

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

PROGRAMA SAÚDE da FAMÍLIA

CADERNO

3



EDUCAÇÃO PERMANENTE

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Departamento de Atenção Básica

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

PROGRAMA SAÚDE da FAMÍLIA

Caderno 3

Educação Permanente

Brasília
2000

© Ministério da Saúde.

Permitida a reprodução desde que citada a fonte.

1ª edição, junho de 2000.

Tiragem: 15 mil exemplares

Edição, informação e distribuição

Ministério da Saúde

Secretaria de Políticas de Saúde – SPS

Departamento de Atenção Básica – DAB

Esplanada dos Ministérios, bloco G, 7º andar

Cep: 70058-900 – Brasília – DF

Tels: 61 321-3452 e 315-2546

Fax: 61 226-4340

E.mail: cosac@saude.gov.br

Organizador da série :

Milton Menezes da Costa Neto

Coordenação geral:

Maria Fátima de Sousa

Equipe de elaboração

Texto:

Maria Fátima de Sousa e Milton Menezes da Costa Neto – DAB/SPS/MS

Revisão

Ana Franklin e José Batista Cisne Tomaz – consultores

Ana Luiza Vilas Bôas, Maria Arindelita Neves de Arruda, Maria Leopoldina de Castro

Villas Boas, Maria Rita C. Dantas, Marcus Vinícius Quito – DAB/SPS/MS

Coordenação gráfico-editorial:

Sônia Rocha

Projeto gráfico e editoração:

Divanir Junior – MTb 4536/014/49v/DF

Imagens capa: Equipes de Saúde da Família nos municípios de Sobral (CE), Aracaju (SE), Criciúma (SC) e Teresina (PI). Arquivo do DAB/SPS/MS.

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Produzido e impresso com recursos do Projeto UNESCO 914/BRZ/16 – Desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil.

Ficha Catalográfica

Educação Permanente/Milton Menezes da Costa Neto, org. Brasília:
Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde,
Departamento de Atenção Básica, 2000

32 p.

Educação Permanente. Caderno 3.

1. Saúde da família. I. Costa Neto, Milton Menezes da. II.
Secretaria de Políticas de Saúde. III. Departamento de Atenção Básica.
IV. Brasil. Ministério da Saúde

SUMÁRIO

Apresentação	5
Prefácio	7
Introdução	9
Processo de Educação Permanente	11
Refletindo sobre algumas pedagógicas	15
Discutindo três linhas metodológicas	17
Anexo	21

APRESENTAÇÃO

A experiência brasileira com o modelo de atenção voltado para a Saúde da Família tem proporcionado mudanças positivas na relação entre os profissionais de saúde e a população, na estruturação dos serviços de saúde e no padrão de assistência à saúde oferecida à população pelo sistema público de saúde.

Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, os profissionais das Equipes de Saúde da Família necessitam de programas e conteúdos que os possibilitem desempenhar suas atribuições, cada vez mais próximos das necessidades de saúde da população.

O Ministério da Saúde vem ampliando sua parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para o desenvolvimento de Saúde da Família, através dos Pólos de Capacitação, de modo a intensificar o processo de qualificação em serviço dos profissionais que compõem as equipes. A publicação da série *Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família* representa, assim, um complemento a este trabalho desenvolvido pelos Pólos de Capacitação. Seu objetivo é reunir conteúdos e informações técnicas pertinentes aos protocolos e rotinas de trabalho das Equipes de Saúde da Família, sob os enfoques operacional, gerencial e conceitual. A elaboração de cada título conta com a participação da respectiva área programática do Ministério da Saúde, caracterizando um importante esforço de articulação.

Ao lado da instrumentalização técnica dos integrantes da unidade básica de Saúde, os *Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família* possuem também a tarefa de indicar, em linhas gerais, os limites de responsabilidade dos níveis de atenção no sistema, delimitando o apoio diagnóstico e terapêutico necessários ao nível básico da atenção e às unidades de referência específica.

Claudio Duarte da Fonseca
Secretário de Políticas de Saúde

PREFÁCIO

Saúde da Família representa uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Um dos seus principais objetivos é gerar práticas de saúde que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas, práticas essas cujo desenvolvimento exige profissionais com visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade na qual ela está inserida.

A educação permanente das equipes de Saúde da Família constitui importante estratégia para desenvolver a reflexão crítica sobre as práticas dessas equipes. No entanto, para que haja um processo dialético entre os saberes dos profissionais e os saberes da comunidade, é preciso que o projeto de educação permanente esteja orientado para a transformação do processo de trabalho, englobando as necessidades de aprendizagem das equipes com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores da comunidade.

Dando seqüência à série *Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família*, este terceiro volume aborda a educação permanente das equipes com o objetivo de oferecer os fundamentos básicos para o desenho de um projeto de educação permanente. Ao lado desses fundamentos, reúne também um conjunto de conteúdos programáticos por ciclo de vida para orientar gestores e gerentes na construção de um projeto de educação permanente adequado às necessidades e realidades que fazem parte do dia-a-dia das equipes de Saúde da Família.

Investir em Saúde da Família é investir em quem faz. A qualificação crescente dos profissionais das equipes irá se refletir na maior qualidade da atenção oferecida à população, possibilitando-lhe melhores condições de saúde e de qualidade de vida.

Heloíza Machado de Souza

Diretora do Departamento de Atenção Básica



INTRODUÇÃO

A estratégia Saúde da Família representa uma concepção de atenção à saúde focada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde envolvidos, os indivíduos, suas famílias e suas comunidades. Com isso, criam-se condições que conduzem à construção de um novo modelo de atenção à saúde mais justo, equânime, democrático, participativo e solidário.

No entanto, não se pode conceber a reorganização das práticas de atenção à saúde, sem que, de forma concomitante, se invista em uma nova política de formação e num processo permanente de capacitação dos recursos humanos.

O profissional da equipe de Saúde da Família precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolve ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação. Um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na Promoção da Saúde. E para que isto aconteça, é preciso uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la e estimular sua participação.

Todas essas atribuições deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente, através do acompanhamento de indicadores de saúde da área de abrangência. Ciente de que os sistemas de saúde não dispõem hoje de um número satisfatório de profissionais com este novo perfil, o Ministério da Saúde vem investindo, através do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde, em Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente para Saúde da Família, com o objetivo de articular o ensino e o serviço, estimulando-os a reformarem seus cursos de graduação e a implantarem programas de pós-graduação (Especialização e Residência em Saúde da Família).

Ao lado dos investimentos nos Pólos de Capacitação, o Departamento da Atenção Básica coloca à disposição dos técnicos responsáveis pela capacitação de equipes de Saúde da Família, propostas de curso introdutório e de implementação de projetos de Educação Permanente, com o objetivo de buscar dar respostas imediatas às crescentes demandas de capacitação dos profissionais que atuam no PSF.



PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

O processo de desenvolvimento de um programa de Educação Permanente – EP implica na reflexão sobre a conjuntura e as contingências institucionais, sob o ponto de vista ético e político. Assim, deve ser concebido dentro das premissas básicas de ser um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo. Em suma, saberes, habilidades e valores deverão ser apropriados pela equipe no contexto do trabalho, para que ela possa desempenhar suas atividades, de forma satisfatória para todos – profissionais e comunidade.

A educação permanente desempenha sua função, quando está envolvida numa prática de transformação, que traduz uma teoria dialética do conhecimento, como um processo de criação e recriação, desenvolvendo a reflexão crítica sobre sua prática/trabalho.

A produção de conhecimentos em saúde caracteriza-se, então, como um processo gerado no trabalho, fundamentalmente participativo, já que resulta da confrontação de diferentes e complementares experiências entre a equipe de saúde e a comunidade.

Assim sendo, as necessidades de aprendizagem das equipes do PSF deverão coincidir com seus conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, elementos essenciais para a resolução dos problemas identificados nas áreas de abrangências. Nessa perspectiva, tem-se preconizado que o processo educativo não deve ser considerado um momento particular da vida acadêmica, e sim, um investimento na formação para o trabalho, onde o mesmo possa definir as demandas educacionais.

A Educação Permanente – EP deve ter como objetivo central a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde.

A Equipe de Saúde da Família, ao mesmo tempo que forma um novo campo de conhecimento e ação, através da troca de idéias e experiências pessoais e profissionais, deve respeitar as formações individuais ou especialidades de cada um de seus membros. Tal aspecto visa evitar indefinição de competências, na medida em que cada um tem suas responsabilidades profissionais e institucionais¹.

Diante da escassez, no mercado de trabalho, de profissionais com perfil para atuar no Saúde da Família, impõe-se o desenvolvimento de programas consistentes de educação permanente, voltados à superação dos problemas encontrados no cotidiano do exercício

¹ A formação de uma equipe de saúde não se faz pela mera reunião de pessoas em um dado local, mas pela articulação entre as funções a serem desempenhadas por um determinado conjunto de profissionais que, de diferentes formas, encontram-se ali para consecução de objetivos comuns.



profissional. Tal situação não pode ficar sob responsabilidade exclusiva do sistema de saúde, mas deve ser compartilhada pelas instituições de ensino.

É importante reforçar que o processo educacional precisa estar centrado no trabalho, buscando a competência profissional, com repercussões favoráveis sobre a qualidade do atendimento à população.

Assim, o horizonte para a educação permanente é a efetiva concretização dos princípios do SUS. Avançar nesta direção significa não só ampliar e aprofundar as reflexões, mas sobretudo revertê-las em ações concretas, disseminando os conhecimentos desenvolvidos.

Espera-se, pois, que o processo de educação permanente funcione, como fonte de conhecimento, e como objeto de planejamento e transformação das práticas de Saúde da Família.

O planejamento de um processo de educação permanente precisa estar adequado às necessidades loco-regionais, utilizando todos os recursos potenciais, especialmente o aparelho formador de recursos humanos.

Definindo os objetivos

O processo de educação permanente para a estratégia de Saúde da Família objetiva:

1. melhorar a qualidade dos serviços, mediante um processo educativo permanente e comprometido com a prática do trabalho;
2. aumentar a resolutividade das ações frente aos problemas prevalentes;
3. fortalecer o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família;
4. fortalecer o compromisso com a saúde da população por parte dos membros da equipe.

Definindo etapas para o desenho de um Projeto de Educação Permanente

O desenho de um projeto de educação permanente para as equipes de Saúde da Família deve incluir, de maneira simplificada:

1. levantamento das necessidades da comunidade e dos profissionais;
2. elaboração dos objetivos de aprendizagem;
3. seleção de conteúdos ou temas;
4. definição dos métodos e técnicas de ensino-aprendizagem;
5. organização seqüencial do currículo/grade programática;
6. definição das atividades;
7. execução do programa com contínua avaliação do processo e dos resultados.



Levantando as necessidades da comunidade

Este é um passo fundamental na proposta de construção de currículos voltados para a comunidade. Esta proposta, denominada internacionalmente *community-oriented education* vem sendo desenvolvida por diversas instituições de ensino em todo o mundo, interligadas em rede, apresentando resultados promissores na melhoria da qualidade do processo de aprendizagem.

É importante conhecer também o perfil dos futuros treinandos, que geralmente apresentam graus diferentes de necessidades de aprendizagem em termos de conhecimentos e habilidades.

Elaborando os objetivos de aprendizagem

Com base nesses levantamentos realizados, é possível elaborar os objetivos de aprendizagem que permitam aos alunos terem clareza sobre o que se espera que eles aprendam durante o treinamento; é possível também acompanhar e avaliar o grau de alcance destes objetivos, ao final de cada etapa e do curso como um todo.

Selecionando conteúdos e temas

Esta seleção deve ser coerente com os objetivos de aprendizagem definidos anteriormente. No Anexo I, sugere-se uma série de conteúdos programáticos, por ciclo de vida, que podem contribuir para o desenvolvimento do projeto de EP. Outros conteúdos devem ser agregados de acordo com as necessidades locais.

Identificando métodos e técnicas de ensino-aprendizagem

Neste processo de identificação, é preciso considerar o tipo de aprendizagem esperado. Por exemplo: se o objetivo é a aquisição de conhecimentos de fatos, normas, legislação, uma aula expositiva ou estudo dirigido de um texto poderão ser suficientes. Mas, se o que se espera for aquisição de uma habilidade, um treinamento prático seria mais indicado. Se o objetivo for adquirir conhecimentos que exigem formulação, análise ou reflexões mais complexas, metodologias problematizadoras serão mais apropriadas.

Organizando a seqüência curricular/grade programática

A organização do currículo deve seguir uma lógica que facilite o processo de aprendizagem. Por exemplo: alguns conteúdos são pré-requisitos para a entrada de outros. Outro referencial para a estruturação lógica do currículo/grade programática é a seqüência em que as atividades devam ocorrer, na prática dos cursos.



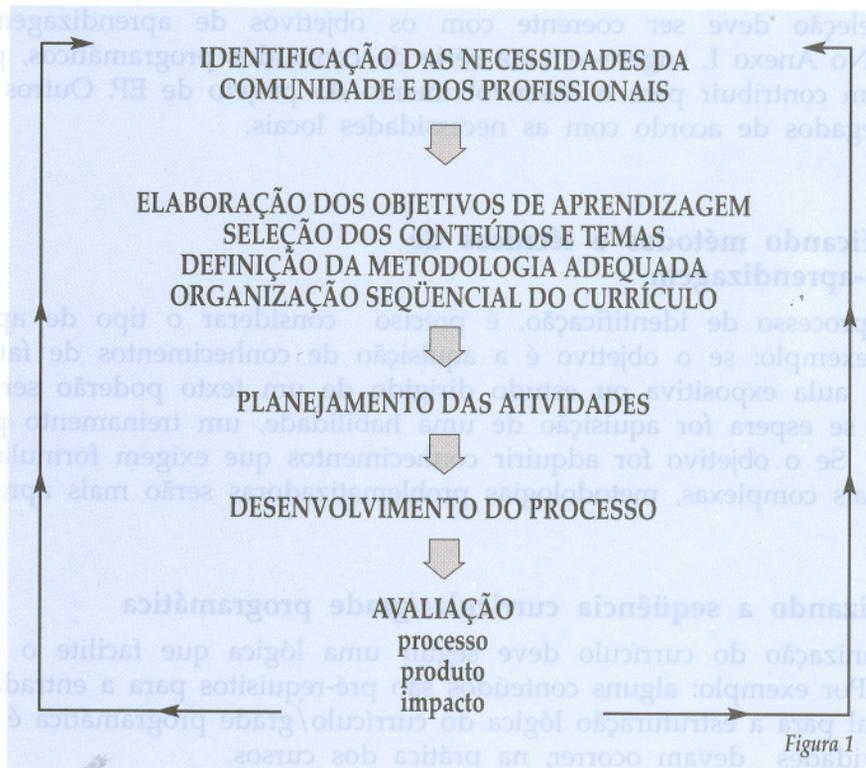
Planejando as atividades educacionais

Nesta etapa, é importante elaborar um cronograma, prevendo os recursos humanos, materiais e financeiros necessários, bem como definir um plano gerencial para acompanhamento da execução físico-financeira do projeto/cursos.

Avaliando os alunos

Finalmente, é fundamental estabelecer um sistema de avaliação dos alunos, que pode ser formativa ou certificativa. A avaliação formativa é realizada durante o curso e tem como objetivo aferir o desempenho do aluno, sem atribuir nota. A avaliação certificativa, ao contrário, é realizada no final de uma unidade ou ao final do curso e tem por objetivo aprovar ou não o aluno.

Veja na *Figura 1*, a seguir, uma representação gráfica das etapas para o desenho de um Currículo:





REFLETINDO SOBRE ALGUMAS LINHAS PEDAGÓGICAS

Para uma proposta de mudança do modelo de atenção à saúde, que visa uma mudança estrutural, uma metodologia de ensino baseada apenas em repasse de informações é inócua. Tal proposta pedagógica, denominada de *Pedagogia de Transmissão*, baseia-se no princípio de que as idéias e as informações são os aspectos mais importantes da educação. Sendo assim, ao aluno, visto como "página em branco", cabe receber o que o professor ou a bibliografia tem a oferecer.

Normalmente, esta proposta pedagógica leva o aluno a adotar atitudes passivas e pouco críticas diante dos fatos, restringindo-o à simples memorização do que lhe foi transmitido, através de um processo repetitivo de apropriação do conhecimento. Constatase, também, um significativo hiato entre a teoria e a prática, dificultando a aplicação das novas informações à realidade do aluno.

Frente aos desafios de construção de um novo modelo, baseado na família, pretende-se preparar um profissional apto a construir seu conhecimento e apropriar-se das novas teorias e práticas. Enfim, um profissional capaz de desenvolver, ao longo de sua carreira, um processo permanente de auto-aprendizagem. Nesse processo, deve haver uma preocupação rotineira desse profissional e das equipes em identificar problemas críticos de sua realidade de trabalho e buscar soluções apropriadas.

Os cursos ligados à estratégia de Saúde da Família deverão estar embasados na estratégia de integração ensino-serviço, com momentos de concentração e dispersão, utilizando procedimentos de análise, reflexão crítica, síntese e a aplicação de conceitos, sempre voltados para a efetiva construção do conhecimento, através do estímulo ao permanente raciocínio clínico e epidemiológico, seja para questões individuais ou coletivas.

O modelo que mais se adequa ao processo de educação permanente das equipes de Saúde da Família baseia-se na chamada Pedagogia da Problematização e o ponto de partida deste modelo é o repensar a própria prática (Figura 2).

Refletindo sobre metodologias

Linhas metodológicas, adequadas à capacitação de profissionais identificados com o modelo de atenção à saúde da família, precisam ter algumas características básicas:

- serem centradas no estudante;
- levarem em consideração o contexto no qual o estudante vai aplicar seus conhecimentos;
- desenvolverem a capacidade do aluno para identificar e resolver problemas;
- proporcionarem aptidão para o auto-aprendizado;
- permitirem a troca de experiências entre os alunos;



- estabelecerem que o instrutor seja mais um facilitador do processo de aprendizagem do que um mero transmissor de informações;
- desenvolverem um processo de avaliação capaz de dar um "feedback" tanto ao aluno como à coordenação e instrutores com o objetivo de aperfeiçoamento contínuo do processo de ensino-aprendizagem

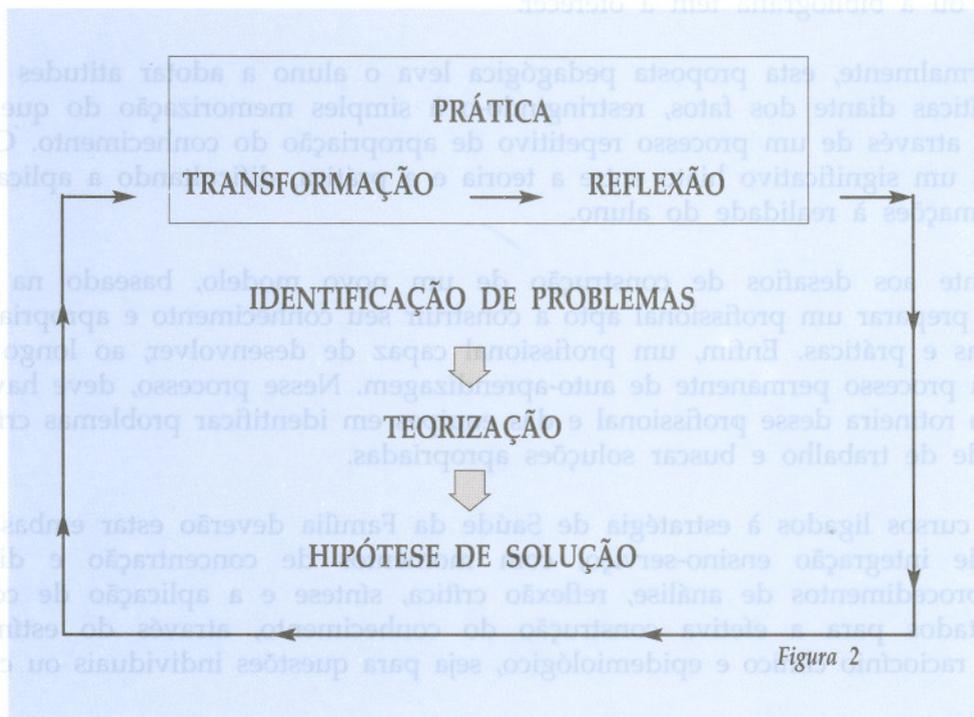


Figura 2

Além de observar estas características, é importante que a metodologia adotada viabilize um amplo acesso por parte dos profissionais a serem capacitados. Um exemplo é a educação à distância que tem demonstrado ser uma estratégia bastante promissora para treinar um grande contingente de profissionais, mesmo dispersos por um amplo território, democratizando o acesso aos programas educacionais.



DISCUTINDO TRÊS LINHAS METODOLÓGICAS

A Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL), a auto-instrução e a educação à distância podem ser utilizadas isoladas ou conjuntamente:

◆ Metodologia de Aprendizagem Baseada em Problemas

Um dos problemas enfrentados pelos profissionais do setor saúde, após sua formação básica ou especializada, é a dificuldade da aplicação na prática dos conhecimentos adquiridos, ao enfrentarem casos concretos do cotidiano profissional.

Diversos estudos educacionais, realizados em várias partes do mundo, vêm revelando que, apesar de um possível elevado conhecimento teórico sobre os efeitos causais, o diagnóstico correto e o tratamento adequado de diversas patologias, ou seja, a aplicação de tais conhecimentos, na prática, está acompanhada de uma considerável insegurança. A teoria foi apreendida, mas sua aplicação encontra-se limitada. É a realidade típica de um processo de aprendizagem baseado exclusivamente na transmissão do conhecimento.

A metodologia de aprendizagem baseada em problemas está voltada para possibilitar ao estudante, qualquer que seja seu nível de escolaridade, construir seu conhecimento de tal forma que o capacite a resolver problemas práticos e a manter-se num processo permanente de aprendizado auto-dirigido.

Para tanto, faz-se necessário que, durante o aprendizado, o aluno seja colocado diante de situações-problemas, para que, a partir delas, ele possa construir "árvores de opções", através de uma linha lógica reflexiva, chegando aos procedimentos adequados para cada realidade apresentada. Tais procedimentos, identificados como necessários, deverão estar embasados pelos conceitos que já foram apropriados anteriormente pelos alunos e pelos outros que surgirão ao longo do processo de estudo.

Diversos estudiosos e pesquisadores em metodologia de ensino vêm apontando, como condição fundamental para um adequado processo de aprendizagem, a presença concomitante de três aspectos²: 1) o resgate do conhecimento prévio, durante o processo de ensino; 2) a similitude do contexto, no aprendizado com a realidade a ser posteriormente enfrentada, ou seja, aprender de forma tal que propicie a aplicação do conhecimento na prática profissional, e 3) o estímulo ao estudante a construir seu próprio conhecimento, o que pode ser feito respondendo questionamentos, discutindo a matéria com companheiros de estudo, resumindo as informações por ele apropriadas, formulando e criticando hipóteses elaboradas frente ao problema enfrentado, e outras formas.

² Teoria do "processamento de informações para se chegar ao aprendizado", descrita por Anderson (apud SCHMIDT, H.G. Problem-based learning: rational and description. Medical Education, v.17, p. 11-16, 1983).



A base sistemática para a aprendizagem baseada em problemas, definida por Schmidt e Bouhuijs³, consta de sete passos fundamentais (seven-jump), após a apresentação de um problema específico⁴ a ser estudado por um grupo de alunos: 1) esclarecimento, em grupo, de termos ou conceitos expressos no problema, ainda não compreendidos; 2) definição exata do problema apresentado, do fenômeno que, de fato, deve ser explicado, através de discussão em grupo; 3) análise do problema exposto, baseada no conhecimento prévio do estudante, através de discussão em grupo. É referido por muitos como "tempestade mental coletiva"; 4) tentativa de uma descrição explanativa coerente, pelo grupo, do processo teórico que sustenta ou explica o fenômeno apresentado; 5) formulação dos objetivos de ensino pelo grupo, ou seja, questões cujas respostas propiciarão a construção do conhecimento almejado; 6) estudo individual fora do grupo, baseado nos objetivos identificados na etapa anterior, e 7) sintetizar e testar os novos conhecimentos construídos, através de apresentações em grupo e troca de experiências sobre o tema.

Pelo exposto, podemos observar que as primeiras etapas do processo estão voltadas à compreensão do problema apresentado, com expressão das percepções pessoais e a identificação dos pontos-chaves do problema, e as seguintes para a teorização do problema com a análise de seus fatores geradores e a identificação das ações por ele demandadas, baseando-se no conhecimento prévio e naquele adquirido no momento do estudo. Isto quer dizer que a construção do conhecimento baseia-se nos fatos extraídos da realidade (problema) e está voltado para a solução de problemas desta mesma realidade, com a qual o aluno irá deparar-se.

Os passos acima especificados são etapas didaticamente propostas, o que não quer dizer uma rígida limitação metodológica, até porque esta é uma proposta que se contrapõe às "camisas de força" das teorias educacionais. A adaptação de tais etapas, na prática educacional, faz com que, algumas delas possam se fundir, dependendo do grupo, do problema a ser estudado e do monitor.

As discussões em grupo, como base do processo de aprendizagem em sala, baseiam-se tanto no estímulo e no apoio entre os membros do grupo de estudo, como no incentivo à prática do trabalho em equipe, situação tão importante, necessária e pouco exercitada no setor saúde. Esta prática gera benefícios que extrapolam o processo pontual da aprendizagem, repercutindo na prática profissional e no exercício da educação permanente.

Um dos aspectos importantes que merece destaque no processo de aprendizagem em questão é a participação do monitor do grupo, ou do "facilitador", como apontado por alguns. Tal atuação, deve muito mais estimular o processo reflexivo, com a prática da análise e resolução de problemas, do que transmitir novas informações. Ele ensina

³ apud SCHMIDT, H.G. Educational aspects of problem-based learning. Educational Development and Educational Research Department. University of Limburg. Translation by Marjolein van der Zee. English translation of: Onderwijskundige aspecten van probleemgestuurd onderwijs. In W.M.G. Jochems (ED.). *Aktiverend onderwijs*. Delft: Delftse Universitaire Pers. 1990.

⁴ No caso da saúde, podem ser sinais, sintomas e/ou características identificadas na prática que o profissional enfrente ao se deparar com o paciente ou com sua realidade que venha a demandar uma tomada de decisão para o desenvolvimento de uma ação.



mediando, treina apoiando e tirando dúvidas, sempre incentivando a recuperação dos conhecimentos já adquiridos e a construção de novos. Sua prática de ensino deve ser calcada em questionamentos importantes, mediando as intervenções dos participantes do grupo com vistas a mantê-lo na devida direção, apontada pelos objetivos do processo de ensino.

No caso dos aprendizados clínicos, a base da metodologia ora descrita compara-se com a metodologia do raciocínio clínico convencional. Ao profissional chega um indivíduo apresentando sinais e sintomas, acompanhados de uma história clínica, familiar, patológica e social. Cabe a esse profissional, através de perguntas adequadas em uma abordagem integral e um exame clínico acurado, formular hipóteses diagnósticas que deverão ser confirmadas com a observação da evolução do caso ou através de exames laboratoriais e/ou radiológicos, e, chegando ao diagnóstico, a aplicação do procedimento terapêutico apropriado. Esta rotina profissional, acompanhada de um processo de estudo continuado, individual e coletivo, utilizando o conhecimento construído com o tempo, assemelha-se à aprendizagem baseada em problemas, sendo esse trabalhador aquele que, mesmo sem sabê-lo, pratica tal metodologia na rotina de seu trabalho.

O profissional de saúde, a princípio, mesmo que de forma não consciente, já se apropriou das bases metodológicas do PBL, através de sua prática profissional, bastando apenas exercitá-la na modalidade de ensino formal.

Cabe ressaltar a importância da contribuição de outras metodologias pedagógicas, principalmente quando associadas à ora proposta. Existem momentos em que a necessidade do processo educacional requer a utilização de diferentes metodologias.

Não se pode, entretanto, utilizando as palavras de Bordenave, em seu texto direcionado à educação de pequenos agricultores, "... perder de vista o objetivo fundamental da ação educativa, o qual é desenvolver a personalidade integral do aluno, sua capacidade de pensar e raciocinar, assim como seus valores e hábitos de responsabilidade, cooperação, etc.", e tudo isso associado à almejada reformulação do modelo de atenção à saúde vigente, a qual requer não apenas novas informações, mas novas posturas e hábitos profissionais.

◆ Auto-instrução e educação à distância

Além dos métodos tradicionais presenciais, merecem destaque duas formas de se organizar um processo educativo permanente, que são a **auto-instrução** e a **educação a distância**.

A metodologia básica do processo de auto-instrução segue a linha pedagógica baseada no binômio ESTUDO-TRABALHO. Assim, a discussão entre os membros da equipe, bem como o intercâmbio e as reuniões com outras equipes vizinhas, procurando o máximo aproveitamento do potencial existente, podem ser de grande utilidade.

A organização de uma pequena biblioteca, reunindo as publicações de vários setores, pode ser um valioso recurso para esse processo de Educação Permanente.



Já a **educação à distância** pode ser um recurso de incalculável importância para a estratégia Saúde da Família, como modo de atender a grandes contingentes de equipes.

A escolha da modalidade de educação à distância, como meio de dotar as equipes de condições para atender as novas demandas, tem por base a compreensão de que, como modalidade não convencional, ela pode atender, com eficiência, às necessidades de Educação Permanente das equipes de Saúde da Família, servindo como meio apropriado à permanente atualização dos conhecimentos.

Atualmente, mais de 80 países, nos cinco continentes, adotam a educação à distância em todos os níveis de ensino, em sistemas formais e informais de ensino, atendendo a milhões de estudantes.

A educação à distância pressupõe um processo educativo sistemático e organizado, que exige não somente a dupla via de comunicação, como também a instauração de um processo continuado, onde os meios ou os multimeios devem estar presentes na estratégia de comunicação.

Para a estratégia Saúde da Família, é importante que os projetos de Educação a Distância tenham, desde seu início, a perspectiva de valorização da experiência das equipes, não somente no que se refere ao tema a ser estudado, mas, principalmente, no tratamento dos conteúdos, a partir da experiência de vida e cultura das próprias equipes.

Assim, algumas estratégias podem ser apontadas, tais como:

1. Cursos auto-instrucionais através da elaboração de materiais com objetivos claros, auto-avaliações, exercícios, atividades e textos complementares;
2. Uso de rádio e televisão educativos em circuito aberto ou fechado;
3. Rede de comunicação através de computador.

É importante observar que a educação à distância não pode ser vista como substitutivo de outras formas de educação, como a convencional, mas sim como uma modalidade alternativa de Educação Permanente.

No que diz respeito à estratégia Saúde da Família, observa-se a necessidade de formação e atualização profissionais de um contingente crescente de equipes, com características de dispersão geográfica, que irão exigir a implantação de programas adaptados de educação à distância.



ANEXO

SÉRIE DE CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS POR CICLO DE VIDA PARA ORIENTAR A ELABORAÇÃO DO PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A responsabilidade das equipes de Saúde da Família de prestar atenção integral e contínua a todos os membros das famílias da população adscrita à USF, em cada uma das fases de seu ciclo de vida, requer sistematizar um processo de educação permanente, onde não se aceita uma atuação restrita aos problemas de saúde biologicamente estabelecidos, mas o compromisso de realizar ações, ainda enquanto os indivíduos estiverem saudáveis.

Partindo dessas premissas, as unidades básicas de saúde que trabalharem sob a estratégia Saúde da Família deverão desenvolver ações programáticas, de acordo com a fase do ciclo de vida em que se encontra a pessoa, sem perder de vista o seu contexto familiar e social.

A - FASE DA CRIANÇA

A atenção à saúde da criança sob a estratégia Saúde da Família parte da concepção de uma visão integral sobre o desenvolvimento humano, apontando para um conjunto de ações e intervenções direcionadas não só à criança, mas aos seus responsáveis e a todo o seu meio. Faz-se necessária a permanente busca das condições apropriadas para a capacidade de aprender e crescer de cada criança.

Para isso, é necessário que a equipe de saúde incorpore as seguintes premissas básicas:

1. Os conceitos de crescimento e desenvolvimento vistos de forma integral e pluridimensional, envolvendo os fatores biológicos, psicológicos e sociais.
2. A interação existente entre os aspectos psicológicos e sociais e a nutrição, com vistas ao desenvolvimento saudável da criança.
3. A participação ativa da criança na construção de suas características e de sua personalidade, interagindo, permanentemente, com o meio em que vive, cujo desenvolvimento pode se considerado ideal, quando está em equilíbrio com o seu meio, seus costumes, seus valores e seus conhecimentos.
4. Não se perder de vista os diversos setores que interagem com a criança - saúde, educação, agricultura, recreação, esporte, cultura e outros.
5. Tomar por base a produção familiar de saúde, centrando nas pessoas do seu meio familiar a apropriada capacitação para o cuidado e a interação com a criança, visando o seu permanente processo de desenvolvimento e compreender a instituição "família estendida" (avós, tios, etc.) como importante apoio e complementação para o seu bem estar.



Em termos operacionais, é importante que a equipe esteja atenta aos fatores de crescimento e às características do desenvolvimento, em cada fase cronológica: a) com menos de uma semana de idade; b) de uma semana a dois meses de idade; c) de dois meses a cinco anos de idade e d) com mais de cinco anos de idade.

Na visita domiciliar ao recém-nascido, a equipe, que já esperava sua chegada, pois acompanhava a gestação de sua mãe, deverá identificá-lo e avaliar a existência de possíveis fatores de risco, em especial aqueles relacionados à gestação, ao parto, ao serviço de saúde, à família (inclusive seus antecedentes) e à própria criança.

É importante que a equipe e a família estejam alerta, durante todo o desenvolvimento da criança, aos possíveis fatores de risco pertinentes a cada faixa etária, estando atentos ao aleitamento materno e ao esquema vacinal, bem como ao estado nutricional, à possibilidade de infecções, aos quadros de diarreia, aos problemas respiratórios e outros aspectos que possam caracterizar-se como sinais de perigo para a criança. As doenças prevalentes na infância, em geral e aquelas específicas na área de abrangência do trabalho da equipe, devem estar sendo sempre por ela monitoradas e serem alvo de sua atenção permanente.

B - FASE DA ADOLESCÊNCIA

A adolescência caracteriza-se por grandes transformações físicas e psicológicas, porém, excetuando situações relacionadas a doenças crônicas ou distúrbios endócrinos, o adolescente é, basicamente, acometido por transtornos psicossomáticos ou dificuldades psicossociais.

Em termos clínicos individuais, pouca diferença existe no adolescente, ao compará-lo com a criança ou com o adulto, dependendo da etapa da adolescência em que se encontra. Entretanto, as transformações psicológicas e o relacionamento sóciofamiliar, freqüentemente conflituoso, acabam por acentuar ou distorcer alguns quadros clínicos. Dessa forma, essa fase do ciclo de vida acaba sendo aquela em que a abordagem integral do indivíduo faz-se mais necessária ainda.

A equipe de saúde da unidade básica precisa estar preparada para desenvolver ações voltadas não só para o desenvolvimento emocional e afetivo do adolescente e de sua auto-estima, estimulando o diálogo construtivo e sua relação saudável com o mundo, mas para a identificação e prevenção dos fatores de risco a que está exposto, tais como os relacionados às doenças sexualmente transmissíveis, à gestação indesejada, ao uso de drogas lícitas e ilícitas e outros.

C - FASE DO ADULTO

A relação entre o profissional de saúde e o indivíduo adulto caracteriza-se como sendo um momento rico de construções e interpretações, permutando-se dúvidas e experiências, e revelando uma infinidade de possibilidades de conhecimento mútuo.



Deve-se ter em mente que o profissional de saúde está diante de um ser que interage permanentemente com o meio, apresentando sinais e sintomas físicos, mentais e sociais de forma integral e harmônica.

Cada indivíduo é único, não existindo doenças, mas, sim, pessoas doentes. Indivíduos globais, integrais e integrados no mundo, que, desequilibrados em sua relação com o meio (interno ou externo), desencadeiam sinais e sintomas específicos, em que as suas representação, explicação e relação acontecem, também, de forma individualizada. É preciso, então, estar atento ao sintoma e descobrir o que existe por traz dele, no organismo como um todo.

Assim sendo, cada indivíduo, de acordo com sua estrutura e seu meio – familiar e social, responde diferentemente à instalação de um mesmo processo patológico. Dessa feita, cabe ao profissional de saúde, atento e consciencioso, desvendar, em conjunto com seu cliente, o processo patológico instalado que vai se descortinando, ao longo do relacionamento profissional-indivíduo, por meio dos sinais, sintomas e características pessoais.

É reconhecido que o estado de saúde de um indivíduo representa o seu equilíbrio dinâmico com o meio (externo e interno), formando uma estrutura interligada de fatores interdependentes que mantém o estado de saúde, apesar da presença permanente de fatores de risco diversos, verdadeiros provocadores do desequilíbrio dessas forças harmoniosamente estabelecidas.

A doença, por sua vez, é a representação desse desequilíbrio, decorrente de alguma alteração ocorrida em um ou mais integrantes do sistema, havendo, então, a busca pelo novo equilíbrio. Em determinados momentos, tal equilíbrio é atingido, antes de surgirem repercussões clínicas (sinais e sintomas), não sendo detectado, de forma aparente, o processo patológico.

Assim sendo, não se aceita mais somente a preocupação com a supressão de sinais e sintomas, mas se almeja, de fato, a manutenção ou o restabelecimento da saúde. Faz-se necessário, então, a mudança da linha tradicional de se "tratar um doente", visto de forma passiva e como mero receptor de orientações e intervenções, considerando apenas seu quadro biológico, como delineador dos limites da investigação e da ação profissionais.

Dessa forma, para que se possa atuar adequadamente na manutenção ou recuperação da saúde de um indivíduo ou de uma população, faz-se necessário identificar os fatores envolvidos no processo patológico específico, estejam eles ligados ao indivíduo ou ao ambiente, e neles intervir de forma apropriada e resolutiva.

Partindo dessa premissa, cabe à equipe de saúde desenvolver ações de avaliação do estado de saúde da população adulta de sua área adscrita, sempre nos contextos familiar e social, identificando os fatores de risco para os agravos mais freqüentes, com vistas a sua eliminação ou minimização, bem como diagnosticando e tratando, de forma rápida, apropriada e resolutiva.



De forma integrada, espera-se que a equipe possa desenvolver medidas pertinentes no tocante, minimamente, aos agravos que se seguem e que aparecem de forma expressivamente prevalente, em grande parte do território brasileiro.

a) Hipertensão arterial

A hipertensão arterial vem sendo considerada como um grave problema de saúde pública, tendo em vista sua elevada incidência na população economicamente ativa e sua alta participação nos óbitos acima dos 50 anos. Essa realidade agrava-se pelo fato de 50% de seus portadores terem consciência do problema e somente pouco mais de 10% desses tratam-se adequadamente.

No Brasil, nos últimos anos, as patologias cardiovasculares vêm sendo a principal causa de mortalidade, tendo a hipertensão arterial como um dos principais fatores de risco que afeta, hoje, quase 20% da população acima dos 20 anos⁵ (39% com idade entre 20 e 49 anos). Estudos populacionais realizados em diversos locais do país revelam que entre os indivíduos com 60 anos de idade ou mais a hipertensão arterial apresenta uma freqüência em torno de 60%.

A hipertensão arterial é responsável por 13% das internações no Sistema Único de Saúde, absorvendo 25% da verba para assistência à saúde⁶. Das doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial é a doença com maior prevalência e responde como a quarta causa de afastamento do trabalho no Brasil.

A equipe de saúde de uma unidade básica deve avaliar toda população adulta de sua área adscrita, para conhecer, o mais precocemente possível, todos aqueles que já apresentem níveis tensionais acima dos preconizados, ou que vivam em situações de risco predispondo o seu aparecimento.

Os fatores de risco devem ser reduzidos, e iniciado, depois de adequada avaliação e estadiamento, tratamento adequado ligado tanto aos hábitos de vida como ao uso de medicamentos, de acordo com o grau de comprometimento individual. O tratamento deve ser realizado em todos os indivíduos com elevação dos níveis tensionais.

Cabe também à equipe a identificação de lesões em órgãos-alvo da pessoa que apresenta níveis tensionais elevados, com vistas ao seu adequado encaminhamento para unidades especializadas.

b) Diabetes Mellitus

O diabetes é, atualmente, um dos mais importantes problemas de saúde, no que

⁵ Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde

⁶ Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde



se refere tanto ao número de pessoas afetadas, como à incapacidade e à mortalidade por ela geradas, sem contar com o elevado custo envolvido no seu controle. Ela já é a quarta causa de morte no Brasil.

No Brasil, estima-se a existência de mais de 5 milhões de pessoas diabéticas, sendo que cerca de 50% delas desconhece o problema. Sua prevalência, entre as pessoas com 30 a 69 anos que moram na região urbana é de 7,6%⁷.

Cabe à equipe de saúde da unidade básica estar atenta àqueles que apresentam condições de risco, inclusive história família, em especial às pessoas portadoras de sinais e sintomas suspeitos de diabetes. Nesses casos, a avaliação laboratorial é fundamental e o início da terapia com mudanças de hábitos de vida e alimentar, associada, quando necessária, ao medicamento específico, faz-se obrigatório a todos aqueles que tiveram a doença diagnosticada.

A detecção deve ser o mais precocemente possível e o acompanhamento permanente, envolvendo toda equipe de saúde, bem como toda a família.

c) Hanseníase

O Brasil é o primeiro país das Américas em número absoluto de casos de hanseníase e o segundo do mundo.

Apesar de sua distribuição heterogênea, a hanseníase ainda é endêmica em todo o território brasileiro, sendo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste as que apresentam as maiores taxas de detecção e prevalência da doença. No ano de 1997, o Brasil apresentou a taxa de prevalência de 5,5/10.000 habitantes, com realidades que variaram de 0,53/10.000 habitantes no Rio Grande do Sul até 17,39/10.000 habitantes no Amazonas⁸.

Hoje, a hanseníase é uma doença de fácil diagnóstico e, com os esquemas de poliquimioterapia (PQT), o tratamento ficou relativamente mais curto e exitoso, podendo ser realizado nas unidades básicas de saúde.

Há quase 10 anos, a Organização Mundial de Saúde, baseada no êxito da PQT e conseqüente queda do número de casos registrados, propôs a eliminação da doença como problema de saúde pública do mundo. Isso significa que todos os países endêmicos deveriam alcançar a taxa de prevalência de menos de 1 doente a cada 10.000 habitantes.

Para o Brasil atingir essa meta, faz-se necessário o conhecimento de sua realidade e a devida intervenção, por cada município brasileiro, devendo, para tanto, haver uma participação intensa de cada unidade básica de saúde, no desenvolvimento de um trabalho sistematizado de orientação da população quanto aos sinais e sintomas e o pronto

⁷ Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde

⁸ Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde



diagnóstico e o adequado e completo tratamento de todas as pessoas com hanseníase, prevenindo as incapacidades físicas e deformidades geradas pela doença.

É inquestionável que as ações de controle da hanseníase devem ser desenvolvidas pela equipe de saúde de todas as unidades da rede básica. Elas compreendem a redução do estigma social referente à doença; a identificação precoce de todas as pessoas portadoras de lesões compatíveis com a hanseníase e o adequado diagnóstico; o tratamento preconizado (quanto às drogas e ao período necessários) de todas as pessoas diagnosticadas; a identificação da fonte de contágio e de possíveis novos casos entre contatos intradomiciliares e a prevenção do contágio de outras pessoas.

Essas medidas, totalmente possíveis de serem realizadas por todas as unidades básicas de saúde, poderão levar à eliminação da hanseníase do território brasileiro.

d) Tuberculose

A tuberculose é um dos mais antigos males da humanidade e, lamentavelmente, está ressurgindo em várias partes do mundo, inclusive no Brasil, contrapondo-se, pela lógica, com os meios terapêuticos eficientes disponíveis e de baixo custo.

No Brasil, estima-se que cerca de 130.000⁹ casos ocorram por ano, sendo que em torno de 30% deles não são tratados e disseminam o bacilo e a possibilidade de um agravamento da realidade sanitária brasileira no que tange à doença, sem contar que por volta de -10.000 óbitos anuais poderiam ser evitados com o seu controle.

Atualmente, o plano de controle da tuberculose no Brasil, visando a redução de sua incidência pela metade nos próximos anos, aponta para a necessidade de adesão de todos os municípios para tal tarefa, identificando todos os sintomáticos respiratórios, diagnosticando e tratando todos as pessoas suspeitas, com especial atenção àqueles com maior risco de abandono e desenvolvendo ações de proteção aos sadios, com a vacinação de rotina e a quimioprofilaxia dos comunicantes dos bacilíferos.

A área técnica específica no Ministério da Saúde estabelece, emergencialmente, uma relação de 226 municípios que devem intensificar suas ações no combate à tuberculose, tendo em vista apresentarem mais de 60% dos casos brasileiros. No entanto, todos os municípios brasileiros e neles todas as unidades básicas de saúde devem ficar atentos à referida tarefa.

e) Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS

Apesar da existência de um arsenal tecnológico preventivo e curativo, voltado para as DST e infecção do HIV/AIDS, estas ainda são doenças presentes em todo território

⁹ Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde



brasileiro, destacando-se a epidemia de AIDS e suas mudanças de características – heterossexualização, feminização, juvenilização, pauperização e interiorização. São, ainda, um grande desafio para o setor saúde, em especial para as unidades básicas de saúde.

Cabe às unidades básicas de saúde o desenvolvimento de atividades educativas em conjunto com a população adstrita da unidade básica de saúde, promovendo maior conscientização em relação às DST e à infecção pelo HIV/AIDS; objetivando não só os cuidados para a não transmissão, em especial junto às pessoas que têm práticas de risco para a infecção mas também as orientações contra o uso de medicação inadequada.

Assim, o diagnóstico e o tratamento corretos, baseados na abordagem sindrômica, permitirão que em torno de 90% das pessoas portadoras de DST sejam diagnosticadas e tratadas adequadamente, sempre envolvendo o/a (os/as) parceiro/a (os/as) em uma única consulta, mesmo sem dispor de laboratório de referência local. Havendo laboratório local, esse percentual pode chegar a próximo de 100% dos casos diagnosticados e tratados em uma unidade básica de saúde.

No que tange à infecção pelo HIV/AIDS, a equipe básica de saúde deverá diagnosticar, aconselhar e encaminhar para as unidades de referência para tratamento específico, sempre acompanhando e contribuindo no caso, em relação à pessoa contaminada e a sua família.

O atendimento às pessoas com DST visa não apenas a eliminação dos sintomas no indivíduo, mas, também, a interrupção da cadeia de transmissão e evitar possíveis complicações provocadas por tais doenças.

f) Saúde mental

Muito se vem trabalhando na reforma psiquiátrica, objetivando a desospitalização da pessoa com transtorno mental e inserindo-a novamente em seu núcleo familiar e social.

Entretanto, quase que impossível será atingir tal propósito sem a participação efetiva da rede básica de saúde. É de fundamental importância a sua atuação na identificação precoce de alterações de comportamento e outros sinais crônicos da agudização do quadro, bem como o acompanhamento, inclusive medicamentoso, das pessoas com transtorno mental fora de seu quadro agudo e a discussão com a sua família e seu meio- sobre sua nova inserção, rompendo ou minimizando o estigma existente em relação a tais transtornos.

Para tanto, cabe à equipe da unidade básica de saúde realizar essas tarefas para que possa, em conjunto com os profissionais da área de saúde mental e com seu apoio técnico, levar a cabo, de fato, a reforma psiquiátrica no Brasil.



As ações voltadas à prevenção e detecção precoce do câncer ginecológico, incluindo, pelo menos, o câncer do colo de útero e o de mama fazem-se necessárias, na unidade básica de saúde.

O câncer de mama é a neoplasia maligna responsável pelo maior número de óbitos em mulheres em um número crescente de países. Estima-se que ocorrerão cerca de 1 milhão de casos novos no mundo inteiro, até o final do ano 2000, sendo a metade nos países em desenvolvimento¹⁰.

Como não se pode ainda reduzir a incidência do câncer de mama, deve-se atuar para redução da mortalidade. As medidas preventivas devem, portanto, ser dirigidas para aumentar o número de casos diagnosticados em estágio precoce, dando-se ênfase a medidas educativas que visem à conscientização do problema, fazendo que mais mulheres sejam diagnosticadas nesse período.

Assim, é necessário que a unidade básica de saúde invista na divulgação sobre os riscos da doença, no sentido de sensibilizar e mobilizar as mulheres para o auto-exame e para a procura de recursos, se constatarem qualquer anormalidade, ao lado da sistematização- de exames periódicos.

Já em relação ao câncer cérvico-uterino, ele sobressai como uma das neoplasias mais freqüentes, sendo responsável por um grande número de óbitos de mulheres jovens.

Para prevenir o carcinoma invasivo de colo de útero, mediante o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno de lesões cervicais pré-invasivas, pode-se atuar na unidade básica de saúde com medidas preventivas sobre o desenvolvimento da doença, na correção dos riscos passíveis de controle, e com medidas dirigidas para o diagnóstico precoce, antes do desenvolvimento do carcinoma invasor, mediante a realização de exames citopatológicos de colo de útero (Papanicolau) periódicos, em mulheres com vida sexual ativa.

A unidade básica de saúde não poderá prescindir do desenvolvimento de ações voltadas ao acompanhamento às mulheres no climatério, fase que necessitam de informações, orientações e, em alguns casos, medicação, para o desempenho equilibrado de suas atividades rotineiras.

A abordagem integral, voltada ao equilíbrio dinâmico da mulher em seu meio familiar e social, rompe com o estigma da "mulher velha", incapaz de parir, incapaz de ter prazer, incapaz de sentir.

h) situações de urgência clínica e cirúrgica

Não cabe à unidade básica de saúde estar preparada para o atendimento de

¹⁰ Fonte: Organização Mundial de Saúde.



situações de urgência ou de emergência. Entretanto, a equipe deverá estar preparada para dar suporte básico de vida em situações de urgências e de emergências clínicas e cirúrgicas.

Nos casos de trauma, por exemplo, os profissionais de saúde, caso demandados, deverão dar o primeiro atendimento, garantindo o suporte de vida necessário, de forma adequada, até que a pessoa traumatizada seja encaminhada à unidade de referência especializada.

O mesmo deve acontecer em casos clínicos. Como exemplo, destacam-se as medidas imediatas nas pessoas que sofreram queimaduras extensas ou nos casos agudos das doenças isquêmicas do miocárdio que são decisivas para o seu prognóstico.

i) demais agravos ligados ao adulto

Não é por que foram citados alguns dos agravos mais freqüentes que outras atividades e outros problemas não devam ser abordados, pesquisados e acompanhados.

A realidade local indicará as atividades programadas da equipe de saúde de uma unidade básica voltadas à assistência do indivíduo (por exemplo, a malária na região Norte brasileira), bem como as ações realizadas pontualmente, quando algum problema for identificado.

Os problemas neurológicos, por exemplo, em especial as epilepsias e as cefaléias, são situações para as quais os profissionais da equipe devem estar preparados para enfrentar e resolver, encaminhando, apenas, um reduzido número de pessoas cujo problema é refratário aos tratamentos padronizados.

Os problemas dermatológicos, pulmonares, articulares mais freqüentes, os relacionados com o aparelho digestivo, tais como as dispepsias, as úlceras gastroduodenais, os quadros diarréicos e obstrutivos, em resumo, as questões clínicas que estão presentes no cotidiano de uma unidade básica de saúde. Todas elas, ou pelo menos a grande maioria, devem ser adequadamente diagnosticadas e tratadas, ou, quando encaminhadas, deverão ser acompanhadas de hipóteses diagnósticas coerentes.

D - A FASE DO IDOSO

A marcante transformação da distribuição etária da população brasileira, com o rápido aumento do número de pessoas idosas em sua composição é decorrente do aumento da longevidade da população e considerada como uma das principais conquistas de toda a sociedade organizada.

Entretanto, essa realidade vem gerando uma série de mudanças nas práticas de saúde, com vistas ao acompanhamento das alterações biológicas e psicológicas desse grupo



etário em franca expansão quantitativa – o idoso. Ele deve sempre ser visto em seu contexto familiar e social, pois todos almejam a melhoria progressiva da qualidade de vida, acompanhando o aumento da longevidade do indivíduo.

Assim sendo, faz-se necessário que os profissionais de saúde da rede básica participem ativamente na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, abordando, para tanto:

- a. os aspectos físicos considerados normais e identificando precocemente suas alterações patológicas;
- b. discutindo com a pessoa idosa sobre os fatores de risco e neles intervindo, se necessário e,
- c. trabalhando, sempre, com a família, para manter a pessoa idosa o mais contextualizada possível, evitando sua apartação da família e da sociedade. A inserção permanente do idoso em sua família e na sua comunidade é um fator fundamental para a manutenção de seu equilíbrio mental e físico.

Dessa forma, para a adequada abordagem da pessoa idosa, faz-se necessário que se compreenda o envelhecimento como um processo essencialmente benigno, não patológico, sem perder de vista, entretanto, que o estresse de agravos físicos, emocionais e sociais, com o passar do tempo e, conseqüentemente, com o aumento da idade, representa uma efetiva e progressiva ameaça para saúde da pessoa idosa.

Entretanto, o profissional de saúde enfrenta o desafio de limitar entre o que se pode considerar como envelhecimento normal com suas limitações fisiológicas gradativas e as características patológicas que podem se instalar, durante esse processo.

Diversos fenômenos, tidos como normais, com o avançar da idade, sabe-se atualmente que são decorrentes de processos patológicos. Deve-se, porém, ter clareza de que não existe uma idade mágica, "um limiar etário", a partir do qual as pessoas passam a falhar na resposta aos estímulos de treinamento.

Desta forma, cabe o permanente cuidado de não se rotular, como "coisas da idade", determinados sintomas que deveriam ser melhor analisados e abordados, sempre de forma integral e contextualizada, jamais se perdendo de vista sua interação com os meios familiar e social. Não se pode penitenciar a pessoa idosa de viver com sintomas desagradáveis, sejam físicos ou mentais, pelo fato de considerá-los como sendo normais para a idade, ou seja, sintomas fisiológicos de um corpo envelhecido.

Porém, os fatores de risco devem ser identificados, bem como os sintomas claros ou inespecíficos de qualquer alteração no idoso. As queixas podem ser múltiplas e inespecíficas, sem que apresentem clareza ou qualquer padrão convencional.

A equipe de saúde de uma unidade básica deve, assim, estar sempre atenta à pessoa idosa. Não na busca permanente de problemas, mas na constante atenção ao seu bem estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais deixando-a à



margem de seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras.

Para tanto, a equipe de saúde deve estar preparada para identificar sinais e sintomas de risco, ligados aos aspectos da saúde mental do idoso, nos quadros de depressão, demência ou delírios, bem como nos referentes aos aspectos cardio-respiratórios, urinários, gastro-intestinais e outros, os quais nem sempre são tão claramente apresentados como nos adultos mais jovens, fazendo-se, também, acompanhar de resultados de exames laboratoriais não conclusivos. Da mesma forma, o uso de medicamentos que, normalmente deve ser parcimonioso em qualquer idade, no idoso deve ser bem mais cuidadoso.

É da responsabilidade da equipe, em conjunto com a família das pessoas idosas, identificar situações de risco no domicílio, muitas delas podendo ser geradoras de acidentes (quedas, queimaduras, outros), com conseqüências desastrosas para a autonomia do idoso.

Apoio:

