

RAQUEL LOPES MAGALHÃES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO GRUPO DE MULHERES DE 30
ANOS E MAIS EM USO DE ANTIDEPRESSIVOS, RESIDENTES
NA ÁREA DE ABRANGENCIA DO PSF 32, PATOS DE MINAS**

PATOS DE MINAS/MG, 2011

RAQUEL LOPES MAGALHÃES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO GRUPO DE MULHERES DE 30
ANOS E MAIS EM USO DE ANTIDEPRESSIVOS, RESIDENTES
NA ÁREA DE ABRANGENCIA DO PSF 32, PATOS DE MINAS-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Paula Cambraia de Mendonça Vianna

PATOS DE MINAS/MG, 2011

AGRADECIMENTO

A toda a Equipe Saúde da Família Acácia PSF 32 pelo empenho, ajuda e dedicação; aos meus filhos e esposo pela compreensão; a senhora Marema de Deus Patrício pela colaboração; a Deus pela superação dos problemas e empecilhos ocorridos no decorrer da realização deste trabalho.

RESUMO

O presente estudo contempla a Proposta de Intervenção no grupo de mulheres de 30 anos em uso de antidepressivos residentes na área de abrangência do PSF 32, em Patos de Minas. A qualidade de vida é importante em qualquer etapa da vida. No entanto, para a mulher, torna-se bastante significativa tendo em vista seu potencial produtivo. Assim, a presente proposta busca debater sobre a saúde da mulher, a superação de preconceitos e demais desdobramentos que comprometem a atuação feminina em seu cotidiano. A saúde da mulher é tema recorrente no contexto mundial. Neste estudo foi evidenciado um grupo de mulheres na faixa etária de 30 anos que faz uso de medicação antidepressiva e que residem na área de abrangência do PSF 32 no município de Patos de Minas – MG. São mulheres que se encontram hoje fora do mercado de trabalho ou cumprindo uma carga horária excessiva dividida entre trabalho e família, com muito tempo ocioso ou conturbado, com problemas de relacionamento familiar e que, no ponto de vista da equipe do PSF, precisam e merecem uma oportunidade de cuidados e práticas laborativas, que as envolvam numa outra perspectiva de vida ampliando suas possibilidades produtivas como ser humano. Os serviços prestados por esta Unidade de Saúde possibilitaram diagnosticar e traçar ações para acolher o grupo mencionado de maneira efetiva, contando com parcerias do município e acompanhamento de todos os profissionais que ali trabalham. Foram registrados dados importantes, apresentados em gráficos e tabelas seguidos por análises importantes que legitimam a realidade estudada.

Palavras-chave: mulher, saúde, planejamento, comunidade, políticas públicas.

ABSTRACT

This study contemplates the Intervention Proposal in the group of women at the age of 30, who use antidepressants residents in the catchment area of PSF 32, in Patos de Minas city. The quality of life is important at every stage of life. However, for women it becomes quite significant, in view of its productive potential. Thus, this proposal seeks to discuss women's health, overcoming prejudices and other changes that affect the role of women in their daily lives. Women's health is a recurring theme in the global context. In this study, was shown a group of women aged 30 years that makes use of antidepressant medication and who lives in the catchment area of PSF 32 in the city of Patos de Minas – MG. These are women who are currently outside the labor market or doing an excessive workload, split between work and family, with much idle or troubled time, with problems of family relationship and that, in view of the PSF team, need and deserve an opportunity of caring and working practices, which involve them in a different perspective on life, expanding their production possibilities as a human being. The services provided by this Health Unit, enabled to diagnose and trace possible actions to welcome the described group, in an effective manner, with the municipality partnerships and the monitoring of all professionals who work there. It was recorded important data, presented in graphs and tables followed by important analysis that legitimize the reality studied.

Keywords: women, health, planning, community, public policy.

LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS

QUADRO 1: Caracterização das regiões de saúde – SMS Patos de Minas.....	29
QUADRO 2: Regiões de saúde de Patos de Minas.....	30
TABELA 1: População segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF 32 Patos de Minas – junho 2010.....	34
TABELA 2: População segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF 32 segundo o sexo Patos de Minas - junho 2010.....	34
TABELA 3: População segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF 32 por micro área(ma) - Patos de Minas – junho 2010.....	36
TABELA 4: destino do lixo segundo modalidade e microárea de abrangência da ESF 32 - Patos de Minas, junho 2010.....	37
TABELA 5: Hospitalização por grande grupo de causas da cid 10 na área de abrangência da ESF 32, Patos de Minas – Janeiro a Junho 2010.....	38
TABELA 6: Morbidade referida segundo a micro área na área de abrangência da ESF 32 Patos de Minas – junho 2010.....	39
TABELA 7: Óbitos de residentes por micro área na área de abrangência da ESF 32, Patos de Minas – janeiro a junho 2010.....	40
TABELA 8: Óbitos segundo grupo de causas cid 10, de residentes por micro área na área de abrangência da ESF 32, Patos de Minas – janeiro a junho 2010.....	40
TABELA 9: Acompanhamento de alguns indicadores de cobertura da ESF 32 - Patos de Minas - janeiro a junho 2010.....	41
TABELA 10: Consultas médicas e de enfermagem pela ESF 32 - Patos de Minas janeiro a junho de 2010.....	42
TABELA 11: Número de atendimentos aos programas pela ESF 32 - Patos de Minas - janeiro a junho de 2010.....	42
TABELA 12: Consultas médicas segundo faixa etária, ESF 32 Patos de Minas - janeiro a junho 2010.....	43
GRÁFICO 1: População segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF 32 Patos de Minas – junho 2010.....	34
GRÁFICO 2: População segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF 32 segundo o sexo Patos de Minas - junho 2010.....	35
GRÁFICO 3: População segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF 32 por micro área(ma) - Patos de Minas – junho 2010.....	36
GRÁFICO 4: Destino do lixo segundo modalidade e microárea de abrangência da ESF 32 - Patos de Minas, junho 2010.....	37
GRÁFICO 5: Hospitalização por grande grupo de causas da cid 10 na área de abrangência da ESF 32, Patos de Minas – Janeiro a Junho 2010.....	38
GRÁFICO 6: Morbidade referida segundo a micro área na área de abrangência da ESF 32 Patos de Minas – junho 2010.....	39
GRÁFICO 7: Acompanhamento de alguns indicadores de cobertura da ESF 32 - Patos de Minas - janeiro a junho 2010.....	41
GRÁFICO 8: Consultas médicas e de enfermagem pela ESF 32 - Patos de Minas janeiro a junho de 2010.....	42
GRÁFICO 9: Número de atendimentos aos programas pela ESF 32 - Patos de Minas - janeiro a junho de 2010.....	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	0
2 METODOLOGIA.....	11
3 DESENVOLVIMENTO.....	12
CAPÍTULO I - A MULHER E A QUALIDADE DE VIDA	14
CAPÍTULO II - ATENDIMENTO SOCIAL E PSICOLÓGICO: PATOLOGIAS E TRATAMENTO	18
3.1 PATOLOGIAS E TRATAMENTO.....	22
CAPÍTULO III - A PROPOSTA PARA O PROJETO DO PSF 32	24
3.2 DADOS IMPORTANTES DA REGIÃO DE SAÚDE ACÁCIA	26
3.3 APRESENTAÇÃO DAS REGIOES DE SAÚDE ATENDIDAS PELA SMS – PATOS DE MINAS	28
3.4 DIAGNOSTICO SITUACIONAL E TRAJETÓRIA DA ESF 32 (ACÁCIA)	32
3.5 FLUXO DE ATENDIMENTO	33
3.6 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS – ESF 32	34
3.7 ASPECTOS AMBIENTAIS – ESF 32	37
3.8 ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS.....	37
3.9 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	38
3.10 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.....	40
3.11 MORTALIDADE	40
3.12 INDICADORES DE COBERTURA.....	41
3.13 PRODUÇÃO DA ESF 32	42
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
5 REFERÊNCIAS	46

1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida é tema recorrente em pautas científicas e ganha enfoques vários que ampliam a sua importância na vida de homens e mulheres no século XXI.

Historicamente, a qualidade de vida esteve vinculada à conquista de bens materiais tendo em vista o crescimento e desenvolvimento econômico da população em geral. Porém, com o passar do tempo, é fato que a qualidade de vida extrapola, em muito, a questão da boa condição econômica e envolve o cidadão em contextos mais complexos que atingem a vida profissional, familiar, espiritual, psicológica afetando diretamente a saúde como fator primordial de bem-estar, de valores e princípios que se harmonizam e permitem, enfim, ao cidadão, equalizar seus problemas e buscar, efetivamente, viver bem.

A qualidade de vida implica, primordialmente, no equilíbrio que o ser humano conquista interagindo-se emocionalmente e subjetivamente com os setores da vida como o lado profissional, a questão familiar, a paz espiritual, a inteligência dentre outros.

É imperioso que as pessoas estejam bem psicologicamente, possuam boas condições físicas e se sintam socialmente integradas e funcionalmente competentes.

Pensando nesse bem-estar que almeja todo e qualquer cidadão, consideramos que estudos que contemplem a condição humana possam contribuir para um debate mais amplo, permitindo reflexões engajadas com outros temas. Um estudo sobre a questão feminina seria, pois, um estudo interessante.

Estudos que problematizam questões femininas e a saúde da mulher contribuem para o reconhecimento de seu valor e para a superação de preconceitos que ainda atingem a mulher no seu cotidiano.

É importante que o tema da mulher seja referenciado como uma forma de manter a busca dos direitos a elas concedidos. Para tanto, a qualidade de vida faz parte deste contexto e, no presente estudo, será base para desenvolver o tema de inserção social de um grupo de mulheres na faixa etária dos 30 anos e mais que faz uso de medicação antidepressiva, residentes na área de abrangência do PSF 32.

Por atuar como enfermeira em uma Equipe de Saúde da Família e viver ali, juntamente com toda a equipe, o cotidiano de atendimentos que contemplam desde o nascimento de uma criança até as decorrências da idade adulta foi que escolhemos o tema, entendendo que, pela oportunidade da prática diária, seria pertinente debater o tema da saúde da mulher, a mulher à margem de um mercado de trabalho que sofre com problemas decorrentes do isolamento

social, da mulher que vive na sua família, casos de violência, conflitos e outros momentos que imprimem em sua vida um revés não desejado: a solidão, a depressão, a quietude, a indiferença.

Casos de depressão são registros constantes em nosso trabalho. Podemos acompanhar a busca dessa mulher por providências médicas e de acolhimento na Unidade de Saúde da Família (ESF), que fica como referência para a vida dela como um suporte certo para melhorar suas condições de saúde, de relacionamento, de auto-estima, de inserção social.

O presente estudo se amparou em procedimentos metodológicos que conferem legitimidade aos seus objetivos propostos. Assim sendo, caracteriza-se por ser uma pesquisa bibliográfica, exploratória e descritiva que se serve dos dados obtidos na Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas.

A parte bibliográfica se fez com a intenção de ampliar a abordagem do tema. De acordo com Oliveira (2005) esse tipo de pesquisa caracteriza-se por um estudo, análise e busca de documentos (livros, periódicos e afins); um estudo exploratório que é feito direto em fontes científicas sem precisar ir direto aos fatos, tendo certeza de que as fontes de pesquisa sejam reconhecidas do domínio público.

O estudo também se caracteriza pela abordagem qualitativa imprimindo clareza no processo, pois, é importante conhecer o contexto histórico. Neste tipo de pesquisa, todos os fatos são relevantes e significativos. De acordo com Oliveira (2005, p. 41) “é um processo de reflexão e análise da realidade através da utilização de métodos e técnicas para compreensão detalhada do objeto de estudo em seu contexto histórico e/ou segundo sua estruturação”.

Quanto à caracterização da pesquisa, por ser também descritiva, justifica-se por apresentar um objeto de interesse, destacando itens de um grupo como idade, renda, ocupação, comportamento, etc. Para Santos (1999) a pesquisa descritiva é conclusiva e tem como principal objetivo a descrição de algo – normalmente características ou funções de um contexto.

Os dados oferecidos fazem parte do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas, estão atualizados e trazem também mapas que sinalizam as regiões de Saúde no município dando destaque para o PSF 32 que é o objeto de estudo aqui referenciado. Fazem também parte desse contexto, quadros em que se é possível identificar a caracterização e abrangência das ações da Secretaria de Saúde.

Todos os dados aqui mencionados estão devidamente analisados e discutidos no capítulo a seguir, possibilitando um entendimento bastante fundamentado dos dados e da

situação do PSF 32 bem como de como esses dados são importantes para a execução da proposta de intervenção no grupo de mulheres contemplado com o projeto.

De acordo com Mori *et al* (2006) em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde não apenas como ausência de doença ou enfermidade, mas como um bem-estar físico, psíquico e social. No entanto, apesar de multidimensional, este conceito ainda se baseia num modelo biomédico. Mais recentemente, a OMS ampliou esta definição, reconhecendo os laços entre as pessoas e o ambiente sócio-cultural. Saúde é então concebida como

“a habilidade de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, e de mudar ou interagir com o meio ambiente. Logo, a saúde é um recurso para a vida diária, não o objetivo de viver. Saúde é um conceito positivo enfatizando os recursos pessoais e sociais, assim como as capacidades físicas.”

Neste contexto situamos a evolução dos conceitos de saúde da mulher que ao longo do tempo envolve discussões conceituais já que engloba a questão da saúde materna, saúde reprodutiva e saúde da mulher propriamente dita. Falar da saúde da mulher significa atentar para todo o contexto psicossocial em que a mesma se insere. Isto inclui aspectos relativos a enfermidade, doença, bem-estar assim como as atividades de prevenção, diagnóstico, cuidados e cura. A saúde reprodutiva diz respeito à vida adulta da mulher que muitas vezes começa a ter filhos ainda nova interrompendo uma vida escolar. Tendo filhos, sua vida exige outros cuidados juntamente com os filhos que começam a nascer e que também precisarão de cuidados. E, por fim, a saúde da mulher como um contexto de cuidados permanentes que aí se registram doenças cardíacas, menopausa, DSTs, doenças vasculares, dentre outras.

Ainda de acordo com Mori *et al* (2006) as mulheres costumam ser vistas como usuárias passivas e não como protagonistas da própria história, capazes de articular prioridades e tomar decisões. Daí a importância das vozes femininas na definição de suas necessidades e no desenho de políticas e programas sociais. Isto vai em direção do conceito de clínica ampliada conforme preconiza o Ministério da Saúde no Humaniza SUS – Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS que “visa produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade.” (SUS, 2004. p. 44-5)

A Clínica Ampliada é um trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme

a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença. (PNH, Ministério da Saúde, Textos Básicos, 2006).

Em assim sendo, o presente estudo objetiva, pois, conforme já referenciado, apresentar uma proposta de inserção social na Unidade de Saúde Sebastião Amorim II – PSF 32, no município de Patos de Minas, para um grupo de mulheres na faixa etária de 30 anos e mais que fazem uso de medicação antidepressiva. São mulheres que se encontram hoje, fora do mercado de trabalho ou cumprindo uma carga horária excessiva dividida entre trabalho e família, com muito tempo ocioso ou conturbado, com problemas de relacionamento familiar e que, no ponto de vista da equipe, precisam e merecem uma oportunidade de cuidados e práticas laborativas, que as envolvam numa outra perspectiva de vida ampliando suas possibilidades produtivas como ser humano.

2. METODOLOGIA

O presente estudo se amparou em procedimentos metodológicos que conferem legitimidade aos seus objetivos propostos. Assim sendo, caracteriza-se por ser uma pesquisa bibliográfica, exploratória e descritiva que se serve dos dados obtidos na Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas.

A parte bibliográfica se fez com a intenção de ampliar a abordagem do tema. De acordo com Oliveira (2005) esse tipo de pesquisa caracteriza-se por um estudo, análise e busca de documentos (livros, periódicos e afins); um estudo exploratório que é feito direto em fontes científicas sem precisar ir direto aos fatos, tendo certeza de que as fontes de pesquisa sejam reconhecidas do domínio público.

O estudo também se caracteriza pela abordagem qualitativa imprimindo clareza no processo, pois, é importante conhecer o contexto histórico. Neste tipo de pesquisa, todos os fatos são relevantes e significativos. De acordo com Oliveira (2005, p. 41) “é um processo de reflexão e análise da realidade através da utilização de métodos e técnicas para compreensão detalhada do objeto de estudo em seu contexto histórico e/ou segundo sua estruturação”.

Quanto à caracterização da pesquisa, por ser também descritiva, justifica-se por apresentar um objeto de interesse, destacando itens de um grupo como idade, renda, ocupação, comportamento, etc. Para Santos (1999) a pesquisa descritiva é conclusiva e tem como principal objetivo a descrição de algo – normalmente características ou funções de um contexto.

Os dados oferecidos fazem parte do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas, estão atualizados e trazem também mapas que sinalizam as regiões de Saúde no município dando destaque para o PSF 32 que é o objeto de estudo aqui referenciado. Fazem também parte desse contexto, quadros em que se é possível identificar a caracterização e abrangência das ações da Secretaria de Saúde.

Todos os dados aqui mencionados estão devidamente analisados e discutidos no capítulo a seguir, possibilitando um entendimento bastante fundamentado dos dados e da situação do PSF 32 bem como de como esses dados são importantes para a execução da proposta de intervenção no grupo de mulheres contemplado com o projeto.

3. DESENVOLVIMENTO

A unidade de saúde em questão abriga o PSF 32 que foi criada em 2004 e funciona em um imóvel alugado. Conta com uma equipe multiprofissional composta por 01 auxiliar de enfermagem, 01 enfermeira, 01 médico clínico geral, 06 agentes comunitários de saúde. Dão suporte para a equipe do PFS 32: 02 auxiliares de enfermagem, 01 agente administrativo, 01 auxiliar de serviços, 02 rondantes e a equipe do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) composta por sua vez pelos seguintes profissionais: 01 assistente social, 01 educador físico, 01 psicólogo, 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista. Estes profissionais realizam junto à equipe, atividades de prevenção, educação e recuperação da população.

A área coberta pela equipe atinge uma população de 3929 pessoas. A atividade profissional na comunidade é variada, não possui pobreza extrema. São referências de espaço social: 01 igreja católica, 01 creche filantrópica, 01 igreja presbiteriana, SESI, 01 escola Estadual, PROMAN (Fundação Municipal da Criança e do Adolescente de Patos de Minas). Possui uma área comercial bem diversificada com lojas, supermercados, padarias, bares, lanchonetes, moto táxi, feiras de verduras. Ainda são registrados problemas sociais que envolvem prostituição, alcoolismo, drogas, dentre outros.

Atualmente, todas as famílias (100%) na área de abrangência da equipe são cobertas por abastecimento de água da rede geral e por instalações da rede geral de esgoto.

A população empregada vive, basicamente, do trabalho nas empresas, comércios, serviço doméstico, safristas, gari e prestação de serviços e da economia informal. Os números de desemprego e subemprego são moderados em relação a outros bairros da cidade.

Assim caracterizada, a área em questão também expõe outros problemas e foi por esse motivo que tal projeto começou a ser desenhado. Partindo do princípio que as mulheres dessa

comunidade precisam de um movimento maior permitindo a elas não só uma renda financeira, como também, uma interação e possibilidade de externar suas dificuldades devidamente amparadas por profissionais que possam mediar os conflitos tão constantemente vividos por elas.

Percebe-se que essas mulheres vivem com muitos conflitos e não desfrutam de um apoio psicológico que sinalize e que permita mediar esse contexto para melhorar sua vida, a vida de sua família, a vida da comunidade a qual pertence e se estabeleça com possibilidades reais de uma vida ativa e organizada.

Relações conjugais desgastadas, relacionamentos afetivos conturbados, mães e filhos vivendo em conflito por conta de uma adolescência conturbada, gravidez precoce, uso de drogas, violência. São esses os registros que fazem parte dos prontuários e arquivos do PSF 32. Nesse contexto, a mulher é convocada a assumir funções que a sobrecarregam causando-lhe, muitas das vezes, adoecimentos que potencializam sua fragilidade e ânimo.

A mulher deseja e precisa falar dos seus conflitos e a intervenção psicológica grupal facilita o compartilhamento de histórias de vida e possibilita a busca de sentido para tantas transformações e desafios.

A proposta de inserção social está diretamente ligada à promoção da saúde desse grupo de mulheres estimulando sua produção de trabalho.

CAPÍTULO I A MULHER E A QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida de um grupo social analisada sob determinado foco e contexto relaciona a questão do ciclo vital e a doença. O interesse de estudos sobre tal tema vem ganhando espaço a partir dos anos 90 do século XX.

De acordo com Coelho 2009, autora do artigo *Trabalho e Maternidade no Cotidiano de Professoras do Ensino Superior*¹, estudos sobre questões relacionadas à Qualidade de Vida despertaram interesse mundial a partir da Segunda Guerra Mundial quando floresceram pesquisas elaboradas por especialistas ligados a diversos campos do conhecimento, mais concentradas nas áreas da psicologia, saúde pública, medicina e ecologia. Qualidade de Vida tem sido objeto de preocupação e análise hoje também para a ONU - Organização das Nações Unidas, que tem utilizado indicadores coletivos e específicos denominados IDH – Indicadores de Desenvolvimento Humano, como instrumentos de avaliação das condições de vida da população mundial.

A questão da saúde é tema recorrente e, como tal, deve ser cuidado permanentemente. Assim, a preocupação com a qualidade de vida é um caminho para a valorização da saúde, pois há que se conferir a diminuição dos índices de morbidade e mortalidade associados à melhoria da qualidade de vida em todas as suas dimensões. Na área da saúde/doença, o significado de qualidade de vida “aplica-se a pessoas sabidamente doentes e diz respeito ao grau de limitação e desconforto que a doença e/ou a sua terapêutica acarretam ao paciente e a sua vida” (SILVA, 1999).

Importante salientar que Qualidade de vida, de acordo com Silva (1999), diz respeito ao grau de satisfação do indivíduo com a vida nos seus múltiplos aspectos tais como moradia, transporte, alimentação, lazer, satisfação profissional, vida sexual e amorosa, relacionamentos com outras pessoas, liberdade, autonomia e segurança financeira.

No presente estudo, foi feita uma análise sobre a situação de um grupo de mulheres que são usuárias de uma Unidade Básica de Saúde e para contextualizar o problema, apresenta-se uma breve revisão sobre o papel da mulher através dos séculos.

Segundo Silva (2007), desde a Antigüidade a mulher vem sofrendo discriminações. Ainda segundo Silva (2007), na Grécia, elas e os escravos ocupavam a mesma posição social. Na Idade Média, as mulheres passaram a ocupar posições de comando nos negócios

¹Disponível em: <http://www.cibs.cbciss.org/arquivos/TRABALHO E MATERNIDADE NO COTIDIANO DE PROFESSORAS DO ENSINO SUPERIOR.pdf>. Acessado em 20 de julho de 2010.

familiares e tiveram um papel importante na preservação da cultura. A Idade Média foi palco de uma das maiores perseguições contra a mulher: a "caça as bruxas"², quando a Igreja, através do Santo Ofício liderou o massacre, qualificado como verdadeiro genocídio contra o sexo feminino.

No contexto da “caça as bruxas” havia várias acusações contra as mulheres. As vítimas eram acusadas de praticar crimes sexuais contra os homens, tendo firmado um “pacto com o demônio”. Também eram culpadas por se organizarem em grupos – geralmente reuniam-se para trocar conhecimentos acerca de ervas medicinais, conversar sobre problemas comuns ou notícias. Outra acusação levantada contra elas era de que possuíam “poderes mágicos”, os quais provocavam problemas de saúde na população, problemas espirituais e catástrofes naturais (EHRENREICH & ENGLISH, 1984: 15).

De acordo com Perdun e Silva (2009), no século XIX, o poder masculino tomava proporções sem limites, bloqueando as opiniões femininas e dificultando-lhes o crescimento. Porém, o passar do tempo possibilitou vitórias às mulheres e facilitou-se a atividade do trabalho feminino. As mulheres, então, passaram a exercer cargos de liderança, mostrando capacidade e profissionalismo.

Atualmente, as mulheres ocupam cargos de liderança e são responsáveis pelo sustento da família dividindo com os seus parceiros toda a responsabilidade da vida, filhos, trabalho e provimento do lar.

De acordo com Fischer e Marques (2001)

“no campo do trabalho, a exclusão da mulher não encontra explicação nas conjunturas econômicas, pois suas raízes estão fincadas em matrizes diversificadas, a exemplo dos interesses do patriarcado em manter a mulher distante do patrimônio e numa relação hierárquica inferior, imputando-lhe a atribuição de prestar serviço social gratuito, de importante relevância para a sociedade pensada para o homem. A desconstrução dessa forma de exclusão da mulher e sua integração no mundo do trabalho se dão a partir do século XIX por meio do empenho e da luta feminista travada na sociedade mundial”.

A inserção da mulher no mercado de trabalho se dá pela via da filantropia que é usada pela mulher da classe dominante como reação para sair do isolamento do lar. As mulheres dos meios populares reagem ao isolamento do lar buscando alternativas de forma coletiva. Assim, saem juntas para exigir a paz, e como domésticas, denunciam à sociedade seus horários exaustivos, sufocantes já que se dividem entre as tarefas domésticas e a maternidade.

O desenvolvimento de atividades em comunidades onde se encontram mulheres com tempo ocioso e que necessitam ampliar sua renda abre espaço para uma reconstrução já que traz melhorias tanto na qualidade de vida quanto no aumento de renda.

Assim que a mulher percebe sua colaboração na renda familiar, podendo proporcionar a aquisição de novos produtos e serviços à família, percebe também o quanto é capaz e como pode modificar as situações de dificuldades que enfrenta.

Sendo produtiva, a mulher aumenta a auto-estima, se sente segura e compartilha suas experiências com o grupo ao qual pertence. Essa possibilidade de atuação social faz dela um indivíduo mais efetivo nas suas decisões, capaz de escolhas mais elaboradas que lhe garantam uma qualidade de vida melhor.

Neste sentido, a Unidade de Saúde Sebastião Amorim II, por meio de seus profissionais, tem feito uma avaliação de seus usuários, elegendo a faixa etária de mulheres de 30 anos em uso de medicação antidepressiva para desfrutar de um projeto voltado à promoção da qualidade de vida.

Os serviços prestados pela Unidade de Saúde possibilitam diagnosticar e traçar ações para acolher o grupo mencionado de maneira efetiva, contando com parcerias do município e acompanhamento de todos os profissionais que ali trabalham.

Os serviços prestados pelos profissionais da ESF (Equipe de Saúde da Família) são assim distribuídos: ACS: realizam visitas domiciliares, acolhimento, recepção, participação nos grupos operativos HAS/DIA, gestantes, crianças, campanhas de vacinação, educação da população, cadastramento e manutenção de cadastros, identificação de indivíduos e áreas de risco, orientação da população; Auxiliares de Enfermagem: realizam acolhimento, cuidados de enfermagem, cuidados de enfermagem domiciliar, teste do pezinho, vacinação, participação nos grupos operativos de HAS/DIA, gestante, criança, auxiliam na educação permanente; Enfermeiro: realiza acolhimento, consultas de enfermagem, PCCU (prevenção de câncer de colo uterino), planejamento e coordenação da equipe, supervisão, grupos operativos de HAS/DIA, gestantes, planejamento familiar, grupos de crianças, vacinação, cuidados de enfermagem, cuidados de enfermagem domiciliar e educação permanente; Médico: realiza consulta clínica em todas as fases do desenvolvimento, pré-natais, puericultura, atendimento à criança, visitas/consultas no domicílio, grupos operativos de controle de HAS/dia, grupo de gestante, crianças, reuniões de equipe, educação permanente e acolhimento.

Existe ainda uma equipe de apoio a ESF – Equipe de Saúde da Família - formada por dois auxiliares de enfermagem com carga horária de 6h/dia; um agente administrativo com carga horária de 6 h/dia e que cuida de toda a parte burocrática da Unidade de Atenção

Primária à Saúde, envio e recebimento de materiais, protocolos, agendamento de consultas e exames, recepção e acolhimento; um profissional que trabalha como auxiliar de serviços com carga horária de 6h/dia e que cuida do lanche e cafezinho de toda a equipe; dois rondantes com carga horária de 30 h/semanais que se revezam dia e noite, zelando pela segurança e preservação da unidade. Na equipe do NASF – Núcleo de Apoio a Equipe da Família – se encontram mais profissionais como 01 nutricionista que realiza atendimento individual e em grupos e desenvolve com as mulheres atendidas controle de peso, participa dos grupos operativos de HAS, DIA, gestantes e crianças; 01 fisioterapeuta que faz atendimento domiciliar e em grupos, participa dos grupos de HAS, DIA, gestantes e crianças; 01 psicólogo que realiza atendimento individual e em grupos, participa dos grupos operativos de HAS, gestantes e crianças; 01 assistente social que faz atendimento domiciliar, responsável junto a ESF de dar andamento em processos da GRS (Gerência Regional de Saúde), farmácia, regulação, medicação e produtos hospitalares não padronizados, intervenção junto à família em casos de maus tratos a pessoa humana.

A seguir, realizamos uma análise do modelo de atenção à saúde mental, visto que as mulheres participantes do grupo têm diagnóstico de depressão.

Nesta perspectiva, buscamos realizar uma interlocução entre qualidade de vida e saúde mental. Entendemos que saúde mental não pode ser entendida apenas como ausência de doença mental, mas ligada a parâmetros/indicadores de qualidade de vida – trabalho, segurança, habitação, educação, alimentação, lazer, entre outros.

CAPÍTULO II

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS DESDOBRAMENTOS

Ainda que recente, o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira tem uma linha histórica própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ano final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. (Ministério da Saúde, 2005)

“A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens e que se dá em diferentes frentes, em âmbito federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado de serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. É entendida como um conjunto de transformações práticas, saberes, valores culturais e sociais e é no cotidiano dessas instituições, serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, conflitos e desafios”. (Ministério da Saúde, 2005)

Várias ações estão sendo realizadas no sentido de fortalecer o serviço público no acolhimento daqueles que necessitam dos serviços da área de saúde mental. Ações do governo federal, estadual e municipal e também dos movimentos sociais efetivam a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitário. O período atual caracteriza-se por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. Assim, a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal (Ministério da Saúde, 2005).

Oguisso (2008, p. 56) em seu artigo Dimensões ético-legais na assistência de Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica³ registra que

³ Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. Autores: Maguida Costa Stefanelli, Ilza Marlene Kuae Fukuda, Evalda Caçado Arantes (orgs.). Editora Manole, Barueri/SP. 2008.

“A Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 17 de dezembro de 1991, aprovou a Resolução n. 46/119, constante na Declaração da ONU, com os princípios gerais contidos sobre a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental. Foi um marco a época, pois é a única resolução da mais alta Assembléia da ONU que trata de um único grupo de doenças. Por que esse interesse? Talvez porque seja o grupo que mais sofre e sofreu discriminações em todos os tempos e em todos os lugares. Um dos princípios dessa Resolução estabelece que “não haverá discriminação sob alegação de transtorno mental. Discriminação significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos”. Esse mesmo princípio especifica o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos nos principais textos legais internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção de Direitos Civis e Políticos, a Declaração de Direitos da Pessoa Incapacitada, entre outros.”

Ainda de acordo com Oguisso (2008), a OMS estabelece alguns princípios básicos que amparam a legislação sobre saúde mental com o objetivo de proteger os direitos das pessoas acometidas com transtornos mentais. Entre esses princípios, como caracteriza Oguisso (2008, p. 59) se destacam:

- Respeito pelos valores individuais, sociais, culturais, étnicos, religiosos e filosóficos. As necessidades individuais das pessoas afetadas por problemas mentais devem ser efetivamente levadas em consideração;
- A assistência e o tratamento devem ser providos em ambientes com a menor restrição possível. Para isso, a internação hospitalar involuntária deve ser acontecer somente em casos graves em que o cliente represente perigo para si mesmo e para os demais. Cessando essas condições e circunstâncias, o hospital deve providenciar a alta e fazer uma revisão ou reavaliação, independentemente de decisões tomadas por ocasião da internação voluntária;
- A assistência e o tratamento devem ser providos com a finalidade de promover a autodeterminação e a responsabilidade pessoal de cada indivíduo. Para tanto, as pessoas devem ter a oportunidade de poder escolher e tomar decisões sobre o tipo de assistência e tratamento que devem receber. A legislação deve ter como objetivo assegurar que o tratamento somente será imposto em circunstâncias claramente definidas;
- A provisão de cuidados e tratamentos será oferecida para que a pessoa possa atingir seu mais alto nível e bem-estar. Além disso, em termos de qualidade e continuidade da assistência, esse princípio engloba a questão do direito seguro para proteção de sua saúde, sua segurança ou a de terceiros. Não deve haver restrições para contatar amigos e

parentes, exceto em raras situações bem definidas, e deve-se garantir a salvaguarda contra abusos, explorações e negligências.

Conforme registram Lucchese *et al* (2009), muitos domínios científicos e tecnológicos inovadores, que atendem as questões psicossociais estão sendo efetivados e ou descobertos no dia-a-dia dos serviços que superaram a reprodução do fazer e transformam as relações internas de gestão e trabalho. Tais providências se configuram incluem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipamentos do nível especializado de atendimento aos portadores de transtorno mental. Mas, sabe-se que apenas a estruturação de CAPS para atender a saúde mental na perspectiva psicossocial não basta, é necessário que os diversos níveis de atenção à saúde formem uma rede precisa que responda às demandas da saúde mental em co-responsabilidade com a comunidade. Assim, o nível primário de atenção se apresenta como um “espaço” privilegiado para que esse envolvimento ocorra, pois a OMS ao recomendar ações definidoras do modelo de atuação em saúde mental, ressaltou a importância da atenção primária para garantir o tratamento na comunidade.

Conforme Chamma *et al* (2008, p. 48)

“Os CAPS, de acordo com a legislação vigente, são serviços de atenção diária inseridos na comunidade. Neles, são oferecidos desde cuidados clínicos aos transtornos mentais e outros, se houver, até atividades de inserção social do cliente. Nesses centros, são promovidos acesso ao trabalho, ao lazer, aos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e sociais. A equipe do CAPS é composta por psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais, professores de educação física e assistentes sociais.”

A rede de atenção básica à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90. O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo a direção única em cada esfera do governo: federal, estadual e municipal. São princípios do SUS o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos e privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (Ministério da Saúde, 2005).

Compartilhando destes princípios, a rede de atenção à saúde mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2005)

O Ministério da Saúde (2005) conceitua a atenção básica como um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, prestação do cuidado (tratamento e reabilitação) desenvolvidas através do exercício de práticas gerenciais, democráticas e participativas e sanitárias, pautadas numa abordagem transdisciplinar, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver a maioria dos problemas de saúde das populações (de maior frequência e relevância), sendo seu contato preferencial com o sistema de saúde orientado pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. Uma das estratégias mais exitosas na área da atenção básica é o Programa de Saúde da Família (PSF).

De acordo com o Manual de Treinamento Introdutório do Programa de Saúde da Família, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, o PSF – Programa de Saúde da Família – é uma estratégia que se caracteriza pela integração e pela organização das atividades em um território definido. O PSF almeja a reversão do modelo assistencial vigente – é um modelo transformador que busca a qualidade sem se descuidar da quantidade e atua em território determinado.

O SUS é a mais importante e avançada política social em curso no país. Seu caráter público, universal, igualitário e participativo serve de exemplo às demais áreas sociais. Sua proposta de reforma do Estado, democrática e popular, aponta para a construção de uma sociedade justa, equânime, democrática e participativa.

O Ministério da Saúde (2004, p. 15) registra que

“No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.”

Uma das propostas da Reforma Psiquiátrica como processo de inclusão social e promoção da cidadania àqueles que têm transtorno mental é a possibilidade do trabalho como instrumento de reabilitação psicossocial dos usuários dos serviços. Ainda que a rede de atenção à saúde mental aposte na criação de oficinas e cooperativas gerando renda, é preciso debater e fortalecer essas ações que ficam em desvantagem diante de um mercado capitalista.

Para o Ministério da Saúde (2005, p. 37)

“O processo da Reforma Psiquiátrica é um projeto de horizonte democrático e participativo. São protagonistas deste processo os gestores do SUS, os trabalhadores da saúde, e principalmente os usuários e os familiares dos CAPS e de outros serviços substitutivos. Trata-se de um protagonismo insubstituível. O processo da Reforma Psiquiátrica, e mesmo o processo de consolidação do SUS, somente é exequível a partir da participação ativa de trabalhadores, usuários e familiares na construção dos modos de tratar e nos fóruns de negociação e deliberação do Sus (conselhos gestores de unidades, conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde, conferências). Trata-se afinal, do desafio de construir uma política pública e coletiva para a saúde mental.”

Nesta perspectiva, Chamma *et al* (2008, p. 46) destacam que

“O movimento pela Reforma Psiquiátrica cumpre um importante papel nas transformações ocorridas na assistência prestada à pessoa mentalmente doente. Esse movimento é definido como um processo de crítica e de prática, no sentido de se elaborar propostas para a transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.”

A Reforma Psiquiátrica é, sem dúvida, um avanço que garante investimento e comprometimento por parte dos gestores e trabalhadores da saúde para com o tema, mas também é a certeza do reconhecimento da real necessidade de acolhimento e atenção para com as pessoas que são acometidas pelos transtornos de saúde mental.

3.1 PATOLOGIAS E TRATAMENTO

As patologias identificadas com maior frequência nos atendimentos do PSF 32 são identificadas nas consultas e acompanhamentos de pacientes que moram na comunidade atendida. Desta maneira, foram se delineando alguns perfis que possibilitaram agilizar algumas atividades para um melhor acolhimento e acompanhamento dessas pacientes. Assim, hoje o PSF 32 dispõe de um grupo que faz alongamento coordenado pelo Educador Físico, um grupo de controle de peso acompanhado pela Nutricionista, grupos operativos de: HAS, DIA, gestantes, puericultura e também há o atendimento individual com o Psicólogo.

Quanto às patologias, as mais frequentemente identificadas são:

- **Ansiedade:** De acordo com Nardi *et al* (2005, p.131)

“A ansiedade é um sinal de alerta que permite ao indivíduo ficar atento a um perigo iminente e tomar as medidas necessárias para lidar com a ameaça. Em outras palavras, é um sentimento inútil. Sem ela estaríamos vulneráveis ao perigos e ao desconhecido. É algo que está presente no desenvolvimento normal, nas mudanças e nas experiências novas e inéditas.”

O tratamento pode variar conforme o tipo de ansiedade. Além da terapia medicamentosa, também as psicoterapias comportamentais e cognitivas são de grande valor.

- **Obesidade:** Segundo Grando e Rolin (2008, p.562)

“A preocupação com o peso, a forma do corpo e a aparência, cada vez mais evidentes na população adulta feminina, afeta um significativo percentual de crianças e adolescentes. Fatores sociais, associados a outros de ordem psíquica e orgânica, fazem com que os indivíduos adotem comportamentos inadequados, levando, muitas vezes, ao desencadeamento de transtornos mentais graves, como os dos transtornos do comportamento alimentar.”

- **Depressão:** Na opinião de Nardi *et al* (2008, p.120)

“A depressão é uma condição exclusivamente humana e, por conseguinte, seu diagnóstico se faz baseado nas características clínicas que evidenciam as alterações havidas no humor vital do indivíduo e o que o levam a vivenciar alteração qualitativa de suas funções afetivas, cognitivas e intelectivas.”

- **Esquizofrenia:** Para Dalgalarondo (2008, p.327)

“Os sintomas paranóides são muito comuns, como idéias delirantes e alucinações auditivas de conteúdo persecutório. Em alguns casos, observa-se uma desorganização profunda da vida mental e do comportamento, de qualidade diversa à que ocorre nos quadros demenciais ou nos casos de retardo mental grave.”

- **Distúrbios do sono** Conforme Nardi *et al* (2005, p. 167)

“O sono deve ser entendido como atividade nervosa superior, indispensável para a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida dos indivíduos. É um estado normal, regular, recorrente e facilmente reversível do organismo, caracterizado por uma relativa quietude. Tem função de termorregulamentação e de controle de energia.”

Profissionais da área da psiquiatria e psicologia dispõem de estratégias comportamentais reconhecidas e consolidadas no tratamento.

Na pertinência das patologias prevalentes aqui apresentadas e identificadas, o presente estudo dará especial atenção aos casos depressivos de mulheres atendidas no PSF 32.

CAPÍTULO III

A PROPOSTA PARA O PROJETO DO PSF 32

A participação da comunidade nas atividades sociais tem aumentado à medida que a ela é concedida espaço, atenção e, principalmente, momentos de escuta. As pessoas não se preocupam somente em produzir bens e serviços, mas também buscam o bem estar social que valorize o homem de maneira reconhecida.

Quando a comunidade está envolvida em produzir ou prestar serviços, está promovendo a inclusão social e participando do desenvolvimento do local em que vive. São práticas importantes que contribuem para a socialização das pessoas e elevam sua auto-estima.

São muitas as questões sociais no Brasil e, para tanto, iniciativas simples que se concentram em discutir e promover espaços de inclusão e integração social de pessoas devem constar como prioridade para qualquer governo em qualquer instância.

De acordo com o Relatório Anual do Grupo de Trabalho – Saúde Mental e Economia Solidária (Ministério da Saúde, 2006), no item que confere responsabilidades para os Gestores Estaduais e Municipais, o relatório foi feito para

“viabilizar a articulação entre as políticas públicas e as iniciativas de saúde mental e de economia solidária para a criação de empreendimentos econômicos e solidários com a inclusão de pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. “

E ainda

“fomentar e incentivar as iniciativas de geração de renda e trabalho que visem à inclusão social e ativar parcerias para a produção de empreendimentos econômicos e solidários com a inserção de pessoas com transtornos mentais e/ou transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, garantindo os recursos humanos e financeiros para seu pleno desenvolvimento; criar e manter atualizado um banco de dados de experiências de geração de trabalho e renda com a inclusão de pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; promover a criação de espaços de formação de usuários, trabalhadores, gestantes, pessoas e instituições da comunidade, dentre os quais, a formação de multiplicadores em economia solidária e a qualificação profissional; incentivar a incubagem de novos empreendimentos solidários de inclusão; promover o debate público sobre a inserção das pessoas em situação de desvantagem no universo do trabalho na perspectiva da economia solidária e, em particular, das pessoas com a inclusão de pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.”

O PSF em questão tomou a iniciativa de formar grupos das mulheres atendidas na unidade para estimular a socialização e inclusão social como já anteriormente citado, buscando inclusive parcerias em setores do município bem como com a própria comunidade e levantando demandas e necessidades básicas que possam ser minimizadas mediante tais iniciativas.

A Saúde Pública trabalha com o desafio constante em fazer valer o modelo de atenção à saúde e no empenho de preservar o lugar da rede básica como um espaço de trabalho efetivo e valorizado, considerando as ações individuais e coletivas em prol da população.

Fica claro, pois, que as necessidades da saúde vão além dos serviços e tratamentos médicos. Aspectos relacionados à vida, direitos e deveres, determinantes sociais que favoreçam os processos de saúde-doença também constituem caminhos de promoção e inserção social.

Conforme expõe Herrera (2008), a definição sobre saúde amplia-se e se estende para o bem-estar físico, mental e social, pois a saúde só poderá ser atingida em resposta a existência de um contexto de forças e influências sociais, culturais, emocionais e físicas favoráveis, cujos fatores estão interligados e que devem ser considerados por qualquer ação que se destine a solucioná-los.

Vasconcelos (2003) aborda que as estratégias e ações devem ser pensadas e concretizadas, dentro de suas conexões e relações, encaminhando-se para uma prática na Saúde eficiente que introduz profissionais em equipes multiprofissionais, visando o planejamento e avaliação de uma prática na saúde que contribua para ampliar, desburocratizar e garantir o acesso aos direitos. Nesse sentido, essas estratégias e ações facilitam o acesso aos direitos à saúde e contribuem para o efetivo exercício do controle social.

Feitas essas considerações, apresentamos aqui a proposta do projeto que tem como foco o trabalho de inserção social no PSF 32.

A proposta é que os membros da oficina sejam usuárias da área de abrangência do PSF 32, em uso de antidepressivos. A oficina será conhecida como "OFICINA ARTETERAPIA". Na oficina, as usuárias poderão desenvolver habilidades, criar objetos com materiais baratos e recicláveis, artigos que possam ser adquiridos pela própria comunidade. Serão utilizados principalmente materiais recicláveis como garrafas pet, latas, papelão, jornais, revistas, palitos e outros.

Os artigos confeccionados serão temáticos, posteriormente distribuídos pelo próprio grupo à comunidade, atendendo ao calendário de datas comemorativas definidas pelo grupo (Dia das Mães, Dia da Criança, Natal...).

A oficina será espaço também para trabalhos de abordagem psicológica com temas voltados para a auto-estima, família, sociedade e, em pelo menos duas datas no ano (por exemplo, Dia das Mães, Dia Internacional da Mulher), serão desenvolvidas atividades que dêem ênfase aos cuidados com a beleza e o cuidado com o corpo.

Serão convidados para estabelecerem parceria com o grupo: comunidade, entidades da cidade, a própria Secretaria Municipal de Saúde, empresas diversas, comércio local que serão listados pela Equipe de Saúde da Família – PSF 32.

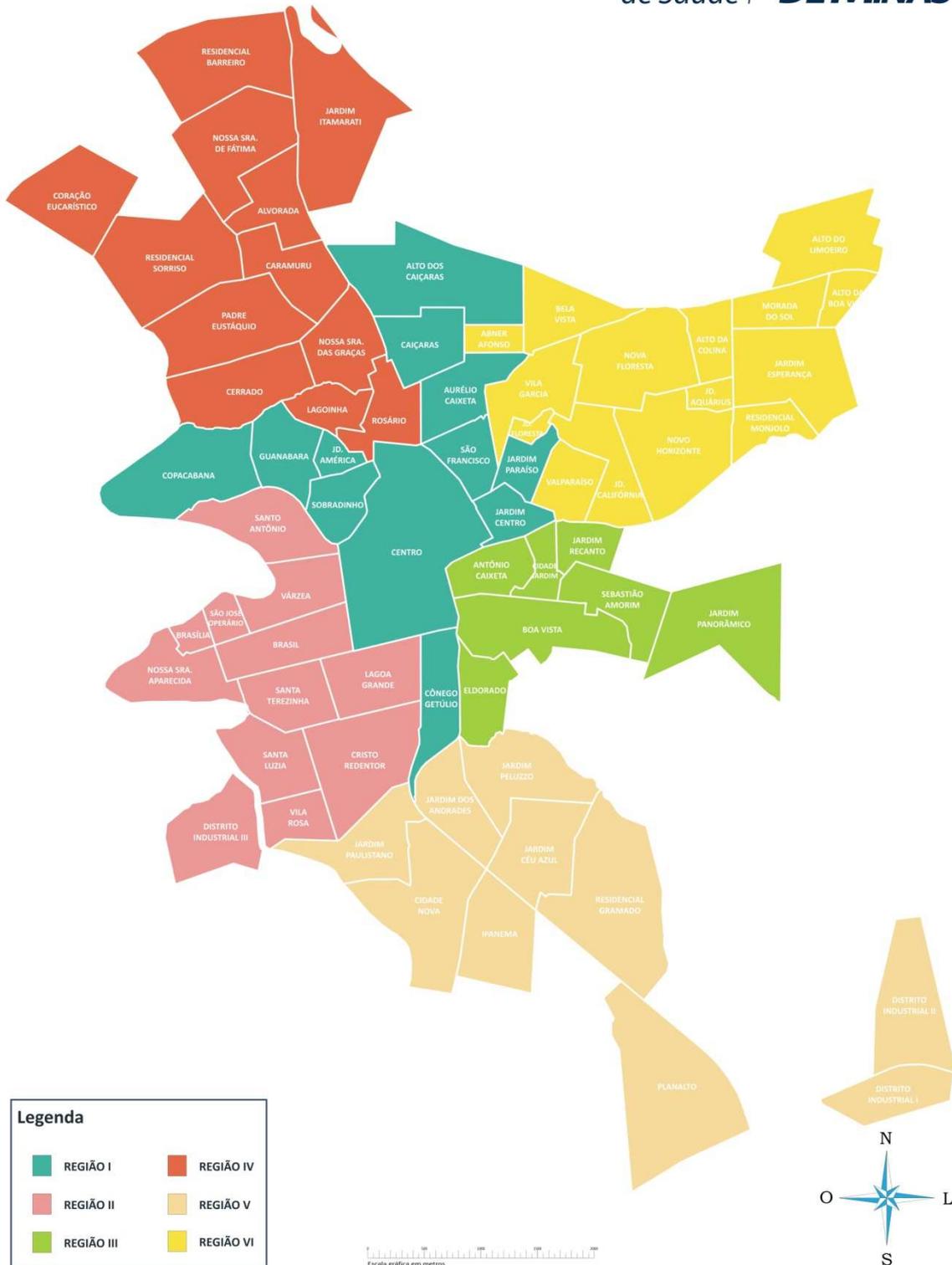
O grupo será composto por 15 mulheres divididas em dois grupos distintos e funcionarão de manhã e à tarde. As mulheres que farão parte dos grupos são, por conseguinte, pacientes do PSF 32 e serão convidadas pela equipe de profissionais. Será pertinente manter o grupo heterogêneo para que as experiências possam ser variadas e possam ser trocadas de maneira a estimular também o entrosamento entre elas. Na medida em que forem surgindo novas vagas no grupo, a equipe de profissionais do PSF 32 definirá, por meio do banco de dados, quem será convidado a participar do grupo usando critérios de risco. Durante um ano, esse grupo será trabalhado, monitorado e avaliado. As mulheres que demonstrarem espírito de liderança e tiverem bom desempenho serão direcionadas para a formação de novos grupos.

O grupo será coordenado pela ESF e contará com o suporte de toda a equipe de apoio (auxiliares de enfermagem, auxiliar de serviços, agente administrativo, NASF). Cada grupo terá um profissional que será o responsável pela organização e acompanhamento do mesmo e será denominado “anjo” do grupo. As atividades paralelas à produção dos artigos serão planejadas semestralmente e as datas para distribuição dos artigos/presentes à comunidade, anualmente. A avaliação do desenvolvimento e progresso do grupo será feito trimestralmente por toda a equipe.

3.2 DADOS IMPORTANTES DA REGIÃO DE SAÚDE ACÁCIA

O quadro abaixo representa toda área urbana do município de Patos de Minas, que foi dividido em regiões para viabilizar o planejamento de ações e intervenções de saúde, o direcionamento de recursos bem como trabalhar a educação permanente dos profissionais de saúde.

REGIÕES DE SAÚDE



FONTE: Coordenadoria da Atenção Básica – SMS Patos de Minas 2010.

3.3 APRESENTAÇÃO DAS REGIOES DE SAÚDE ATENDIDAS PELA SMS – PATOS DE MINAS

Patos de Minas é uma cidade de médio porte, com mais de cem mil habitantes e com muitos bairros. Situa-se na região intermediária do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba. Considerada pólo econômico regional, lidera a microrregião do Alto Paranaíba que é composta por 10 municípios. Com a população de 141.692 habitantes⁴, a cidade ganhou projeção nacional através da Festa Nacional do Milho, realizada no mês de maio, movimentando diferentes setores da economia.

O município se insere entre as 19 maiores cidades do Estado de Minas Gerais, em arrecadação de tributos. Um levantamento feito pelo IPEA, (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas), e publicado pela revista Veja, em 2001, apontou Patos de Minas como o 5º município, em desenvolvimento sócio-econômico, entre 1970 e 1996. Para isso, foram pesquisados 5 mil municípios brasileiros, de 50 a 500 mil habitantes.

Diversos fatores contribuem para o sucesso econômico e social do município. Além da posição geográfica, que facilita a comunicação com os grandes centros comerciais do país, como São Paulo, Uberlândia e Belo Horizonte, facilitando e motivando o desenvolvimento ordenado e a qualidade de vida da população, a cidade é moderna, limpa, bem organizada, de topografia plana e clima temperado. A infra-estrutura, em contínua implementação, é adequada ao recebimento de pessoas e investimentos.

Das ruas da cidade, 99% dispõem de asfalto e iluminação pública. Quase a totalidade dos habitantes (97%) são beneficiados com água tratada, de excelente qualidade, oferecida pela COPASA, cujo sistema de abastecimento, em Patos e Minas, foi premiado por 2 vezes, pela Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental (ABES). O Prêmio Nacional de Qualidade em Saneamento foi recebido também, duas vezes, pela cidade, nos anos de 1999 e de 2002. O sistema de escoamento sanitário atinge 98% da população.

Considera-se a gestão da Saúde como um planejamento dinâmico da assistência, vinculado às ações de promoção e de prevenção de agravos. A organização do Sistema Local de Saúde pautado na divisão de áreas, conforme orientado pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo as diretrizes para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nesse contexto situamos a Atenção Básica que se caracteriza como:

⁴ IBGE/2009

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações”. (Cap I – Dos Princípios Gerais – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA – Série Pactos pela Saúde, v. 4 . 2006)

Assim, a Secretaria Municipal de Saúde de **Patos de Minas** ordenou os territórios dos PSFs por regiões de saúde, numa proposta de situar os processos de trabalho com as áreas contíguas, facilitando o planejamento e a otimização dos recursos assistenciais.

QUADRO 1: Caracterização das regiões de saúde – SMS Patos de Minas

REGIÃO DE SAÚDE	CARACTERIZAÇÃO E ABRANGENCIA
REGIÃO I São duas unidades de saúde, tem a cobertura 100% do PACS.	É integrada pela região Central da cidade e bairros com população de maior poder aquisitivo. Também concentra as principais Unidades Hospitalares, Clínicas e recursos de Saúde.
REGIÃO II São 4 unidades de saúde, 7 Equipes Saúde da Família com 100% de cobertura do PSF.	Região mais populosa da cidade, integrada por bairros mais antigos, boa parte deles margeados pelo Rio Paranaíba. Concentra incidência de violências e situação de pobreza.
REGIÃO III São 2 unidades de saúde, 3 Equipes Saúde da Família e mais uma em implantação. 100% de cobertura do PSF.	Região de crescimento habitacional, novos bairros e bastante populosa. Registra índices de violências, álcool e drogas. É integrada por bairros novos, com população de poder aquisitivo alto.
REGIÃO IV São 3 unidades de saúde, 6 Equipes Saúde da Família e mais uma em implantação. 100% de Cobertura do PSF.	Região de grande crescimento populacional, integrada por áreas antigas da cidade e por novos bairros. Registra índices de violências, álcool e drogas.
REGIÃO V 1 unidade de saúde, cobertura do PACS. São 4 Equipes Saúde da Família planejadas para implantação até 2012. Cobertura 100% ACS.	Região de crescimento, integra os distritos industriais e bairros com população de poder aquisitivo alto. É a região mais distante do centro da cidade.
REGIÃO VI São 4 unidades de saúde e 7 Equipes Saúde da Família, cobertura 100% do PSF.	Região muito populosa, registra alto índice de violências, álcool e drogas. É integrada também por bairros com população de alto poder aquisitivo.
REGIÃO VII São 7 postos de saúde e 40 pontos de atendimento. São 4 Equipes Saúde da Família, 100% de cobertura do PSF.	Região integrada pela zona rural do município. Tem população residente nos distritos e em fazendas, vivem das atividades de agro-pecuária e representam 10% da população do município.

FONTE: Coordenadoria da Atenção Básica – SMS Patos de Minas 2010.

As regiões de saúde, conforme apresentadas acima, são compostas pelos seguintes bairros:

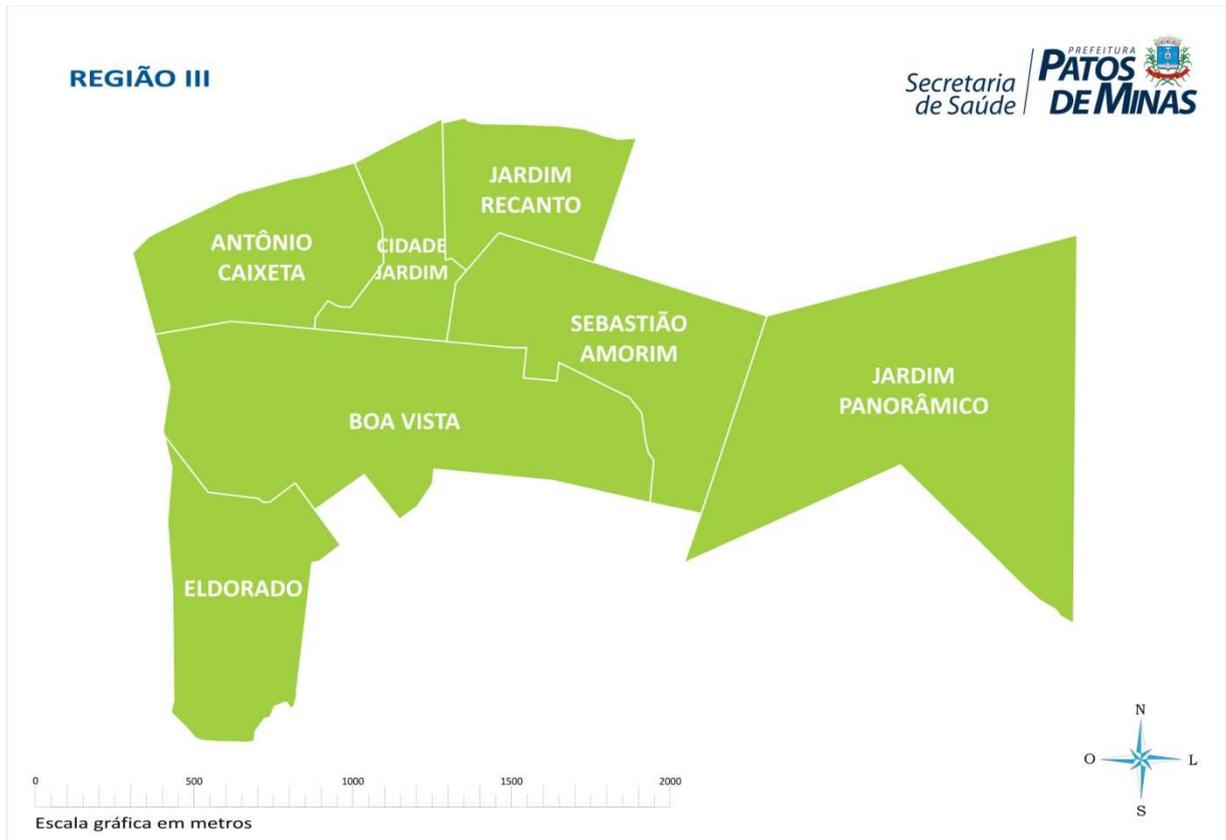
QUADRO 2: Regiões de saúde de Patos de Minas

REGIÃO	BAIRROS	
REGIÃO I	<ul style="list-style-type: none"> • Alto dos Caiçaras; • Aurélio Caixeta; • Caiçaras; • Centro; • Cônego Getúlio; • Copacabana; 	<ul style="list-style-type: none"> • Guanabara; • Jardim América; • Jardim Centro; • Jardim Paraíso; • São Francisco; • Sobradinho.
REGIÃO II	<ul style="list-style-type: none"> • Brasil; • Brasília; • Cristo Redentor; • Distrito Industrial III; • Lagoa Grande; • Nossa Senhora Aparecida; 	<ul style="list-style-type: none"> • Santa Luzia; • Santa Terezinha; • Santo Antônio; • São José Operário; • Várzea; • Vila Rosa.
REGIÃO III	<ul style="list-style-type: none"> • Antônio Caixeta; • Boa Vista; • Cidade Jardim; • Eldorado; 	<ul style="list-style-type: none"> • Jardim Panorâmico; • Jardim Recanto; • Sebastião Amorim.
REGIÃO IV	<ul style="list-style-type: none"> • Alvorada; • Caramuru; • Cerrado; • Coração Eucarístico; • Jardim Itamarati; • Lagoinha; 	<ul style="list-style-type: none"> • Nossa Senhora das Graças; • Nossa Senhora de Fátima; • Padre Eustáquio; • Residencial Barreiro; • Residencial Sorriso; • Rosário.
REGIÃO V	<ul style="list-style-type: none"> • Cidade Nova; • Distrito Industrial I; • Distrito Industrial II; • Ipanema • Jardim Céu Azul; 	<ul style="list-style-type: none"> • Jardim dos Andrades; • Jardim Paulistano; • Jardim Peluzzo; • Planalto; • Residencial Gramado.
REGIÃO VI	<ul style="list-style-type: none"> • Abner Afonso; • Alto da Boa Vista; • Alto da Colina; • Alto do Limoeiro; • Bela Vista; • Jardim Aquários; • Jardim Califórnia; • Jardim Esperança; 	<ul style="list-style-type: none"> • Jardim Floresta; • Morada do Sol; • Nova Floresta; • Novo Horizonte; • Residencial Monjolo; • Valparaíso; • Vila Garcia.
REGIÃO VII	Área Rural	

FONTE: Coordenadoria da Atenção Básica – SMS Patos de Minas 2010.

REGIÃO III

Nesta Região está localizado o bairro Sebastião Amorim, área de abrangência e atuação do PSF 32.



FONTE: Coordenadoria da Atenção Básica – SMS Patos de Minas 2010.

Patos de Minas aderiu à estratégia de Saúde da Família em Junho de 2001, quando foram implantadas 08 equipes do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), com cobertura de 100% da população. Existem ainda no município 04 equipes de PACS.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado em Patos de Minas a partir de Março de 2002, com substituição gradativa das equipes de PACS por Equipes de Saúde da Família (ESF). Atualmente o município conta com 28 equipes, sendo 24 na área urbana e 04 na área rural.

A estrutura física das Unidades de Atenção Primária à Saúde de Patos de Minas foi um dos grandes dificultadores para a ampliação do número de ESF's e ESB's. De abril/2002 a julho/2004, ou seja, em pouco mais de dois anos, foram implantadas 24 ESF's. Em dezembro de 2005 foram implantadas mais 2 ESF's, uma destas em um imóvel alugado e adaptado para

funcionar como unidade de saúde. Além deste, posteriormente mais dois imóveis foram alugados e adaptados, não para a implantação de novas ESF's, mas para oferecer melhores condições de trabalho às equipes já existentes e um melhor atendimento à população adstrita. A implantação da Unidade de Saúde da Família (USF) "**Sebastião Amorim II**" à Rua Durval Caetano Ferreira, 48, Bairro Sebastião Amorim, serviu para abrigar a ESF 32 (Acácia), antes lotada na USF "Adélio Dias Maciel" (Sebastião Amorim) juntamente com a ESF 33 (Rosa) e a equipe do PACS 03.

É importante ressaltar que a proposta de alugar imóveis para que fossem adaptados e funcionassem como unidades de saúde foi discutida e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde. Os conselheiros de saúde e as próprias ESF's encarregaram-se de indicar imóveis para que fossem avaliados pela Vigilância Sanitária, que indicava as modificações que deveriam ser feitas no imóvel para que se assemelhassem minimamente a uma unidade de saúde.

3.4 DIAGNOSTICO SITUACIONAL E TRAJETÓRIA DA ESF 32 (ACÁCIA)

A ESF (Equipe de Saúde da Família) 32 foi criada em 02/03/2004. Funcionaram inicialmente juntas a ESF 32, 33 e o PACS 03 em uma mesma Unidade, com área física insuficiente, deixando a equipe mal instalada e a população mal acomodada e mal atendida. Eram referenciadas em uma mesma Unidade aproximadamente 15.000 pessoas, tendo ainda o empecilho de ser referência de PACS e PSF, confundindo a comunidade quanto ao tipo de atendimento/assistência prestada.

A ESF 32 teve seu redimensionamento em setembro de 2006, para uma nova instalação dentro da área de abrangência da equipe. Foi utilizado um imóvel alugado que foi adaptado para atender as necessidades da equipe, situado a Rua Durval Caetano 48, Bairro Sebastião Amorim.

Compõem a ESF 32: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem e 07 ACS. A ESF conta com uma equipe de apoio composta pelos seguintes profissionais: 02 auxiliares de enfermagem (06 horas/dia), 01 auxiliar de serviços (06 horas/dia), 02 rondantes (trabalho de vigilância noturna), 01 agente administrativo (06 horas/dia) e a Equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), composta por: 01 assistente social, 01 educador físico, 01 psicólogo, 01 fisioterapeuta e 01 nutricionista. Estes profissionais realizam junto à ESF atividades de prevenção, educação e recuperação da população, comparecem na Unidade de Saúde da Família semanalmente por 01 período de 06 horas e se necessário em outros períodos para participação em grupos operativos.

A estrutura física da unidade, apesar das tentativas de adequações, ainda é deficiente ao funcionamento.

3.5 FLUXO DE ATENDIMENTO

O usuário, ao procurar a USF, é acolhido por algum dos membros da equipe e direcionado ao serviço conforme sua necessidade. Os agendamentos das consultas são feitos a cada 20 minutos não causando tumultos no atendimento e insatisfação ao usuário. O acolhimento juntamente com o planejamento permitiu a equipe direcionar melhor seu fluxo de atendimento priorizando os grupos de risco e ainda possibilitou a realização de atendimento imediato retirando grande parcela da população da área de abrangência dos atendimentos realizados na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Os usuários que fazem uso de medicações controladas como, por exemplo, antidepressivos, neurolépticos, antipsicóticos têm suas receitas renovadas a cada dois meses por seis meses. Neste período, o usuário é reavaliado pelo clínico e/ou psiquiatra e, se necessário, será feito um novo agendamento em período orientado pelo médico. O acompanhamento destes usuários na USF, tanto para revalidação de receitas como para acompanhamento psicológico e clínico, e em domicílio pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), permitem a ESF ter a dimensão de número de usuários.

Os grupos operativos são realizados em horários diversificados permitindo a adesão e participação do usuário nos grupos. As reuniões são realizadas na USF e em espaços cedidos pela comunidade, estes espaços são amplos, bem localizados dentro da área de abrangência.

A área coberta pela ESF 32 atinge os bairros Sebastião Amorim I, II e III, parte do bairro Jardim Recanto, com uma população de 3929 pessoas.

A atividade profissional na comunidade é variada, não possui área de pobreza extrema. São referências de espaço social na área de abrangência: 01 igreja católica, 01 creche, 01 igreja presbiteriana, SESI, E. E. Deiró Eunápio Borges, 01 núcleo PROMAN (Fundação Municipal da Criança e do Adolescente de Patos de Minas). Possui uma área comercial bem diversificada com lojas, supermercados, padarias, bares, lanchonetes, moto táxi, feiras de verduras. Possui problemas sociais como pontos de prostituição, alcoolismo, drogas, pobreza, etc.

Os quadros seguintes sintetizam os dados coletados da Equipe de Saúde da Família 32. Os dados foram obtidos a partir de bases de dados secundários - SIAB, ficha A, informações

coletadas pelos ACS e informantes chave da comunidade. Todos os dados demonstrados foram coletados de janeiro a junho de 2010.

3.6 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS – ESF 32

TABELA 1: População segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF 32 Patos de Minas – junho 2010

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO	%
Menor de 1 mês	03	0,07
1 a 11 meses	52	1,32
1 a 4 anos	221	5,62
5 a 9 anos	331	8,42
10 a 14 anos	300	7,63
15 a 19 anos	319	8,11
20 a 24 anos	385	9,79
25 a 29 anos	390	9,92
30 a 34 anos	321	8,17
35 a 39 anos	307	7,81
40 a 44 anos	288	7,33
45 a 49 anos	239	6,1
50 a 54 anos	249	6,33
55 a 59 anos	186	4,73
60 a 64 anos	126	3,2
65 a 69 anos	77	1,9
70 a 74 anos	70	1,78
75 a 79 anos	33	0,83
Acima de 80 anos	32	0,81
TOTAL	3929	100

FONTE: SMS Patos de Minas / Coordenação do PSF/PACS – 2010.

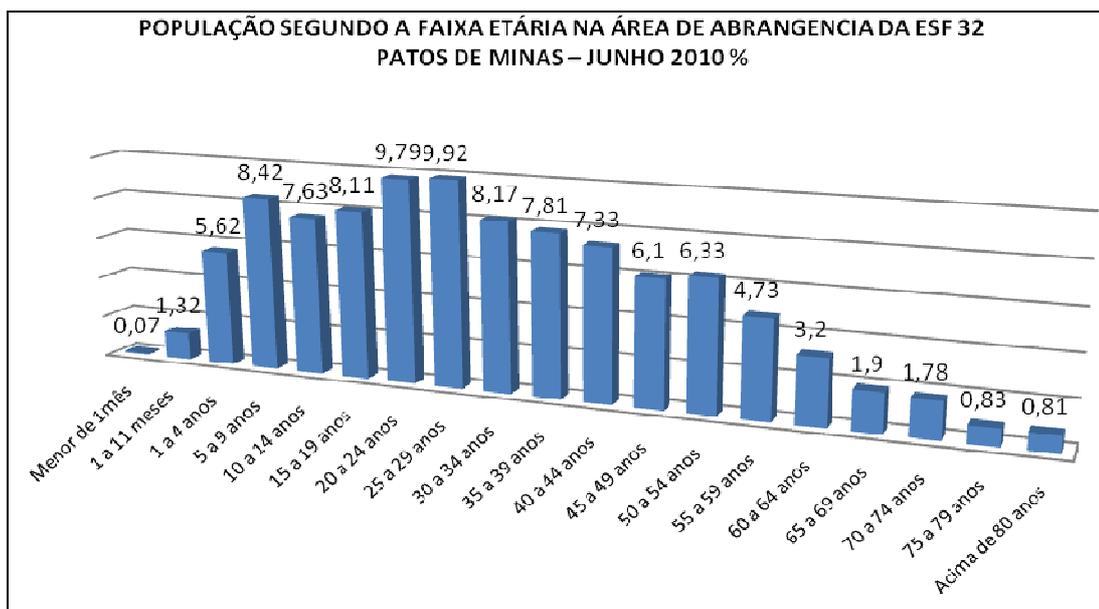


GRÁFICO 1: População segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF 32 Patos de Minas – junho 2010.

TABELA 2: População segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF 32 segundo o sexo Patos de Minas - junho 2010.

FAIXA ETÁRIA	FEMININO		MASCULINO	
	NUMERO	%	NUMERO	%

Menor de 1mês	02	0,09	01	0,05
1 a 11 meses	30	1,48	22	1,2
1 a 4 anos	116	5,72	105	5,5
5 a 9 anos	147	7,25	184	9,6
10 a 14 anos	144	7,10	156	8,2
15 a 19 anos	157	7,74	169	8,8
20 a 24 anos	192	9,47	193	10
25 a 29 anos	204	10,1	186	9,8
30 a 34 anos	156	7,7	165	8,7
35 a 39 anos	168	8,3	139	7,3
40 a 44 anos	163	8,04	125	6,5
45 a 49 anos	132	6,51	107	5,6
50 a 54 anos	137	6,76	112	5,9
55 a 59 anos	92	4,54	94	4,9
60 a 64 anos	69	3,40	57	2,9
65 a 69 anos	42	2,1	35	1,8
70 a 74 anos	39	1,9	31	1,6
75 a 79 anos	17	0,83	16	0,84
Acima de 80 anos	19	0,93	13	0,68
TOTAL	2026	100	1903	100

FONTE: SMS Patos de Minas / Coordenação do PSF/PACS – 2010.

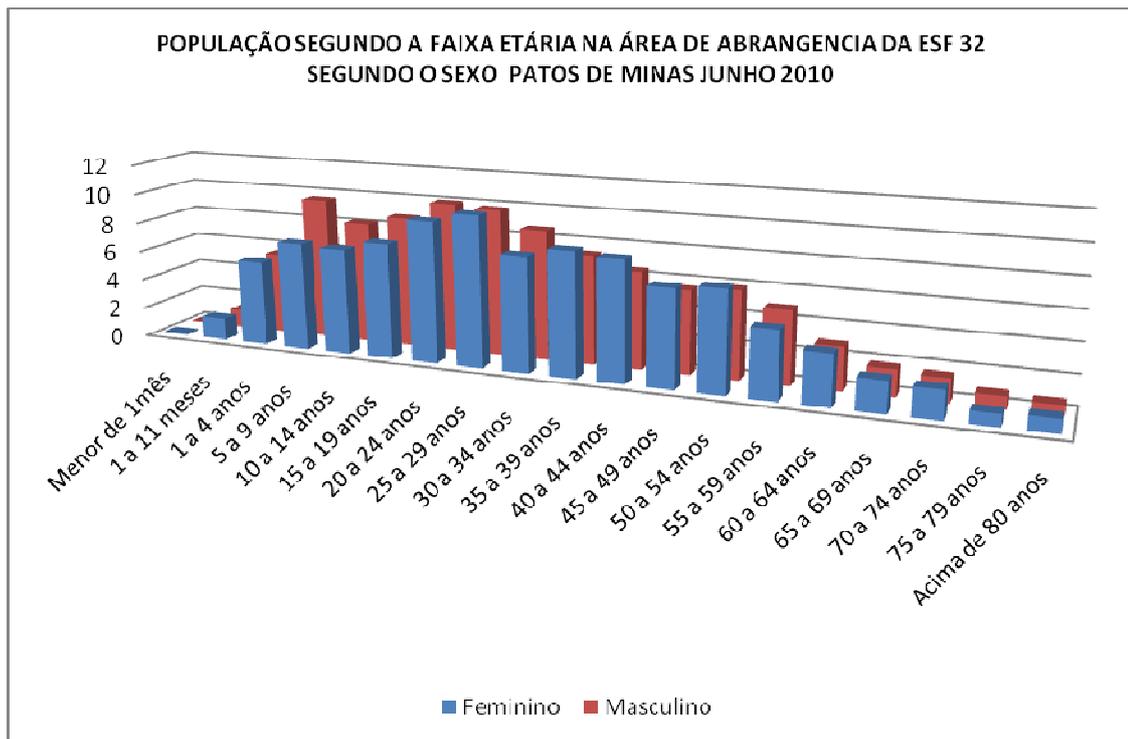


GRÁFICO 2: População segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF 32 segundo o sexo Patos de Minas - junho 2010.

TABELA 3: População segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF 32 por micro área(ma) - Patos de Minas – junho 2010.

FAIXA ETÁRIA	MICRO ÁREAS						
	01	02	03	04	05	06	07
Menor de 1mês	00	01	00	00	01	01	00
1 a 11 meses	05	07	12	07	10	06	05
1 a 4 anos	24	34	32	28	43	31	29
5 a 9 anos	45	57	37	40	53	60	39
10 a 14 anos	37	64	58	67	29	38	07
15 a 19 anos	41	49	57	49	32	41	50
20 a 24 anos	65	51	64	53	67	43	42
25 a 29 anos	51	57	63	39	69	56	55
30 a 34 anos	29	55	48	52	41	54	42
35 a 39 anos	20	63	41	53	40	46	44
40 a 44 anos	24	49	41	49	39	43	43
45 a 49anos	36	30	48	31	33	25	36
50 a 54 anos	45	19	57	25	41	20	42
55 a 59 anos	24	11	21	27	38	25	40
60 a 64 anos	25	09	18	15	21	25	23
65 a 69 aos	06	06	11	15	10	18	11
70 a 74 anos	08	07	17	07	13	11	07
75 a 79 anos	03	01	06	05	05	08	07
Acima de 80 anos	04	02	07	01	04	05	09

FONTE: SMS Patos de Minas / Coordenação do PSF/PACS – 2010.

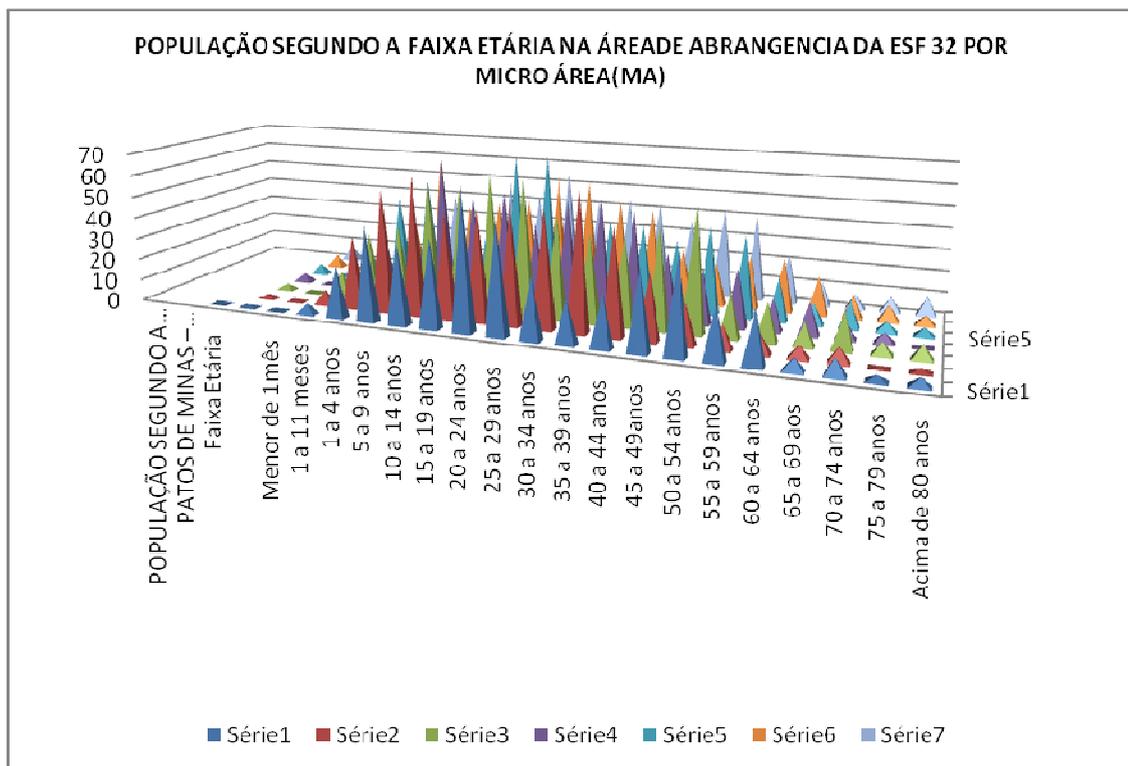


GRÁFICO 3: População segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF 32 por micro área(ma) - Patos de Minas – junho 2010.

Quanto ao aspecto demográfico identificado nas tabelas 01,02 e 03, podemos concluir que a população predominante é a do sexo feminino e em maior número nas faixas etárias de 05 a 09 e 20 a 29 anos.

3.7 ASPECTOS AMBIENTAIS – ESF 32

A estrutura de saneamento básico na comunidade é bem estruturada, salvo os aparecimentos de bueiros entupidos nos períodos de chuva. O lixo é coletado diariamente pelo serviço público Municipal. As moradias são todas de alvenaria, existem algumas construções antigas e em situações precárias. Existe um grande número de habitações que foram financiadas pela COHAB e pela Caixa Econômica Federal (casas populares).

Atualmente, todas as famílias (100%) na área de abrangência da equipe são cobertas por abastecimento de água da rede geral e por instalações sanitárias da rede geral de esgoto.

TABELA 4: destino do lixo segundo modalidade e microárea de abrangência da ESF 32 - Patos de Minas, junho 2010.

MODALIDADE	MICRO ÁREAS						
	MA- 01	MA- 02	MA- 03	MA- 04	MA- 05	MA- 06	MA- 07
Coleta pública	189	193	214	194	215	191	177
Queimado/enterrado	00	00	01	02	00	01	00
Céu aberto	02	00	00	00	00	00	01

FONTE: SMS Patos de Minas / Coordenação do PSF/PACS/FICHA A – 2010.

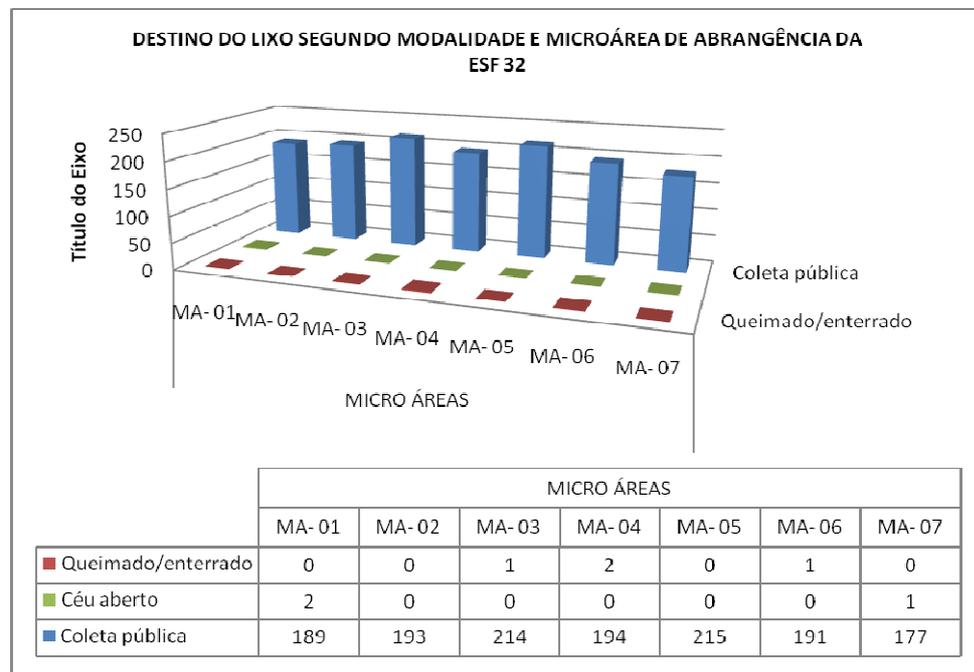


GRÁFICO 4: Destino do lixo segundo modalidade e microárea de abrangência da ESF 32 - Patos de Minas, junho 2010.

Na tabela 04, referente aos aspectos ambientais, o destino do lixo é predominantemente a coleta pública, mas a presença de lixo a céu aberto e queima são pontos de intervenção ainda.

3.8 ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS

A população empregada vive, basicamente, do trabalho nas empresas, comércios, empregadas domésticas, safristas, garis e da prestação de serviços e da economia informal. O número de desempregos e subempregos são baixos.

3.9 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

TABELA 5: Hospitalização por grande grupo de causas da cid 10 na área de abrangência da ESF 32, Patos de Minas – Janeiro a Junho 2010.

Grupo de causa cid 10	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	TOTAL
Parto	05	02	04	08	06	03	28
Doença do aparelho circulatório	03	03	01	01	00	00	08
Doença do aparelho respiratório	00	00	03	04	00	02	09
Cirurgias eletivas	02	05	03	00	01	01	12
Dengue	00	00	00	02	06	00	08
Neoplasias	01	01	00	01	00	00	03
Diarreia	00	01	00	01	00	01	03
Demais causas	09	05	08	00	01	03	26
TOTAL	20	17	19	17	14	10	97

FONTE: SMS Patos de Minas / Coordenação do PSF/PACS/FICHA A – 2010

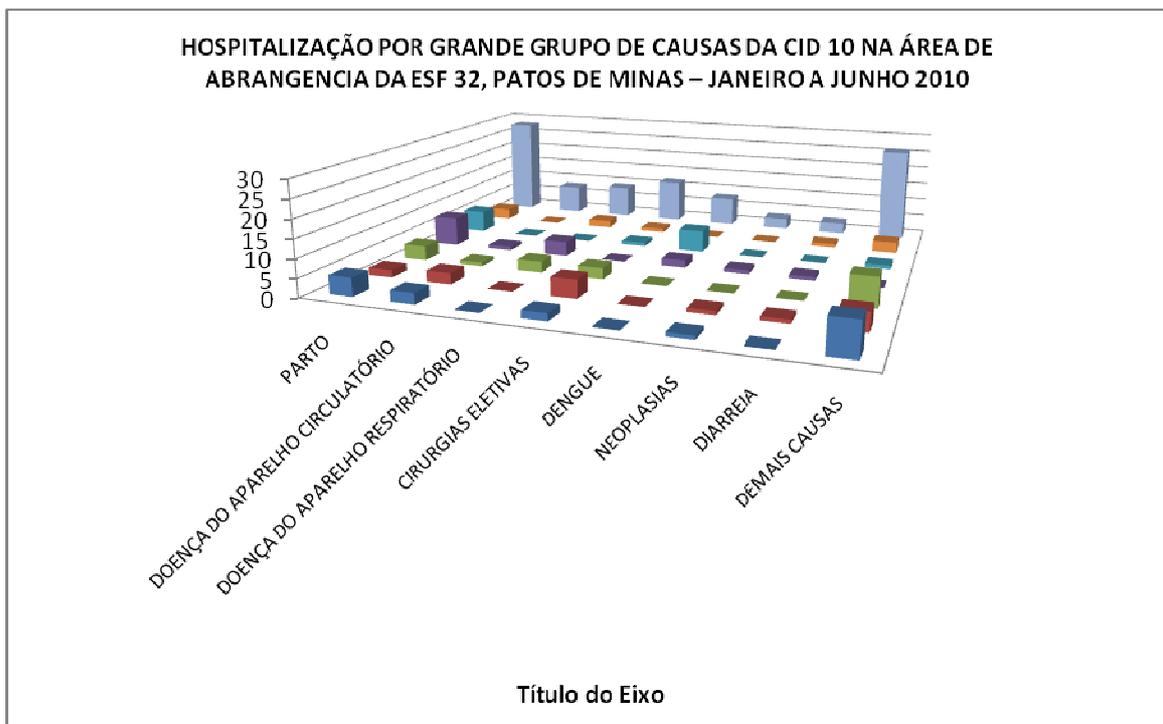


GRÁFICO 5: Hospitalização por grande grupo de causas da cid 10 na área de abrangência da ESF 32, Patos de Minas – Janeiro a Junho 2010.

TABELA 6: Morbidade referida segundo a micro área na área de abrangência da ESF 32 Patos de Minas – junho 2010.

MORBIDADE REFERIDA	MICRO ÁREA							TOTAL
	MA - 01	MA - 02	MA - 03	MA - 04	MA - 05	MA - 06	MA - 07	
ALCOOLISMO	05	01	06	03	06	07	10	38
DEFICIÊNCIA	06	02	04	07	07	01	01	28
EPILEPSIA	05	01	01	01	04	01	02	15
DIABETES	10	18	21	16	19	16	17	117
HIPERTENSÃO	75	54	113	68	111	85	76	582
TUBERCULOSE	00	00	00	01	00	00	00	00
HANSENÍASE	01	00	00	00	00	00	00	01
COLUNA	20	15	08	03	15	07	10	78
NEOPLASIAS	02	04	02	01	00	00	04	13

FONTE: SMS Patos de Minas / Coordenação do PSF/PACS/FICHA A – 2010

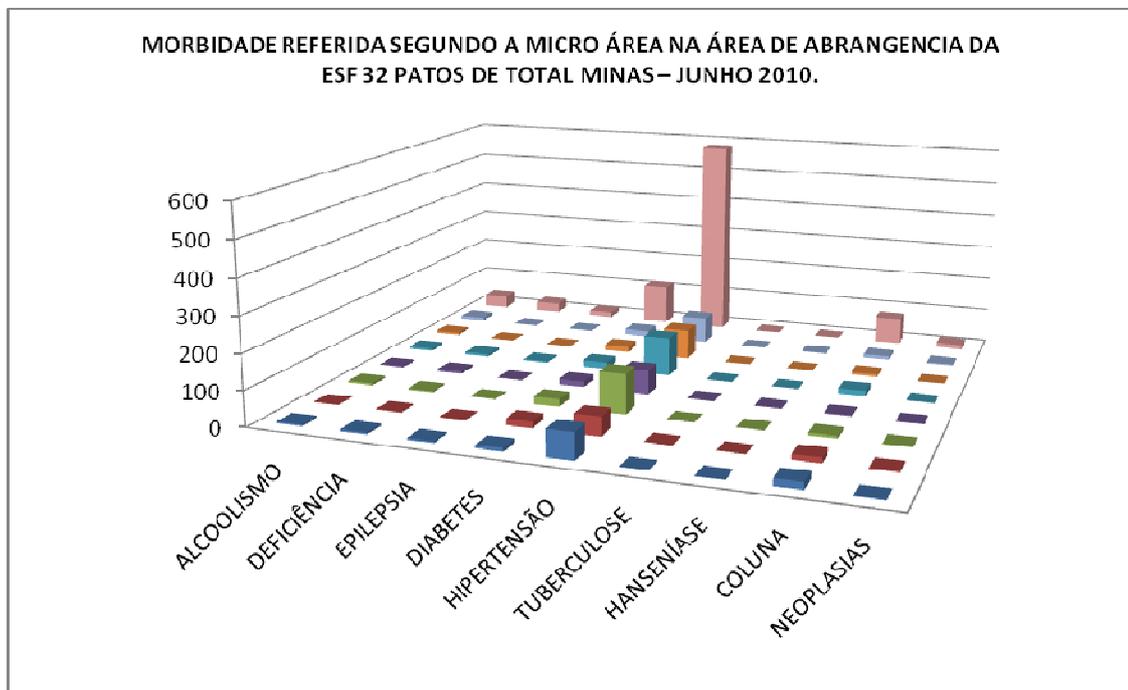


GRÁFICO 6: Morbidade referida segundo a micro área na área de abrangência da ESF 32 Patos de Minas – junho 2010.

As hospitalizações segundo grupo de causas do CID 10 representadas na tabela 05, mostram que doenças do aparelho circulatório estão presentes. Mas considerando-se a existência de 582 hipertensos e 117 diabéticos na área de abrangência como consta na tabela 06, apenas 02 óbitos fora relacionados ao aparelho circulatório como mostra a tabela 08. Podemos verificar ainda na tabela 06 que o número de portadores de neoplasias é considerável, o que desperta a equipe para a intensificação da conscientização de mulheres e homens quanto à prevenção bem como a busca precoce de assistência mediante sinais e sintomas que indiquem a doença neoplásica.

3.10 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Casos notificados e confirmados de janeiro a junho de 2010.

- Hepatite A => 01 caso
- Dengue => 02 casos
- Sífilis => 01 casos

Fonte: Coordenação de Epidemiologia da SMS/Patos de Minas - 2010

3.11 MORTALIDADE

TABELA 7: Óbitos de residentes por micro área na área de abrangência da ESF 32, Patos de Minas – janeiro a junho 2010.

Micro área	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Total
01	-	-	-	-	-	-	00
02	-	-	-	-	-	-	00
03	01	01	-	-	-	-	02
04	01	-	-	-	-	-	01
05	02	-	-	-	-	-	02
06	-	01	-	-	-	-	01
07	-	-	01	-	-	-	01
TOTAL	04	02	01	-	-	-	07

FONTE: SMS Patos de Minas / Coordenação de Epidemiologia – 2010

TABELA 8: Óbitos segundo grupo de causas cid 10, de residentes por micro área na área de abrangência da ESF 32, Patos de Minas – janeiro a junho 2010.

Grupo de causas CID 10	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	TOTAL
Doença do aparelho circulatório	-	01	01	-	-	-	02
Neoplasias	01	-	-	-	-	-	01
Doença do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	-
Acidentes (automobilístico/atropelamento)	03	-	-	-	-	-	03
Demais causas	-	01	-	-	-	-	01
TOTAL	04	02	01	-	-	-	07

FONTE: SMS Patos de Minas / Coordenação de Epidemiologia – 2010

3.12 INDICADORES DE COBERTURA

TABELA 9: Acompanhamento de alguns indicadores de cobertura da ESF 32 - Patos de Minas - janeiro a junho 2010.

INDICADORES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
N de recém nascidos	05	02	04	08	06	03
% RN pesados	100	100	100	100	100	100
% RN peso < 2500 kg	20	50	0	12,5	0	0
% de aleitamento materno exclusivo em crianças de 0 a 3 m	46	65	80	89	83	95
% de < 1 ano com vacinas em dia	100	100	100	100	100	100
% de < de 1 ano desnutrida	0	0	0	0	0	0
Gestantes cadastradas	34	36	39	27	24	33
N de gestantes < 20 anos	05	05	07	03	02	05
% gestantes < 20 anos	14,7	13,8	17,9	11	8,3	15,2
% gestantes acompanhadas	100	100	100	100	100	100
% de gestantes vacinadas	100	100	100	100	100	100
N de gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre	33	34	39	27	24	33

FONTE: SMS Patos de Minas / Coordenação do PSF/PACS/FICHA A – 2010

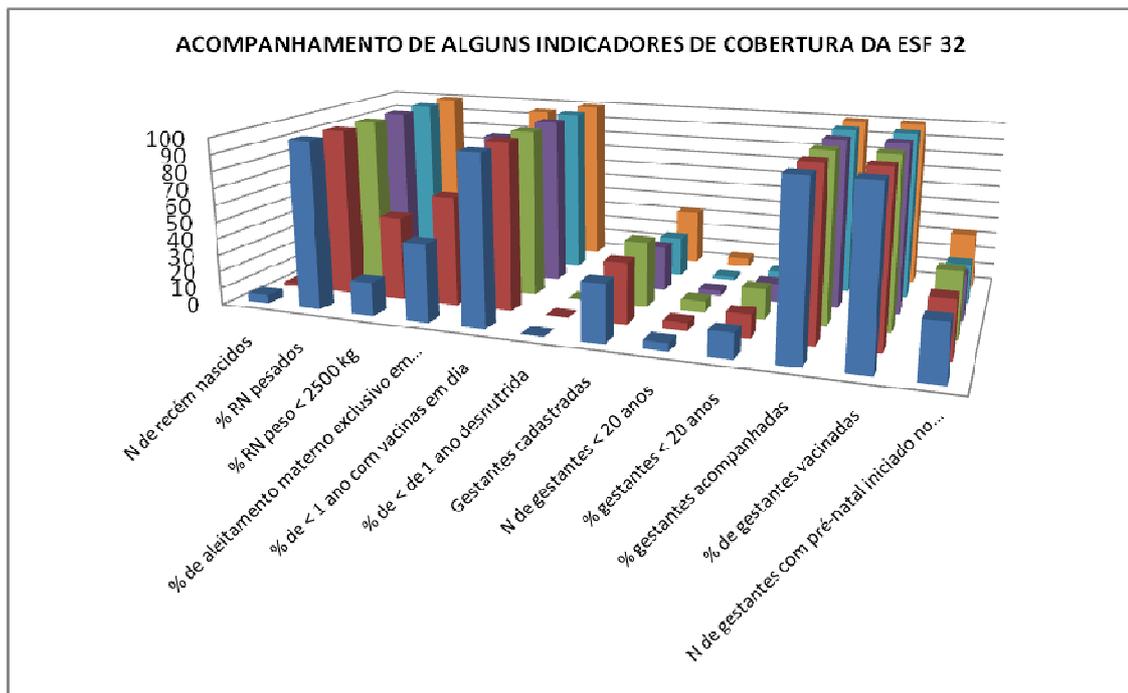


GRÁFICO 7: Acompanhamento de alguns indicadores de cobertura da ESF 32 - Patos de Minas - janeiro a junho 2010.

Na tabela 09 os indicadores de cobertura mostram-se favoráveis quanto ao aleitamento materno, coberturas vacinais e gestantes acompanhadas. A gravidez na adolescência é ponto de atenção da equipe devido ao número considerável de adolescentes grávidas na área de abrangência.

3.13 PRODUÇÃO DA ESF 32

TABELA 10: Consultas médicas e de enfermagem pela ESF 32 - Patos de Minas janeiro a junho de 2010.

INDICADOR	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAIO	JUN.	TOTAL
TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS	353	378	226	326	440	433	2156
TOTAL CONSULTA DE ENFERMAGEM	210	239	243	205	228	279	1404

FONTE: SMS Patos de Minas / Coordenação do PSF/PACS/FICHA A – 2010

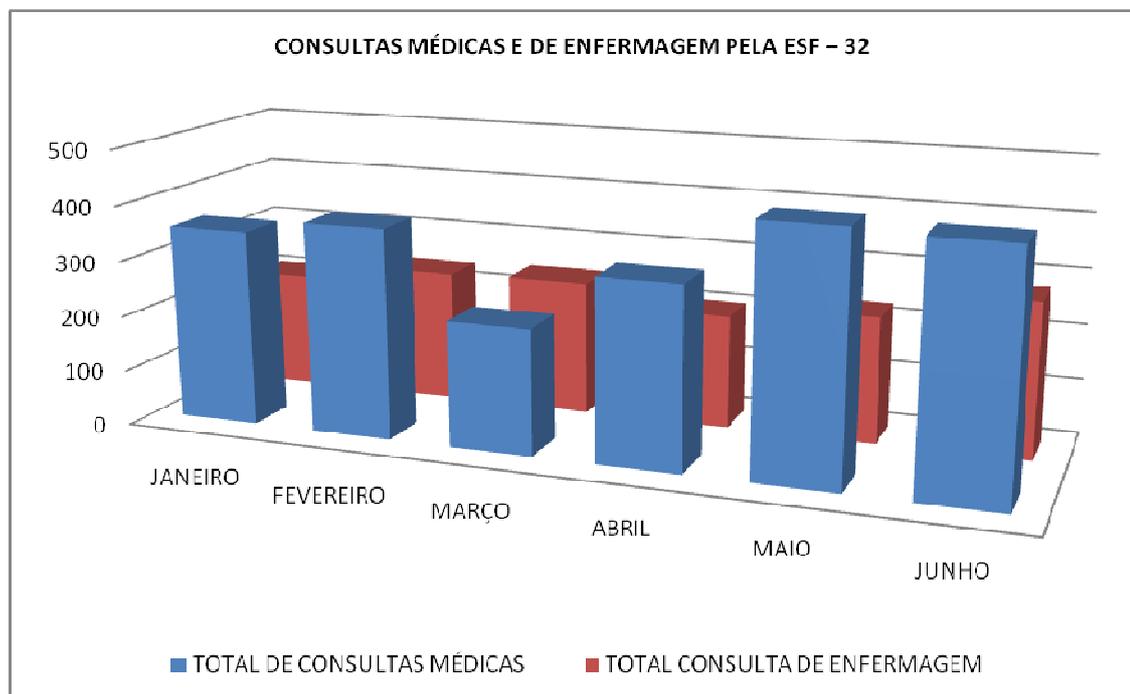


GRÁFICO 8: Consultas médicas e de enfermagem pela ESF 32 - Patos de Minas janeiro a junho de 2010.

TABELA 11: Número de atendimentos aos programas pela ESF 32 - Patos de Minas - janeiro a junho de 2010.

NUM. INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
NUM. PUERICULTURA	26	22	14	18	29	32
NUM. PRÉ-NATAL	46	40	40	38	37	42
N PREVENÇÃO CA DE COLO UTERINO	12	27	51	24	23	29
NUM. DIABETES	27	18	17	24	42	33
NUM. HIPERTENSÃO	65	40	31	56	86	53
NUM. HANSENÍASE	-	-	-	-	-	-
NUM. TUBERCULOSE	-	-	-	-	-	-

FONTE: SMS Patos de Minas / Coordenação do PSF/PACS/FICHA A – 2010

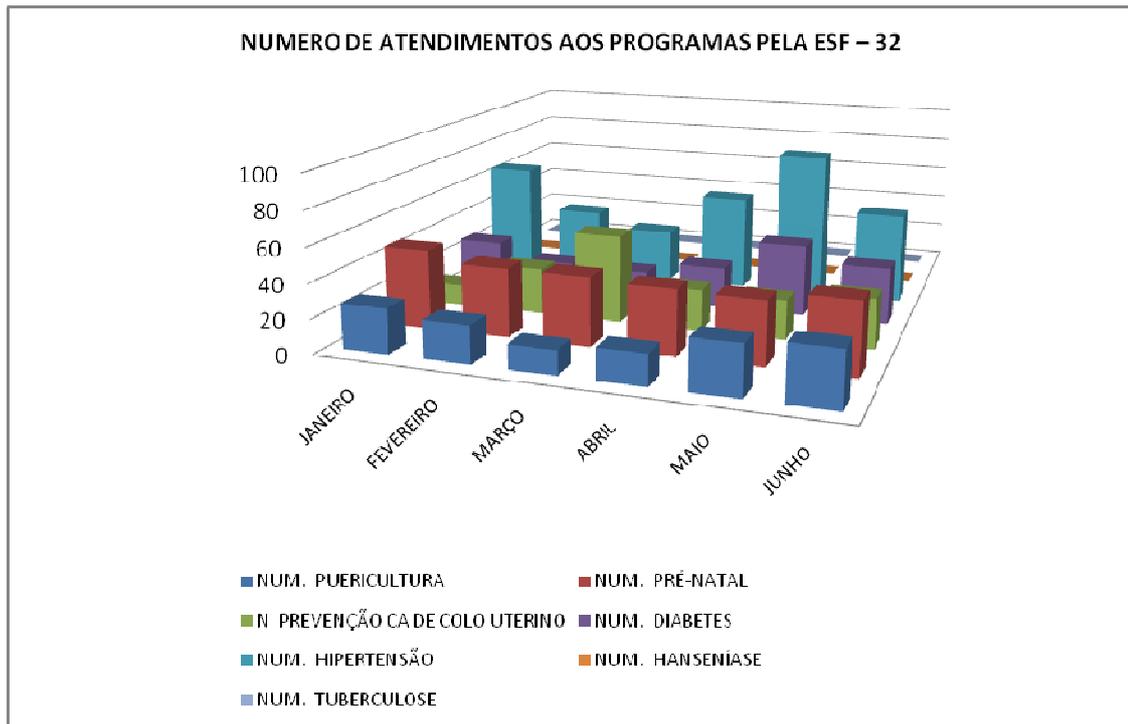


GRÁFICO 9: Número de atendimentos aos programas pela ESF 32 - Patos de Minas - janeiro a junho de 2010.

TABELA 12: Consultas médicas segundo faixa etária, ESF 32 - Patos de Minas - janeiro a junho 2010

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
< 1 ano	12	16	07	12	22	25
1 A 4 anos	24	17	18	28	48	38
5 a 9 anos	18	30	18	15	23	27
10 a 14 anos	08	18	10	09	18	24
15 a 19 anos	23	22	13	14	18	24
20 a 39 anos	121	111	70	107	131	120
40 a 49 anos	51	55	38	46	62	57
50 a 59 anos	52	53	35	51	71	58
60 anos ou mais	44	56	31	41	47	60

FONTE: SMS Patos de Minas / Coordenação do PSF/PACS/FICHA A – 2010

Nas tabelas 10, 11 e 12 é mostrada a produtividade da equipe. Os grupos de hipertensos, diabéticos, crianças e gestantes são organizados, tanto para a parte educativa quanto assistencial, conforme preconização do Ministério da Saúde e proposta do Plano Diretor da Saúde, seguindo as classificações de risco de cada grupo e indivíduo. Apesar de não haver registros específicos quanto a assistência em saúde mental, esta demanda grande assistência clínica, de enfermagem e do ACS. Esta encontra-se em processo de descentralização e a referência especializada ficava a cargo do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). A equipe percebendo esta demanda e preocupada com o uso crescente de medicamentos antidepressivos propõe intervenção como descrito neste trabalho

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida é tema vinculado à questão da saúde, tendo em vista que confere a esta uma valorização a mais no que o ser humano desenvolve como cidadão e agente social.

Ser saudável e interativo implica em ter atitudes positivas no âmbito profissional, familiar e social. Assim sendo, historicamente é possível perceber o quanto a mulher foi deixada de lado, tendo suas vontades e anseios relegados a um segundo plano. Por outro lado, é a mulher que, em casa, fortalece o relacionamento familiar gerenciando os conflitos e, na maioria das vezes, abastecendo afetivamente o núcleo de relações. Em alguns casos, a mulher sofre com a interferência direta em sua vida estando, não ao lado do seu parceiro, mas subjugada às ordens e desmandos deste companheiro que impede sua atuação profissional pelos mais variados motivos.

Inferre-se, pois, que a mulher fica vulnerável a uma condição de doenças e frustrações, limitando-se a servir a casa, deslocando seus objetivos em detrimento de outras questões familiares.

Com uma atividade artesanal ou mesmo participando de grupos sociais, a mulher é capaz de reverter essa condição fortalecendo-se e conquistando uma melhoria de vida que acaba por externar-se à sua família, aos seus relacionamentos, ao seu exercício de cidadania.

O PSF tem como principal propósito reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases substituindo o modelo tradicional. É uma estratégia que prioriza a prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua, levando a saúde para mais perto das famílias. Tem como princípios básicos a territorialização e o cadastramento da clientela, a atuação em equipe multiprofissional, a hierarquização e a integralidade.

O SUS é a mais importante e avançada política social em curso no país. Seu caráter público, universal, igualitário e participativo serve de exemplo às demais áreas sociais. Sua proposta de reforma do Estado, democrática e popular, aponta para a construção de uma sociedade justa, equânime, democrática e participativa.

Contando com a parceria do município e em consonância com as diretrizes do SUS e o atendimento proposto, a unidade de saúde em questão, envolveu a comunidade convidando seus moradores a participarem dos grupos de orientação da unidade de saúde e seus profissionais, promovendo a inclusão social com práticas sociais importantes que incidiram

diretamente na melhoria da auto-estima e qualidade de vida do grupo de mulheres evidenciado nesse estudo.

Aspectos relacionados à vida, direitos e deveres são determinantes sociais que favorecem os processos de saúde-doença e que também constituem caminhos de promoção e inserção social.

A Unidade de Saúde Sebastião Amorim II se propôs a receber e cuidar de sua comunidade de uma forma mais incisiva dando especial atenção a um grupo de mulheres atendidas por seus profissionais. A faixa etária escolhida foi de mulheres de 30 anos e mais em uso de medicação antidepressiva e foi elaborado um projeto voltado à promoção da qualidade de vida.

Os serviços prestados por esta Unidade de Saúde possibilitaram diagnosticar e traçar ações para acolher o grupo mencionado de maneira efetiva, contando com parcerias do município e acompanhamento de todos os profissionais que ali trabalham.

Os dados apresentados neste estudo reforçam a proposta de valorização da qualidade de vida na comunidade da Unidade de Saúde Sebastião Amorim II por se tratar de uma comunidade carente, mas que vem aos poucos, se organizando e reconhecendo seu potencial com poder social de reverter a vida das pessoas que moram, trabalham e estudam ali.

O nível de comprometimento que os gestores demonstram para com a proposta aqui desenvolvida mostra que, por meio de práticas simples, de orientação adequada, de um trabalho contínuo de atualização de dados e feito com atenção e respeito são fatores que se firmam como pilares para que a sociedade, como um todo, possa se servir da solidariedade para reverter, em definitivo, as diferenças sociais, a diminuição dos agravos e doenças e descortinar, de vez, a capacidade que o ser humano tem de se reinventar e conquistar seu espaço social, por direito.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Atlas, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4)

BRASIL. Relatório Anual do Grupo de Trabalho – Saúde Mental e Economia Solidária Ministério da Saúde, 2006.

COELHO, Virginia Paes. **Trabalho e maternidade no cotidiano de professoras do ensino superior**. Disponível em: [http://www.cibs.cbciss.org/arquivos/TRABALHO E MATERNIDADE NO COTIDIANO DE PROFESSORAS DO ENSINO SUPERIOR.pdf](http://www.cibs.cbciss.org/arquivos/TRABALHO_E_MATERNIDADE_NO_COTIDIANO_DE_PROFESSORAS_DO_ENSINO_SUPERIOR.pdf). Acessado em 20.07.2010.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

EHRENREICH, B., ENGLISH, D. **Dolencias y transtornos: politica sexual de La enfermedad**. Barcelona: Dones, 1984.

FISCHER, Izaura Rufino; MARQUES, Fernanda. **Gênero e exclusão social**. Fundação Joaquim Nabuco. n.113, agosto, 2001. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/tpd/113.html>. Acessado em: 25.07.2010.

HERRERA, N. A. Serviço Social: objetivos, funções e atividades em uma unidade sanitária. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 10, n° 02, jun/2008.

IBGE CIDADES. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

LUCCHESI, Roselma; OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; CONCIANI, Marta Ester, MARCON, Samira Reschetti. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25. n° 9, Set/2009.

MORI, Maria Elizabeth; COELHO, Vera Lúcia Decnop; ESTRELLA, Renata da Costa Netto. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, set/2006, Brasil.

NUNES, Portela; Romildo Bueno. NARDI, Antônio Egídio. **Psiquiatria e Saúde Mental**. São Paulo: Atheneu, 2005.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Recife: Editora Bagaço, 2005.

PATOS DE MINAS. Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

PERDUN, Fernanda; SILVA, Denise Abatti Kasper. IX Congresso Nacional de Educação. III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. **Inclusão Social das Mulheres Catadoras**: atividade reciclável artesanal como forma de valorização do ser humano e seu potencial. PUCPR, out. 2009.

SANTOS, Antonio Raimundo. **Metodologia científica**: a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

SILVA, M. A. D. da. Exercício e qualidade de vida. In: GHORAYEB, N., BARROS, T. **O exercício**: preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos sociais e preventivos. São Paulo: Atheneu, 1999.

STEFANELLI, Maguida Costa; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae; ARANTES, Evalda Cançado (Org.). **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri/SP: Manole, 2008.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.