



Boletim do Instituto de Saúde

nº 37 - Dezembro de 2005

ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529

Programa de Saúde da Família: ESTUDO DE CASO EM FRANCISCO MORATO



Sumário

❖ Editorial	3
❖ A Inserção de Aprimorandos em um Projeto de Pesquisa sobre o Programa de Saúde da Família: por quê, como, onde e para quem?	5
❖ O PSF em Francisco Morato: unidade básica de saúde compartilhada	7
❖ Educação em Saúde: o agente comunitário de saúde sob foco	10
❖ Construindo a Participação Popular no Município de Francisco Morato	13
❖ Ações de Nutrição no Sistema de Saúde: o que pensam os gestores e profissionais de saúde do município de Francisco Morato a respeito dessa prática?	16
❖ Vigilância Nutricional no PSF do Município de Francisco Morato: uma contribuição para intervenções nutricionais?	19
❖ Avaliação das Ações de Monitoramento do Estado Nutricional de Gestantes Atendidas em 2002 pelo PSF do Município de Francisco Morato	22
❖ A Contribuição do PSF para a Promoção do Aleitamento Materno: limites e possibilidades	24
❖ Programa de Saúde da Família de Francisco Morato: uma avaliação da assistência ao diabético e/ou hipertenso	28
❖ Saúde Mental em Francisco Morato: percepção dos trabalhadores do CAPs sobre a atenção praticada e suas dificuldades	31
❖ Depoimento: a experiência de Aprimorandos em Saúde Coletiva	34

BIS – Boletim do Instituto de Saúde
Nº 37 – Dezembro de 2005
ISSN 1518-1812 / On line 1809-7529

Publicação Quadrimestral do Instituto de Saúde
Tiragem: 2.000 exemplares
Rua Santo Antônio, 590 – Bela Vista
CEP: 01314-000 São Paulo - SP
Contato: editora@isaude.sp.gov.br
Site: www.isaude.sp.gov.br

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
Luiz Roberto Barradas Barata

Coodenadora de Ciência, Tecnologia
e Insumos Estratégicos de Saúde
Maria Cecília Marchese da Mota Azevedo Correa

Diretor do Instituto de Saúde
Alexandre Domingues Grangeiro

Expediente

Editoras: Ana Aparecida Sanches Bersusa, Ana Lúcia da Silva, Danaé T. Conversani, Sonia Isoyama Venancio
Comissão Editorial: Lenise Mondini, Marisa Feffermann, Olga Sofia F. Alves, Regina Figueiredo, Sandra Maria Tavares Greger, Silvia Bastos.

Colaboradores: Daniela Cristina Profitti de Paiva, Fernanda Barboza, Fernanda Brunacci Della Rosa, Maria Mercedes L. Escuder, Rita de Cássia Veríssimo Ciconi, Rosa Maria Barros dos Santos, Rosirene Leme Beraldi Gottardi, Silvia Regina D. M. Saldiva

Revisão bibliográfica: Carmen C. Paulenas

Revisão de texto: Fernando Fulanetti e Marcelo Rouanet

Apoio logístico: Núcleo de Informática – IS

Responsável administrativa: Vânia Feres

Divulgação: Núcleo de Documentação e Informação – IS
Editoração: Assessoria de Comunicação da SES/SP

Capa: foto de Rosirene L. B. Gottardi

CTP, impressão e acabamento: **Imprensa Oficial**

É autorizada a reprodução total ou parcial do conteúdo desta edição, desde que mantidos os créditos e as instituições autoras.



SECRETARIA
DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma realidade que permitiu a efetivação da ampla inclusão de contingentes populacionais anteriormente discriminados e sem acesso aos serviços de saúde.

A grande discussão, atualmente, é encontrar formas de melhorar a equidade, a eficiência, a efetividade e a resolutibilidade do sistema.

O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) apresentaram ao Brasil, nestes últimos meses, uma proposta de condução que tenta equacionar os desafios acima apontados, pactuando responsabilidades com os três gestores do SUS.

O fortalecimento da Atenção Básica é uma das prioridades apontadas, reconhecendo-se a estratégia da Saúde da Família como um componente essencial em todo o processo de reorientação do sistema de saúde pública.

O Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão é um compromisso em torno de prioridades que deverão apresentar impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Os estados, regiões e municípios deverão pactuar ações necessárias ao alcance das metas e objetivos propostos, agregando, às suas necessidades, as prioridades determinadas pelo Ministério da Saúde.

Dentro dessa nova realidade, datada em 28 de março de 2006 e assinada pelo então Ministro da Saúde Felipe Saraiva, reafirma-se a estratégia Saúde da Família como modelo preferencial e ordenador das redes de atenção à saúde. O financiamento do Ministério da Saúde induz, por meio de diferenciados incentivos, a escolha deste caminho.

O Estado de São Paulo incorporou a estratégia Saúde da Família há dez anos, iniciando o processo de implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF) em abril de 1996, em sua Capital. Foi a primeira experiência do PSF em área densamente povoada. O relato dos três primeiros anos, embora não trabalhe resultados, aponta para a melhora do vínculo profissionais-comunidade, reconhecimento territorial com adscrição de clientela, ações de promoção à saúde, maior tempo de permanência dos profissionais no serviço, atendimento domiciliar de rotina e participação da comunidade nas decisões de prioridades.

No Nordeste do Brasil, onde as ESF iniciaram o trabalho em 1994, “houve impacto expressivo na queda da mortalidade infantil por drástica redução dos óbitos por diarreia e doenças respiratórias e imunopreveníveis, redução de internações de menores de cinco anos, aumento do aleitamento materno exclusivo, diminuição da mortalidade materna, dentre outros significativos ganhos” (SANTOS, 2000).

Cerca de 30% do Estado de São Paulo está coberto pelo Programa de Saúde da Família, onde mais de 400 municípios, de um total de 645, adotaram a estratégia. O município de São Paulo apresenta a mesma cobertura, com tendência crescente.

Apesar de datar de Alma Ata (1978) o impulso mundial para se estabelecer o rompimento de conceitos tradicionais sobre saúde, o momento atual, em nosso país, é o de arraigadas discussões sobre a importância da Aten-

¹Coordenadora da Atenção Básica – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: rmbasantos@saude.sp.gov.br

ção Básica na reorientação do sistema público de saúde. Nele está incluída a redefinição da gestão do Estado, subsidiando apoio técnico e financeiro aos municípios para a efetivação da Política Nacional de Atenção Básica.

A estratégia Saúde da Família propicia o aprofundamento das discussões contemporâneas sobre a oportunidade de se investir na reorganização da Atenção Básica. Ela reúne elementos de elevada complexidade, envolvendo definição dos conceitos de saúde e doença; qualificação dos trabalhadores do setor saúde, papel da Academia, tanto na formação/capacitação de profissionais, quanto no desenvolvimento de pesquisas que disponibilizem resultados para tomada de decisão dos gestores; compromisso desses gestores para a melhoria da qualidade de vida da população, com aumento da oferta de serviços e efetivo exercício da regulação dos mesmos, possibilitando a universalidade, a integralidade e a equidade do SUS.

Operacionalizar as novas diretrizes, colocadas pela Política Nacional de Atenção Básica, é um grande e maravilhoso desafio. Iniciativas, como as aqui apontadas, constituem parte deste evento e deste caminho para mudanças concretas no Sistema Público de Saúde. Parabéns!

A Inserção dos Aprimorandos em um Projeto de Pesquisa sobre o Programa de Saúde da Família: por quê, como, onde e para quem?

Sonia Venancio¹
Danaé T. Conversani²
Ana Aparecida Bersusa³

O Programa de Aprimoramento de Profissionais de Nível Superior (PAP) é um programa de bolsa profissional para a área da saúde mantido pelo governo do Estado de São Paulo, sob a responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, executado por diversas instituições ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e administrado pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP). Tem sido definido como uma modalidade de ensino de pós-graduação lato-sensu voltada ao treinamento para a prática profissional que integra os serviços de saúde. Os diferentes programas oferecidos a várias categorias profissionais são baseados no princípio do treinamento em serviço, sob supervisão direta de profissionais qualificados. Por meio desta metodologia, o PAP procura atingir os seguintes objetivos: complementar a formação universitária em aspectos da prática profissional; adequar a formação universitária à prestação de serviços em saúde voltados às necessidades da população; formar profissionais com uma visão crítica e abrangente do sistema de saúde e especializados em uma área de atuação (IZUMINO; PICCIAFUOCO; SHIRABAYASHI, 2000).

No Instituto de Saúde (IS), o PAP complementa a formação na área de saúde coletiva por mais de 20 anos e passou por diversas fases de gestão e condução, em função de várias propostas de reestruturação institucional.

A Comissão de Aprimoramento, responsável pelo PAP no IS de 2000 a 2004, construiu uma nova proposta, cuja marca foi o desenvolvimento de um projeto matricial no município de Francisco Morato. Esta escolha decorreu do entendimento de que o objetivo deste programa era a 'formação de profissionais de diversas áreas para a pesquisa em Saúde Coletiva, com uma visão crítica e abrangente do Sistema Único de Saúde (SUS)'.

A definição de tal foco pode parecer banal, mas acredita-se que a forma de compreensão dos objetivos do Aprimoramento, transforma, ao mesmo tempo, a condução do PAP, que muitas vezes é visto como 'formação de gestores' ou como especialização em alguma área da Saúde.

Sendo o Instituto de Saúde (IS) uma instituição inserida na estrutura da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), que tem como atividade central a pesquisa em Saúde Coletiva e, sendo o Aprimoramento um programa que busca a formação profissional através do treinamento em serviço, decidiu-se oferecer uma formação voltada à investigação científica com um olhar sobre as necessidades de saúde da população. Esta formação teve como princípio a busca da visão crítica e abrangente dos aprimorandos sobre o sistema através do contato direto com a realidade dos serviços e não como prestadores da assistência – estratégia utilizada pela maioria dos Programas de Aprimoramento desenvolvidos no ambiente dos serviços. Optou-se por formá-los como pesquisadores, orientando a seleção de objetos de investigação relevantes para a construção do SUS.

Nesse sentido, citamos a colocação do Prof. Carvalheiro sobre o Aprimoramento no IS, no qual defende que os princípios da pesquisa-ação não devem ser colocados como entre tantas possibilidades de apreensão da realidade neste programa, mas como a sua própria essência (CARVALHEIRO, 2000).

Uma vez entendida a justificativa de inserção dos aprimorandos em um projeto de pesquisa, tendo como referencial teórico dos princípios da pesquisa-ação, passemos ao segundo ponto: por quê a escolha de um projeto matricial? Neste contexto, a "matricialidade" é entendida como o desenvolvimento de projetos "guarda-chuva", que possibilitam a articulação dos saberes acumulados nas diversas linhas de pesquisa da instituição e a integração de diversos aprimorandos, inseridos como pesquisadores em diferentes grupos de pesquisa, em torno de temas comuns.

Cabe destacar que, embora a instituição tivesse a percepção, à época, sobre a necessidade de desenvolvimento de projetos matriciais, não existia de fato

¹Pesquisadora Científica V do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: soniav@isaude.sp.gov.br

²Educadora em Saúde e Pesquisadora do Instituto de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: danae@isaude.sp.gov.br

³Enfermeira e Pesquisadora Científica do Núcleo de Investigação e Estudos em Epidemiologia do Instituto de Saúde - Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. Contato: anab@isaude.sp.gov.br

essa “cultura” no cotidiano de trabalho. Outro fato interessante é que, hoje, o Instituto de Saúde passa por uma reestruturação que visa exatamente facilitar o desenvolvimento de projetos deste tipo e, nesse sentido, pode-se dizer que o PAP aporta uma importante contribuição, uma vez que possibilitou o exercício concreto de tal proposta em passado recente.

Para o aprimorando, a participação em um projeto matricial foi fundamental para viabilização do projeto pedagógico no qual estava inserido, que contemplava basicamente dois eixos: cursos ou módulos teóricos, cujo conteúdo versava sobre o campo da Saúde Coletiva, as Políticas de Saúde e a Metodologia de Pesquisa; e um segundo módulo prático, baseado na elaboração e desenvolvimento de um projeto de pesquisa (parte do projeto guarda-chuva), sob orientação de pesquisadores da instituição. Este processo de trabalho matricial permitiu o desenvolvimento de conteúdos de formação comuns a todos os aprimorandos, diferente de outros modelos, nos quais ou cada aprimorando trabalhava em uma linha de pesquisa específica, sem interagir com outras linhas e com seus pares, ou optava por desenvolver seu projeto em temas não trabalhados nas linhas de pesquisa da instituição, por vezes “descolados” das problemáticas do SUS.

Resta ainda explicar: “por quê PSF?” Poderíamos simplesmente dizer que se trata de um tema relevante para o SUS e para a SES/SP, uma vez que no ano de 2000 observou-se um movimento crescente de implantação dessa estratégia nos municípios paulistas, que demandava por avaliações desse processo no âmbito do Estado. Além disso, esse tema possibilitava a participação de pesquisadores inseridos em várias linhas de pesquisa que, há muito, trabalhavam com a Atenção Básica. Mas o motivo principal foi a oportunidade de colocar o aprimorando em contato com essa estratégia inovadora de organização da Atenção Básica, suas dificuldades, limitações e possibilidades, oferecendo-lhe a oportunidade de vivenciar esse processo e refletir criticamente sobre essa prática.

O município escolhido para firmar parceria com o Instituto de Saúde nesse projeto matricial foi Francisco Morato, situado na região metropolitana de São Paulo e destacado por sua situação de grande vulnerabilidade social. Além dessas características, extremamente pertinentes para o desenvolvimento do projeto, o gestor municipal e o coordenador, à época, do Programa de Saúde da Família (PSF) deste município mostraram grande interesse em participar do desenvolvimento deste projeto. O momento era de implantação do PSF em Francisco Morato e da construção de um projeto de avalia-

ção, que pudesse subsidiar os gestores municipais no planejamento desta política.

Os resultados da experiência, relatados a seguir, representam os projetos de relevância desenvolvidos pelos aprimorandos durante 2000 a 2004. Destacamos que o último grupo de aprimorandos dedicou-se a temas sugeridos pelos gestores municipais e podem ser considerados, em grande parte, desdobramentos de estudos que já haviam sido realizados por grupos anteriores, que sinalizaram para a necessidade de analisar a articulação do PSF com os demais níveis de atenção à saúde e com outros setores no município.

Aos aprimorandos, desejamos que a vivência e os conhecimentos adquiridos estejam sendo aplicados em sua prática profissional.

Aos gestores do município, além dos agradecimentos, o desejo de que os resultados de nosso trabalho estejam de fato sendo úteis para a gestão.

Aos que se interessam por essa história, uma boa leitura!

Referências Bibliográficas:

CARVALHEIRO, J.R. Um Instituto em busca de sua identidade. Prefácio. In: ESCUDER, M.M.L.; MARTINS, M.C.F.N.; VENÂNCIO, S.I.; BOGUS, C.M. (Org.)

Aprimoramento em saúde coletiva: reflexões. São Paulo: Instituto de Saúde, 2000. p.9-10. (Temas em Saúde Coletiva, 1).

IZUMINO, E.; PICCIAFUOCO, P.R.F.; SHIRABAYASHI, M. O Programa de Aprimoramento Profissional: uma experiência estadual na formação de recursos humanos para o SUS. In: ESCUDER, M.M.L.; MARTINS, M.C.F.N.; VENÂNCIO, S.I.; BOGUS, C.M. (Org.)

Aprimoramento em saúde coletiva: reflexões. São Paulo: Instituto de Saúde, 2000. p.11-16. (Temas em Saúde Coletiva, 1).

O PSF em Francisco Morato: unidade básica de saúde compartilhada

Sheila Aparecida Pacífico de Moura Aguiar¹
Luiza Sterman Heimann²

Resumo

Discute-se a questão do compartilhamento de unidades de saúde por diferentes modelos de atenção, na percepção dos usuários, a partir de estudo de caso do Programa de Saúde da Família (PSF) no Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Foram analisadas as opiniões de dois grupos de usuários, um inserido e outro não inserido no PSF, tendo como categorias operacionais o acesso e a integralidade. Para ambos os grupos, questões como a demora no atendimento e na realização de exames, a falta de encaminhamento formal e a pouca distribuição de medicamentos representam ainda dificuldades na efetivação desses princípios na unidade de saúde. Visando uma atuação mais eficaz do PSF, algumas sugestões foram feitas pelos usuários.

Introdução

A pesquisa 'O Programa de Saúde da Família em Francisco Morato: Unidade Básica de Saúde Compartilhada' foi realizada entre os anos 2002 e 2004, sendo parte constituinte de um projeto institucional acordado entre o Instituto de Saúde (IS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a Prefeitura do Município de Francisco Morato, visando produzir conhecimento acerca do PSF implantado no município em janeiro de 2000.

Este trabalho buscou compreender a questão do compartilhamento da unidade na opinião de seus usuários, sendo eles integrantes ou não do PSF.

Objetivos

Identificar as dificuldades geradas pela co-existência de modelos numa única unidade, em especial no que se refere ao acesso e à integralidade da atenção à saúde, conforme o conhecimento e a opinião dos usuários sobre o compartilhamento da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Método

Apoiado na metodologia qualitativa, utilizou-se o estudo de caso na unidade de saúde do Parque 120. A seleção desta unidade ocorreu mediante um levantamento documental e de informações junto à coor-

denação do PSF, onde se verificou que esta, após diversas dificuldades surgidas no compartilhamento de unidades entre este e os demais modelos de atenção, foi a única que se manteve compartilhada até então, não se transformando em unidade de PSF como no caso das outras unidades.

Foram realizadas entrevistas estruturadas com a população que frequenta a unidade, utilizando-se dois modelos distintos de questionários. A principal distinção entre eles refere-se ao fato de que, para os usuários inscritos no PSF, houve o acréscimo de questões objetivando identificar a opinião dos mesmos sobre este programa específico.

Os respondentes foram divididos em dois grupos: um grupo de inscritos e outro grupo de não inscritos no PSF. A opção pelo trabalho com dois grupos distintos de usuários se deu pelo interesse em analisar as diferenças entre esses grupos no que se refere ao acesso e à integralidade da atenção à saúde dentro da unidade compartilhada.

Entre o final de junho e início de julho de 2003, observou-se a dinâmica da unidade e realizaram-se entrevistas com a população adscrita à mesma. No total, foram realizadas 40 entrevistas com usuários, na saída da unidade, após atendimento ou marcação de consulta. Neste último caso, houve seleção de usuários que estavam marcando, pelo menos, a sua segunda consulta. O número de entrevistas realizadas foi determinado pela frequência de respostas semelhantes.

Para análise dos resultados, empregou-se a técnica de análise de frequência comparando-se os usuários da unidade adscritos ao PSF com os não adscritos ao programa.

Resultados

Perfil da unidade:

A unidade do Parque 120 está localizada na periferia do município e é procurada por uma popula-

¹Psicóloga, com Aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: sheilaaguiar@estadao.com.br

²Médica e Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pela Howard University e Pesquisadora e Coordenadora do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS)-IS-SES/SP. Contato: luizash@isaude.sp.gov.br

ção de nível sócio econômico baixo. A UBS é a única compartilhada no município e possui duas equipes de saúde da família (ESF).

Perfil dos usuários da unidade:

No total, 95% dos questionários foram respondidos por componentes de famílias adscritas ao PSF da unidade do Parque 120 e os outros 5% foram respondidos por usuários da unidade não ligados a nenhum programa. Entre o total de usuários, predominaram as seguintes características: são mulheres jovens, com idade inferior a 40 anos, baixa escolaridade, sem rendimento fixo, residentes na área de abrangência do PSF desta unidade. Utilizam os serviços oferecidos pela UBS por um período superior a 10 anos. Do total, 87,5% dos entrevistados estavam inseridos no programa.

Demanda:

A demanda da unidade é por atendimentos especializados em ginecologia, pediatria e clínica médica.

Acesso:

Entre os entrevistados, 40% apontam para a existência de obstáculos que impedem ou, que no mínimo, dificultam o acesso à assistência prestada na unidade. As dificuldades citadas referem-se: à falta de médicos, à falta de vagas, ao não atendimento por falta de agendamento prévio, a problemas de interação com profissionais que atuam na unidade e até mesmo ao mau uso do espaço físico da unidade.

Integralidade:

Para os usuários do Parque 120, inseridos ou não no programa, ainda há muito a ser feito para que seja prestada uma assistência integral. Os fatores que, segundo eles, contribuem de forma negativa para o não estabelecimento deste princípio são: o baixo número de especialidades ali encontradas, o longo tempo de espera para a realização de exames laboratoriais, a distribuição de medicamentos que raramente atende à demanda; a inexistência de um sistema formal de referência ou de orientação de outros locais que possam buscar por si próprios quando não possam ser atendidos na unidade. Os usuários citam também a não prestação de serviços que objetivam a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

O compartilhamento da unidade:

Antes de discutirmos a questão do compartilhamento da unidade por diferentes modelos de atenção, apresentaremos uma importante constatação que se deu logo no início da aplicação dos questionários, na divisão dos grupos de usuários e não usuários do programa. Quando se interrogava sobre a inserção do respondente no PSF, entre os entrevistados inseridos neste programa, 57,1% demonstraram desconhecimento a respeito de sua inserção no mesmo. Os usuários só se reconheceram como inseridos no PSF após uma explicação detalhada sobre as características do mesmo.

Outro dado importante desse desconhecimento diz respeito ao fato de que 100% dos entrevistados, ao saírem da consulta, não souberam informar se haviam sido atendidos por profissionais do PSF. Este resultado pode evidenciar falta de comunicação e explicitação do programa entre a equipe e os usuários, podendo também indicar a existência de um frágil vínculo entre a população usuária entrevistada e a Equipe de Saúde da Família (ESF).

Ao serem questionados sobre o conhecimento que possuem do PSF, apenas 15% do total de entrevistados afirma conhecer o programa; 27,5% citam a visita que recebem de pessoas do sexo feminino ou de agentes de saúde, 47,5% afirmam não conhecer o programa e o restante não respondeu a essa questão.

Entre os entrevistados, 60% afirmam desconhecer a existência do compartilhamento da UBS por diferentes modelos de atenção. Entretanto, a mesma porcentagem mostra-se favorável a essa forma de organização da unidade. Alguns relatos demonstram que a posição favorável dos entrevistados quanto ao compartilhamento deve-se ao fato de que, para eles, o compartilhamento representa a garantia da universalidade da atenção.

Mudança após a implantação do Programa na UBS:

De acordo com o Ministério da Saúde, o PSF representa um novo modelo de reordenação do sistema de saúde, devendo priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, incorporando e reafirmando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os resultados obtidos neste trabalho apontam que, para os usuários da UBS Parque 120, inseridos ou não no programa, ocorreram poucas mudanças após a implantação do PSF na unidade. A principal mudança, de acordo com os entrevistados inseridos neste programa, refere-se à presença de agentes comunitários de saúde que comunicam sobre eventuais alterações nas consultas.

Entre os entrevistados inseridos no PSF, 80% afirmaram desconhecer projetos e campanhas desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família (ESF) em suas comunidades e 97,8% desconhecem a relação que pode haver entre a ESF e a Associação de Amigos de seus respectivos bairros.

Conclusões

Neste estudo, não foram constatadas diferenças quanto à opinião referente ao compartilhamento da unidade, à implantação do PSF, ao acesso e à integralidade da atenção.

O fato de mais da metade dos entrevistados não se reconhecer como integrantes do programa pode

ser indicativo da existência de problemas, desde a fase de implantação até o momento atual, pois os usuários do programa apenas se reconheceram como integrantes após uma explicação sobre as características do mesmo, quando relacionam o PSF à figura do agente comunitário.

Quanto ao compartilhamento da UBS Parque 120, os resultados demonstram que, para os usuários, esse compartilhamento representa fator de garantia da universalidade do atendimento, visto que, segundo eles, todos devem ser atendidos independente de estarem ou não inseridos em algum programa.

O acesso e a integralidade da atenção nesta unidade, segundo seus usuários, estão comprometidos e apresentam as mesmas barreiras que apresentavam antes da implantação do PSF. A única mudança referida pelos usuários inseridos no programa diz respeito à presença de agentes comunitários que visitam seus domicílios informando sobre eventuais mudanças na consulta.

Por fim, os usuários fizeram algumas recomendações objetivando que o programa na unidade se desenvolva de maneira eficaz, contribuindo assim na resolução de seus problemas. Foram citadas, como sugestões: o aumento do número de profissionais, uma melhor distribuição de medicamentos e melhoria no atendimento médico, tanto ao que se refere à anamnese e ao exame físico, quanto ao que diz respeito à relação médico-paciente. Os usuários do programa citam a necessidade de uma melhor atuação do agente por meio de mais visitas e de maior participação da equipe na comunidade com trabalhos de prevenção e promoção da saúde. Os entrevistados citam também a necessidade de uma maior liberação de verbas por parte dos governos para ampliação do trabalho da equipe e um melhor aproveitamento do espaço físico da unidade.

Considerando-se o objetivo de identificar se o compartilhamento da unidade afeta a integralidade da atenção na visão dos usuários, os resultados obtidos apontam que estes sequer se reconhecem como inseridos no PSF, não sendo possível, portanto, afirmar que o compartilhamento, por si só, comprometa a integralidade, uma vez que se trata de um problema mais amplo e complexo relacionado à divulgação, implantação e ao conhecimento prévio dos entrevistados sobre o programa.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação permanente.** Brasília, D.F., 2003. (**Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família, 3**).

EMPLASA - Empresa Paulista de Planejamento Metro-

politano. <http://www.emplasa.sp.gov.br>, acesso em abril/2003.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6, 1999, São Paulo. **Anais.** São Paulo: FAPESP, 1999. v.2.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. <http://www.saude.gov.br>, acesso em março/2003.

Educação em Saúde: o agente comunitário de saúde sob foco¹

Rosirene Leme Beraldi Gottardi²
Ana Lúcia da Silva³

A Educação em Saúde contribui para a formação e o desenvolvimento das pessoas em relação a questões de Saúde e à organização para ações coletivas. Visa à mobilização comunitária e ao desenvolvimento de ações para saneamento e melhoria do meio ambiente (BRASIL, 2000a, p.44). Neste sentido, ações educativas não consistem apenas em orientar as pessoas sobre providências para prevenção e controle dos agravos à saúde. Têm o sentido de estimular e promover o senso de identidade, autonomia e responsabilidade, bem como a solidariedade e a responsabilidade comunitária, na busca de melhores condições de vida.

A Educação em Saúde proposta nas diretrizes do Programa de Saúde da Família (PSF) constitui uma estratégia para desenvolver reflexão sobre as práticas das equipes de saúde da família. Ela deve ser o alicerce das ações desenvolvidas pelos componentes da Equipe de Saúde da Família (ESF), incluindo os agentes comunitários de saúde (ACS). Ao se falar sobre Educação em Saúde para comunidades é de fundamental importância considerar inter-relações favoráveis entre o saber popular e o científico, de maneira a atender as necessidades da população assistida, mobilizando e estimulando sua participação (BRASIL, 2000b, p.32). Compreender o modo como as pessoas pensam e praticam a saúde torna-se crucial para o desenvolvimento de populações saudáveis.

Morin (2000, p.17) afirma que a separação entre o conhecimento popular e o científico desencadeou sérias e significantes conseqüências. Uma delas é não considerar a devida importância da cultura popular; o que impera é o conhecimento científico em detrimento ao conhecimento popular, criando-se um fosso entre educadores e população. Por sua vez, Valla (1998) entende que a participação de profissionais de saúde de forma mais intensa junto à população tem o poder de aproximar os conhecimentos, influenciando nas formulações, execuções e em tudo o que diz respeito aos serviços na área social, em especial na saúde.

Desse modo e baseando-se nas diretrizes do PSF, objetivou-se conhecer o Agente Comunitário de Saúde (ACS) do Programa de Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, em relação a seu papel profissional, condições de trabalho e relações com ações educativas; identificando e, ao mesmo tempo, procurando analisar como elas estão sendo concebidas e desenvolvidas. Outro ponto focado foi o planejamento de ações educativas e de que maneira este é construído: se juntamente com a população ou de forma preestabelecida?

Dentre as possibilidades de técnicas para a coleta de dados, elegemos a triangulação metodológica, optando pela análise documental, realização de questionários e grupo focal, que nos possibilitou alcançar os objetivos propostos (SPINK, 1995; WESTPHAL; BOGUS; FARIA, 1996).

Trinta e seis ACS concordaram em participar da pesquisa. A análise temática (MINAYO, 1996, p.203) do material obtido nos conduziu aos seguintes temas e sub-temas:

1. Ações educativas: preparação profissional e educação continuada, hábitos e mudança de comportamento, participação popular, promoção de saúde e cidadania;
2. PSF: verticalidade, organização do trabalho, relação intersetores, qualidade e quantidade, encaminhamentos, produção do agente;
3. Condições de vida da população: reação à falta de alimentos, acomodação e sentimento de culpa;
4. Papel profissional do agente comunitário de

¹Texto extraído da Monografia "Ações educativas: os agentes comunitários do Programa de Saúde da Família do município de Francisco Morato - SP", apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Brasil, em 2003.

²Fisioterapeuta, com Aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Contato: rosireneberaldi@yahoo.com.br

³Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Pesquisadora Científica - III do Instituto de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Brasil; Docente no Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; Vice-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, Área de Concentração: Saúde Coletiva. Contato: analu@isaude.sp.gov.br

saúde: consciência do papel profissional, perfil profissional, vínculo na comunidade, gratificação e satisfação, insatisfação, auto valorização;

5. Condições de trabalho: desânimo para a função, drogas, violência;

6. Saber científico, saber popular e interdisciplinar: autonomia, cultura, cultura excessivamente médica, solidariedade.

Sobre a formação dos agentes comunitários de saúde para trabalhar no PSF, as informações obtidas nas três técnicas utilizadas se confirmaram. Constatou-se que realmente tiveram um treinamento básico de um mês, na implantação do programa e, atualmente, participam de reuniões de educação continuada uma vez por semana com os integrantes da equipe, na maioria das unidades de saúde do município. Esses profissionais consideram o treinamento realizado bom, mas insuficiente.

Verificou-se inabilidade do ACS em desenvolver ações educativas em determinadas situações, como violência e drogas. Essa informação coincide com relatos de agentes de outro município estudado por Silva e Dalmaso (2002).

Também observa-se que é insuficiente o incentivo à prática de atividade física. A caminhada aparece como alternativa para grupos de hipertensos e de diabéticos, porém não há um profissional especializado ou qualquer tipo de treinamento específico para orientar o público, apesar dos próprios agentes demonstrarem bom senso na orientação de pessoas, devido ao fato de Francisco Morato apresentar acidentes geográficos que dificultam a prática da caminhada.

Os agentes relataram desmotivação para as ações educativas; por terem que cumprir uma meta preestabelecida de visitas domiciliares ('produção'), afirmam não sobrar tempo para a Educação em Saúde. Fazem de 150 a 200 visitas/mês, em média, número considerado absurdo pela maioria para se atingir qualquer qualidade (GOTTARDI; SILVA, 2003).

Sobre o propósito central do PSF, de promoção e prevenção à saúde, é possível perceber nas falas a predominância do modelo médico hegemônico. Nesse sentido, é necessário que as ações educativas contribuam para o rompimento do círculo vicioso, ou seja, unidades de saúde lotadas e integrantes da equipe fazendo pouquíssimas visitas domiciliares, ao mesmo tempo em que seja suprida a verificada carência de especialistas para atender os acamados e idosos que não podem sair de suas casas.

Quanto às condições de trabalho, os agentes de saúde de Francisco Morato demonstraram que

as mesmas não são satisfatórias. Declararam falta de condições para lidar com a violência, pois não receberam capacitação. Muitas dessas questões apontadas, como a violência, não são apenas da Saúde Pública; esta área até consegue diagnosticar suas conseqüências, mas a maioria das medidas que a solucionariam radicalmente não está ao alcance dos serviços de saúde (CAMPUS apud BOTAZZO, 1999).

Mesmo considerando as dificuldades relatadas, os agentes comunitários que participaram desta pesquisa narraram que o PSF no município de Francisco Morato está sendo uma boa estratégia, apesar de, no momento, estar sem expansão qualitativa e com muitos problemas interferindo nas práticas educativas de saúde. Um deles é a pouca atenção à educação continuada da equipe e, também, a capacitações que ofereçam habilidades para lidar com questões consideradas relevantes: depressão psíquica, abuso de drogas, violência e carência de alimentos. Observa-se que há falta de fomento em relação à participação e mobilização popular, que está prevista nas diretrizes do PSF e do SUS.

Por fim, aponta-se a necessidade de um planejamento de ações educativas que não adote condutas rígidas preestabelecidas. Deve-se dar ênfase à construção coletiva dos anseios da comunidade de modo a contribuir para a valorização das ações de promoção e prevenção à saúde, com solidariedade e responsabilidade social. É fundamental criar espaços para o envolvimento dos segmentos interessados, compreendendo as manifestações espontâneas da população traduzidas nas falas dos agentes, na busca por soluções de problemas oriundos das condições adversas em que a população vive. Mais do que isso, é preciso transformar esse estado de coisas que se observa no município: a carência de saneamento básico, a desnutrição e os outros agravos à saúde.

Nesse sentido, o agente deve ter um papel destacado como promotor de saúde e cidadania. É uma pessoa essencial para o desenvolvimento do PSF. Por isso, capacitá-lo e valorizá-lo é de fundamental importância, pois aqueles que atuam na saúde e a promovem, ou seja, trabalhadores, são um bem público.

Referências Bibliográficas:

BOTAZZO, C. **Unidade Básica de Saúde: a porta do sistema revisitada**. Bauru: Edusc, 1999.
BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, D.F.: Departamento de Atenção Básica, 2000a. p. 44.

(Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família, 1).

_____. **Educação Permanente**. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2000b. p. 32. (Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família, 3).

GOTTARDI, R.L.B.; SILVA, AL. Ações educativas: os agentes comunitários do Programa de Saúde da Família do município de Francisco Morato – SP. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, São Paulo, v.62, supl.1, p.35, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução de Eloá Jacobina. 2.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SPINK, M.J. (Org). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

VALLA, V.V. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p.7-18, 1998.

WESTPHAL, M.; BÓGUS, C.M.; FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras no Brasil. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, v.120, n.6, p. 472-483, 1996.

Construindo a participação popular no município de Francisco Morato

Vânia Aparecida Calado¹
Cláudia Bógus²
Danaé Conversani³

Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF) define como atribuições comuns a todos profissionais que integram as equipes: elaborar com a participação da comunidade um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde; promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas; discutir de forma permanente junto à equipe e à comunidade o conceito de cidadania, enfatizando os distritos de saúde e as bases legais que os legitimam; incentivar a formação e/ou participação ativa nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Para a implantação do programa, a relação estabelecida com a comunidade torna-se essencial. Entretanto, esta relação é delimitada pelo confronto entre a representação idealizada do programa como modelo de atenção básica e a comunidade, que apresenta precárias condições de vida e saúde e demanda consumo de serviços e ações, de maneira emergencial e imediata. (PEDROSA, 2001)

Partindo destes pressupostos e no sentido de contribuir para a reflexão sobre a relação entre atenção primária e participação popular, o presente estudo teve como objetivo aprofundar o conhecimento sobre o tema participação da comunidade no PSF e verificar como o Programa de Saúde da Família implantado no município de Francisco Morato articula-se com a comunidade.

Buscou-se conhecer melhor o processo de participação comunitária no PSF de Francisco Morato a partir da compreensão de como a Unidade de Saúde da Família relacionava-se com as instituições, associações e movimentos sociais da comunidade para o estímulo à participação popular.

Metodologia

Com base em Minayo (1993), realizou-se uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa.

A coleta de dados foi realizada no ano de 2003

no Município de Francisco Morato. O instrumento utilizado consistiu de um formulário com questões semi-estruturadas, tendo como questão norteadora: como tem sido o trabalho da equipe junto à comunidade.

Visitaram-se cinco associações de moradores e realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com profissionais de duas Equipes de Saúde da Família (ESF): um médico, dois enfermeiros, seis agentes comunitários da saúde e dois auxiliares de enfermagem. Com o material das entrevistas transcrito, procurou-se realizar análise temática (MINAYO, 1993) das falas dos profissionais de saúde.

Resultados e Discussões

A relação entre a Equipe de Saúde da Família (ESF) e as instituições, associações e movimentos sociais da comunidade local, foi marcada no início do programa por grande entusiasmo da equipe, com ações junto à comunidade. Mas com o tempo, as ações foram se desarticulando e se concentrando em consultas individuais. Ilustram essa observação os seguintes depoimentos:

“No início do programa, a gente chamava os representantes da escola, da creche, da associação, para ouvir deles o que eles estavam querendo, apresentar o nosso serviço, o que a gente podia fazer. Em cima disso a gente tentava fazer um planejamento para o ano todo. Eu acho que foi legal isso.”

“Atualmente a gente está com a equipe completamente quebrada, tinha muitas áreas descobertas (...) não tem como planejar algumas micro-áreas e deixar as outras soltas”.

Quando os profissionais são abordados para exporem a opinião sobre como é a relação entre Equipe de Saúde da Família e as entidades da comunidade, destacam em suas falas que esta se dá por contato superficial, com pouco conhecimento sobre suas ati-

¹Psicóloga, com Aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: vaniacalado1@yahoo.com.br

²Pedagoga, Doutora em Saúde Pública, Ex-Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Professora do Departamento de Prática de Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Contato: claudiab@usp.br

³Educadora em Saúde e Pesquisadora do Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: danae@isaude.sp.gov.br

vidades, e com a mediação pelos programas assistencialistas do Governo do Estado de São Paulo.

“A única coisa que a gente trabalha junto... às vezes acaba encaminhando para eles é uma solicitação para que a mãe receba o leite para dar para o seu filho ou forneça uma cesta básica (...) e para isso elas têm que estar com o papanicolau e com a carteira de vacina em dia.”

“Eu acho que do mesmo modo que a gente não gosta que os outros se intrometam no serviço da gente, a gente também não gostaria que eles se intrometessem.”

Outro ponto referido são os aspectos que interferem negativamente no desenvolvimento do PSF no bairro e no município; destacam a questão social, explicando que as ações dependem de uma rede social muito grande.

“A gente tem falado muito em saúde para uma população que não tem o que comer, que vive do que os outros dão ou do que o governo dá e isso atrapalha a gente, não tem uma coisa coesa.”

“Algumas pessoas querem ser paternalistas, que é o perfil do Brasil (...) sempre quer dar, dar cestas de alimentação, auxílio com a escola (...) as pessoas quando procuram a gente aqui acham que a gente também tem que só dar, eles não querem se dar um pouco também.”

Ainda sobre as dificuldades, referem-se à transmissão inadequada de informações que leva ao imobilismo das ações, citando a linguagem técnica utilizada pelos profissionais universitários no contato com a população e a não discussão sobre os problemas encontrados, como ilustra o exemplo a seguir:

“É, aqui a gente tem que falar um diálogo aberto que a pessoa entenda (...) porque não adianta o médico explicar a importância de um tratamento, mas o paciente ali não sabe o que o médico está falando (...) isso afasta um pouquinho”.

O Conselho Local de Saúde é visto como importante instrumento para dar suporte ao trabalho da ESF e à comunidade, entretanto os profissionais destacam que o excesso de trabalho e os conflitos políticos dificultam a sua participação neste espaço.

“Acredito que seja complicado formar, porque quase todas as pessoas ligadas a isso têm um caráter político partidário, sempre querem alguma coisa em troca.”

“Essa troca de informações entre os bairros ou entre as equipes tem de ser muito importante e acho que até mesmo o Conselho Gestor Local deveria ser criado para que a gente pudesse ter um apoio administrativo ou um suporte junto à comunidade.”

Ainda em relação a este tema, revelam diversos níveis de aproximação da comunidade bem como diferentes informações acerca das funções e sobre a

pouca participação dos representantes comunitários:

“Eu gastei minha saliva tentando fazer a população entender essa conferência que nós teremos (...) eles acham que por eles morarem numa rua de barro não podem estar participando de algum evento que é em prol deles mesmos.”

“Conselho Local (...) olha, não sei se tem Conselho, tem na Santa Casa, tem o Secretário de Saúde (...) mas esse negócio de ConselhoLocal eu não sei te explicar.”

Considerações Finais

A análise dos depoimentos revela que a capacitação inicial centrou-se nos conhecimentos sobre questões de saúde e em como definir prioridades para as ações a serem desenvolvidas na implementação do PSF. Entretanto, as diferentes concepções sobre participação popular e articulação entre equipe e comunidade apontam para as seguintes questões: pouco instrumental para enfrentar algumas situações cotidianas, pouca experiência como liderança comunitária e atuação política, uso do senso comum e da religião.

Somam-se aos aspectos citados, as precárias condições de trabalho, tais como: baixos salários, falta de material, exigência de produtividade, rotatividade da equipe e, como consequência, ações centradas na consulta médica, secundarização do processo de promoção-prevenção-cura-reabilitação como um processo pedagógico, abandono do planejamento de atividades educativas essenciais para o desenvolvimento e a articulação entre os profissionais e as entidades da comunidade local na constituição de um espaço de prática participativa (ALBUQUERQUE, 2004)

Neste contexto, encontramos ações promovidas pelo Governo do Estado de São Paulo (Programa Alimenta São Paulo e Viva-Leite⁴) em parceria com entidades sociais desarticuladas do PSF, caracterizadas pela posse de poucos recursos financeiros, por lideranças comunitárias centralizadoras que participam de outros conselhos representativos. Por um lado, estas ações suprem as necessidades básicas da população, por outro, consomem o tempo disponível das instituições comunitárias das tarefas necessárias para atender aos programas e têm um caráter assistencialista que serve para manter o status quo (ARON, 2003)

Para Vasconcelos (2001), os profissionais da saúde devem conhecer a história trilhada pelas entidades de bairro, construir maior vínculo, articulação e credibilidade em relação às mesmas. Faz-se necessário restabelecer e fortalecer ações voltadas para a educação,

⁴A Secretaria Estadual de Agricultura e Abastecimento, promove dois projetos assistenciais em que disponibiliza uma quantidade de cestas básicas e litros de leite para crianças e/ou idosos.

para a participação popular e capacitação profissional, buscando romper com a segmentação entre os grupos sociais.

Outro desafio é encontrar formas de relacionamento com o Estado que não levem ao enfraquecimento ou à manutenção da tradição paternalista e clientelista, superando o perfil clássico de líderes comunitários centralizadores. Um caminho para o município seria a expansão da intersetorialidade das ações como estratégia para reorganizar a prática assistencial e fortalecimento do desenvolvimento local.

A constituição de Conselhos Locais de Saúde poderá se tornar instrumento fundamental, se estes atuarem com poder deliberativo e autonomia. Exigirá a capacitação dos conselheiros a respeito da legislação pertinente e implica em que a sociedade civil passe de ator social para ator político e que a sociedade política estatal aprenda a conviver com novos processos em que há parceiros na tomada de decisão, para que se construa um espaço de interlocução entre estes atores (GOHN, 2003).

Referências Bibliográficas:

ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface. Comunic. Saúde Educ.**, v.8, n.15, p.259-74, mar./ago. 2004.

ARON, M.L. **Práticas e riscos no cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários e Saúde.** 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo. 2003.

SÃO PAULO (Estado) Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo. 2003. **Projeto Alimenta São Paulo.** Disponível em: <http://www.codeagro.sp.gov.br/alimenta_sp/alimenta.php> Acesso em: 18 nov. 2003.

GOHN, M.G. Associativismo civil, conselhos de gestão na saúde e as cidades brasileiras. In: RASSI NETO, E.; BÓGUS, C.M. (Org.). **Saúde nos aglomerados urbanos uma visão integrada.** Brasília : OPAS, 2003. p.41-65.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 2.ed. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília, D.F.: Departamento de Atenção Básica, 2000. (Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família, 1)

PEDROSA, J.I.; TELLES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 3. p. 303-311, 2001.

VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

Ações de Nutrição no Sistema de Saúde: o que pensam os gestores e profissionais de saúde do Município de Francisco Morato a respeito dessa prática?

Alexandra Corrêa de Freitas¹
Sílvia Regina D.M. Saldiva²

Introdução

A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde. A constatação dessa evidência colaborou para a aprovação, em 1999, da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), um conjunto de políticas que propõe ações para o setor Saúde, tornando-se um instrumento político fundamental para o planejamento e operacionalização da Segurança Alimentar e Nutricional enquanto direito humano (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000; BRASIL, 2003).

No entanto, gestores e profissionais da saúde precisam se apoderar deste instrumento para que conheçam suas atribuições e se sintam responsáveis em implementar esta prática no sistema de saúde.

Objetivo

O estudo aqui descrito teve por objetivo conhecer a forma de pensar (a representação) dos gestores e profissionais de saúde do município de Francisco Morato a respeito das ações de nutrição em seu sistema de saúde.

Métodos

Tratou-se de uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, realizada no município de Francisco Morato, durante o período de junho a agosto de 2004.

O instrumento para a coleta de dados utilizado foi a entrevista semi-estruturada gravada, cujas questões foram elaboradas no sentido de contemplar as diretrizes da PNAN, assim como a identificação das ações de alimentação e nutrição percebidas e/ou desenvolvidas pelos gestores e profissionais de saúde do município.

Os sujeitos de pesquisa deste trabalho foram seis profissionais de enfermagem que trabalha-

vam nas unidades de saúde, selecionados a partir do método de amostragem casual simples e dois gestores de saúde que se mostraram disponíveis para participar do estudo.

Utilizou-se a análise do conteúdo do tipo temática das entrevistas, orientada pela operacionalização de Bardin (1977), ou seja, transcrição das entrevistas, pré-análise (leitura flutuante e grifagem), exploração do material (codificação em temas) e análise dos dados (tratamento dos resultados e interpretação).

Resultados e Discussão

Apesar de a PNAN determinar as competências do setor Saúde no que diz respeito à alimentação e à nutrição, os gestores de saúde do município pouco a conhecem, menos ainda os profissionais de saúde. Quando questionados quanto à PNAN, obtiveram-se respostas como:

"Eu até recebi do Ministério da Saúde, mas por ser um ano de processo eleitoral, (...) a gente não conseguiu traçar novos programas (...) e a gente se deparou que tem várias ações que o município tem que implantar."

"Não sei se eu já ouvi! Pelo menos assim de política... não. Eles oferecem alguma coisa? Dão apoio?"

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição está organizada em diretrizes programáticas. Essas diretrizes serão utilizadas como fio condutor para a discussão e identificação das ações em alimentação e nutrição existentes no município avaliado, conforme apresentado no quadro a seguir.

¹Nutricionista, com Aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde - Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e Residente em Saúde da Família pela Faculdade Santa Marcelina / Casa de Saúde Santa Marcelina. Contato: ale.cfreitas@terra.com.br

²Nutricionista, Doutora em Saúde Pública e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde - Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Contato: smsaldiva@isaude.sp.gov.br

Diretrizes da PNAN	Respostas obtidas	Conclusão
Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos	<i>“O único trabalho que a gente tem é em parceria com associações de bairros (...) oferecendo a cesta básica (...) e o leite quase todos conseguem. Já fizemos uma vez um trabalho com o Lar Fabiano, que eles trabalham com a multimistura e outras alimentações alternativas”.</i>	Em Francisco Morato existem ações por parte de associações de bairro, Pastoral da Criança ou outras ONG's, porém os profissionais e gestores da saúde não compreendem a importância da participação do setor Saúde nessas ações.
Garantia da Segurança e da Qualidade dos produtos e da Prestação de Serviços na área de alimentos	Essa diretriz não foi avaliada nesta pesquisa.	
Monitoramento da situação alimentar e nutricional	<i>“Nós fazemos a puericultura (...) do jeito que é estabelecido pelo Ministério da Saúde, crianças com até 2 anos de idade mensalmente. A criança que a gente encontra maior dificuldade (...) a gente encaminha pra puericultura de alto risco, aí é encaminhado lá pra UBS do Centro e é feito o acompanhamento lá”.</i>	Existem ações apenas voltadas às crianças menores de dois anos de idade, mas esperava-se ações em todas as faixas etárias: crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos.
Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis: - incentivo ao aleitamento materno; - estímulo ao consumo de alimentos de baixo custo e elevado valor nutritivo; - orientação nutricional (alimentação infantil, prevenção de doenças crônicas)	<i>“A gente fala (...) da importância do aleitamento materno e tá incentivando, principalmente nessa primeira fase de vida que é fundamental.”</i> <i>“Eu trabalho muito com hipertensos e diabéticos (...) E, algumas ações básicas: atividade física, alimentação que deve ter alguns controles (...) Inicialmente eu faço um grupo e, desse grupo, eu atendo individualmente pra fazer a sistematização da assistência”.</i>	Os serviços de saúde do município apresentam-se mais atuante no incentivo ao aleitamento materno. As outras ações encontram-se desfalcadas e são realizadas por apenas alguns profissionais.
Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição: - enfermidades crônicas não transmissíveis - binômio desnutrição / infecção - carência de micronutrientes	<i>“Ah, no setor saúde é a obesidade. A obesidade tá crescendo muito. O IMC aqui é 32, 33, 34. É raro aquele que você pega no percentil normal”.</i> <i>“A gente tem muita criança com desnutrição, né? Dermatites, verminoses, (...) infecção, tudo relacionado à má alimentação mesmo”.</i>	Todos os entrevistados citam a desnutrição infantil como agravo nutricional que necessita de atenção especial, porém trabalhos preventivos não são realizados no município. Já, as doenças crônicas foram pouco citadas, havendo trabalhos pontuais de diagnóstico das mesmas, mas sem ações educativas voltadas à prevenção ou orientação de seu tratamento.
Promoção de linhas de investigação	Não houve questionamento sobre essa diretriz.	Os trabalhos realizados pelo Instituto de Saúde no município colaboram para essa investigação e podem sugerir intervenções como forma de minimizar as carências encontradas no serviço de saúde do município. Porém faz-se necessária a realização de investigações periódicas, como forma de avaliar o serviço oferecido à sua população.
Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos	<i>“Um suporte maior seria ter uma nutricionista para o programa, com certeza! Primeiro para conscientizar o próprio profissional (...), pra depois levar a informação e montar grupos mesmo.”</i>	A capacitação para profissionais de saúde e a aquisição de um profissional com conhecimento para realizar ações em alimentação e nutrição foram ressaltadas pelos entrevistados.

Atualmente existem poucos trabalhos relacionados à alimentação e nutrição no serviço de saúde do município, porém todos os entrevistados reconhecem a importância da nutrição para a promoção e preservação da saúde. Visto sua

importância e reconhecimento, os profissionais foram questionados a esse respeito:

“É uma relação muito forte (...), é um fator primordial a nutrição e a saúde, né? (...) Aonde não tem uma boa nutrição, não se tem a saúde.”

“Importantíssima! Eu acho que cada dia maior (...) quando você fala (...) em trabalhar saúde, você vê que a nutrição, tá ali na questão de uma vida saudável, ela vai intervir muito.”

Nota-se que há necessidade de inserir a discussão da alimentação e nutrição nos serviços de saúde. Em todo este trabalho isso pôde ser observado e visto como fator importante para os profissionais de saúde do município de Francisco Morato.

Conclusão

A Política de Alimentação e Nutrição, de maneira geral, é desconhecida pelos profissionais entrevistados, o que faz com que poucas ações sejam vistas como responsabilidade do setor e, conseqüentemente, implementadas no serviço.

Apesar de haver uma deficiência muito grande em ações de alimentação e nutrição no município e, muitas vezes, a ausência de determinados trabalhos de responsabilidade do setor Saúde, os profissionais reconhecem sua importância e a necessidade de realizá-las. No entanto, nota-se que, por não haver uma capacitação desses profissionais e, até mesmo, pela ausência de um profissional nutricionista nos serviços de saúde do município, as ações existentes se tornam passíveis de falhas, quando não são inexistentes.

Sendo assim, conclui-se que a Política Nacional de Alimentação e Nutrição não está inserida nos serviços de saúde do município de Francisco Morato, havendo a necessidade de intervenção imediata para que ações de alimentação e nutrição sejam iniciadas de forma efetiva, contribuindo assim para o maior objetivo do Sistema Único de Saúde: a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população de Francisco Morato.

Referências Bibliográficas:

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, D.F., 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Setor Saúde. Informes Técnicos Institucionais. **Revista de Saúde Públ.**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 104-108, 2000.

Vigilância Nutricional no PSF do Município de Francisco Morato: uma contribuição para intervenções nutricionais?

Mônica Horta¹
Sonia Venancio²

Introdução

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), instituída pelo Ministério da Saúde em 1999 (Portaria MS, no 710 de 10/06/1999), foi elaborada a partir do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional adotado no Brasil em 1986, por ocasião da I Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional. A adoção desta política facilitou o entendimento sobre a importância de ações no setor Saúde que garantam o diagnóstico e acompanhamento da situação nutricional para a promoção, proteção e recuperação da saúde (LEI et al., 2002).

Como parte integrante da PNAN e como exemplo no sentido de criar mecanismos concretos para a geração e registro dos dados a respeito da situação nutricional da população, tem-se o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), regulamentado como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS) (MATTOS et al., 2004). Este sistema de informação que tem como finalidade possibilitar o diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população, caracterizando áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais.

O desenho atual do SISVAN engloba as seguintes propostas de intervenção por parte dos profissionais de saúde: atuação direta junto à população no atendimento cotidiano e nas situações, de risco; e geração de dados relativos à situação nutricional da população atendida na rede de serviços de forma que estes dados possam vir a subsidiar as intervenções, tanto no que se refere às necessidades individuais, quanto coletivas. Conectados a sistemas de informação mais abrangentes, os dados gerados nos serviços de saúde locais contribuem para que as demais esferas de governo possam planejar suas ações e intervenções, consolidando as informações municipais em regionais, estaduais, até se constituir um banco de dados nacional (MATTOS et al., 2004).

Com essa conformação, pretende-se que o SISVAN seja o suporte para o desenho e o ajuste de

programas. A sua atualização contínua e a análise sistemática de informações concernentes à situação alimentar e nutricional do País produzirá o desejado feed-back entre informação, ação e avaliação de resultados (BRASIL, 1999).

O objetivo deste estudo foi identificar e analisar ações desenvolvidas junto à população com diagnóstico de agravos nutricionais cadastrada no SISVAN-SP (aplicativo desenvolvido pelo Instituto de Saúde voltado ao monitoramento da situação nutricional de menores de cinco anos) no município de Francisco Morato.

Método

O presente estudo tem um delineamento transversal. O campo de pesquisa para a realização deste trabalho foi o município de Francisco Morato, em decorrência de uma parceria entre a Prefeitura Municipal e o Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) do Instituto de Saúde.

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Vassouras, única que havia implantado o SISVAN-SP no município, no momento da pesquisa.

Seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, adotou-se a população de referência do National Center for Health Statistics (NCHS). Conforme esta, o SISVAN utiliza como indicador a relação do peso por idade para classificar as crianças cadastradas. Sendo assim, as crianças abaixo do Percentil (P) 3 são classificadas como desnutridas, as classificadas entre P3 e P10 apresentam risco nutricional, as pertencentes ao intervalo do P10 ao P97 classificam-se como eutróficas e as acima do P97 são classificadas como obesas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Considerou-se para amostra do estudo as crianças com agravo nutricional, portanto as abaixo do P3 e acima do P97.

Um questionário semi-estruturado foi aplicado às

¹Nutricionista, com Aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: mohorta@uol.com.br

²Pesquisadora Científica V do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: soniav@isaude.sp.gov.br

mães ou cuidadores das crianças selecionadas para o estudo. A coleta de dados ocorreu em junho e julho de 2004, em entrevistas domiciliares, contando com o auxílio dos agentes comunitários da UBS Jardim Vassouras para seu agendamento.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS.

A análise de dados foi precedida da revisão e codificação dos questionários. Os dados foram digitados em um banco elaborado com o Programa Epi-Data versão 3.02, em que foram feitas as correções e a validação de sua digitação. Posteriormente procedeu-se à análise dos mesmos no Programa Epi-Info 2000.

Resultados

O estudo incluiu 64 crianças menores de cinco anos, representando 95,5% da população cadastrada no SISVAN com agravos nutricionais. Em 78% das entrevistas, foram as próprias mães que participaram, sendo que cerca de 80% destas mães eram donas de casa. Verificou-se também que a maioria das mães estava casada ou morando junto com o pai das crianças (87,5%) e que, destas famílias, 67,2% estavam estabelecidas há cinco anos ou mais. Em relação ao grau de instrução, 40,6% dos entrevistados sabiam ler, porém com dificuldade.

Das famílias pertencentes ao estudo, 71,6% compunham-se dos casos das crianças desnutridas (Percentil menor que 3) e 28,4%, das obesas (Percentil maior que 97).

Quanto às ações referentes à Segurança Alimentar e Nutricional, pôde-se observar que nenhuma dessas famílias estava inscrita em programas de distribuição de alimentos, como o Viva Leite, Pastoral da Criança, Alimenta São Paulo. A exceção do Programa Bolsa Família do Governo Federal, do qual 25% participavam, sendo que entre elas, 30,4% eram de crianças desnutridas.

Verificou-se que as famílias não recebiam e nunca receberam alimentos como: óleo, sopão, multimistura e cesta básica. Houve maior distribuição de leite por um programa municipal ligado ao comércio, que beneficiava 18 das 64 famílias entrevistadas. Também não foi registrado o hábito de produção de alimentos para o próprio consumo por essas famílias.

Todas as crianças, ao irem à UBS, eram pesadas, passavam com o médico e, em alguns casos (33,9%), também eram recebidas por enfermeiros.

Chama a atenção que 60,9% das mães não receberam qualquer orientação sobre alimentação em tais visitas, contrastando com o índice de 98,4% de pesagem e medição das crianças nesses contatos.

Quanto à orientação sobre alimentação da criança, pode-se dizer que 73,4% das famílias entrevistadas já receberam alguma orientação, sendo que, destas, 53,1% foram realizadas pelo médico. Verificou-se que 68,8% das famílias entrevistadas relataram o entendimento da orientação realizada pelos profissionais de saúde. Vale ressaltar que 25% dos entrevistados não receberam orientação, mesmo se tratando de crianças com agravo nutricional e em acompanhamento.

Sobre o conteúdo da orientação dada às mães, analisado de acordo com as recomendações da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), elaboradas pela Organização Pan-Americana de Saúde e pelo Ministério da Saúde (AMARAL et al, 2002) e pelo Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) (SAWAYA; SOLYMOS, 2002), verificou-se que 50% eram inadequadas para o agravo nutricional apresentado, 17% eram adequadas e 33% não possibilitaram avaliação da adequação da orientação devido à ausência de orientação ou ao esquecimento das mães e cuidadores de lembrarem das orientações recebidas.

Quanto à percepção da mãe ou cuidador sobre o agravo nutricional, verificou-se que cerca de 60% das mães acreditavam que a saúde da criança estava boa e apenas 6% delas acreditavam que a saúde da criança estivesse ruim.

Em relação ao cartão da criança, 96,9% da amostra possuía este instrumento, sendo que, em grande maioria, o peso estava registrado apenas até o 1º ano de idade. Aproximadamente 80% das mães/cuidadores não entendiam o significado do gráfico de crescimento impresso no cartão da criança.

Discussão e Considerações Finais

O SISVAN não é um programa de intervenção; no entanto, a Vigilância Alimentar e Nutricional é um sistema de informação que possibilita o monitoramento dos programas de intervenção na área de alimentação e nutrição e na área social. A informação gerada pelo SISVAN constitui-se como um poderoso instrumento político para auxiliar o controle social, pois fornece o diagnóstico da situação de saúde e nutrição de grupos populacionais específicos e da população em geral. Este diagnóstico possibilita verificar a extensão e o efetivo impacto das políticas públicas.

Observou-se na pesquisa que o município não utilizava os dados gerados pelo SISVAN para implantação ou mapeamento de programas de alimentação e nutrição ou ações sociais. Quanto aos programas de alimentação e nutrição, eram poucas as famílias que

tinham acesso aos mesmos e não se realizava controle do estado de nutrição para mapear as famílias que receberiam o benefício. Verificou-se também que a relação do setor Saúde com outros setores para a promoção da segurança alimentar e nutricional era nula e, no próprio setor Saúde, não havia relação do acompanhamento nutricional com ações de alimentação e nutrição.

Em síntese, os resultados do presente estudo apontam para uma sub-utilização das informações do SISVAN no planejamento de ações de saúde e intersetoriais e para a ausência ou inadequação de atividades educativas visando a participação das mães na monitorização do crescimento.

As mães, sem ações educativas que procuram envolvê-las especialmente no acompanhamento nutricional, têm capacidade limitada de utilizar o peso da criança como indicador precoce de desvios relativos à nutrição (CARVALHAES; GODOY, 2002).

Observou-se que as mães tendem a não reconhecer a obesidade dos filhos e não relacionam a obesidade e a desnutrição ao estado de saúde destes.

Ressalta-se, por fim, a importância de adotar uma atitude de vigilância, um olhar diferenciado para cada indivíduo, para cada grupo, para cada fase do ciclo de vida. A informação gerada rotineiramente pode ser utilizada não apenas para retroalimentar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, mas para subsidiar as programações locais e as instâncias superiores, além de servir, de forma imediata, para repensar a prática e qualificar a assistência prestada àqueles indivíduos que diariamente são atendidos na rede de saúde.

Referências Bibliográficas:

AMARAL, J.J.F. et al. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância – aidpi**: avaliação nas unidades de saúde. Brasília, D.F.: OPAS/Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, D.F., 1999.

CARVALHAES, M.A.B.; GODOY, I. As mães sabem avaliar adequadamente o peso das crianças? **Rev. Nutr.**, Campinas, v.15, n.2, p.155-162, mai./ago., 2002.

LEI, D.L.M. et al. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n.26, abr. 2002.

MATTOS, J.V. et al. **Vigilância alimentar e nutricional**. Disponível em: <www.polis.org.br/publicações>. Acesso em: 21 jan. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância alimen-**

tar e nutricional – Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília, D.F., 2004. SAWAYA, A.L.; SOLYMOS, G.M.B. **Vencendo a desnutrição**: na família e na comunidade. São Paulo: Salus Paulista, 2002.

Avaliação das Ações de Monitoramento do Estado Nutricional de Gestantes Atendidas em 2002 pelo PSF do Município de Francisco Morato

Fernanda Barboza¹
Fernanda Brunacci Della Rosa²
Sílvia Regina D. M. Saldiva³

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, com o propósito de reorganizar a prática de atenção básica à saúde e priorizar as ações de prevenção, promoção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde de forma integral e contínua (SÃO PAULO, 2003).

Um dos propósitos prioritários do PSF é a atenção às gestantes, por ser considerado um dos grupos mais vulneráveis na atenção básica.

De acordo com Engstrom (2002), a gestação é um período no qual a mulher fica mais vulnerável, mais sensível a doenças carenciais, necessitando de um constante cuidado. Entre os cuidados a serem observados nesse período, destacamos o estado nutricional da gestante, pois ele tem repercussões tanto na saúde do filho, como na dela própria, exigindo da equipe de saúde uma atenção mais acurada.

O peso pré-gravídico interfere no ganho de peso gestacional e o adequado aumento de peso contribui para o sucesso da gestação e do parto. Um ganho de peso excessivo, assim como seu déficit, está relacionado a patologias que podem aumentar o risco de morbi-mortalidade materna e fetal, tais como: carências nutricionais, anemia, desnutrição materna, síndrome hipertensiva, diabetes gestacional e obesidade.

Na atenção básica, o monitoramento do estado nutricional deve ser realizado no pré-natal, com vistas à promoção da saúde na gestação e à melhoria do resultado obstétrico.

Diante deste cenário, o objetivo deste estudo foi avaliar as ações de monitoramento do estado nutricional de gestantes atendidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Francisco Morato em 2002.

Para isso, foram selecionados 151 prontuários de gestantes atendidas em sete Unidades de Saúde da Família (USF), tendo sido verificado se as ações básicas adotadas pelo PSF contemplam as propostas do MS em 2000, descritas no Manual Técnico de Assistência ao Pré-Natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Dos 151 prontuários selecionados, apenas 90 pu-

deram ser analisados, pois os demais apresentaram dados insuficientes, ou não foram encontrados na USF, além de casos em que as gestantes fizeram pré-natal por convênios, ou foram encaminhadas para o pré-natal de alto risco.

A média de idade das gestantes foi de 24 anos. A média de consultas realizadas foi cinco, contrastando com o preconizado pelo MS que prevê no mínimo seis consultas. Tal situação pode ser explicada pelo ingresso tardio de grande parte das mulheres no pré-natal: 59 (65,6%) no 2º ou 3º trimestre. Tal fato é bastante intrigante, pois uma das funções do PSF é a captação delas logo no início da gestação, por meio das visitas domiciliares de rotina, com o objetivo de facilitar a prevenção das doenças.

Para investigar o aparecimento de diabetes mellitus gestacional é necessária a realização do exame de glicemia de jejum. Observando-se os prontuários, foi constatado que em 57 (63,4%) deles não havia registro sobre os valores de glicemia ou especificação de que os exames tenham sido realizados; 28 (31,1%) possuíam glicemia dentro da normalidade (< 90 mg/dl), e 5 (5,6%) com valor acima do esperado (= > à 90 mg/dl).

O Ministério da Saúde preconiza que, se for detectada qualquer alteração na glicemia no pré-natal, deve ser efetuado o teste de tolerância à glicose e, se for confirmada a diabetes mellitus, a gestante deverá ser encaminhada para um acompanhamento de alto risco. Entre as cinco que apresentaram resultado acima da normalidade não foi registrado o encaminhamento e/ou resultado de teste de tolerância à glicose em seus prontuários com a alteração de glicemia. Estas condutas também são sugeridas no trabalho de Reichelt, Oppermann e Schmidt (2002).

Outro exame exigido pelo MS e verificado neste

¹Nutricionistas com Aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde (IS) - Secretaria Estadual da Saúde.

²Nutricionista, com Aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde (IS) - Secretaria Estadual da Saúde. Contato: februnacci@hotmail.com

³Nutricionista, Doutora em Epidemiologia e Pesquisadora do núcleo de Nutrição do Instituto de Saúde (IS) da Secretaria Estadual da Saúde. Contato: smsaldiva@isaude.sp.gov.br

estudo é a dosagem de hemoglobina, uma vez que a anemia é uma doença bastante comum na gestação. O presente trabalho, porém, demonstrou que 51 (56,6%) prontuários não possuíam o resultado do exame, embora tenha se observado que a solicitação foi realizada.

Dentre os 39 prontuários restantes, 26 (28,9%) gestantes iniciaram o pré-natal com a taxa de hemoglobina dentro do valor esperado (> 11 g/dl); 7 (7,8%) apresentaram anemia leve a moderada ($= < 11$ g e > 8 g/dl), 2 (2,2%) foram diagnosticadas com anemia grave (< 8 g/dl), e ainda 4 (4,4%) prontuários em que constavam apenas o termo "presença de anemia", sem revelar os valores dos exames.

Com base nestes resultados, pode-se observar que, dos 39 prontuários com registros dos resultados dos exames de hemoglobina, 13 (33%) apresentaram algum grau de anemia. Este resultado endossa o estudo de Carvalho (1999), o qual mostra que no Brasil esta carência nutricional atinge cerca de 35% das gestantes. A Organização Pan-Americana de Saúde relata ainda que, em todo o mundo, 52% das grávidas são anêmicas e, destas, 90% vivem em países em desenvolvimento.

Com o intuito de prevenir a anemia é recomendada a administração de sulfato ferroso a partir da 20ª semana de gestação. Para aquelas que apresentam anemia leve ou moderada, a suplementação deve ser administrada assim que diagnosticada a patologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Dentre os prontuários analisados, verificou-se que em 56 (62,2%) deles não havia registro a respeito da indicação de suplementação de ferro.

A princípio, pretendeu-se avaliar a partir do prontuário o peso das gestantes ao longo do pré-natal para que fosse possível realizar uma avaliação do ganho de peso dentro dos parâmetros preconizados pelo MS. No entanto, não foi possível realizar esta análise por duas razões principais: primeira, pela falta de registros nos prontuários estudados e, segunda, porque aproximadamente 66% das gestantes iniciaram o seu pré-natal nos 2º e 3º trimestres.

Outro aspecto de grande importância é o ganho de peso semanal, uma vez que esta medida independe do estado nutricional. Porém, ele não pôde ser verificado em função de um número muito pequeno de gestantes que iniciaram o acompanhamento pré-natal ainda no 1º trimestre. Vale a pena ressaltar que, nem sempre, o peso era registrado em todas as consultas.

Foi verificado ainda, que o instrumento para acompanhamento do pré-natal adotado pelo município de Francisco Morato constitui-se de um cartão de gestante diferente do proposto pelo MS e de uma ficha clínica de pré-natal que fica no prontuário. O cartão utilizado não possui os seguintes itens preconizados pelo MS: curva de peso/idade gestacional, altura da

gestante e gráfico de altura uterina. A ausência de certas medidas antropométricas e/ou curvas-padrão impossibilita uma avaliação nutricional adequada, assim como a detecção de agravos durante este período.

A ficha clínica de pré-natal adotada constitui-se em um instrumento bastante abrangente que contempla diversos aspectos tais como: dados socioeconômicos, antecedentes familiares e obstétricos e exames laboratoriais. Entretanto, esse instrumento não apresenta a curva de peso/idade gestacional e nenhum outro gráfico (Curva de Rosso, Curva de Atalah etc.) para que se possa diagnosticar o estado nutricional da gestante. Essa ausência dificulta, ao profissional de saúde, não só determinar o ganho de peso adequado da gestante, como também, realizar um acompanhamento mais acurado das gestantes de alto risco.

Embora a ficha clínica adotada pelo município seja um bom instrumento, foi observado que ela não era padronizada, pois não foi encontrada em todos os prontuários estudados.

Os resultados obtidos neste trabalho permitem concluir que a falta de sistematização no registro de dados nos prontuários prejudica o acompanhamento adequado das gestantes no pré-natal pelos profissionais de saúde, assim como, uma análise mais minuciosa por parte dos gestores em relação às principais dificuldades e sucessos do programa. Sugere-se que o município adote medidas e instrumentos padronizados para o acompanhamento e/ou monitoramento do pré-natal e invista na sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde.

Referências Bibliográficas:

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: manual técnico. 3. ed. Brasília, D.F., 2000.
- CARVALHO, M.F. PNAN e o compromisso social para redução de anemia por carência de ferro no Brasil. In: ENCONTRO NORTE NORDESTE SOBRE ANEMIA E PARASITÓSES, Salvador, 1999. Anais. Salvador: UNEB, 1999. p.35.
- ENGSTROM, E.M. SISVAN. **Instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde**: o diagnóstico nutricional. 2.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.
- REICHEL, A.J.; OPPERMAN, M.L.R.; SCHMIDT, M.I. Recomendações da 2ª reunião do grupo de trabalho em diabetes e gravidez. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v.46, n.5, p.574-581, 2002.

A Contribuição do PSF para a Promoção do Aleitamento Materno: limites e possibilidades

Rita de Cássia Veríssimo Ciconi¹

Sonia Venancio²

Maria Mercedes L. Escuder³

Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF) é tido como um programa incremental do SUS. As bases do programa destacam que, ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no atendimento hospitalar, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família: adultos e crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.44).

A atenção à criança é relevada no PSF, sendo, uma das ações principais relacionadas a esse grupo, o incentivo ao aleitamento materno – importante estratégia para a redução da morbi-mortalidade infantil (BONFIM; BASTOS, 1998; VICTORIA et al, 1987).

O presente artigo constituiu-se de resultado de um sub-projeto, do projeto matricial “Avaliação da implantação do PSF no município de Francisco Morato” (VENANCIO et al, 2003), desenvolvido para responder à seguinte questão: “o PSF, enquanto uma proposta de reorganização da atenção básica, pode contribuir para expandir a prática do aleitamento materno?”

Seus principais objetivos foram os seguintes: verificar se essas Equipes de Saúde da Família (ESF) estavam sensibilizadas quanto à importância do aleitamento materno; verificar se as equipes estavam capacitadas para darem apoio às mães que aleitam seus filhos; verificar sua atuação, caso fosse diagnosticado um problema na amamentação; verificar a existência e a atuação de grupos de apoio ao Aleitamento Materno nas ESF do município de Francisco Morato. Por fim, a idéia foi de propor estratégias que pudessem subsidiar o planejamento de ações de incentivo ao Aleitamento Materno (AM) com vistas a melhorar essa prática no município, com base nos resultados do estudo.

Metodologia

Realizou-se uma avaliação de processo utilizando como estratégia o estudo de caso (GOODE; HATT, 1968) com abordagem quantitativa. O município de Francisco Morato contava, à época da realização do

estudo, com 10 Unidades de Saúde da Família e 15 ESF, totalizando 136 profissionais de saúde.

Foram entrevistados membros das equipes de saúde da família selecionados por meio do processo de amostragem aleatória sistemática e estratificada, sob o critério de proporcionalidade, uma vez que havia interesse em incluir todas as categorias profissionais que participam do PSF no município (SILVA, 1998, p.67 e 106). A amostra foi calculada utilizando-se os seguintes parâmetros: proporção da população: 80%, precisão absoluta: 10%, nível de significância: 5%, chegando-se ao tamanho de amostra de 61 profissionais, assim distribuídos: 7 médicos, 6 enfermeiras, 4 auxiliares de enfermagem e 44 agentes comunitários.

O instrumento de coleta de dados constituiu-se de um questionário semi-estruturado direcionado aos profissionais das ESF, previamente testado.

Após a coleta de dados, iniciou-se o trabalho de categorização das questões abertas, sendo atribuído um conceito como forma avaliativa: satisfatório, parcialmente satisfatório, insatisfatório. Os conceitos satisfatório, parcialmente satisfatório e insatisfatório, atribuídos às respostas dos questionários, foram fundamentados no manual “Manejo e Promoção do Aleitamento Materno” (UNICEF, 1993) e nas orientações “Curso de Aconselhamento em Amamentação” (OMS; UNICEF, 1997).

A digitação e a análise dos dados coletados foram feitas utilizando-se o programa Epi-info.

Resultados

Quanto à caracterização dos profissionais, 82% eram do sexo feminino; a idade variou entre 20 e 51 anos (média de 28 anos); a média do tempo de atuação foi de 18 meses (mínimo de 2 meses e máximo de 30 meses).

Para verificar a sensibilização dos profissionais

¹Bióloga, com Aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: rciconi@bol.com.br

²Pesquisadora Científica do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: soniav@isaude.sp.gov.br

³Pesquisadora Científica e Coordenadora do Núcleo de Investigação e Estudos em Epidemiologia do Instituto de Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: mescuder@isaude.sp.gov.br

para o trabalho com AM, foram elaboradas três questões. Na primeira, verificou-se que 45% dos entrevistados, ao serem solicitados a citar três ações prioritárias referentes à saúde da criança desenvolvida pelo município, responderam espontaneamente sobre o incentivo ao aleitamento materno.

Na segunda questão, verificou-se que 60 (98,4%) profissionais das equipes de saúde da família reconheceram a importância do aleitamento materno para a saúde infantil, dos quais 30 (49,2%) responderam satisfatoriamente citando três fatores de importância para a promoção da amamentação. As vantagens mais citadas foram relacionadas aos fatores imunológicos (54,1%), desenvolvimento neuropsicomotor (42,6%) e nutrição (39,2%).

Na terceira questão, 60 (98,4%) reconheceram que o aleitamento materno apresenta vantagens para as mães, sendo que 19 (31,1%) listaram satisfatoriamente três vantagens, nas quais, as mais citadas foram: vínculo mãe-filho (44,3%), prevenção de câncer de mama (32,8%) e menor custo (31,1%).

Sobre os conhecimentos dos profissionais com relação ao AM, verificou-se que 59 (96,7%) reconheceram que a amamentação deve ser praticada com exclusividade até o sexto mês de vida e 58 (95,1%) referiram que não existe necessidade de oferecer suplementos aos bebês (água/chá) nesse período. Porém, com referência ao período de duração total do aleitamento materno, apenas 15 (24,6%) profissionais orientaram a manutenção do aleitamento materno até os dois anos de vida, conforme recomenda a Organização Mundial da Saúde (OMS). Com relação à regularidade do aleitamento, 42 profissionais (68,9%) referiram orientar a amamentação sob livre demanda, sem estabelecer horários e duração para as mamadas.

Dos 61 entrevistados, 59 (96,7%) referiram a não necessidade do uso da chupeta e a não existência de leite fraco. Vinte e sete (44,3%) afirmaram acreditar na não necessidade em se oferecer os dois peitos em todas as mamadas, sendo que 29 (47,3%) do total da amostra referiram que existe diferença entre o leite do início e do final da mamada de um mesmo peito. Entre esses, porém, apenas 13 (44,8%) souberam explicitar essa diferença.

Com relação à orientação das mães, 54 dos entrevistados (88,5%) informaram fazer orientações às mães sobre o posicionamento e a pega dos bebês; entre esses, porém, apenas 21 (38,9%) orientaram satisfatoriamente. Quarenta e dois referiram ensinar as mães a executar a ordenha ou expressão manual do leite (68,9%), sendo que entre esses, nove (21,4%) orientaram satisfatoriamente. Na amostra,

57 referiram orientar sobre a cólica do bebê, em caso de necessidade, porém apenas 21 (36,8%) orientaram satisfatoriamente. Quanto às questões relativas à dor no mamilo e à insuficiência de leite materno, 24 (39,3%) entrevistados responderam que estas são causadas por problemas de pega. Sobre a causa do ingurgitamento mamário, 31 (50,8%) responderam ser causado pelo não esvaziamento adequado das mamas.

Verificou-se que 54 (88,5%) dos entrevistados referiram ter recebido algum tipo de treinamento em AM, sendo que, dentre eles, 36 (66,7%) participaram de capacitação do PSF, com treinamentos na forma de seminários e palestras. Dos profissionais que informaram ter recebido treinamento em AM, 50,9% foram treinados no início da implantação do PSF (1999), 35,8% receberam treinamento em 2001 e 9,4%, em 2002.

O tempo de treinamento teve por base a referência de 44 profissionais que tiveram a carga horária total de cursos de especialização que concluíram e não especificamente em AM; estes afirmaram não se lembrar da carga horária do curso. Para esses profissionais, a média foi de nove horas e 36 minutos em treinamento sobre aleitamento materno oferecido pelo PSF do município.

Quanto à organização das ações de promoção e apoio ao AM, 45 (73,8%) entrevistados referiram que a orientação sobre AM é feita no pré-natal e no pós-parto pelo médico, pela enfermeira e pelo agente comunitário, sendo que 16 (16,2%) citaram que a orientação é feita pelo enfermeiro nas consultas de puericultura e/ou nas visitas domiciliares pelos agentes comunitários. A existência de grupos de apoio nas USF do município estudado foi mencionada por 21 (34,4%), dos quais 15 (71,4%) relataram que as mães são sempre encaminhadas para os grupos.

Dez causas foram citadas para o desmame precoce, sendo as mais frequentes: o mito do leite fraco (32,8%), o desconforto da mama dolorida (29,5%), a volta ao trabalho pelas mulheres que estão inseridas no mercado de trabalho (24,6%) e a falta de confiança da mãe quanto à adequação do leite materno como alimento ideal para seu filho (24,6%).

As sugestões mais citadas para melhor desenvolvimento do trabalho de incentivo à amamentação foram: necessidade de ações de educação em saúde (36,1%), necessidade de material educativo e espaço físico adequado para o atendimento (34,4%), campanhas de promoção sobre AM nos meios de comunicação (29,5%) e necessidade de treinamentos periódicos sobre AM, principalmente para os agentes comunitários (23%).

Discussão

A atenção à criança é uma das prioridades do PSF e o incentivo ao aleitamento materno constituiu-se em uma de suas ações prioritárias. No entanto, não foram encontrados estudos que avaliem especificamente a capacitação de Equipes de Saúde da Família (ESF) em AM, o que em parte prejudicará a discussão dos achados deste trabalho.

Estudos que avaliam a capacitação de profissionais de saúde em AM (não inseridos no PSF) apontam resultados semelhantes aos encontrados nesse trabalho (REA; BERQUÓ, 1990; PANIGASSI, 2000). Os profissionais entrevistados no município estudado estão sensibilizados e reconhecem a importância do aleitamento materno para a saúde, tanto do bebê quanto da mãe, e procuram informar às mães sobre essas vantagens. Entretanto, foi observada a falta de informações para melhor orientar e apoiar as mães quando foram avaliados os conhecimentos sobre o manejo clínico do aleitamento materno nas questões relativas à pega e posicionamento, ordenha manual e cólicas do bebê, entre outras. O percentual de profissionais que fazem alguma orientação é elevado, porém a proporção de respostas satisfatórias é pequena.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para que o início e o estabelecimento do aleitamento tenham êxito, as mães necessitam do apoio ativo durante a gravidez e após o parto, não apenas de suas famílias e comunidades, mas também de todo o sistema de saúde. Idealmente, todos os profissionais de saúde com quem gestantes e puérperas entram em contato deveriam estar comprometidos com a promoção do aleitamento materno, e ser capazes de fornecer informações apropriadas sobre esta prática, assim como, estar habilitados a demonstrar o manejo do aleitamento (OMS; UNICEF, 1993). A pesquisa realizada no município de Francisco Morato aponta uma realidade bastante diferente do que é proposto, identificando inclusive que existem diferenças significativas nos itens avaliados entre os membros das equipes com relação aos itens avaliados, dependendo de sua formação (CICONI; VENÂNCIO; ESCUDER, 2004).

Em relação à capacitação de profissionais do PSF em AM, não existe até o momento uma proposta definida de capacitação geral em AM. Os profissionais entrevistados receberam treinamento nos cursos atualmente propostos pela OMS e pelo Ministério da Saúde (SILVA, 1998; UNICEF, 1993).

A OMS estima que atualmente o AM salve a vida de seis milhões de crianças a cada ano, prevenindo diarreia e infecções respiratórias agudas, além de ser responsável por um quarto a um terço da diminuição da fertilidade observada nas últimas décadas (WHO, 1993).

No caso específico de Francisco Morato, a intensificação da promoção do AM seria de grande benefício, pois esse município apresenta baixa prevalência desta prática e coeficientes de mortalidade infantil que superam a média do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2001). Uma pesquisa realizada durante a campanha de vacina, em 2000, mostrou uma prevalência de amamentação exclusiva de apenas 16% para bebês menores de quatro meses (VENÂNCIO; ESCUDER, 2000), indicando a necessidade de intensificação de ações pró-amamentação.

Os próprios profissionais do PSF envolvidos na pesquisa apontam sugestões relevantes, incluindo a necessidade de treinamentos em AM. Acredita-se que um maior investimento na capacitação das ESF em AM poderia levar ao melhor aproveitamento do potencial do PSF para a promoção do AM nas comunidades em que é implantado.

Referências Bibliográficas:

- BONFIM; BASTOS, A.C.S. O Impacto Sócio Cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Públ.**, v.14, n.2, p.429-435, 1998.
- CICONI, R.C.V.; VENÂNCIO, S.I.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa e Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.4, n.2, p. 193-202, 2004.
- GOODE; HATT, K. **Métodos em pesquisa social**. São Paulo: Nacional; 1968.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A Implantação da Unidade Básica de Saúde da Família**. Brasília, D.F., 2000. p.44.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno**: manual do participante. Tradução de Cristina Maria Gomes do Monte. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 1997.
- _____. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços de saúde**. Genebra, 1993.
- PANIGASSI, G. **Profissionais de saúde**: conhecimento e conduta em aleitamento materno, 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2000.
- REA, M.F.; BERQUÓ, E.S. Impact of the Brazilian national breast-feeding programme on mothers in greater São Paulo. **Bull. World Health Organ**, v. 68, n.3, p. 365-71, 1990.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado de Saú-

de. Atualização dos Dados de Mortalidade Infantil. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/html/fr_dados.htm> Acesso em: 15 mar. 2002.

SILVA, N.N. **Amostragem probabilística**. São Paulo: EDUSP; 1998. p.67;106.

UNICEF. **Curso de Manejo e Promoção do Aleitamento Materno. Curso de 18 horas para equipe de maternidade**. Passo 2: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Tradução de Luiz Marcos Vasconcelos. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde, 1993. 135p.

VENÂNCIO, S.I. et al. Avaliação do Programa de Saúde da Família: estudo de caso de Francisco Morato. **In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA**, 8., São Paulo, 2003. **Anais**. São Paulo, 2003.

VENÂNCIO, S.I.; ESCUDER, M.M.L. **Projeto Amamentação e Municípios**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2000. [Relatório Técnico de Pesquisa]

VICTORA, C.G. et al. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brasil. **The Lancet**, v.2, p. 19-22, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Breast-feeding: the technical basis and recommendations for action**. Geneva, 1993.

Programa de Saúde da Família de Francisco Morato: uma avaliação da assistência ao diabético e/ou hipertenso

Daniela Cristina Profitti de Paiva¹
Ana Aparecida Sanches Bersusa²
Maria Mercedes L. Escuder³

Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge, em 1994, como estratégia do Ministério da Saúde para a reorganização da prática assistencial, a partir da atenção básica. Prioriza o atendimento a grupos considerados de maior risco e agravos, entre eles a população diabética e hipertensa com 20 anos ou mais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000 e 2001).

As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Entre os fatores de risco para o seu desenvolvimento estão o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial (HA), cujo manejo deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, com base no nível primário de atendimento (ASSUNÇÃO; GIGANTE; SANTOS, 2001). A dinâmica à qual o PSF se propõe, centrada na promoção da qualidade de vida associada ao conhecimento e contato com a comunidade, permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos diabéticos e hipertensos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000, 2001). Foi no enfoque dessa estratégia assistencial, que objetivamos avaliar a assistência prestada ao paciente diabético e/ou hipertenso, vinculado ao PSF do município de Francisco Morato.

Metodologia

Foram sorteados aleatoriamente, por conglomerados de Equipes de Saúde da Família (ESF), 84 pacientes diabéticos e/ou hipertensos, para os quais se aplicou um questionário em domicílio. A análise enfocou questões referentes ao acesso e à qualidade da assistência.

Resultados e Análise

O questionário foi aplicado a 72 pacientes, sendo 19% diabéticos, 41,7% hipertensos; 38,9% portadores das duas patologias; as perdas deveram-se a questões operacionais e houve uma recusa. A concentração maior de entrevistados foi de mulheres (68% da amostra). As idades variaram entre 16 e 83 anos, com concentração maior entre 31 e 60 anos

(65,3%). Quanto à etnia, tem-se que 62,3% eram brancos e 30,4%, negros. A referência de história familiar da doença foi de 68,1% dos entrevistados.

Acesso

Da amostra, 64 pacientes eram atendidos pela Equipe da Saúde da Família (ESF), quatro possuíam plano de saúde, dois eram atendidos em unidades especializadas e um não recebia atendimento em nenhum local. Um total de 26,6% referiu não ter recebido atendimento à saúde em outro local antes da implantação do PSF. Entre a população que recebia atendimento à saúde antes do PSF, 53,2% se deslocavam para outro município.

Para o tratamento do DM e da HA é imprescindível a vinculação do paciente a unidades de atendimento. A garantia do diagnóstico e o atendimento por profissionais atualizados evitam complicações ou, ao menos, retardam a progressão do quadro de doenças já existente; além disso, o maior contato com o serviço de saúde promove maior adesão ao tratamento (ARAÚJO; SANTOS; CAVALETI; COSTA; BÉRIA, 1999).

Qualidade da Assistência

Quanto ao atendimento recebido no PSF, encontramos apenas 36% de anamneses ótimas, ou seja, quando a equipe realizou 7 dos 9 itens listados que compuseram uma anamnese ideal para esse grupo de pacientes; 11% de exames físicos ótimos, ou seja, quando foram realizados 6 dos 8 itens listados que compuseram um exame físico ideal. Dos entrevistados, 20,8% referiram já ter apresentado alguma complicação decorrente da patologia e 22,2% referiram ter estado internado no último ano.

De acordo com as condições clínicas do paciente, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (1998) recomenda o seguimento dos pacientes conforme o valor de Pressão Arterial (PA) encontrado, variando

¹Enfermeira, com Aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: daniprofiti@ig.com.br

²Enfermeira e Pesquisadora Científica do Núcleo de Investigação e Estudos em Epidemiologia do Instituto de Saúde - Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. Contato: anab@isaude.sp.gov.br

³Enfermeira Pesquisadora Científica V Coordenadora do Núcleo de Investigação e Estudos em Epidemiologia do Instituto de Saúde - Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. Contato: mescuder@isaude.sp.gov.br

da intervenção imediata para hipertensão grave há um ano para intervenção de PA normal. Em relação ao DM, a Sociedade Brasileira de Diabetes (2000) recomenda avaliação a cada 3 ou 4 meses para pacientes estáveis e com controle satisfatório.

Quanto à medicação, uma informação de extrema relevância é o fato de que, em 54,7% dos casos, os dados registrados em prontuário não coincidiram com o medicamento em uso referido pelo paciente. Tal dado pode ser indicativo de não adesão ao tratamento prescrito e de auto-medicação. Sabe-se que a não adesão ao tratamento aumenta as taxas de mortalidade e morbidade, bem como a necessidade de internação hospitalar (TURRINI, 2001).

Ainda relacionado à medicação, 37,3% dos pacientes afirmaram não receber todo medicamento em uso na Unidade de Saúde da Família (USF) em que faz acompanhamento. Desses, 83,8% afirmaram comprar seu medicamento quando necessário; 10,8% o procuram em outras Unidades da Saúde da Família ou até em municípios vizinhos; 5,4% esperam chegar o medicamento. O recebimento do remédio no local de atendimento encontra uma probabilidade 33% maior de resolatividade nesta condição, segundo Halal et al (1994).

Entre os indivíduos diabéticos insulino-dependentes (6 pessoas), o fato de três terem afirmado não receber todo o material necessário para a aplicação da insulina se mostra relevante, mesmo considerando o tamanho da amostra. Um dos pacientes referiu receber a insulina, uma seringa e uma agulha para cada três aplicações; porém, o município distribui apenas a insulina e não o material necessário para a aplicação. A adesão ao tratamento, se está relacionada à disponibilidade de medicamentos, igualmente necessita de condições para a utilização dos mesmos; no caso da insulino-terapia, há necessidade, entre outros, de seringa e agulha apropriadas.

Apesar da recomendação de uso único na embalagem do produto, pelo Ministério da Saúde (2002), este afirma que, em boas condições de higiene, as seringas e agulhas podem ser utilizadas por até 7 dias, sempre pela mesma pessoa. Souza (1999) encontrou em seu estudo que 94,6% dos pacientes reutilizavam a seringa e agulha; cita que com a reutilização das mesmas por 4 vezes, haveria redução de 74,68% nos custos com seringas e agulhas em insulino-terapia. Porém, o autor afirma que há necessidade de estudos aprofundando a questão, com o intuito de buscar na realidade brasileira evidências científicas que possam ser utilizadas por profissionais de saúde para respaldar seu trabalho com portadores de diabetes.

Quanto às orientações recebidas pelos pacientes,

notamos que apesar do PSF valorizar a assistência integral ao paciente através de consultas médicas, de enfermagem, do trabalho em grupos e, sempre que possível, com estímulo ao auto-cuidado, 53,7% dos indivíduos entrevistados referiram nunca ter participado de aulas, grupos ou palestras relacionados ao seu problema de saúde (DM e HA). Porém, 59,7% afirmaram ter recebido orientações quanto à dieta hipocalórica e 54,7%, quanto à necessidade da prática de atividade física. No entanto, apenas 23,4% dos indivíduos afirmaram ter recebido orientações para deixar de fumar, 21,9% para cessar o consumo de bebidas alcólicas e 14,1% foram orientados quanto a medidas para redução de estresse.

Considerando apenas os indivíduos diabéticos, não há referência sobre orientações para a realização do controle dos níveis de sua glicemia através de fitas (glicemia capilar ou glicosúria), apesar de tal cuidado ser recomendado pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2000).

Considerações finais

Os resultados encontrados apontam para a melhora no acesso aos serviços de saúde no município estudado, porém encontrou-se baixa frequência de anamneses e exames físicos ótimos, o que pode indicar que a qualidade precisa ser aprimorada.

Em relação aos medicamentos, observamos que mais da metade dos pacientes não toma a medicação que está prescrita em sua última receita médica (mostrada ao entrevistador) e que mais de 37% precisam comprar o remédio em farmácias. Esses dados podem ser sinalizadores de falta de adesão ao tratamento de DM e HA, levando a médio e longo prazos, a gastos ainda maiores pelo município com internações prolongadas devido à morbi-mortalidade elevada nesse grupo de indivíduos. Quanto aos diabéticos, verificamos que os insumos para a auto-medicação não são oferecidos de forma ideal e segura, também incorporando riscos de infecção e lesões de pele a esses pacientes.

Notamos que as orientações quanto à prática de atividade física regular e da dieta hipocalórica são frequentemente oferecidas a esses pacientes, porém as orientações quanto ao hábito de fumar e beber, somado à redução do estresse, não são realizadas com a mesma frequência.

Acreditamos que as condições em relação ao tratamento do DM e HA encontradas hoje em Francisco Morato tenham sofrido alterações, pois as devolutivas dos resultados da pesquisa aos profissionais e gestores do município provocaram uma mobilização positiva no sentido de melhorar os problemas apontados.

Referências bibliográficas:

ARAÚJO, R.B., SANTOS, I., CAVALETI, M.A., COSTA, J.S.D., BÉRIA, J.U. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. **Rev Saúde Públ.**, v. 33, p.24-32, 1999.

ASSUNÇÃO, M.C.F., SANTOS, I.S., GIGANTE, P.D. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev. Saúde Públ.**, v.35, p. 88-95, 2001.

HALAL, I.S., SPARRENBERGER, F., BERTONI, A.M., CIACOMET, C., SEIBEL, C.E., LAHUDE, F.M. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidades urbanas na região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, v. 28, p. 131-6, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, D.F.: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

_____. **Doenças cardiovasculares**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/cardio.htm>> Acesso em: 8 ago. 2001.

_____. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, D.F.: Secretaria de Políticas de Saúde, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro sobre diabetes**: diagnóstico e classificação de diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2. São Paulo, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **III Consenso brasileiro de hipertensão arterial**. São Paulo, 1998.

SOUZA, C.R. **A prática da utilização de seringas descartáveis na administração de insulina no domicílio**. 1999. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1999.

TURRINI, R.N.T. **Percepção dos Usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudoeste da grande São Paulo**. 2001. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.

Saúde Mental em Francisco Morato: percepção dos trabalhadores do CAPs sobre a atenção praticada e suas dificuldades

Márcia Alves Santana¹
Maria de Lima Salum e Morais²

Apesar de a legislação da área de Saúde Mental vigente ser recente, o Movimento da Reforma Psiquiátrica foi iniciado em 1978, e teve como objetivo aperfeiçoar e humanizar a atenção, exercendo influência nos pressupostos da psiquiatria e condenando seus efeitos de normatização e controle. Tais mudanças abarcam a prática clínica, a política, os aspectos sociais e culturais e as relações com o sistema jurídico (TENÓRIO, 2002).

A atual legislação em Saúde Mental teve origem no Projeto de Lei nº 3657, de 1989. Esse projeto propiciou discussões no País todo em relação à implantação de serviços substitutivos ao modelo manicomial, favorecendo a criação de oito leis estaduais durante os anos 90. As portarias ministeriais nº 189, de 1991, e nº 224, de 1992, modificaram a forma do financiamento das ações desta área da saúde, incentivando a criação de redes extra-hospitalares e remunerando outros procedimentos além da consulta de psiquiatria e da internação.

Essas portarias regulamentaram duas modalidades de atendimentos: hospitalar e ambulatorial, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e também forneceram diretrizes para a organização desses serviços no País (BRASIL, 2001). O Projeto de Lei nº 3657, de 1989, tramitou por 12 anos no Congresso Nacional, dando origem à Lei nº 10.216, de 2001. Porém, mesmo com esse longo período de tramitação, durante os anos 90 houve possibilidade de que os municípios implantassem serviços visando à atenção extra-hospitalar. O marco inaugural foi o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em 1987, em São Paulo (TENÓRIO, 2002).

O desenvolvimento de pesquisas sobre como os municípios vêm procedendo em relação à atual legislação de Saúde Mental tem potencial para apontar os avanços e as dificuldades que têm para seguir os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, bem como para ofertar serviços que atendam às necessidades da população.

O município em que a presente pesquisa foi realizada é Francisco Morato, situado no Estado de São Paulo, onde, somente em junho de 2002, foi inaugurado o primeiro CAPS, modalidade II, no Parque Paulista.

O presente trabalho integra um estudo mais amplo

que procurou identificar as percepções dos trabalhadores dessa unidade sobre a Reforma Psiquiátrica e a organização de serviços de atenção à Saúde Mental em Francisco Morato. Neste artigo, centrar-nos-emos na percepção da atenção praticada e de suas dificuldades.

Método

Considerando o objetivo desta pesquisa, optou-se pela metodologia qualitativa, considerada pela equipe do projeto como a mais apropriada para identificar as percepções dos trabalhadores por seus discursos. O referencial teórico utilizado foi o das representações sociais: construções mentais elaboradas individualmente pelas pessoas que compõem um determinado grupo social e compartilhadas pelos componentes deste grupo (MOSCOVICI, 1978).

Participaram da pesquisa cinco trabalhadores do CAPS Parque Paulista, sendo dois de nível médio e três de nível superior. O critério para participar da pesquisa foi ser trabalhador de saúde que tivesse contato direto com os usuários do serviço.

Foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas, nos meses de julho e agosto de 2004. Utilizou-se um roteiro com as principais questões norteadoras referentes à modalidade de atenção praticada e às dificuldades dos trabalhadores em realizá-la.

Principais Resultados

O CAPS modelo II (CAPS II) foi inaugurado onde, anteriormente, funcionava um ambulatório de saúde que realizava atendimentos de especialidades diversas. Todo o atendimento em Saúde Mental do município era realizado neste local, que acolhia crianças, jovens e adultos.

Com a implantação do CAPS, o prédio foi dividido entre o Programa de Agente Comunitário em Saúde (PACS) e o CAPS, que passou a atender somente os casos de adultos com transtornos mentais graves. Os demais atendimentos foram distribuídos pelas Unida-

¹Psicóloga, com Aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: alves.marcia@bol.com.br

²Doutora em Psicologia e Pesquisadora científica do Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: salum@isaude.sp.gov.br

des de Saúde da Família (USF); no entanto, para os portadores de deficiências física e mental não-grave não houve encaminhamento para serviços públicos substitutivos. O acesso da população ao atendimento em Saúde Mental passou a ser através do PSF, da Santa Casa e do CAPS – este último para casos graves, conforme mencionado.

De acordo com os discursos coletados entre os profissionais, esse processo de implantação do CAPS foi imposto pela administração municipal, interrompendo projetos com os quais esses trabalhadores estavam bastante identificados e que tiveram que ser abandonados. Os profissionais consideravam que a atenção praticada anteriormente já era humanizada. Também avaliaram negativamente o fato da administração desarticular serviços em funcionamento para criar o CAPS, enfatizando que seria mais adequado mantê-los e criar novos, única forma possível de ter serviços de referência no município.

Essa falta de referências foi bastante citada por esses trabalhadores, principalmente com relação ao tratamento de dependência de álcool e drogas e aos tratamentos para crianças e adolescentes. De acordo com informações da Coordenação de Saúde Mental, Francisco Morato não contava com nenhuma referência para internação, por isso esses casos eram encaminhados para o Hospital do Juquery, no município de Franco da Rocha.

Dos entrevistados, quatro consideraram que a gestão local não possuía interesse pelo CAPS e seus profissionais. Afirmaram que a prioridade da gestão era o Programa de Saúde da Família. Somente em agosto de 2003, quatro psicólogos do CAPS foram transferidos para atender nas Unidades de Saúde da Família, restando apenas um psicólogo no serviço.

Houve ênfase nessa escassez de recursos no CAPS, principalmente humanos – item mais mencionado como necessário. Apontou-se carência de psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais.

Este número reduzido de profissionais foi apontado como causador da sobrecarga de trabalho: um único profissional de nível superior acumulava outros dois cargos administrativos, além de realizar o acolhimento da população e triagem, dificultando a ampliação do número de atendimentos e a diversificação de suas práticas. Especificamente, a elevada carga horária dos psiquiatras e o número reduzido desses profissionais também foram mencionados como elementos prejudiciais ao serviço e aos usuários.

A demanda foi considerada por todos os participantes como maior do que a capacidade que o serviço tinha de absorver, ocasionando filas de espera, retornos distantes e, até, o não-acesso aos serviços de Saúde Mental.

A Portaria Ministerial GM nº 336, de 2002, insti-

tiu as modalidades de CAPS em ordem crescente de complexidade: CAPS modelo I (CAPS I), CAPS modelo II (CAPS II), CAPS modelo III (CAPS III), CAPS Infantil modelo II (CAPS i II) e CAPS Álcool e Drogas modelo II (CAPS ad II). Essas unidades são dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em Saúde Mental.

Um CAPS II deve possuir capacidade operacional para o atendimento em municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes e funcionar das 8h às 18h em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana. Os profissionais necessários para esta modalidade de serviço são: um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em Saúde Mental, quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional, conforme o projeto terapêutico), seis profissionais de nível médio (técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional ou artesão). Devem ser unidades ambulatoriais de atenção diária, funcionando segundo a lógica de territorialidade, e estarem capacitadas para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva (BRASIL, 2002).

Em julho de 2004, o CAPS II Parque Paulista estava com o número de funcionários abaixo do recomendado por essa portaria ministerial. Nesta ocasião, possuía um total de 13 trabalhadores, sendo cinco profissionais de nível superior (um terapeuta ocupacional, um psicólogo, dois médicos psiquiatras e um pedagogo), cinco profissionais de nível médio (um técnico de enfermagem, uma recepcionista e dois agentes comunitários de saúde) – que desempenhavam tarefas internas como ajudantes nas oficinas e nos serviços administrativos –, um chefe de Unidade Básica de Saúde e três profissionais de nível fundamental (um vigia e dois ajudantes gerais).

Todos os participantes do estudo consideraram haver muitos encaminhamentos errados para o CAPS por parte dos outros serviços, indicando que o sistema de saúde do município ainda não estava integrado.

Não houve capacitação desses trabalhadores por nenhuma das esferas de governos na época da implantação do serviço, segundo informações dos participantes. Além disso, não foi realizada nenhuma formação contínua ou supervisão clínica individual ou de equipe. Esses fatos, juntamente com o número reduzido de profissionais disponíveis, impediram a ocorrência de capacitações em Saúde Mental de outras equipes do município.

Segundo as percepções dos participantes da pesquisa, as capacitações realizadas no início da implantação do serviço não foram suficientes para preparar as pessoas para as mudanças no serviço, incluindo a realização de encaminhamentos. Os médicos genera-

listas do Programa de Saúde da Família que receberam algum tipo de capacitação para prescrição de medicamentos ainda não conseguem diagnosticar, medicar, nem acompanhar os pacientes com transtornos mentais leves; se sentem, conforme os trabalhadores do CAPS, inseguros tecnicamente, o que termina por sobrecarregar ainda mais os médicos psiquiatras da unidade.

Não há, conforme as entrevistas, reuniões internas frequentes e, quando ocorrem, convocam somente os profissionais de nível superior, não havendo encontros com todos os funcionários para a discussão de temas e de dificuldades encontradas no desempenho do trabalho.

Apesar de o CAPS ser um serviço de atenção psicossocial, o cuidado médico psiquiátrico e o papel das medicações foram muito mencionados, indicando que a proposta de reinserção social da pessoa acometida de transtorno mental mais severo e outras medidas psicossociais para aliviar o sofrimento psíquico não estão devidamente valorizadas e nem são discutidas pela equipe.

Referindo-se às dificuldades da população, os participantes consideraram sua resistência em relação a nova forma de tratamento e falta de informação quanto aos serviços para levar os familiares em caso de necessidade de atendimento. A possibilidade de mudança de concepção da população, a partir de alguma iniciativa de intervenção da equipe, não foi mencionada pelos participantes; também não realizam intervenção junto às famílias dos pacientes.

A maioria dos entrevistados não explicitou dificuldades com relação às tarefas desempenhadas, ao relacionamento da equipe e ao contato e tratamento dos pacientes. As dificuldades mencionadas foram atribuídas a causas externas, como: a gestão, erros de encaminhamentos dos profissionais de outros serviços, problemas com a população etc. Somente duas causas relativas a dificuldades internas foram citadas: a falta de integração da equipe e a não-adequação do trabalho de alguns profissionais.

Considera-se que um maior grau de insight a respeito dos conflitos e dificuldades internas seria imprescindível para que fossem promovidas mudanças no serviço. Segundo Bleger, "o melhor grau de dinâmica de uma instituição não é dado pela ausência de conflitos, mas sim pela possibilidade de explicitá-los, manejá-los e resolvê-los dentro do limite institucional, quer dizer, pelo grau em que são realmente assumidos por seus atores e interessados no curso de suas tarefas ou funções" (1984, p. 52).

Considerações Finais

O modelo atual de atenção à Saúde Mental requer um profissional motivado, com disposição para enfrentar as dificuldades diárias, próprias de atividades inovadoras,

superando as práticas que se encontram cristalizadas.

O processo de implantação do CAPS em Francisco Morato e a posterior retirada de profissionais para atuarem no Programa de Saúde da Família tiveram ressonâncias na assistência à Saúde Mental da instituição, até a época do estudo.

Pretender uma assistência integral à população sem a quantidade necessária de recursos humanos, sem a adequada capacitação destes e sem valorização de seu trabalho é ilusório. A partir dos discursos dos participantes, percebe-se que são necessárias estratégias diferenciadas na implantação de serviços na área de Saúde Mental nos municípios.

Rouchy (1987) afirma que, para as estruturas funcionarem, é necessário que os membros de uma organização tenham interiorizado suas normas e seus valores, seja nas estruturas cooperativas, em que se tem uma dimensão militante, seja nas estruturas tecnocráticas, em que se aposta, por diferentes métodos, em processos de identificação e de incremento de normas e valores instituídos.

Além de capacitação, cursos e supervisões, é preciso que os trabalhadores construam espaços de discussão em que possam refletir sobre sua prática, suas necessidades, suas dificuldades e traçar estratégias. É necessário que se sintam minimamente amparados e respaldados, de modo que possam auxiliar e capacitar outras equipes e encontrar meios para colaborar com o planejamento de implantação de novos serviços.

Referências Bibliográficas:

- BLEGER, J. **Psico-higiene e psicologia institucional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1999-2001**. 2 ed. Brasília, D.F., 2001.
- _____. **Portaria nº 336/GM, em 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos>> Acesso em: maio de 2006.
- MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- ROUCHY, J. C. Análise da instituição e mudança. **Pulsional Revista de Psicanálise**, n.149, p.33-47, 2001.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25-29, jan./abr. 2002.

Depoimento: a experiência de Aprimorandos em Saúde Coletiva

“Terminei a faculdade com a certeza de que queria conhecer mais sobre Saúde Pública para poder atuar nesta área. Não tinha dinheiro para pagar a especialização e procurei os cursos da FUNDAÇÃO (Fundação de Amparo a Pesquisa).

O Instituto de Saúde (IS) me chamou a atenção por ser um curso voltado para a área de pesquisa, com ênfase em políticas públicas de saúde e por ser multiprofissional, o que amplia o conhecimento e as possibilidades de discussões e crescimento pessoal e profissional.

O trabalho de campo em Francisco Morato foi muito rico, pois possibilitou que conhecêssemos um pouco do dia-a-dia nas Unidades de Saúde da Família. No meu caso, a visita domiciliar, acompanhada do agente comunitário de saúde, permitiu entrar na casa dos usuários, conhecer um pouco da dinâmica do processo saúde-doença-prevenção-auto cuidado. Foi muito rico.

Minha permanência no IS foi por um período de dois anos, durante o curso. Aprendi muito, principalmente sobre o SUS, foi uma experiência riquíssima, que não me arrependo de ter vivido, apesar de não atuar na área de saúde coletiva, mas na hospitalar. Todo o conhecimento é útil...

Porém sinto que todo o conhecimento adquirido, bem como o meu potencial, não são bem aproveitados atualmente. A saúde coletiva é uma área muito difícil de se entrar...

Graças à ética das pessoas maravilhosas que foram minhas orientadoras, meu trabalho foi publicado no Cadernos de Saúde Pública e foi apresentado em pôster no Congresso de Epidemiologia. Foi um trabalho amplo, com várias possibilidades de desdobramentos....

Gostaria de aproveitar a oportunidade para declarar que minha convivência com a orientadora foi maravilhosa e só fez com que eu amasse ainda mais a minha profissão. Seu exemplo de amor, dedicação, conhecimento e extrema humildade faz com que eu me orgulhe ainda mais da escolha feita e tenha a certeza de que fiz a escolha certa: cuidar de gente!”

Daniela Cristina Profitti de Paiva
(Ex-Aprimoranda em Saúde Coletiva do IS – SES/SP)

“Terminei a faculdade com a certeza de que queria me aperfeiçoar na área de pesquisa. Procurei e achei o curso de aprimoramento do IS, em Saúde Coletiva. Não pensei duas vezes: fiz inscrição para a prova e passei.

Foram dois anos de curso, anos enriquecedores para o meu currículo, pois aprendi muito na teoria e na prática. Na teoria, por meio das aulas ministradas no decorrer do primeiro ano que me deram suporte para escrever meu projeto de pesquisa, e na prática, através do trabalho de campo, auxiliando colegas ou coletando dados para minha pesquisa.

No trabalho de campo em Francisco Morato, posso dizer que dei meus primeiros passos como pesquisadora. Coletei dados para meu trabalho final de curso por meio de entrevistas e observação de grupos educacionais e pude vivenciar a teoria na prática, entrevistando e observando a dinâmica do serviço em uma Unidade de Saúde da Família. Esse trabalho foi apresentado no IX Congresso Paulista de Saúde Pública e encaminhado para uma revista, que aguardo parecer.

Após o término do curso, continuei no IS fazendo pesquisa com bolsa de estudos do CNPq. Participei de um estudo sobre segurança alimentar em escolas, na cidade de Cajamar. Essa pesquisa me rendeu um novo trabalho, também apresentado no IX Congresso Paulista de Saúde Pública.

O curso de aprimoramento do IS me auxiliou na Especialização. Devido aos conhecimentos que adquiri, não tive dificuldades para escrever, coletar e finalizar minha pesquisa da Especialização e ter base para escrever um artigo de final de curso.

Atualmente participo de um estudo que realiza campo em um hospital da cidade de São Paulo. Desde que terminei a faculdade, trabalho com pesquisa e não pretendo parar. Meus planos para o futuro são o Mestrado e, mais adiante, o Doutorado. Com certeza a experiência adquirida no IS dará suporte para que possa atingir minhas metas...

Taís Izidio de Oliveira
(Ex-Aprimoranda em Saúde Coletiva do IS – SES/SP)

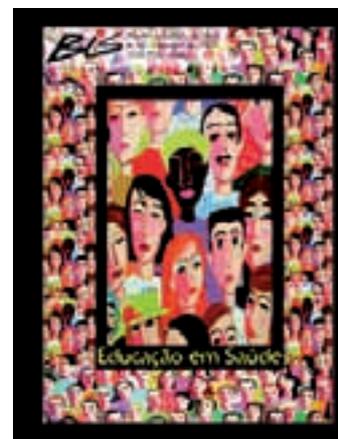
BIS - números já editados



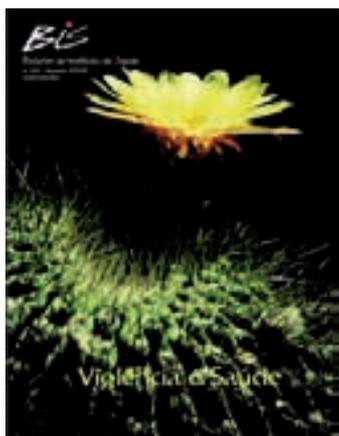
Nº 36 - 08/2005
Humanização em Saúde II



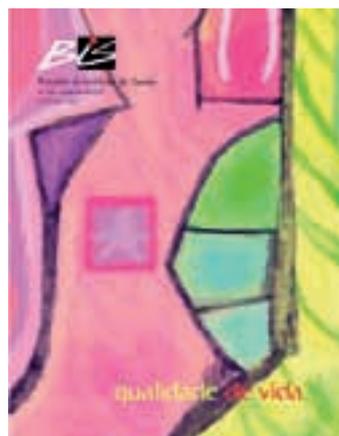
Nº 35 - 04/2005
Ética em Pesquisa



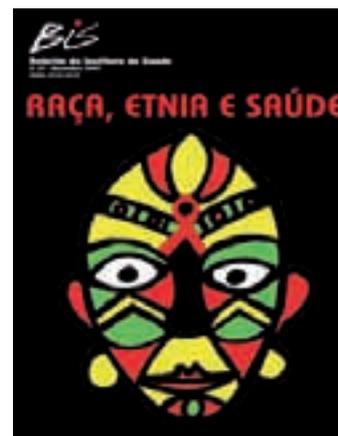
Nº 34 - 12/2004
Educação em Saúde



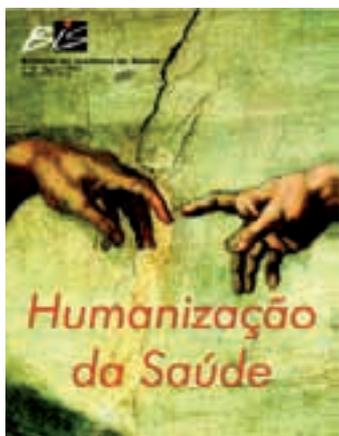
Nº 33 - 08/2004
Violência e Saúde



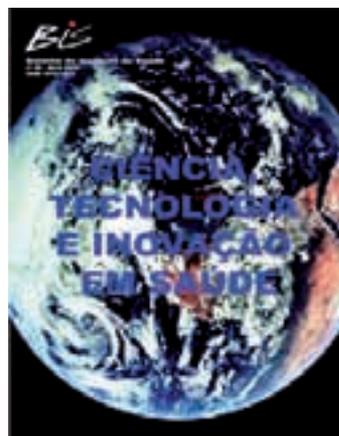
Nº 32 - 04/2004
Qualidade de Vida



Nº 31 - 12/2003
Raça, Etnia e Saúde



Nº 30 - 08/2003
Humanização da Saúde



Nº 29 - 04/2003
C & T e Inovação

Nº 28 - 12/2002
SUS Anos Depois

Nº 27 - 08/2002
Aleitamento

Nº 26 - 04/2002
Sisvan



SECRETARIA
DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO