no desenvolvimento das atividades que eram propostas e acordadas por todos. Acredito que só podemos ter a dimensão de um processo quando vivenciamos este. Pude observar a importância da integralidade e multiprofissionalidade para a formação de um profissional crítico, reflexivo e pronto para atuar em equipe. Atualmente estamos desenvolvendo uma pesquisa de avaliação da qualidade do serviço e assistência prestada pela USF (Unidade de Saúde da Família). Isto só tem a enriquecer o serviço, aumentando a visão crítica do serviço que prestamos e de nós mesmos. Estamos desenvolvendo também oficinas de orientação aos comunitários com temas relevantes como alimentação, vacinas, cuidados de higiene pessoal e bucal; (abordando aspectos de convívio social, conflitos familiares, educação infantil, estímulo ensino aprendizagem - incentivando a leitura e orientando quanto a importância do brin-

car e a possibilidade deles mesmos fazerem seus brinquedos a partir de sucatas , adaptando-se assim ao contexto social, interação do menor com irmãos, acidentes freqüentes da primeira infância. Temas para gestantes, hipertensos, diabéticos e idosos e ainda sobre DSTs. Prevenção de acidentes em crianças até idade escolar. (abordando aspectos de segurança na escola, em casa e na comunidade, relacionando a idade e os acidentes mais freqüentes com objetivo de evitá-los.) A minha percepção é que oficinas como estas só têm a contribuir para o aumento da relação equipe/usuários/família , estabelecendo desta forma um maior vínculo entre estes. É oportuno ressaltar também que o confronto dos saberes , o saber popular ou empírico e o científico, é essencial para o crescimento de todos. Foi observado o interesse, participação e conseqüentemente um maior vínculo destes. No mês de fevereiro o tema abordado foi Desenvolvimento Motor em Menores de um ano – uma abordagem significativa para os pais e cuidadores. Observei aceitação dos comunitários e entusiasmo ao receberem estas informações. Esta aproximação universidade e o serviço publico têm contribuído sobremaneira para a formação de profissionais que ao saírem da faculdade já possuem uma visão social e um conceito pré-formado sobre prestação de serviços à comunidade. A participação ativa de todos nas discussões que existiram sobre questões complexas e que se deparam com limitações é importante para que estes busquem meios e alternativas em conjunto para o enfrentamento das mesmas.

Aluno de Terapia Ocupacional no PET-Saúde

Luciano Belas e SILVA FILHO

Participo do PET-SAÚDE desde a sua implantação em 2009, quando quais seriam as ações deste projeto ainda era um mistério. Porém, desde então, o projeto tem contribuído bastante para a minha vida profissional e pessoal. Ao saber que se tratava de um projeto na atenção básica, logo me interessei, pois sempre tive afinidade com a área, apesar da oferta curricular na formação do terapeuta ocupacional na UFPE, sofrer forte influência do modelo de reabilitação. Assim, os profissionais são levados a se especializarem cada vez mais numa área específica. Ao demonstrar o interesse em participar do projeto, ouvi de muitos alunos que os mesmos não viam o terapeuta ocupacional atuando na atenção básica, justamente porque durante a graduação temos pouca oportunidade de atuar nessa área, quando, na realidade o sistema de saúde pública brasileira necessita de profissionais generalistas, já que é neste que são absorvidos a maior parte dos terapeutas ocupacionais. Durante o projeto, desenvolvi junto com a equipe de saúde do PSF de Vila São Miguel/ Marrom Glacê, sob a preceptorial da Dra. Fátima, atividades como diagnóstico de área, grupo cuidando do cuidador (um grupo

com os funcionários do PSF), oficina com mães e gestantes, atenção voltada ao idoso (oficina de memória e levantamento de idosos com déficit cognitivo e indicativo de depressão), visitas domiciliares e discussão de alguns casos. A atuação interdisciplinar ajudou os alunos participantes do projeto a terem uma visão holística do indivíduo, não reduzindo a pessoa a sua deficiência ou doença. Com minha participação no PET-SAÚDE, depois de todas essas experiências e levando em consideração os preceitos da atenção básica e o conceito ampliado de saúde, compreendo que o terapeuta ocupacional age na promoção de saúde e prevenção de doenças, com o desenvolvimento de habilidades, através de recursos pessoais e comunitários e pode atuar nas ações de reabilitação, saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental, saúde do idoso e no campo social. Nesse âmbito, a atuação do terapeuta ocupacional facilita a independência e a participação social das pessoas diante das condições e necessidades do dia-a-dia na realidade da comunidade. Assim, o projeto PET SAÚDE confirmou mais um campo de atuação ao qual quero me dedicar futuramente.

Saúde em movimento: Reconstruindo processos de trabalho da USF Vila São Miguel – Recife – PE

Elaine Judite de Amorim CARVALHO
Elisete Cardoso de ARAÚJO
Verônica Ma. KIRZNER
Maria José MUNIZ
Carlos Nobre e SILVA FILHO
Rafael Justino da SILVA
Adolfo Vinícius Andrade de MORAES
Bruno José ALCINO
Alisson Silva CARVALHO
Aline De Souza SOUTO

O Projeto Saúde em Movimento (PSM), idealizado pela enfermeira da Equipe de Saúde da Família (ESF) 1 de Vila São Miguel , surgiu da necessidade de elaborar um projeto que sociabilizasse e melhorasse a qualidade de vida dos comunitários hipertensos e/ou diabéticos, obesos, trabalhadores da saúde e adolescentes. Inspira-se na possibilidade de exercer todas as potencialidades a clínica ampliada, para os grupos prioritários, através de encontros de saúde, educa-

ção e lazer e viabilizar a formação de grupos de convivência, que por sua vez possibilita o contato e a descoberta de dificuldades e potencialidades mútuas dos indivíduos. Assim a comunidade é influenciada na forma de pensar não só a saúde, mas o planejamento urbano e as políticas públicas. Em abril de 2010, foi implantado o PSM, em parceria com a Academia da Cidade e Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – PET-SAÚDE (Programa Ensino pelo Trabalho em Saúde) e com a participação de profissional de educação física, enfermeira, médica, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), comunitários e discentes de educação física, terapia ocupacional, fisioterapia, medicina e serviço social da UFPE. Tecendo uma rede social de trabalho com a academia da cidade, o CAPS AD, a escola, as três equipes de saúde da família da USF de V.S.Miguel e o PET-Saúde, além da relação com o Centro Espírita Baltazar, Centros Comunitários CECE e Limonil, o *Saúde em Movimento* torna-se um projeto composto por uma equipe multiprofissional que tem caminhado rumo a interssetorialidade e a integralidade, capazes de fortalecer a Atenção Básica. O Projeto tem sido composto por três eixos: a) Comunitários com maior vulnerabilidade; b) Saúde do Trabalhador e c) Adolescentes da comunidade. Contudo, seu principal objetivo é o de melhorar a qualidade de vida dos comunitários com maior vulnerabilidade, além de possibilitar vivências lúdicas e melhorar aptidões físicas, incentivar a adoção da prática de atividade física regular, na perspectiva de contribuir para melhor qualidade de vida, contribuir para o envelhecimento saudável, promover e incentivar novos hábitos de saúde coletiva, contribuir na diminuição dos medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e antide-

pressivos, e proporcionar aos estudantes do PET-SAÚDE interação com a comunidade. Convivemos hoje, com 45 comunitários, a maioria composta por mulheres e idosos, autodenominados Grupo Amor à Vida, que praticam atividades físicas duas vezes por semana. As atividades educativas, mensalmente na sede da Agremiação Limonil, com a participação constante dos estudantes do PET-SAÚDE e as recreativas bimensalmente em locais diversos. Em abril ano deste quando o projeto completa 1 ano de existência comemoramos muitas conquistas, foram 80 encontros (atividades físicas; oficinas de educação em saúde e planejamento além de passeios), revisões através dos níveis pressóricos; glicose e peso periodicamente. Compreendemos que apesar de não termos mensurado o grau de satisfação dos participantes, freqüentemente escutamos relatos de alegria, sensação de bem estar e agradecimentos, percebemos os estudantes mais envolvidos com a Comunidade e sua realidade social e juntos identificamos a necessidade de realizarmos uma avaliação qualitativa e quantitativa desta experiência exitosa.

Sobre os colaboradores

Colaboradoras

15 ACS da USF: Maria José Souza, Maria José Gomes, Cleidionice, Jaciara, Elizabeth, Diana, Sandra, Solange, Lúcia, Ednalva, Geane, Severina, Niedja, Lucileide, Betânia

Sobre os autores

Capítulos

Adolfo Vinicius Andrade MORAES: Acadêmico de Educação Física/UFPE

Adriana de Oliveira Camargo GOMES: Professora Adjunta do Curso de Fonoaudiologia/UFPE

Alamisque Gomes da SILVA: Acadêmica de Farmácia/UFPE

Alisson Silva de CARVALHO: Acadêmico de Medicina/UFPE

Amanda Cássia Ferreira de MOURA: Acadêmica de Odontologia/UFPE

Ana Virgínia Sanguinete Silva MELO: Acadêmica de Odontologia/UFPE

Ana Carolina de Moraes T. V. DANTAS: Acadêmica de Terapia Ocupacional/UFPE

André Amilcar Fonseca Pereira JUNIOR: Acadêmico de Fisioterapia/UFPE

Andréa Pereira NUNES: Acadêmica de Medicina/UFPE

Andréa de Souza Lima BARBOSA: Acadêmica de Terapia Ocupacional/UFPE

Andréia Carolina Santos de LIMA: Acadêmico de Terapia

Ocupacional/UFPE

Anne Evely Oliveira SIQUEIRA: Acadêmica de

Odontologia/UFPE

Arli R. L. MORAES: Acadêmica de Medicina/UFPE

Bruna Fernanda Alves OLIVEIRA: Acadêmica de Educação

Física/UFPE

Bruno José Alcino: Acadêmico de Educação Física/UFPE

Caroline Vieira de LUCENA: Fonoaudióloga. Ex-Monitora

do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

(PET-Saúde)

Cláudia Fabiana Mesquita FONTES: Enfermeira da USF

San Martin / Povo de Deus 03, Preceptora do PET-SAÚDE

Christiane Maria Oliveira CABRAL: Acadêmica de

Fonoaudiologia/UFPE

Cicília Laís de Lima SILVA: Acadêmica de

Fonoaudiologia/UFPE

Cinthia Rodrigues de VASCONCELOS: Professor Adjunto

do Departamento de Fisioterapia

Cintya Oliveira PEREIRA: Médica da USF Vila União.

Preceptora do PET-SAÚDE

Dante Araujo Chung YTSAN: Acadêmico de Educação

Física/UFPE

Débora Wanderley Bezerra e SILVA: Acadêmica de

Fisioterapia/UFPE

Edite de Souza FERREIRA: Dentista da equipe I da USF

Sítio Wanderley. Preceptora do PET-Saúde

Elisete C. ARAÚJO: Enfermeira da ESF 1 V. São Miguel

Elaine Judite de Amorim CARVALHO: Professora Adjunta

do curso de Odontologia/UFPE

Eliane Maria Ribeiro de VASCONCELOS: Professora do

Departamento de Saúde Pública de Enfermagem/UFPE
Elisa Ester de Carvalho GOMES: Acadêmica de Serviço Social/UFPE

Elizabete Cristina Oliveira Alves RIBEIRO: Acadêmica de Serviço Social/UFPE

Emanuela Pereira da SILVA: Acadêmica de Serviço Social/UFPE

Evelyn Siqueira da SILVA: Acadêmica de Fisioterapia/UFPE

Fabiana Carlos Magno ALHEIROS: Enfermeira da Equipe de Saúde da Família do Sítio das Palmeiras. Preceptoras do PET-SAÚDE

Fabyola Souza Bezerra de LIMA: Preceptora Mangueira II

Fellipe de Tácio do Nascimento DINIZ: Acadêmico de Educação Física/UFPE

Fernanda FONSECA: Cirurgiã Dentista

Gabriella Carrilho Lins de ANDRADE: Acadêmica de Nutrição/UFPE

Geane Nário de SOUZA: Enfermeira

Gercimar Cavalcanti França ARRUDA: Enfermeira. Pós-Graduada em Saúde Pública e Saúde da Família

Gicely Sobral Sobral da SILVA: Acadêmica de Enfermagem/UFPE

Helena Renata CYSNEIRO: Acadêmica de Fonoaudiologia/UFPE

Isabel Araújo de Souza Wanderley Fernandes LIMA: Enfermeira Especialista em Saúde da Família pela UFPE

Isabela Franco CAVALCANTI: Acadêmica de Fisioterapia/UFPE

Isis Maurício COELHO: Acadêmica de Psicologia/UFPE

Iury Cargeone de Arruda SIQUEIRA: Acadêmico de Odontologia

Jailma Santos MONTEIRO: Professora adjunto do Departamento de Nutrição UFPE. Doutora em Nutrição pela UFPE

Jadiel Luis da SILVA: Acadêmico de Medicina/UFPE

Jair José da Silva: ACS da USF V. São Miguel ESF 1

Joás Araújo TEIXEIRA: Dentista da USF Sítio Wanderley, Preceptor do PET-SAÚDE

José Kledson Cordeiro SILVA: Acadêmico de Farmácia/UFPE, ex-monitor PET-SAÚDE

Joseane Clecia P. NOGUEIRA: Médica. Especialista em Saúde da Família. USF Casarão do Cordeiro

Josetti Gomes de ALMEIDA: Enfermeira. Especialista em Saúde da Família US Casarão do Cordeiro

Juanito Rubenito FLORENTINO: Acadêmico de Enfermagem/UFPE

Juliana Gomes de Oliveira: Acadêmica de Serviço Social/UFPE

Juliana Pina ZÓZIMO: Acadêmica de Medicina/UFPE

Kamila A. BARRETO: Acadêmica de Terapia Ocupacional/UFPE

Kary Roberta Silva RAMOS: Acadêmica de Educação Física/UFPE

Kayla Campêlo COSTA: Acadêmica de Terapia Ocupacional/UFPE

Keila Mary Tavares de Oliveira LIMA: Dentista e Preceptora do PET-Saúde da USF Bongí/Boa Idéia

Kildery Eduardo Tenório FERREIRA: Dentista USF Bongí. Especialista em Saúde da Família. Tutor do PET-SAÚDE

Laila Anine Candida da SILVA: Acadêmica de Psicologia/UFPE

Leila Bastos LEAL: Farmacêutica. Doutora em Ciências Farmacêuticas. Docente do Curso de Farmácia Universidade Federal de Pernambuco. Tutora do PET-Saúde/UFPE

Leila Elisabeth Herculano LINS: Médica, Mestre em Neurociências pela UFPE

Leila Gouveia dos SANTOS: Acadêmica de Serviço Social/UFPE

Letícia Aiko SAWADA: Médica da Unidade de Saúde da Família de Cosme e Damião - Prefeitura da Cidade do Recife, Preceptora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)

Liliane Elise Souza NEVES: Acadêmica de Fonoaudiologia/UFPE

Lívia SHIRAHIGE: Acadêmica de Fisioterapia/UFPE

Luciana A. LIMA: Acadêmica de Fisioterapia/UFPE

Lucely Freire AYRES: Dentista da equipe I da USF Sítio Wanderley. Preceptora do PET-Saúde

Luciana M. L. MOURA: Enfermeira USF - Brasilit. Preceptora do PET SAÚDE UFPE

Luís Felipe RIOS: Professor do Departamento de Psicologia/CFCH/UFPE, tutor do PET-SAÚDE

Luis HENRIQUE: Enfermeiro da Equipe de Saúde da Família do Sítio das Palmeiras. Preceptor do PET-SAÚDE

Marcelo Silva CAVALCANTI: Acadêmica de Psicologia/UFPE

Maria Clara CAVALCANTI: Psicóloga. Ex-Monitora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)

Maria Cecília de Freitas BARBOSA: Nutricionista; pesquisadora voluntária do PET-SAÚDE

Maria de Fatima Albuquerque FEITOSA: Dentista da Equipe de Saúde da Família. Preceptora do PET-SAÚDE

Maria de Fátima Vieira CAMPOS: Médica

Maria Malciana Ferreira FARIAS: Acadêmica de Nutrição/UFPE

Maria Alice Maciel TABOSA: Acadêmica de Farmácia/UFPE. Ex-Membro do PET-Saúde/UFPE

Maria Vanessa Silva VITOR: Acadêmica de Fonoaudiologia/UFPE

Marília Agostinho de LIMA: Acadêmico de Medicina/UFPE

Milena C. M. Coelho PRADO: Enfermeira da USF Chico Mendes / Ximboré. Preceptora do PET-SAÚDE

Milton Duque MARQUES: Acadêmico de Odontologia/UFPE. Acadêmico de Educação Física/UFPE

Monalisa Aquino DAMASCENO: Dentista USF Bongi, tutora do PET-SAÚDE

Natália Freire da SILVA: Acadêmica de Fonoaudiologia/UFPE

Nathália LEITE: Acadêmica de Terapia Ocupacional/UFPE

Norma GUIMARÃES: Enfermeira USF Mangueira I

Ohane Caroline Pereira Alves da CRUZ: Acadêmico de Medicina/UFPE

Pablo Emanuel Lisboa de Oliveira: Acadêmico de Medicina/UFPE. Ex-Monitor do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)

Paulo Roberto Cavalcanti CARVALHO: Docente/Tutor do Curso de Educação Física

Paulo Sérgio de Castro BASTOS FILHO: Acadêmico de Fisioterapia/UFPE

Petrus Gantois Massa Dias dos SANTOS: Acadêmico de Educação Física/UFPE

Pollyana Ribas de OLIVEIRA: Acadêmica de Fonoaudiologia/UFPE

Rafael Justino da SILVA: Acadêmico de Fisioterapia/UFPE

Rafael Alex SOBRINHO: Acadêmico de Medicina/UFPE

Raphaela Renata Carneiro ANDRADE: Acadêmica de Educação Física/UFPE

Raquel Glayce de Brito FREITAS: Assistente Social; pesquisadora voluntária do PET-SAÚDE

Roberta Gomes Ferreira RIBEIRO: Acadêmica de Terapia Ocupacional/UFPE

Rubens Cavalcanti Freire da SILVA: Médico Residente do programa de Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

Sara Vieira da CUNHA: Acadêmica de Farmácia/UFPE

Sémares Genuíno VIEIRA: Terapeuta Ocupacional. Ex-integrante do PET-Saúde

Silvana Silva do NASCIMENTO: Acadêmica de Serviço Social/UFPE

Thamiris Ma. Nascimento CABRAL: Acadêmica de Terapia Ocupacional/UFPE

Thayenny dy Karlly Lira de OLIVEIRA: Acadêmica de Fisioterapia/UFPE

Tony Carlos Araújo da PAZ: Acadêmico de Educação Física/UFPE

Thiago de Amorim CARVALHO: Acadêmico de Educação

Física/UFPE

Vera Lúcia Dutra FACUNDES: Professora Adjunto do Departamento de Terapia Ocupacional/CCS/UFPE; Tutora do PET-SAÚDE

Vera Lúcia de Moura SENA FILHA: Fisioterapeuta, Mestranda em Psicologia/UFPE

Veronica Maria Lima KIRZNER: Médica Saúde da Família 1 Vila São Miguel. Participante de 2009 do PET-SAÚDE da UFPE desde a sua implantação.

Vitor Hugo Lima BARRETO: Médico de Família e Comunidade - Prefeitura da Cidade do Recife. Professor do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco.

Resumos

Ane Karoline Pereira SOARES

Berenice Garcês SANTOS

Dayse Myrthes Valença da SILVA

Eliane Maria Ribeiro de VASCONCELOS

Giselle Matias de CARVALHO

Isabel Araújo de Souza Wanderley Fernandes LIMA

Jasiel FRUTUOSO

Jeanne Cunha dos SANTOS

Jéssica Barbosa SILVA

Marília Gabriela da Rocha VITAL

Misael Alves de ARAÚJO

Priscylla Girllene Alves da SILVA

Roberta Gomes Ferreira RIBEIRO

Shirleidy Mirelle da Costa FREITAS

Silvana Silva do NASCIMENTO
Leila Bastos LEAL
Teresa Bióca NEVES
Vânia Pinheiro RAMOS

Relatos

Adolfo Vinícius Andrade de MORAES
Alice CINTRA
Aline de Souza SOUTO
Alisson Silva CARVALHO
Andréia Carolina Santos de LIMA
Aristóteles CARDONA JUNIOR
Bruna Daniela COSTA
Bruno José ALCINO
Carlos Nobre e SILVA FILHO
Cristina BARBOSA
Débora LINS
Elaine Judite de Amorim CARVALHO
Elisete Cardoso de ARAÚJO
Érika ESPÍNOLA
Érica MEDEIROS
Fábia Rossana da Silva MOURA
Fabio Lima de ALENCAR
Fátima GUEDES
Fernanda Almeida SILVA
Fernanda Fonseca de LIMA
Flávio Pessoa de Melo MAIA
Francisco de Assis PINTO
Geane Nário de SOUZA

Sobre os autores

Geane NARIO
Isabela HERÁCLIO
Jailma Santos MONTEIRO
Jair José SANTOS
Janaina FERREIRA
Jeanne Cunha dos SANTOS
Leônia Moreira TRAJANO
Lúcia MARIA
Luciano Belas e SILVA FILHO
Luís AMARAL JR.
Luis Henrique Correia TORRES
Maria de Fatima Albuquerque FEITOSA
Maria de Fátima Vieira CAMPOS
Maria José MUNIZ
Marlene Britto Bonifácio ALVES
Michelle Rodrigues de LIMA
Poliyana RIBAS
Rafael Justino da SILVA
Renata CABRAL
Renata de CÁSSIA
Renata Lucena MARKMAN
Ticiania ALVES
Vanessa LIMA
Vera Lúcia de Moura SENA FILHA
Verônica Ma. KIRZNER

Coordenação Geral

Prof. Wellington Pinheiro dos Santos, DSc

Design Gráfico

Bureau de Design da PROEXT

Marcel Scherz

Capa

Marcel Scherz

Formato

A5

Tipografia

Palatino

Editora
Universitária  **UFPE**

Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20, Várzea

Recife, Pernambuco

CEP: 50.740-530

Fax: (81) 2126 8395

Fones: (81) 2126 8397 / 2126 8930

www.ufpe.br/edufpe

edufpe@ufpe.br

Série Extensão

A Universidade Federal de Pernambuco tem a satisfação de apresentar à comunidade universitária e à sociedade como um todo a Série Extensão, que tem como objetivo a difusão do conhecimento produzido no âmbito da UFPE em caráter extensionista.

A Série Extensão é fruto dos Editais de Publicação da Pró-Reitoria de Extensão – PROEXT, abertos à comunidade da UFPE e organizados de acordo com os Programas Institucionais “UFPE Et Movimentos Sociais”, “UFPE Et Políticas Públicas”, “UFPE Et Políticas Culturais”, “Educação Inclusiva e Formação Permanente” e “Integração UFPE Empresa”. As publicações são escolhidas de acordo com avaliação de mérito com uma comissão de pareceristas, sendo o resultado referendado pela Câmara de Extensão.

A partir do nosso compromisso com o papel da Extensão Universitária para a transformação social, com redução das desigualdades sociais e construção de uma cultura de democracia e de paz, é nossa intenção que esses saberes sejam largamente compartilhados com a universidade e a sociedade, e que essas publicações possam chegar às mãos de estudantes, docentes e técnicos da UFPE e ao público mais amplo da sociedade em geral, cumprindo assim a nossa missão, na perspectiva da Consolidação e Inovação.

Edilson Fernandes de Souza
Pró-Reitor de Extensão da UFPE



PROEXT
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO



UFPE Et
POLÍTICAS PÚBLICAS
COMPROMISSO COM A
INCLUSÃO SOCIAL

ISBN 978-85-415-0365-5



9 788541 503655