

PROJETO SAÚDE SABER

RESUMO

A distância na relação médico-paciente, entre o que é a doença e sua representatividade para o paciente, constitui barreira à efetivação do tratamento. O pouco entendimento do paciente a respeito do que ocorre consigo mesmo limita sua atuação, seus direitos civis, criando-se ambivalência entre o que a medicina dita e o que o povo sabe que é bom.

Com intuito de maximizar a relação médico-paciente e dar um maior respaldo às demandas humanas do adoecer, e ao futuro médico no conhecimento de seus pacientes, este projeto atribui, por meio de aulas com método diferenciado, conhecimento aos pacientes atendidos pelo Programa de Saúde da Família, possibilitando uma relação ética efetiva e confiante, dando potencial de escolha e responsabilidade aos pacientes seja com sua saúde física, social ou comunitária; amplificando o poder de abrangência do paciente para consigo mesmo e incentivando parcerias junto às secretarias de saúde e às instituições de ensino superior em saúde para possibilitar um maior empreendimento do futuro profissional em saúde coletiva, bem como viabilizar a aquisição de informações capazes de mobilizar o poder público em suas diretrizes de saúde, dando voz afinada aos que pouco concebiam a saúde como direito adquirido. O método didático atinge qualquer comunidade, sendo dirigido àquelas marginais aos potenciais legislativos do SUS, capacitando em longo prazo que estes setores carentes exerçam amplamente sua cidadania na interface da prática de saúde e a Lei. Objetivamos, contudo, que toda reivindicação baseie-se em responsabilização social e individual partindo do entendimento das morbidades que afetam a comunidade.

INTRODUÇÃO

A reação humana frente à perda da saúde é bem conhecida; a fuga como tentativa de amenizar a ameaça é representada pelas fases de reação à possibilidade de morte¹, não poderíamos então tentar empreender um tratamento efetivo sem antes saber o que é o poder da doença sobre o paciente, traduzida pela solidão e desamparo que traz à tona o sentimento de impotência ressaltado pelo medo da morte, o processo mais solitário de um ser humano. Esta fragilidade que nos chega desnuda ao consultório é a base de realização de uma boa relação médico-paciente, a qual deve suprir as demandas de desamparo do doente, que uma vez seguro, adere ao tratamento e faz deste uma realidade efetiva ao caminho de volta à saúde e, portanto, ao bem estar social². A adesão do paciente ao tratamento depende em grande parte da visão que o próprio paciente tem a respeito de seu processo de adoecer, o que nos remete ao seu conhecimento acerca da morbidade que o afeta, e também de seu conforto em relação à efetividade do tratamento que está recebendo o que nos leva à relação com o seu médico. Na maioria das vezes, o tempo de uma consulta médica não é o suficiente para que as dúvidas e anseios possam ser discutidos e resolvidas³, contribuindo para uma maior densidade ao ar que carrega a atmosfera terapêutica, refletindo no entendimento entre o paciente e sua doença entre o médico e a bagagem sócio

cultural daquele que busca apoio e sobretudo um alívio para um momento tão solitário⁴.

Com este projeto, procuramos dar um respaldo maior às demandas assistenciais do homem dentro do adoecer, bem como do futuro médico no conhecimento de seus pacientes e suas potencialidades, atribuindo, por meio de aulas com método diferenciado, ministradas por acadêmicos do quarto ano médico e grupos de discussão, conhecimento aos pacientes atendidos pelo Programa de Saúde da Família em Marília-SP, possibilitando uma relação ética efetiva e um tratamento correto. Além disso, dando a possibilidade de escolha e responsabilidade aos pacientes, não somente com sua saúde física, mas também com sua saúde social, cultural e comunitária. Validamos assim, os princípios do SUS, de universalidade, igualdade e equidade e iniciamos uma política de saúde popular para a promoção, proteção e recuperação da saúde como direito de todos como prevê a Constituição Federal de 1989, seção II, art. 196. Não se trata de implementar e defender o paternalismo terapêutico, mas de coadjuvar responsabilidades e amplificar o poder de abrangência do paciente para consigo mesmo⁵.

2.Diagnóstico de saúde

Com base nas necessidades populacionais e na divisão de assistência social previstas no Art.203 da seção IV da Constituição federal, elegemos a família, a maternidade, a infância e adolescência, e a velhice como focos de promoção de saúde e interação comunitária individual e coletiva a terem prioridade à obtenção de informações e esclarecimentos de interesse de saúde individual e coletiva abrangendo promoção, preservação e recuperação de sua saúde. Para termos controle sobre a efetividade da proposta de educação e responsabilização social, utilizamos questionários prévios à execução das aulas (anexo 1, 2 e 3), e para fomentar a participação foram feitas parcerias com a associação de moradores da comunidade local, com a secretaria municipal de saúde (SMS) e companhias farmacêuticas, de forma a estabelecermos: datas para os encontros junto às reuniões de comunidade, crédito de participação nas aulas com certificados emitidos posteriormente a cada participante, bem como conclusão com um pedágio de saúde anual, patrocinado pelas indústrias envolvidas e secretaria municipal de saúde consistindo na mensuração dos índices de saúde geral e na verificação de novo questionário (anexo 4, 5 e 6) para ser analisado junto ao primeiro como meio de avaliação do serviço prestado. A metodologia das aulas permite um entendimento amplo do adoecer e pode ser ministrada por aluno de medicina ou enfermagem às comunidades de qualquer lugar do país, inclusive indígenas e as com grande disparidade social, o que traduz equidade como princípio básico. Fomentando parcerias de responsabilidade social às secretarias de saúde municipais e às instituições de ensino superior em saúde possibilitando um maior empreendimento do futuro profissional em questões de saúde pública⁶.

2.1 Implementação didática para adesão ao tratamento

Foram elaboradas aulas com metodologia própria que consiste em comparar as morbidades com fenômenos naturais de conhecimento geral, com os seguintes temas: hipertensão arterial (comparando os danos crônicos em órgãos-alvo à cheia de um rio, que lesiona as margens em seu percurso), diabetes (comparando

a insulina ao adubo necessário ao desenvolvimento de uma planta e um solo encharcado com baixa penetrância ao adubo ao diabetes tipo 2 e um adubo sem qualidade ao diabetes tipo 1), Obesidade e ansiedade e, por fim, Síndrome plurimetabólica (quando o solo encharcado está mais disponível a ler lesado numa cheia do rio), em período de quatro meses e especialmente dirigida para adultos maiores de 20 anos e idosos, estimulando um controle posterior da qualidade alimentar, índice de massa corpórea (IMC), controle glicêmico para diabéticos e bons níveis de triglicérides e colesterol. Cada aula teve cerca de 20 minutos de duração com discussão com a comunidade, a SMS forneceu-nos equipamento de data show o que tornou a abordagem dinâmica e interessante para os ouvintes; ao final da série de aulas, foi feito um pedágio de saúde na área de abrangência do PSF, consistindo de medida da pressão arterial, da glicemia de jejum por glicosímetro (fornecido pela iniciativa privada), cálculo do IMC, índice cintura-quadril, além de entrega de panfletos sobre orientação alimentar.

Para as Gestantes foram realizadas quatro aulas em dois meses com a mesma metodologia enfatizando peso gestacional, alimentação e diabetes (recapitulando a mesma árvore agora com uma trepadeira dependente dela), hipertensão e crescimento fetal (reconsiderando a cheia do rio e quedas d'água simbolizando a placenta), e, depressão pós-parto; foi aplicado questionário com 10 questões, anterior às aulas, e após, com 8 questões. Para adolescentes, foram feitas quatro aulas em dois meses, abordando os temas, depressão e ansiedade: seus reflexos comportamentais (explorando violência, furtos e drogas de abuso), escolaridade e trabalho atrelados ao futuro (como transformar o futuro através do comportamento), DST e sexo (amor, vida e morte num só ato). Posteriormente foi ministrado questionário de 16 questões, e estimulado discussão com agente capacitado dentro de grupos com vínculo social, já implantados na comunidade, como o grupo de futebol e o de Hip-Hop.

2.2 Local de implantação:

PSF 11 - Figueirinha: 352 famílias = 2229 pessoas

Grupos de discussão e aulas à livre demanda.

Estimativa de presença mínima: saúde do adultos: 300 pessoas, saúde da mulher: 150, saúde do adolescente: 100 pessoas. As pessoas que se submeteram a responderem os questionários assinaram termo de consentimento e tiveram garantido seu anonimato (anexo 7).

2.3 Análise do retorno pedagógico da apreensão multicausal

Foi aconselhado às pessoas que participaram das aulas de saúde do adulto e que tivessem hipertensão, diabetes ou obesidade, a manterem seguimento de controle de PA (três vezes /semana), anotações de ingesta em quantidade e tipo de alimentos (posteriormente classificados pela equipe do PSF segundo a pirâmide alimentar) em duas semanas, sendo uma no início das aulas e outra antes do fechamento com o pedágio de saúde, afim de avaliarmos a repercussão a curto prazo do projeto.

As consultas de pré-natal foram suficientes como fonte de dados para o seguimento das gestantes dentro do oferecido pelo projeto.

Aos adolescentes, foi pedido que fizessem na primeira aula, um desenho, ou frase que manifestasse aquilo que mais queriam realizar na vida e na última aula foi pedido sob a mesma forma que manifestassem o que significa qualidade de vida.

O resultado desde a abordagem, confere um caráter mais humanístico ao projeto, respaldando mais um resultado sobre a demanda psico-social que uma constatação de inferências matemáticas. Traduzindo o poder de repercussão do projeto a longo prazo.

3.Resultados esperados e obtidos:

Até a data de envio deste projeto, havia sido implantados somente os termos para saúde do adulto. Obtiveram-se resultados animadores quanto à resposta ao tratamento no que se refere à adesão, seguimento das condutas médicas previamente subjugadas pelos pacientes, além de repercussão evidente em promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas através de clara conscientização e responsabilização partindo da comunidade (aferida em questionário), como prevêem os princípios de saúde coletiva. A análise da resposta às aulas, através dos questionários demonstrou, em todos os casos, a deficiência de informação compatível com o nível de assimilação individual, o paciente tem tido seu interesse e conhecimento sobre sua doença desdenhados pelo sistema de saúde, e essa carência repercute na política de direitos à saúde.

3.1Prosseguimento, resultados a serem alcançados:

Nesta primeira etapa de implantação do projeto foi realizada, (com apoio da SMS), capacitação dos agentes comunitários de saúde para que o prosseguimento das aulas fosse feito em Grupos de discussão mensal formados a livre demanda com duração de 15 minutos tutelados por agentes comunitários de saúde e assistidos por profissional de saúde, médico, dentista e enfermeira. O treinamento de agentes de saúde foi realizado por alunos do curso médico, semanalmente, com carga de uma hora por agente por semana, permitindo a este entender as dúvidas que possam ser levantadas e a partir delas buscar informações baseado em evidência ou no mínimo na experiência do profissional que o assiste. Cada grupo de discussão pôde ser construído com base nos grupos de trabalho que já haviam sido implantados dentro da dinâmica do PSF. Assim, os ACS com afinidade para determinado grupo e assunto podem ser catalisador do processo. Julgamos que um ano a seis meses de realização de grupos de discussão mensais ou semanais respectivamente, são suficientes para determinar a adesão e continuidade no projeto das pessoas envolvidas; a partir deste tempo, as bases estruturais poderiam permitir que os moradores mais envolvidos, tornassem "monitores voluntários da saúde coletiva", o que implementaria a racionalidade do SUS e das Conferências de saúde municipais bianuais, contribuindo para uma melhoria da efetividade no cumprimento das medidas legislativas que estruturam o Sistema Único de Saúde e elevando à máxima potência o conceito de responsabilização social.

CONCLUSÃO

Este projeto viabiliza a aquisição de informações capazes de transformar a política de saúde e vigilância sanitária em meios pelos quais se concretizam a sociedade, dando o teor de dignidade combatente capaz de inspirar a busca de aspirações e direitos que movem o poder público em suas diretrizes de saúde, dando voz afinada aos que pouco poderiam encarar a saúde como direito adquirido. O meio

didático das aulas atinge com precisão qualquer comunidade, sendo especificamente dirigido àquelas marginais aos potenciais legislativos do SUS, capacitando a longo prazo que estes setores carentes da sociedade possam exercer amplamente sua cidadania dentre as frestas que separam a prática de saúde da Lei. Objetivamos contudo que toda reivindicação possa ter base numa responsabilização social e primeiramente individual começando do entendimento das morbidades que afetam a comunidade.

**FICHA TÉCNICA
INSTITUIÇÃO**

Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA

PROFESSOR (A) ORIENTADOR (A)

Dr. Ivan de Melo Araújo

ALUNO (S) RESPONSÁVEL (IS)

Raquel Teixeira Yokoda

ALUNO (A) RESPONSÁVEL PARA CONTATO

Raquel Teixeira Yokoda

Rua Lourival Freire, 45 - apto 202 - Fragata

Marília - SP

Cep: 17519-050

Tel: (14) 423.7764

E-mail: yokoda@famema.br