



Boletim da Saúde

EDITOR

Paulo Antonio Barros Oliveira

COMISSÃO EDITORIAL

Airton Fischmann

Áurea Jair Maciel

Carlos Dácio Araújo

Djalmo Sanzi Sousa

Elizabeth Kalil Nader dos Santos Rocha

Maria Sílvia Robaina de Sousa Lessa

Paulo Antonio Barros Oliveira

Velácio Stein

CONSELHO EDITORIAL

Airton Stein – FFFCMPA/ULBRA/GHC

Álvaro Crespo Merlo – UFRGS

Carlos Alvarez – UNIVERSIDADE DE ALICANTE/ESPANHA

Carmem Silveira Oliveira – UNISINOS

Célia Regina Pierantoni – UERJ

Ceres Víctora – UFRGS

Cristianne Maria Famer Rocha – UERGS

Denise Rangel Ganzo de Castro Aerts – SMS/PMPA

Jaime Breilh – EQUADOR

Janice Dornelles de Castro – UERGS/FAPERGS

José Luis Araújo – FIOCRUZ - PE

Jussara Gue Martini – ABEN/UNISINOS

Jussara Maria Rosa Mendes – PPGSS/PUCRS

Liane Beatriz Righi – UNIJUI

Maria Ceci Araújo Misoczky – UFRGS

Maria Cecília Souza Minayo – FIOCRUZ

Maria Teresa Anselmo Olinto – UNISINOS

Mário Roberto da Silveira – ESP

Marlow Kwitko – PUC/RS

Newton Barros – AMRIGS

Paulo Duarte Amarante – ENSP/CEBES

Ricardo Burg Ceccim – MINISTÉRIO DA SAÚDE/UFRGS

Ronaldo Bordin – UFRGS

Sarah Escorel – CEBES

Sandra Maria Salles Fagundes – UERGS

Soraya Vargas Côrtes – NIPESC/UFRGS

Stela Meneghel - UNISINOS
Teresa Borgert Armani - ESP/RS
Vânia Maria Fighera Olivo - UFSM
Virginia Alonso Hortale - ENSP

EQUIPE TÉCNICA

Ana Suzuki – Capa – Publicitária
Carlos Alberto Ferrugem – Jornalista MTB 5187/rs
Cleber Costa – Estagiário
Dênira Remedi – Estagiária
Geisa Costa Meirelles – Bibliotecária CRB 10/1110
Lia M. B. Dilelio – Bibliotecária
Luis Gonzaga Gonçalves – Jornalista MTB 3748
Ocimar Carvalho Pereira – Jornalista
Raquel Macagnan Silva – Versão português-inglês
Simone Camargo Silva – Bibliotecária CRB 10/1063
Simone Pereira – Revisão português

TIRAGEM

1.000 Exemplares

A Revista *Boletim da Saúde* é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos.



B668 Boletim da Saúde / Secretária da Saúde do Rio Grande do Sul ; Escola de Saúde Pública. – v. 16, n. 2 (1969). – Porto Alegre: SES/ESP, 1969 –

Semestral
ISSN 0102-10011.

1.Boletim da Saúde – Periódicos I.Secretaria da Saúde-RS. II.Escola de Saúde Pública-RS.

NLM WA

Apresentação

O Boletim da Saúde, tradicional publicação científica da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, é publicada há trinta e quatro anos. Como é de conhecimento público, passou por diversos períodos críticos, tendo inclusive deixado de ser publicada por até quatorze anos ininterruptos.

Com este número estamos mantendo uma periodicidade essencial para o reconhecimento da revista como instrumento confiável de veiculação de informações. A nova administração manteve a estrutura do corpo editorial e avança para a manutenção da continuidade de uma proposta editorial voltada para a nossa realidade e para a divulgação dos estudos e pesquisas que se desenvolvem em nosso meio.

Em nosso Estado, o desenvolvimento de pesquisas em saúde pública, saúde coletiva e epidemiologia tem apresentado um significativo e reconhecido crescimento, articulando investigações desenvolvidas no âmbito dos serviços com àquelas desenvolvidas em pós-graduações.

O importante é que tanto as informações cotidianas, veiculadas pelas mídias, como a informação científica, estejam ao alcance de todos. Ambas são essenciais tanto para a sociedade em geral como para a aquela parcela dedicada às investigações e à ciência em particular. O exercício pleno da cidadania e do controle social tem como pressuposto tanto a circulação das informações sobre a situação sanitária como o resultado das pesquisas em andamento, mormente aquelas realizadas com financiamento público, mesmo que parcial.

Este número publica vários artigos de demanda espontânea. É do projeto de implementação da revista especializada a continuidade de edições de âmbito geral, mas, na medida em que este periódico estiver consolidado como referência aos pesquisadores e professores da área de Saúde Pública, também será possível organizar números temáticos de maior interesse. Para os próximos meses já está sendo organizado um número especial com o resultado de experiências e de pesquisas sobre a Saúde da Família. Pretende-se, também, dar visibilidade ao número significativo de publicações apresentadas no Fórum Gaúcho de Saúde Coletiva.

Todas estas experiências são bem-vindas. Convidamos a todos os leitores do Boletim de Saúde a pensarem, a proporem e apresentarem suas experiências de trabalho, contribuindo assim para atualizar o debate teórico, metodológico e político em Saúde Coletiva.

O Editor

Sumário

Artigo

Condições de saúde bucal em adultos: notas sobre a técnica de levantamento domiciliar / **9**
Angelo Giuseppe Roncalli et al.

DOIS EM UM ou ... aproveitando um Dia Nacional de Multivacinação Infantil para avaliar hipertensão e glicemia elevada entre os adultos / **20**
Cláudia Melz Giovanella et al.

Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública / **30**
Denise Loureiro Chaves dos Santos et al.

Heterocontrole do programa de fluoretação de águas no Rio Grande do Sul: a situação no ano de 2002 / **52**
Helenita Corrêa Ely et al.

Principais ações na área da saúde bucal desenvolvidas pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande Sul – período 1999/2002 / **70**
Helenita Corrêa Ely

Prevalência e fatores de risco associados ao Subtipo C do HIV-1 em pacientes soropositivos em acompanhamento no Ambulatório de Dermatologia Sanitária da Secretaria da Saúde do RGS / **82**
Regina Loureiro et al.

As dobras possíveis da Escola Possível e os encontros com a Formação Técnica em Saúde / **91**
Simone Chaves Machado da Silva

Memória e História

Murialdo: história e construção na Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul / **105**
Clécio Homrich da Silva

Projeto CAR: o Centro Agrícola de Reabilitação do Hospital Colônia Itapuã / **116**
Viviane Trindade Borges

Especial

Impacto da vacinação anti-influenza na mortalidade e internação por pneumonia em maiores de 60 anos no Estado do Rio Grande do Sul / **127**
Cesar A. A. Espina et al.

Impacto da vacina BCG-ID na incidência de tuberculose meningea, miliar e pulmonar de zero a quatro anos no RS / **131**

Helio Carlos Azambuja et al.

Expressão

A atividade artística como recurso terapêutico em saúde mental / **135**

Daniele Borges Bezerra et al.

Resumo

A experiência de estágio de alunas do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica / **141**

Glamir Teresinha Teixeira et al.

O cotidiano de estágio de alunas do curso de Especialização em Enfermagem Neonatal / **143**

Rosa Inês E. Rolim et al.

As vivências de estágio de alunas do curso de Especialização em Enfermagem Neonatal / **146**

Simone Baggio et al.

Atos Normativos

Portaria nº 008/2003-de 21 março 2003 / **149**

Portaria nº 015/2003-de 07 abril 2003 / **151**

Portaria nº 018/2003-de 14 maio 2003 / **153**

Portaria nº 019/2003-de 14 junho 2003 / **155**

Portaria nº 030/2003-de 16 junho 2003 / **158**

Políticas e Normas Editoriais / 163

Artigo

Condições de saúde bucal em adultos: notas sobre a técnica de levantamento domiciliar

Angelo Giuseppe Roncalli¹
Paulo Frazão²
Helenita Correa Ely³
Izamiir Carnevalli Araújo⁴
Marcos Pascoal Pattus⁵
Simone Machado Batista⁶

Resumo: O objetivo deste estudo foi testar a aplicação da técnica de levantamento domiciliar a fim de subsidiar estudos epidemiológicos em população adulta. Dois municípios foram selecionados: Canela-RS e Diadema-SP, com cerca de 33 mil e 338 mil habitantes respectivamente. Em Canela, uma amostra probabilística por conglomerado de um estágio foi delineada, sendo que a unidade de amostragem primária (UAP) foi a quadra, dentro da qual domicílios foram incluídos. Em Diadema, foi adotado um método de dois estágios. Foram sorteados setores censitários e uma amostra de domicílios foi aleatoriamente selecionada mediante técnica sistemática. O primeiro contato com domicílios sorteados foi realizado por pessoal treinado, cuja tarefa foi identificar elementos amostrais e agendar os exames. Devido às características dessa etapa, em uma parte das UAP, os residentes foram examinados sem a visita domiciliar prévia. Dados da planilha de percurso preenchida pelos visitantes, informações obtidas em reuniões técnicas com as equipes de campo e estimativas demográficas oficiais foram utilizadas para avaliar as visitas domiciliares e as características da amostra obtida. Os resultados mostraram distintas taxas de resposta: 51,2% apurados em 70 quadras com a visita prévia e 83,1% em 29 quadras sem a visita prévia em Canela, e 34,1% apurados em 25 setores censitários em Diadema. A comparação com estimativas demográficas oficiais revelou a tendência de um número maior de exames em mulheres. Para aprimorar os procedimentos técnicos, são discutidas medidas de controle da taxa de resposta.

Palavras-Chave: Epidemiologia; Adultos; Saúde bucal; Exame domiciliar; Taxa de resposta.

Introdução

A qualidade das informações sobre a distribuição das doenças bucais em adultos depende, entre outros aspectos, da amplitude dos sistemas de referência utilizados no delineamento da amostra de estudos epidemiológicos. Dados obtidos a partir de cadastros e de sistemas de informação de serviços de saúde são importantes para a produção de evidência epidemiológica, mas dependem de outros estudos para avaliar a força das estimativas para representar as características da saúde-doença na população como um todo. A coleta direta de dados no domicílio é um recurso científico raramente aplicado nas atividades epidemiológicas produzidas no âmbito da Odontologia em Saúde Coletiva, onde as informações de base populacional geralmente referem-se a população infantil e são oriundas de exames em estabelecimentos públicos de ensino.

¹ Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

² Professor da Universidade Católica de Santos. Pesquisador credenciado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

³ Professora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, e-mail: family.ez@terra.com.br

⁴ Professor da Universidade Federal do Pará

⁵ Mestre em Saúde Pública. Dentista sanitarista da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

⁶ Dentista sanitarista da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás

Com o declínio da cárie dentária na população infantil, tem aumentado o interesse pela produção de informações epidemiológicas relativas às populações adultas. Em 28 de junho de 2000, em Belém, PA, durante o V Congresso Internacional de Odontologia da Amazônia, foi realizado o lançamento oficial do projeto *Condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000* (SB2000), coordenado pelo Ministério da Saúde, onde foi prevista a realização de um estudo preliminar para examinar os instrumentos metodológicos propostos, em especial, a técnica de coleta direta de dados na comunidade tomando por unidade o domicílio. O *piloto* foi efetuado em dois municípios: Canela-RS e Diadema-SP.

Neste artigo, são discutidos os resultados relativos à técnica de levantamento domiciliar, a fim de subsidiar futuros estudos epidemiológicos em população adulta.

Material e método

A população de referência do estudo correspondeu aos grupos etários de 15 a 19 anos e de 35 a 44 anos de idade, residentes em ambos os municípios e cujas proporções em relação à população total eram semelhantes. O tamanho da amostra foi calculado a partir da estimativa da prevalência de cárie dentária, medida pelo índice CPOD (Klein; Palmer, 1937), correspondente ao número médio de dentes afetados por indivíduo. Tomou-se por base informações epidemiológicas de adolescentes de 18 anos de idade do sistema estadual de ensino, além de professores e funcionários de 35 a 44 anos de idade desses estabelecimentos do Estado de São Paulo (USP 1998). Os passos e a expressão matemática utilizados podem ser obtidos no seguinte endereço eletrônico: <<http://www.sb2000.cjb.net>>, criado para a divulgação do projeto.

Uma vez que os indivíduos fossem identificados no espaço geográfico através do local de moradia, foi determinado o número de domicílios a ser sorteado, levando-se em consideração que o número médio de indivíduos por domicílio correspondia a quatro. Assim, a partir da estimativa populacional de Diadema, foi calculado o número aproximado de domicílios equivalente a 84.538 unidades ($338.152/4$) e o número de domicílios (m) a serem visitados para obtenção dos elementos amostrais de cada grupo etário (Tabela 1).

Tabela 1 – Domicílios da amostra

IDADE	n	DOMICÍLIOS (M)	POPULAÇÃO (N)	PROPORÇÃO (M/N)	DOM. AMOSTRA (m)
15 a 19 anos	418	84.538	33.703	0,3995	1.046
35 a 44 anos	100		46.177	0,5474	183

Nota: Estimativa populacional a partir de dados do SEADE.

Tomou-se o maior número de domicílios dentre as 2 faixas etárias, para que em ambas fosse alcançada a precisão desejada. Para a obtenção do tamanho amostral necessário para o grupo etário de 35 a 44 anos, estes deveriam ser examinados em somente uma fração dos domicílios sorteados. Tal fração está apresentada na Tabela 2. Sua aplicação corresponde ao número final de indivíduos previstos para compor a amostra.

Tabela 2 - Indivíduos na amostra de domicílios

IDADE	INDIVÍDUOS Total de Domicílios	FRAÇÃO	INDIVÍDUOS Fração de Domicílios
15 a 19 anos	418	1	418
35 a 44 anos	573	1/5	115

Sorteio da amostra em Canela

Foi efetuada amostragem por conglomerados (quadras) em etapa única. Através do mapa cartográfico do município, todas as quadras foram identificadas e numeradas. As proporções de população das faixas etárias de interesse eram equivalentes às estimativas de Diadema. Considerando o número médio de domicílios por quadra igual a 15, foi definido o sorteio de 70 quadras, das 513 existentes, onde seriam visitados todos os domicílios ($1046/15 = 69,7$). Durante a etapa de coleta dos dados, observou-se na amostra a presença de quadras não residenciais. Para reduzir os efeitos desse fato no tamanho da amostra foram sorteadas mais 29 quadras.

Sorteio da amostra em Diadema

No primeiro estágio, foram sorteados trinta setores censitários a partir da base de dados da Contagem Populacional do IBGE (1996). Foram solicitados os mapas desses setores ao Escritório do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, localizado em São Paulo. No segundo estágio, foram sorteados domicílios com probabilidades fixas, f_1 e f_2 .

A fração de amostragem total é:

$$f = f_1 \cdot f_2 = \frac{a}{A} \cdot \frac{b}{B} = \frac{m}{M}$$

onde A, a, correspondem aos números de setores na população e na amostra, e B, b, os números de domicílios dos setores, na população e amostra.

Determinou-se **a** e **b** da seguinte forma:

fixou-se **a = 30**

calculou-se o inverso da fração de amostragem da segunda etapa, F_2

$$f = f_1 \cdot f$$

$$\frac{m}{M} = \frac{a}{A} \cdot \frac{b}{B}$$

$$F_2 = \frac{B}{b} = \frac{M/A}{m/a} = \frac{284,03}{34,87} = 8,15$$

adotou-se para F_2 o inteiro mais próximo de 8,15, assim definido: $F_2 = 8$

Dessa forma, 1/8 dos domicílios seriam incluídos na amostra, sendo, em média, 35,5 (284,03 / 8) em cada setor e 1.065 (35,5 x 30) no total da amostra.

A tabela 3 indica as frações de amostragem utilizadas.

Tabela 3 – Fração de amostragem e peso por município e grupo etário

MUNICÍPIO	IDADE	FRAÇÕES DE AMOSTRAGEM UTILIZADAS	
Diadema	15 a 19 anos	$1.065/84358=1/79,21$	79,21
	35 a 44 anos	$1.065/(5/84358)=1/396,05$	396,05

Os setores sorteados foram percorridos a partir de regras pré-fixadas. Durante o percurso, os endereços foram registrados em formulários, nos quais estavam indicados, na margem esquerda, os domicílios sorteados (1 a cada 8 para a população de 15 a 19 anos e 1 a cada 40 para a população de 35 a 44 anos). Do total, um setor censitário foi desconsiderado, porque, embora constasse da base de dados do IBGE (1996), na realidade deixou de pertencer ao município. Para fins da presente análise, foram incluídos os dados de 25 setores censitários, onde houve a visita prévia para a identificação e o agendamento do elemento amostral para o exame epidemiológico. Nos quatro setores restantes não houve a visita prévia nem o registro da planilha de percurso do setor, impedindo a inclusão desses dados no presente estudo.

Resultados

Visitas domiciliares e taxa de resposta

Os resultados das visitas domiciliares realizadas em Canela-RS e em Diadema-SP estão ilustrados na Tabela 4. Verificou-se que a taxa de resposta foi significativamente maior em Canela-RS, quando as equipes de campo, coordenadas por um cirurgião-dentista, se deslocaram diretamente para as quadras sorteadas, sem o agendamento prévio realizado pelos visitantes, passando de 51,2% para 83,1%. Nesse município, das 457 pessoas residentes nos domicílios, 277 foram examinadas, correspondendo a uma taxa de resposta geral de 60,6%.

O número médio de domicílios observados por quadra foi de 14,06, o que representou uma proporção semelhante à estimativa de 15 domicílios por quadra, utilizada para o cálculo amostral.

Em Diadema, embora tivesse sido sorteada uma determinada fração de domicílios correspondentes à proporção esperada de indivíduos na faixa etária a ser examinada, durante o trabalho de campo as equipes visitaram o maior número de domicílios para consultar os moradores sobre a possibilidade de submeter-se ao exame, a fim de assegurar o tamanho da amostra requerido, mantendo a relação de 1/5 entre os grupos etários de 15 a 19 anos e 35 a 44 anos. Foram visitados 3.854 domicílios, correspondendo a 46,1% do número total de 8.368 domicílios (1.046 multiplicado pela fração equivalente a 8). Parte dessa diferença,

refere-se a quatro setores que não foram visitados previamente. Como foram despendidos 91 dias de visita no total, distribuídos por seis auxiliares-visitadores em 25 setores, tem-se a razão de 3,64 dias de visita prévia por setor e 42,4 domicílios verificados por dia.

Considerando o número total de recusas e de moradores ausentes e agendados, foram identificados nos domicílios visitados 1.808 indivíduos nas faixas etárias de interesse, dos quais 616 (34,1%) foram examinados, o que significa uma taxa de resposta baixa. De fato, o percentual de unidades com resposta é ainda menor se for admitido que somente parte dos domicílios sorteados (46,1%) foram visitados. Quatro setores não foram percorridos através das visitas domiciliares e os exames foram realizados sem agendamento prévio. Foram examinados nesses quatro setores 75 indivíduos, correspondendo a 18,75 exames por setor, um valor 23,9% menor ao número de exames em setores com agendamento prévio (24,64 exames por setor).

Tabela 4 – Número de domicílios visitados e vazios, de moradores agendados, e de exames efetuados por setor censitário em Diadema-SP e por quadra em Canela-RS, 2000

	Domicílios		Moradores					Taxa de resposta (%)
	Visitados	Vazios	Faixa etária	Agendados	Recusas	Ausentes	Exames	
Setores								
25	3598	256	1808	988	279	541	616	34,1
Quadras								
70	990	196	250	141	109	0	105	51,2
29	402	18	207	196	10	1	172	83,1

Nota: Taxa de resposta = exames / moradores na faixa etária

Características da amostra e da população em Diadema

A distribuição da amostra obtida nos 29 setores censitários, segundo o grupo etário e o sexo, está descrita na Tabela 5. Enquanto no grupo etário de 15 a 19 anos de idade foi observado um equilíbrio proporcional entre os sexos, na faixa de 35 a 44 anos de idade houve predomínio do sexo feminino entre os indivíduos examinados. Em relação ao grupo étnico traduzido pela autopercepção da cor da pele, a maioria dos indivíduos declarou cor parda (Tabela 6). Para verificar o grau de semelhança entre as características da amostra e da população, algumas variáveis demográficas foram comparadas. As freqüências esperadas e as efetivamente obtidas na amostra por sexo e grupo etário estão apresentadas na Tabela 5. Uma marcante discrepância pode ser observada em relação ao desequilíbrio na proporção de homens e mulheres no grupo etário de 35 a 44 anos. Outro aspecto, refere-se à variável cor ou grupo étnico. Na Tabela 6 pode ser observado que, enquanto na população, a proporção de indivíduos que se declararam pardo não alcança um terço, na amostra mais da metade dos indivíduos examinados declararam-se incluídos neste grupo étnico.

Tabela 5 – Distribuição dos indivíduos por sexo e grupo etário, segundo a fonte de dados. Diadema, SP, 2000

GRUPO ETÁRIO	FONTE				
	Contagem Populacional ^a			Amostra	
	Sexo	n	%	n	%
15 a 19	M	16.378	48,6	198	42,5
	F	17.336	51,4	268	57,5
	Total	33.714	100,0	466	100,0
35 a 44	M	22.877	49,5	68	30,2
	F	23.3 18	50,5	157	69,8
	Total	46.195	100,0	225	100,0

^a: IBGE, 1996.

Tabela 6 – Distribuição dos indivíduos por grupo étnico segundo a fonte de dados. Diadema, SP, 2000

GRUPO ÉTNICO	FONTE			
	PNAD - 1993 ^a		Amostra	
	n	%	n	%
Amarelo	334.643	2,1	8	1,2
Branco	11.168.188	69,9	220	31,8
Negro	623.785	3,9	55	8,0
Pardo	3.838.541	24,0	403	58,3
Indígena	8.743	0,1	-	-
Sem informação	-	-	5	0,7
TOTAL	15.973.940	100,0	691	100,0

^a: Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios - Região Metropolitana da Grande São Paulo.

Características da amostra e da população em Canela

A comparação da distribuição da amostra obtida com as estimativas demográficas oficiais, segundo o grupo etário e o sexo, está descrita na Tabela 7. Pode-se observar que houve predomínio do sexo feminino entre os indivíduos examinados de ambos os grupos etários. Em relação ao grupo étnico, por se tratar de uma cidade composta principalmente por descendentes de imigrantes, a grande maioria dos indivíduos examinados declarou cor branca (Tabela 10), de modo semelhante ao verificado no Censo Populacional de 1991.

Tabela 7 – Distribuição dos indivíduos por sexo e grupo etário, segundo a fonte de dados. Canela, RS, 2000.

GRUPO ETÁRIO	FONTE				
	Contagem Populacional ^a			Amostra	
	Sexo	n	%	n	%
15 a 19	M	1.553	51,2	45	33,3
	F	1.478	48,8	90	66,7
	Total	3.031	100,0	135	100,0
35 a 44	M	2.107	49,6	39	27,5
	F	2.144	50,4	103	72,5
	Total	4.657	100,0	142	100,0

^a: IBGE, 1996.

Tabela 8 – Distribuição dos indivíduos por grupo étnico segundo a fonte de dados. Canela, RS, 2000

GRUPO ÉTNICO	FONTE			
	CENSO - 1991a		Amostra	
	n	%	n	%
Amarelo	7	0,0	-	-
Branco	21.822	88,0	256	92,4
Negro	913	3,7	6	2,2
Pardo	1.910	7,7	8	2,9
Indígena	23	0,1	-	-
Sem informação	127	0,5	7	2,5
TOTAL	24.802	100,0	277	100,0

^a: Censo Demográfico 1991- IBGE.

Discussão

Este estudo comparou taxas de resposta obtidas em levantamentos de saúde bucal de população adolescente e adulta em que a coleta dos dados foi realizada diretamente em unidades domiciliares. Problemas operacionais na execução do estudo permitiram verificar o efeito sobre a taxa de resposta do procedimento de visita e agendamento prévio dos moradores para o exame epidemiológico.

As taxas de resposta foram de 34,1%, 51,2% e 83,1% e variaram conforme o tamanho do espaço territorial a ser percorrido e a presença do cirurgião-dentista na primeira abordagem dos moradores do domicílio. Embora se admita que outras variáveis possam ter influenciado as taxas de resposta, o percurso de quadras e a presença do examinador na primeira abordagem proporcionaram taxas de resposta mais elevadas, em comparação ao percurso de setores censitários e a primeira abordagem sem a presença do examinador.

No Brasil, em 1986, foi realizado um estudo epidemiológico onde foram selecionados 405 setores censitários e 6.480 domicílios para exames em três grupos etários: 15-19, 35-44 e 50-59 anos de idade. Lamentavelmente, as taxas de resposta não foram informadas (BRASIL, 1988). No Canadá, a taxa de resposta numa pesquisa sobre perda dentária na população adulta de 18 anos ou mais, por meio de questionários, foi 52% (MILLER; LOCKER, 1994). Em Hong Kong, a taxa de resposta no grupo etário de 35 a 44 anos foi 40% (SCHWARZ et al., 1994). Schuller (1999), examinando adultos jovens obteve 65%. Brodeur et al. (2000), estudando cárie dentária em adultos de 35-44 anos em Quebec, Canadá, obtiveram taxas de resposta correspondentes a 77% para o questionário e 44,5% para exame bucal. Em estudo para avaliar o viés e o custo de um delineamento amostral de um levantamento de saúde bucal de adultos, Simmons e Edger (1999) encontraram para a primeira tentativa de abordagem uma taxa de resposta igual a 57%.

Para a faixa etária de 35 a 44 anos de idade, em ambos os municípios, observou-se maior proporção de mulheres na amostra do que na população. Este efeito de sobre-representação do sexo feminino também foi relatado na literatura (SCHWARZ et al., 1994).

Em Canela, algumas dificuldades relacionadas às características da cidade, às visitas prévias de agendamento e à ausência de moradores na faixa etária de interesse do estudo colaboraram para isso. O fato da cidade apresentar inúmeras residências de veraneio, implicou numa frequência elevada de domicílios vazios na ocasião da visita prévia, pois quadras não residenciais não foram excluídas previamente do sorteio. As atividades de agendamento prévio realizadas por visitantes com pouca experiência em estudos deste tipo foram ineficazes em função da elevada proporção de recusas verificadas nessa etapa. Em atividade de avaliação promovida pela coordenação da pesquisa com as equipes de campo observou-se que o consentimento do sujeito para participar da pesquisa foi diferente quando o morador recebeu a informação apenas de um auxiliar-visitador, comparado àquele que foi informado por uma equipe, composta por um cirurgião-dentista examinador e um auxiliar-anotador, preparada, inclusive, caso fosse autorizado, para examiná-lo naquele momento ou período do dia. O fato de após terem sido percorridas as 70 quadras sorteadas pelas visitadoras, e ter sido verificado um número muito pequeno de agendamentos, muito abaixo da taxa de resposta aceitável, o que certamente reduziria irremediavelmente o tamanho da amostra, exigiu a adoção de duas medidas, a fim de oferecer maior probabilidade para a elevação do número de elementos amostrais examinados: o sorteio de mais 29 quadras e a orientação de que todos os domicílios fossem visitados. Nesta segunda etapa, não houve visitas domiciliares para agendamento prévio, e foi previsto o retorno da equipe examinadora, em caso de ausência de morador na faixa etária de interesse.

Em Diadema, o fato de não ter sido aplicado com o rigor pretendido o sorteio dos domicílios previstos na fração de 1/8 das moradias existentes em cada setor censitário, criou condições para o enfraquecimento das regras de casualização da amostra. Não se conhece até que ponto, a separação do processo em duas etapas, uma para a identificação e agendamento dos elementos amostrais e outra para o exame epidemiológico propriamente dito, contribuiu para esta prática. Essa dissociação exigiu um sincronismo entre uma etapa e outra que não pôde ser observado em quatro setores censitários onde foram realizados exames epidemiológicos sem a visita prévia. De modo análogo à Canela, observou-se que o consentimento do sujeito para participar da pesquisa foi diferente quando o morador recebeu a informação apenas de um auxiliar-visitador, comparado ao que foi informado por uma equipe, composta por um cirurgião-dentista examinador e um auxiliar-anotador. O fato de, após os primeiros dias de trabalho dos visitantes, ter sido verificado um número muito pequeno de agendamentos, muito abaixo da taxa de resposta aceitável, e que provavelmente reduziria irremediavelmente o tamanho da amostra, exigiu uma mudança de orientação no sentido de que todos os domicílios fossem visitados, a fim de oferecer maior probabilidade para a elevação do número de agendamentos de elementos amostrais para o exame. Entre o risco de um tamanho amostral muito pequeno, mas efetivamente aleatório, e um conjunto de exames próximo ao tamanho previsto, a decisão recaiu sobre a segunda opção. O fato de não ter sido adotada a regra de retornar uma ou duas vezes ao domicílio sorteado impediu que muitos moradores fossem examinados.

Considerando o tamanho da amostra prevista neste estudo, em um município com mais de 100 mil habitantes, além da UAP representada pelo setor censitário, pode ser mais adequado operacionalmente, a introdução de mais um estágio de sorteio correspondente à quadra. Na comparação das atividades das equipes de campo em Canela-RS e em Diadema-SP, ficou evidente a maior facilidade em visitar todos os domicílios de uma quadra, isto é, uma micro-área de um setor censitário, do que percorrer todos os domicílios de um setor, visitando apenas uma fração deles, o que equivale a uma área geográfica muito maior. Neste caso, o tempo de trabalho das equipes de campo é despendido mais na identificação dos domicílios do que na realização dos exames epidemiológicos, o que justificaria a realização de visitas prévias para o seu agendamento.

A inexistência de conhecimento científico acumulado sobre os procedimentos metodológicos aplicados em exames epidemiológicos domiciliares de saúde bucal, não permitiu antever que as visitas domiciliares prévias para o agendamento do exame poderiam ser contraproducentes e que a adoção do procedimento de retornar uma ou duas vezes ao domicílio para abordar os moradores e realizar a coleta dos dados, poderia ser mais efetivo para assegurar o caráter aleatório da amostra e a confiabilidade dos resultados. Aspectos psicológicos e socioculturais da população provavelmente influenciam de modo importante na colaboração do sujeito da pesquisa, podendo comprometer a obtenção de uma amostra probabilística. Nesse sentido, recomenda-se com ênfase a adoção de medidas visando o controle da taxa de resposta, tais como: o planejamento de diferentes formas de divulgação prévia do estu-

do, a realização de reuniões com lideranças comunitárias, a solicitação de auxílio aos agentes públicos reconhecidos socialmente na área e o reforço no treinamento das equipes de campo para retornar ao domicílio sorteado.

A ausência de resposta pode introduzir vício no processo de amostragem, modificando as possíveis inferências resultantes da análise dos dados (SILVA, 1998). A consequência dessa e de outras dificuldades metodológicas, é não poder ser assegurada plenamente a produção de inferências para a população do município correspondente aos grupos etários examinados, um dos objetivos secundários do estudo preliminar. Neste ponto, pode-se afirmar que a amostra obtida permite uma aproximação relativa que pode ser mais consistente para os jovens do que para os adultos, cujas características demográficas da amostra apresentaram valores proporcionais distantes das estimativas populacionais disponíveis, muito embora a variável mais discrepante entre amostra e população tenha sido o sexo, o que tem mostrado pouca influência na prevalência de problemas bucais. De modo análogo, devem ser considerados os resultados dos esforços analíticos sobre possíveis associações entre as variáveis obtidas.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos profissionais que participaram da execução do estudo na condição de supervisores de campo, examinadores e anotadores, cedidos gentilmente pelas Secretarias de Saúde dos municípios de Diadema-SP e Canela-RS. Para viabilizar os recursos necessários para o estudo, colaboraram também o Conselho Federal de Odontologia e a Associação Brasileira de Odontologia. Na assessoria para delineamento do plano amostral agradecemos a participação da estatística Maria Cecília Goi Porto Alves.

Condiciones de salud bucal en adultos: notas sobre la técnica de levantamiento domiciliar.

Resumen: El objetivo de este estudio fue testar la aplicación de la técnica de levantamiento domiciliar a fin de subsidiar estudios epidemiológicos en poblaciones adultas. Dos municipios fueron seleccionados: Canela-RS y Diadema-SP, con cerca de 33 mil y 338 mil habitantes respectivamente. En Canela, una muestra probabilística por conglomerado de un estadio fue delineada en que la unidad de muestreo primario (UAP) fue la cuadra, dentro de la cual domicilios fueron incluidos. En Diadema, un método de dos estadios fue adoptado. Sectores censitarios fueron sorteados y una muestra de domicilios fue aleatoriamente seleccionada mediante técnica sistemática. El primer contacto con domicilios sorteados fue realizado por personas entrenadas, cuya tarea fue identificar elementos muestrales y marcar los exámenes. Debido a características de esa etapa, en una parte de las UAP, los residentes fueron examinados sin la visita domiciliar previa. Datos de la planilla de percurso llenas por los visitadores, informaciones obtenidas en reuniones técnicas con los equipos de campo y estimativas demográficas oficiales fueron utilizados para evaluar las visitas domiciliarias y las características de la muestra obtenida. Los resultados mostraron tasas de respuesta distintas: 51,2% apurados en 70 cuadras con la visita previa y 83,1% en 29 cuadras sin la visita previa, en Canela, y 34,1% apurados en 25 sectores censitarios en Diadema. La comparación con estimativas demográficas oficiales reveló tendencia de un número mayor de exámenes en mujeres. Para perfeccionar los procedimientos técnicos, medidas para controlar la tasa de respuesta son discutidas.

Palabras Clave: Epidemiología; Adultos; Salud bucal; Examen domiciliar; Tasa de respuesta.

Oral health Conditions of adults: notes about household survey methods

Abstract: *The objective of this study was to test a household survey method, and its sampling technique, in order to foster the conduction of epidemiological studies on adult populations. Two towns were selected: Canela-RS, Brazil, which has a population of around 33,000 inhabitants, and Diadema-SP, Brazil, with about 338,000 inhabitants. In Canela, a single-stage cluster sampling was used. Clusters, the blocks of the town, were randomly selected and all elementary units, households, within the selected blocks were included. In Diadema, a two-stage cluster sampling method was adopted. Clusters, census wards, were randomly selected (first stage) and a sample of households (second stage) were selected by means of a systematic technique. The first contact with selected households was made by trained personnel. Their task was to identify dwellers and make arrangements for the exams. In some of the clusters dwellers were examined without a previous visit. Sample characteristics and domiciliary visits were assessed by fieldwork recording instruments, technical meetings and official demographic statistics. Results showed distinct response rates. In Canela, the response rate was 51.2 % in 70 blocks with previous visit, and 83.1 % in 29 blocks without the previous visit. In Diadema, it was 34.1 % in 25 census wards. Comparison with official demographic statistics pointed to the tendency of a greater number of exams happen in women. Technical procedures for improving response rates are discussed.*

Key words: *Epidemiology; Adults; Oral health; Household survey; Response rate*

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal:** Brasil, zona urbana, 1986. Brasília, 1988.

BRASIL. Sistema IBGE de Recuperação Automática. **Recontagem populacional de 1996.** Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/>. 1999a.

BRODEUR, J. M.; et al. Dental caries in Quebec Adults aged 35 to 44 years. **J Can Dent Assoc**; v. 66, n. 7, p. 374-9, 2000.

KLEIN, H.; PALMER, C. E. Dental caries in American indian children. **Pub Health Bull**, Washington, DC, n. 239, 1937.

MILLER, Y., LOCKER, D. Correlates of tooth loss in a canadian adult population. **J Can Dent Assoc**, v. 60, n. 6, p. 549-55, 1994.

SCHULLER, A. A. Better oral health, more inequality - empirical analysis among young adults. **Community Dental Health**, v. 16, n. 3, p. 154-9, 1999.

SCHWARZ, E.; et al. The Hong Kong Oral Health Survey - 1991: background, study population, and methods. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, n. 22, p. 351-7, 1994.

SILVA, N. **Amostragem probabilística.** São Paulo: Edusp, 1998.

SIMMONS, S. R.; EDGER, T. M. The design, errors and costs of a local adult oral health survey. **Community Dental Health**, n. 16, p. 207-212, 1999.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. Núcleo de Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Condições de saúde bucal, Estado de São Paulo, 1998.** São Paulo: 1999. Relatório técnico. Disponível em: < http://www.saude.sp.gov.br/html/fr_sbucal.htm>.

DOIS EM UM ou ... aproveitando um Dia Nacional de Multivacinação Infantil para avaliar hipertensão e glicemia elevada entre os adultos

Cláudia Melz Giovannella¹

Daniela Kirst¹

Fernando Q. Pivato²

Nilson Maestri Carvalho²

Maria Rita Cuervo²

Luiz Antonio Mattia²

Regina Pimentel Loureiro³

Resumo: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM) são causadores de um grande número de óbitos em nosso meio e, também, responsáveis por uma alta prevalência de Doenças Cardiovasculares, especialmente em maiores de 40 anos de idade. Na maioria das vezes, estas patologias são silenciosas e, quando se manifestam, já carregam uma série de complicações crônicas. De maneira geral, os indivíduos da faixa-etária de maior risco não freqüentam o Posto de Saúde, menos ainda, quando não têm algum sintoma. O dia de multivacinação infantil sempre acontece aos sábados - dia de folga para a maioria dos trabalhadores. Isto leva uma população de adultos jovens até o Posto para levar os filhos para vacinar. Aproveitamos, então, a campanha de vacinação em junho de 2000 para fazer um rastreamento em 167 adultos que compareceram à UBS-8. Trinta e sete deles estavam com PA e/ou glicemia capilar alterados. Nessa circunstância, foi possível fazer alguns diagnósticos precoces e, baseado no perfil epidemiológico desta população, planejar algumas medidas de prevenção (primária e secundária) fundamentais para o controle da HAS e DM.

Palavras-Chave: Hipertensão arterial sistêmica; Hiperglicemia; Rastreamento.

Introdução

Durante as últimas décadas, verificou-se um aumento da expectativa de vida da população brasileira, desenhando um quadro epidemiológico onde despontam em importância as doenças crônicas não transmissíveis. Nesse contexto, o grupo das doenças cardiovasculares (DCV) passou a ser apontado como a principal causa de óbito no Brasil desde os anos setenta (FUCHS et al., 1994), sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM) consideradas importantes fatores de risco para o desenvolvimento dessas patologias (JOINT NATIONAL COMMITTEE, 1997). A hipertensão é muito freqüente no Brasil, contrariando a idéia de que seria uma doença crônico-degenerativa importante somente para os países desenvolvidos.

A associação entre os valores de pressão e a incidência de eventos mórbidos mostra um aumento contínuo e linear. Há muito tempo se reconhece a relação positiva entre hipertensão e risco cardiovascular. Essa relação é importante, contínua, gradual, independente, preditiva, e etiologicamente significativa para pessoas

¹ Residentes - R1 - Medicina Geral Comunitária - Unidade Básica de Saúde - 8 do Centro de Saúde-Escola Murialdo - Secretaria do Estado da Saúde/RS

² Técnicos da UBS-8 do CSEM - SES/RS - Preceptores da Residência

³ Docente de Epidemiologia da ESP - SES/RS - Orientadora de Pesquisa da Residência, e-mail: regina@logic.com.br

com ou sem coronariopatia (STAMLER, 1991; FLACK et al., 1990). Quanto mais elevada for a pressão usual, maior será o risco de ocorrer um acidente vascular ou outra consequência (Mc MAHOON et al., 1990).

Valores elevados de pressão arterial (hipertensão) só excepcionalmente trazem alterações funcionais agudas. Cronicamente, no entanto, a sobrecarga circulatória contribui para a produção de alterações degenerativas vasculares e do miocárdio, por meio das quais se manifestam a morbidade e a mortalidade decorrentes de hipertensão. Assim, a hipertensão arterial sistêmica pode ser definida como um fator de risco para problemas cardiovasculares (DUNCAN et al., 1996). Estima-se que o risco relativo de homens entre 35 e 55 anos, com pressão sistólica superior a 180mmHg, de apresentar um infarto do miocárdio fatal é de aproximadamente três vezes superior ao de um homem de mesma idade com 130 a 139mmHg de pressão sistólica (STAMALER et al., 1993).

A HAS, por ser uma doença assintomática, foi incluída na nosologia médica a partir de diversos estudos epidemiológicos que mostraram maior morbidade e mortalidade por doença cardiovascular entre os indivíduos com pressão arterial sistólica e/ou diastólica elevada (WHO, 1993; Mc MAHOON, 1990). Desta forma, muitos pacientes descobrem-se hipertensos, tendo já DCV associada.

As novas definições e classificação da OMS/ISH (1999) dos níveis da pressão arterial estão no quadro abaixo.

Quadro 1– Categorias dos níveis de pressão arterial

Categoria	PA sistólica/mmHg	PA diastólica/mmHg
PA ideal	<120	<80
PA normal	<130	<85
PA normal-alta	130-139	85-89
Hipertensão grau 1 (leve) Subgrupo: Borderline(límitrofe)	140-149	90-94
Hipertensão grau 2 (moderada)	150-159	94-99
Hipertensão grau 3 (grave)	160-179>=180	100-109>=110
Hipertensão sistólica Isolada Subgrupo: Borderline (límitrofe)	>=140140-149	<90<90

DM tipo 1 ocorre usualmente antes dos 30 anos, apresentando um curto período sem sintomas, e possui um curso clínico mais severo. Há uma destruição das células B levando à deficiência absoluta de insulina.(AMERICAN DIABETS ASSOCIATION, 2000) DM tipo 2 usualmente acomete pessoas após os 30 anos e a prevalência da doença aumenta com a idade. Ocorre predominantemente resistência da insulina com relativa deficiência por defeito na secreção de insulina. Está estimado que aproximadamente 20% da população americana entre 65-74 anos tem DM (HARRIS, 1993).

A DM tipo 2 ocorre em 90-95% de todos casos de diabetes nos Estados Unidos (HARRIS, 1993; AMERICAN DIABETS ASSOCIATION, 2000). Diabetes pode causar

complicações metabólicas severas nos pacientes, em especial naqueles com diagnóstico tardio, e é importante fator de risco no desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (ALBERTI et al, 1995). Também é a mais comum causa de polineuropatia, em aproximadamente 50% dos diabéticos afetados com 25 anos do diagnóstico (HARATI, 1987) e é responsável por 50 % das amputações não traumáticas nos U.S (CENTER FOR DISEASE CONTROL, 1991). Cinquenta por cento dos casos de insuficiência renal crônica ocorrem em pacientes diabéticos (BREYER, 1992).

Mais de 20% dos pacientes com novo diagnóstico de DM tipo 2 já tem retinopatia, sugerindo que este paciente possui diabetes há muitos anos (9-12 anos), antes do diagnóstico clínico, e que as lesões microvasculares precedem os sintomas em muitos pacientes. A detecção precoce através do rastreamento promoveria a oportunidade de reduzir a progressão de eventos microvasculares ou doenças macrovasculares da hiperglicemia assintomática.

Os critérios para o diagnóstico de diabetes mellitus estão no quadro abaixo:

Quadro 2 – Critérios diagnósticos para diabetes mellitus

Normoglicemia	IFG ou IGT	DM*
FPG < 110mg/dl	FPG ≥ 110 e < 126mg/dl (IFG)	FPG ≥ 126mg/dl
2-h PG < 140mg/dl	2-h PG ≥ 140 e < 200mg/dl (IGT)	2-h PG ≥ 200mg/dl
		Sintomas de DM glicose plasmática casual em concentração ≥ 200mg/dl

O diagnóstico de diabetes deve ser confirmado em um dia subsequente por glicemia de jejum (FPG) ou teste de tolerância da glicose, 2 horas após ingestão de glicose (2-h PG) ou glicose plasmática casual (se sintomas estiverem presentes). Jejum é definido como a não ingestão calórica por pelo menos 8 horas. O FPG requer o uso de glicose 75g dissolvidas em água. * DM. Diabetes mellitus. IFG ou IGT-intolerância à glicose.

São considerados como maiores fatores de risco para diabetes tipo 2: história familiar; obesidade (IMC \geq 27kg/m²); raça ou etnia; identificação prévia de intolerância à glicose; hipertensão; idade \geq 45 anos; HDL colesterol \leq 35mg/dl e/ou triglicerídeos \geq 250mg/dl; história de diabetes gestacional ou filho com mais de 4 Kg.

A prevalência encontrada no Brasil de DM é de 7,6%; e de HAS, em Porto Alegre é de 12,9% (FUCHS et al, 1994). Entre os pacientes hipertensos, 68,4% sabem ter a doença e 53,6% estão em tratamento; destes, 27,4 % estão com a PA controlada. (Níveis pressóricos menores ou iguais a 140X90). Quarenta e seis por cento dos diabéticos não sabem ter a doença e, entre os que sabem, 22,3% não fazem tratamento (MALORBI, 1992).

O maior objetivo nos programas de rastreamento em comunidades é a identificação de indivíduos com alto risco de ter diabetes e/ou hipertensão não diagnosticadas. Como pacientes com diagnósticos tardios podem apresentar lesões micro e macrovasculares, buscamos reduzir a morbi-mortalidade através do diagnóstico precoce. Também buscamos a qualificação da atenção ao hipertenso e diabéticos.

Quadro 3 – Valores para testes de rastreamento

FPG	\geq 126mg / dl (7,0 mmol / litro)
Glicose sanguínea capilar de jejum	\geq 110mg / dl (6,1 mmol / litro)
Glicose sanguínea capilar ao acaso	\geq 140mg / dl (8 mmol / litro)

Metodologia

Um estudo transversal avaliou 167 indivíduos com idade \geq 20 anos, que se dirigiram à Unidade Básica 8 - Centro de Saúde Escola Murialdo - Morro da Cruz, Porto Alegre, RS, na campanha vacinal de junho de 2000. Todos eles foram convidados verbalmente a participar e informados que seriam submetidos a questionário para avaliação de alguns dados epidemiológicos e clínicos, verificação de peso, altura, pressão arterial sistêmica e glicemia sanguínea capilar ao acaso. Foram excluídas do estudo gestantes e os indivíduos com menos de 20 anos.

Foram identificadas variáveis demográficas – sexo, idade, escolaridade, renda familiar e cor da pele; variáveis sobre a situação clínica – peso, altura, história familiar de HAS e DM, número de gestações prévias, uso de anticoncepcional oral, tabagismo, ingestão de bebida alcoólica, conhecimento e tratamento prévio para HAS e DM.

Resultados

Das 167 pessoas que participaram do estudo, 109 (65,3%) eram mulheres. A faixa etária predominante (67,0%) na população estudada foi entre os 20 e 39 anos de idade. Mais da metade dos participantes referiram ter renda familiar menor ou igual a 3 salários mínimos (57,1%) e escolaridade menor do que o primeiro grau completo (63,5 %). Indivíduos de cor branca predominaram (76,0 %). Com relação ao IMC foi verificado que a maioria (61,0%) apresentava sobrepeso ou obesidade. Um quarto dos 167 (42 indivíduos) participantes referiu história familiar de HAS, e 12,6% (21 indivíduos) a ocorrência de DM na família. A história familiar de ambas patologias foi relatada por 30 participantes (18%). O tabagismo foi referido por 66 pessoas – 39,5% dos entrevistados. A maioria (56,9%) reportou o não uso de bebidas alcoólicas – 95 indivíduos. Foi verificado um aumento da PA em 30 participantes (18,0%). E 7 indivíduos testados (4,2%) apresentaram aumento da glicemia capilar ao acaso (\geq 140mg/dl). Uma análise dos 37 participantes que apresentaram alterações nos níveis de PA e glicemia capilar está demonstrada na tabela abaixo (tabela 1) e evidencia que quatro indivíduos estavam com as duas taxas alteradas – PA e glicose acima da normalidade e que todos, com exceção de um indivíduo com PA elevada, estavam com o IMC acima do limite ideal.

A tabela 2 mostra a distribuição do aumento da PA e da glicemia sanguínea capilar segundo as variáveis de exposição estudadas. Treze pessoas, entre as 30 rastreadas, tinham conhecimento prévio sobre sua HAS e 7 delas faziam tratamento.

Dos quatro que tinham conhecimento sobre sua DM, dois já estavam fazendo tratamento. Metade dos hipertensos não sabia ou não tinha história familiar de hipertensão e apenas dois, dos sete indivíduos com glicemia capilar elevada, relataram não saber ou não ter antecedentes familiares de DM. Mais de um terço dos participantes que tiveram HAS elevada revelou fumar, enquanto que entre os participantes com glicemia acima da taxa normal, nenhum fumava.

Quanto ao uso de bebida alcoólica, a maioria referiu não usar nunca e os outros referiram apenas uso eventual. Entre as 18 mulheres com HAS, apenas quatro usavam anticoncepcional oral (ACO) e cinco delas referiram mais de quatro gestações ao longo da vida. Já entre as 3 mulheres com glicemia elevada, nenhuma usava ACO e duas haviam tido mais de quatro gestações.

A tabela 3 mostra uma análise dos fatores de risco para HAS. Os cálculos mostraram associação estatística significativa em quatro situações relacionadas ao aumento da PA. Os sujeitos com mais de 40 anos apresentaram mais de quatro vezes maior risco de ter HAS – $p < 0,001$. Também o IMC $\geq 25 \text{Kg/m}^2$ mostrou associação com o aumento da PA – o risco para hipertensão neste grupo foi mais de dezessete vezes maior para os indivíduos com sobrepeso ou obesidade – $p < 0,001$. A associação entre glicemia sangüínea capilar e HAS mostrou-se significativa com $p = 0,02$ – o risco foi de duas vezes e meio maior de ter PA alterada para os indivíduos que também tinham glicemia alterada. Múltiparas também apresentaram maior chance de ter PA elevada – um risco mais de duas vezes maior – com $p = 0,01$. A associação entre PA elevada e indivíduos de cor não branca mostrou-se limítrofe, com $p = 0,07$ e RP = 1,8 com IC = 1,0 – 3,5. As demais variáveis estudadas, relacionadas ao aumento da PA, não mostraram significância estatística. Nenhuma variável testada mostrou associação com o aumento da glicemia sangüínea capilar ao acaso.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis de desfecho estudado

DIAGNÓSTICO	↑ PA (n=30)		↑ Glicemia (n=7)	
	Freq	%	Freq	%
PA $\geq 140/90$ mmHg				
SIM	-	-	4	57,1
NÃO	-	-	26	42,9
GLICEMIA CAPITAR ≥ 140 mg/dl				
NÃO	26	86,6	-	-
SIM	4	13,4	-	-
ÍNDICE DE MASSA CORPORAL				
IDEAL	1	3,3	Zero	-
SOBREPESO	12	40	2	28,6
OBESO	17	56,7	5	71,4

Tabela 2 – Distribuição dos desfechos estudados segundo as variáveis de exposição

DIAGNÓSTICO VARIÁVEIS DE EXPOSIÇÃO	↑ PA (n=30)		↑ Glicemia (n=7)	
	Freq	%	Freq	%
TRATAMENTO PARA DM				
SIM	-	-	2	28,6
NÃO	-	-	2	28,6
Não tinha diagnóstico prévio	-	-	3	42,8
TRATAMENTO PARA HAS				
SIM	3	10	-	-
NÃO	13	43,3	-	-
Não tinha diagnóstico prévio	14	46,7	-	-
HISTÓRIA FAMILIAR				
HAS	9	30	2	28,6
DM	1	3,3	1	14,4
HAS e DM	5	16,7	2	28,6
Não tinha ou não sabia	15	23,3	2	14,4
FUMA				
SIM	11	36,7	Zero	-
NÃO	19	63,3	7	100,0
USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS				
EVENTUAL	14	46,7	2	28,6
NÃO	16	53,3	5	71,4
USO DE ANTICONCEP. ORAL	n=18		N=3	
SIM	4	22,2	Zero	-
NÃO	14	77,8	3	100,0
NÚMERO DE GESTAÇÕES	n=18		N=3	
ATÉ QUATRO	13	72,2	1	33,3
MAIS DE QUATRO	5	27,8	2	66,7

Tabela 3 – Análise de associação estatística entre TA elevada e alguns fatores de risco para HAS

DIAGNÓSTICO FATOR DE RISCO (n=167)	TA Normal	TA Elevada	p Valor	RP	IC
SEXO					
MASCULINO	12	46	NS	-	-
FEMININO	18	91			
IDADE (ANOS)					
↑ 40	19	21	< 0,001	5,5	2,7 - 10,5
↓ 40	11	116			

A Tabela 3 continua na próxima página...

Tabela 3, continuação.

DIAGNÓSTICO FATOR DE RISCO (n=167)	TA Normal	TA Elevada	p Valor	RP	IC
COR NÃO BRANCO BRANCO	11 19	29 108	=0,07	1,8	1,0 - 3,5
TABAGISMO SIM NÃO	11 19	55 82	NS	-	-
USO DE BEBIDA ALCOÓLICA SIM NÃO	14 16	58 79	NS	-	-
IMC >25 <25	29 1	73 64	<0,001	8,5	2,6 – 132,4
GLICEMIA CAPILAR (mg/dl) >140 <140	4 26	3 134	=0,02	35	1,7 - 7,3
NÚMERO DE GESTAÇÕES (n=109) ≥4 <4	13 5	34 57	<0,006	34	1,3 - 8,9

Discussão e conclusões

Este projeto piloto queria verificar a validade de um rastreamento das patologias estudadas, assim como da avaliação do perfil epidemiológico em uma população que habitualmente não frequenta o Posto de Saúde porque não tem tempo ou porque não sente necessidade.

Como já esperávamos, mesmo sendo final de semana, a maioria dos adultos que trouxe as crianças ao Posto era de mulheres mas, também, alguns homens acompanharam seus filhos na vacinação. Foi possível, então, atingir uma boa parte da nossa população alvo. Também não foi surpresa o fato da maior parte da população estudada ter baixa renda e baixa escolaridade. Entretanto, a alta prevalência de sobrepeso e obesidade (maior do que na população em geral), apesar de ser uma comunidade pobre onde os níveis de desnutrição infantil são altos, nos causou preocupação. Provavelmente isto ocorra pela ingestão não balanceada e inadequada de carboidratos e gorduras – alimentos mais acessíveis a esta população em função do menor preço destes produtos. O uso de bebida alcoólica mostrou-se pouco frequente, mas 40% da população estudada referiu que fumava – um fator de risco importante para DCV.

Os fatores de risco significativamente associados à HAS também não fugiram aos clássicos, a idade e o fumo confirmaram isto. Também a glicemia capilar

alterada e, para as mulheres, história de mais de quatro gestações, eram fatores de exposição esperados como associados à HAS, principalmente pelo fato de todos eles significarem maior chance de obesidade, o que foi confirmado pela associação com alto IMC acima dos valores adequados. Infelizmente, não foi possível avaliar adequadamente os fatores de risco associados à DM em função do tamanho da amostra com glicemia alterada. A baixa prevalência encontrada deve-se provavelmente ao fato desta população ser ainda jovem para manifestar a doença.

Consideramos um resultado importante a detecção de 30 participantes com PA elevada e 7 pessoas com a glicemia alterada, principalmente pelo fato de mais de quarenta por cento deles, em ambas as situações, não terem conhecimento prévio do problema.

Todos participantes que tiveram alterações de glicemia e PA foram agendados para consulta médica, avaliação nutricional e encaminhados para realização de exames laboratoriais para confirmar diagnóstico de DM e HAS.

Este estudo foi importante para nossa comunidade, pois diagnosticamos novos casos de HAS e DM, muitos deles assintomáticos e sem complicações das patologias, nos quais poderemos agir precocemente intervindo no curso das doenças. Além disso, foi possível resgatar alguns faltosos ao tratamento e, ainda, conhecer o perfil epidemiológico de uma amostra da população que pouco frequenta a UBS, nos dando subsídios importantes para planejar medidas de prevenção primária, como campanhas de acompanhamento nutricional e de estímulo a exercícios físicos.

E, por último, podemos dizer que a idéia de aproveitar o dia de vacinação para fazer um rastreamento mostrou-se bastante eficiente. Exigindo um pouquinho mais de trabalho dos técnicos e auxiliares envolvidos na campanha e sem custos adicionais, foi possível fazer uma pesquisa que obteve dados extremamente relevantes e úteis para a comunidade atendida pela UBS.

DOS EN UNO o ... aprovechando un Día Nacional de Multivacunación Infantil para evaluar hipertensión y glucosa de la sangre elevada entre los adultos

Resumen: *La Hipertensión Sanguínea Sistémica (HSS) y la Diabetes Mellitus (DM) son causadoras de un gran número de óbitos en nuestro medio y, también, responsables por una alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares, especialmente en mayores de 40 años de edad. En la mayoría de las veces esas patologías son silenciosas y, cuando se manifiestan, ya traen una serie de complicaciones crónicas. En general, los individuos del rango de edad de mayor riesgo no frecuentan la Posta de Salud, menos aún cuando no hay algún síntoma. El día de multivacunación infantil siempre ocurre los sábados - día franco para la mayoría de los trabajadores. Eso lleva una población de adultos jóvenes hasta la Posta para llevar los hijos para vacunar. Aprovechamos, entonces, la campaña de vacunación en junio de 2000 para hacer un rastreo en 167 adultos que comparecieron a la UBS-8. Treinta y siete de ellos estaban con PA y/o glucosa de la sangre capilar alteradas. En esa circunstancia fue posible hacer algunos diagnósticos precoces y, basado en el perfil epidemiológico de esa población, planear algunas medidas de prevención (primaria y secundaria) fundamentales para el control de la HAS y DM.*

Palabras Clave: *Hipertensión sanguínea sistémica; Hiperglicemia; Diabetes mellitus.*

TWO IN ONE or... taking advantage of a National Day of Child Multi-vaccination to evaluate hypertension and elevated concentration of glucose in the blood among adults

Abstract: *The Systemic Arterial Hypertension (SAH) and the Diabetes Mellitus (DM) are the cause of a great number of deaths among humans, and they are also responsible for a high prevalence of Cardiovascular Diseases, especially in people over 40 years of age. In most cases, these pathologies are silent and, when they manifest themselves, there are already a series of chronic complications. In a general way, individuals from the most risky age group do not go frequently to the health center, and they go there even less when there are no symptoms. The day of child multi-vaccination is always on a Saturday – the day off for most workers in Brazil. This fact leads a population of young adults to go to the health center, taking their children to be vaccinated. Then, it was taken the advantage of the vaccination campaign in June, 2000 to track 167 adults who came to the UBS-8. Thirty-seven of those had their arterial pressure and/or their concentration of glucose in the capillaries altered. In this opportunity it was possible to make some pre-diagnosis and, based on the epidemiological profile of that population, it was possible to plan some essential prevention steps (primary and secondary) to the control of SAH and DM.*

Key words: *Systemic arterial hypertension; Elevated concentration of glucose in the blood; Diabetes mellitus.*

Referências

- ALBERTI, KGMM et al. **International textbook of diabetes mellitus**. New York: John Wiley and Sons, 1995.
- AMERICAN DIABETS ASSOCIATION (ADA). **Diabetes 1996 vital statistics**. Alexandria: American Diabetes Association, 1995.
- AMERICAN DIABETS ASSOCIATION (ADA). **Diabetes care**, v. 23, n. 1, 2000.
- AMERICAN SOCIETY OF HYPERTENSION. Recommendations for routine blood pressure measurement by indirect cuff sphygmomanometry. **Am J Hypertens**, v. 5, p. 207-209, 1992.
- BREYER, J. A. Diabetic nephropathy in insulin-dependent patients. **Am J Kidney Dis**, v. 20, p. 533-547, 1992.
- Brownlee M. Glycation and diabetic complications. **Diabetes**, v. 43, p. 836-841, 1994.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL – CDC. Lower extremity amputations among persons with diabetes mellitus—Washington, 1988. **MMWR**, v. 40, p. 737-741, 1991.
- DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. **N Engl J Med**, v. 329, p. 977- 986, 1993.
- DUNCAN, B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- FLACK, J. M. et al. For the multiple risk factor intervention trial reseach group. Blood pressure and mortality among men with prior myocardial infarction. **Circulation**, v. 92, p. 2437-2445, 1995.
- FUCHS, F. D. et al. Prevalência de hipertensão e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 63, p. 473-479, 1994.
- HARATI, Y. Diabetic peripheral neuropathies. **Ann Intern Med**, v. 107, p. 546-559, 1987.
- HARRIS, M. I. Undiagnosed NIDDM: clinical and public health issues. **Diabetes Care**, v. 16, p. 642-652, 1993.
- JOINT NATIONAL COMMITTEE. The Sixth Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evolution, and treatment of High Blood Pressure. **National Institutes of Health publication**, v. 98, p. 4080, 1997.

MC MAHOON, S. et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. **Lancet**, v. 335, p.765-74, 1990.

MALORBI, D. et al. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. Multicenter Study of the Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance in the Urban Brazilian Population Aged 30-69 Yr. **D. Care**, v. 15, n. 11, p. 1509-1516, 1992.

PERLOFF, D.; GRIM, C.; FLACK, J. For the Writing Group. Human blood pressure determination by sphygmomanometry. **Circulation**, v. 88, p. 2460-2467, 1993.

STAMLER, J. Blood pressure and high blood pressure: aspects of risks. **Hypertension**, v.18, n. 1, p. 95-107, 1991. Supplement 1.

UKPDS – UK Prospective Diabetes Study Group Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. **The Lancet**, v. 352, p. 837-852, sep 12, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1993. Guidelines for the management of mild hypertension: memorandum from a WHO/ISH meeting. **Bull World Health Organ.**, v. 71, p. 503-517,1993.

Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública

Denise Loureiro Chaves dos Santos¹

Lourdes Supert²

Maria Salete Macedo³

Resumo: Este estudo trata o Acolhimento como alternativa na forma de atendimento dos serviços básicos de saúde, insere-se no modelo tecno-assistencial Em Defesa da Vida, apresenta-se como proposta de humanizar os serviços de saúde, ampliar o acesso aos usuários e promover qualidade de vida. A pesquisa foi realizada com 41 trabalhadores de saúde de Porto Alegre, São Leopoldo e Viamão, tendo como objetivo saber o que eles entendem por Acolhimento. Foi utilizado o método qualitativo da análise fenomenológica com referencial de BARDIN para interpretação dos dados. Evidenciou-se, através de suas falas, que muitos deles possuem algum entendimento sobre o significado de Acolhimento.

Palavras-Chave: Acolhimento; Atenção primária de saúde; Porto Alegre; Viamão; São Leopoldo.

Introdução

Este estudo foi realizado para atender a um dos requisitos do curso de Formação de Sanitaristas - Ano 2001 - Pós-Graduação *Lato Sensu* em Saúde Pública.

O tema eleito para nossa pesquisa, Acolhimento, foi abordado num recorte centrado no trabalhador dos serviços públicos de saúde, por um viés que pretendeu investigar se eles entendiam o significado desse conceito no atendimento básico de saúde. Essa opção foi acompanhada do interesse pelo estudo das propostas alternativas que têm sido apresentadas, como contraponto ao modelo hegemônico de saúde no Brasil, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1988), onde destacamos o modelo tecno-assistencial Em Defesa da Vida, que norteia o sistema de Acolhimento.

Esse modelo despertou nosso interesse, a partir de estudos bibliográficos preliminares, pelo fato de tratar a saúde não apenas como ausência de doença, mas sim, como qualidade de vida que deve ser estendida a todos os cidadãos brasileiros. Por esse prisma, o Acolhimento, como primeiro passo de um processo que pretende, ao fazer saúde, produzir qualidade de vida para a população que busca atendimento nos serviços básicos de saúde, polarizou o núcleo de nossa pesquisa.

Nosso estudo foi buscar informações em três unidades básicas de saúde, nas cidades de Porto Alegre, São Leopoldo e Viamão, no Rio Grande do Sul, onde o sistema de Acolhimento, de maneira formal, ainda não foi desenvolvido. Para isso, efetuamos uma pesquisa, instrumentada num questionário aplicado nos trabalhadores dessas unidades, com o objetivo de investigar se esses trabalhadores entendem o que é Acolhimento.

Valemo-nos também como referência do material bibliográfico publicado sobre esse tema, dentro da linha de CAMPOS G.W.S, MERHY E. E. E CECÍLIO L. C., do

¹ Enfermeira, licenciada em enfermagem pela UFRGS, atua no serviço de atenção básica na SMS/PMPA e-mail: santosjr@portoweb.com.br.

² Enfermeira obstétrica - Unisinos, coordenadora de Unidade de Saúde de Viamão.

³ Médica - Universidade de Passo Fundo, especialista em pediatria pelo HPV, coordenadora do Centro de Vigilância em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo

grupo Lapa/Unicamp. Serviu-nos também de apoio os textos sobre as experiências em Acolhimento, vivenciadas nas cidades de Campinas (SP), Betim (MG), Ipatinga (MG), Belo Horizonte (MG), Sobral (CE) e Caxias (RS).

Para a análise e inferência dos resultados da pesquisa nos referenciamos principalmente em Bardin (apud MORAES, 1999).

Esperamos, com este trabalho, contribuir de alguma forma para acrescentar novos subsídios sobre o papel do trabalhador da saúde pública e a humanização na atenção em saúde. Nesse sentido, pretendemos, com os resultados de nossa pesquisa, abrir algum espaço para refletir sobre Acolhimento, questão importante nas relações interpessoais trabalhador-usuário e, quem sabe, apontar para algumas soluções. Afinal, sonhar é preciso!

Novas propostas de atendimento na saúde pública

A trajetória histórica da saúde pública brasileira tem sido pontuada, notadamente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), pela busca de soluções que promovam a toda população o acesso à saúde, com atendimento eficiente capaz de produzir qualidade de vida, direito constitucional do cidadão. Nesse sentido, essa Conferência encaminhou, a partir de seus debates, propostas de descentralização e democratização do sistema de saúde no Brasil, através de uma ampla Reforma Sanitária constando, entre outros, de um projeto de transição gradual das Ações Integradas de Saúde para o Sistema Unificado de Saúde (SUS).

Posteriormente, vindo ao encontro das propostas da 8ª CNS – 1986, a Constituição Republicana de 1988, símbolo que marca a passagem do Estado autoritário à abertura democrática do país, permitiu que se estabelecessem projetos de qualidade de vida para a população. Todavia, dividiu com a sociedade a responsabilidade pela saúde de seus cidadãos. No Art. 197, seção II, - Da Saúde – explicita que: “a Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante política sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988, p. 118)

O desdobramento da Constituição, a Lei Federal nº 8080 de setembro de 1990, nas Disposições Gerais § 2º, amplia os princípios gerais e acrescenta: “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 22). Nesse empenho, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde vêm propondo a reformulação dos modelos tradicionais que têm se apresentados insatisfatórios diante das necessidades sociais para implantar a Atenção Integral à Saúde, assentada nos preceitos constitucionais e na legislação do SUS.

Identificam-se, nesse período, críticas às lacunas deixadas pela experiência brasileira em buscar uma nova organização de serviços de saúde e prestação de assistência: tumultuado processo de municipalização da saúde e os severos cortes orçamentários no setor social (SILVA JUNIOR, 1998, p. 24), os esforços mudancistas com pequeno impacto sobre os problemas de saúde e mesmo sobre a eficácia dos serviços (CAMPOS, 1992, p. 145).

Mendes (1991), Misoczky (1991), Merhy et al. (1991), Campos (1991) e Teixeira (1992), entre outros, criticaram as formas de reorganização da assistência à saúde implementadas em alguns municípios, reproduzindo as velhas estruturas inamptianas, e propuseram novas alternativas. Paim (1992) indicava a necessidade de superar-se os modelos de prestação de serviços de saúde, tornando-os compatíveis com os propósitos de universalidade, acessibilidade, equidade, integralidade e impacto epidemiológico (SILVA JUNIOR, 1998, p. 25).

Algumas vertentes dessas idéias traduziram-se em novas opções para o atendimento à saúde. Sobre elas, teceremos algumas considerações a fim de esclarecer o contexto em que se insere o modelo que é tema de nossa pesquisa: Em Defesa da Vida.

Algumas considerações a respeito dos novos olhares sobre as práticas sanitárias no sistema de saúde pública

Pensar saúde pública significa, *a priori*, reconhecê-la como parte das necessidades básicas da sociedade e, portanto, paradigma do desenvolvimento social. No Brasil, onde a população vive em meio à criminalidade urbana, num plano de acentuadas desigualdades sociais, os problemas se agravam, reforçados que são, segundo Silva Júnior (1998), “pelo aparecimento de novas e complexas doenças como a SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – e aquelas, chamadas “germes emergentes”. Ao que se soma também: “O reaparecimento de doenças ‘pestilentas’ do início do século, como dengue e cólera, dá-se no contexto desumano em que vive a população das cidades de grande dimensão, onde as ‘medidas profiláticas’ se revelam “inefcazes”.” (SILVA JUNIOR, 1998, p. 26).

Essa realidade serviu também para cristalizar novas propostas no chamado movimento reformista, que procurou ocupar alguns espaços na luta pela saúde. Os palcos dessas manifestações foram as Conferências Nacionais de Saúde, onde se buscou examinar criticamente a criação de novas formas de controle social.

Será a força das instituições políticas e dos movimentos popular e sindical nas cidades que tornará viável a participação autônoma e consistente de representante dos usuários [...] clientelismo e paternalismo ainda são características marcantes das relações entre Governo e grupos de interesse [...] (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000, p. 36)

Recentemente, numa análise retrospectiva sobre a caminhada e os projetos do bloco reformista, Campos apontou para as dificuldades enfrentadas pelos governos democráticos e populares no empreendimento de mudanças na área da saúde, “fica difícil para a sociedade distinguir onde há conservação e onde haveria intenção de mudança” (CAMPOS, 1997, p. 134) afirmando que se costuma às vezes compensar a dificuldade para transformar apenas com um discurso crítico. Por outro lado, reafirma a validade da crítica, desde que apresentada na forma de projeto alternativo ao hegemônico, uma vez que, a partir desse posicionamento, conquistou-se a reformulação das políticas sanitárias, a exemplo da institucionalização do Sistema Único de Saúde.

Abriram caminho para essas mudanças modelos de saúde desenvolvidos e propostas desde “Santos e Bauru-SP, Nesco-PR, Nescon-MG, Departamentos de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, USP, UFBA, Unicamp, Fundap, Projeto Niterói- RJ e outros” (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 26), refletindo o esforço pela reformulação do sistema público de saúde.

A busca de alternativas que permitam a superação dos limites dos modelos vigentes vem sendo empreendida em vários estados e municípios do País há mais de uma década, com avanços e retrocessos decorrentes de alterações no contexto político-institucional, o mais das vezes desfavorável em função das restrições de caráter financeiro a que vem sendo submetido o processo de construção do SUS, bem como por mudanças nas opções políticas dos gestores do sistema em distintas conjunturas. (TEIXEIRA, 2000, p. 2)

Em seu livro “Modelos Tecno-assistenciais em Saúde – O debate no campo da Saúde Coletiva”, Silva Júnior (1998) destaca três propostas que se apresentaram como contraponto ao modelo hegemônico de saúde como forma de materializar o SUS na sua essência. São elas: a Silos-baiana-BA, a “Saudicidade” de Curitiba-PR e a proposta Em Defesa da Vida do Lapa/Unicamp.

Embora o tema “Acolhimento”, eleito para o nosso trabalho, esteja referenciado no modelo tecno-assistencial Em Defesa da Vida, discorreremos brevemente sobre as duas primeiras propostas apontadas por Silva Júnior (1998).

A proposta Silos-baiana incorporou concepções da Carta de Ottawa, documento extraído na I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (1986), que estabeleceu como requisitos fundamentais à saúde “a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a conservação dos recursos, a justiça social e a equidade” (MENDES, 1993 apud, SILVA JÚNIOR, p.11). Seu marco conceitual foi apresentado na XXII Conferência Sanitária Pan-Americana em 1986. A proposta desenvolveu-se na Bahia, principalmente na sua capital, Salvador, levada a frente por um grupo remanescente do “Movimento Sanitário”, composto por professores de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia.

A operacionalização deste modelo, inspirado nas recomendações da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (1986), baseou-se na regionalização das ações de saúde através de Distritos Sanitários como uma forma de descentralizar decisões, para compreender os problemas locais e permitir maior acesso da população aos serviços de saúde. Contou com recursos públicos e privados para sua implantação para articular ações integradas de saúde em áreas de abrangência, com a participação da população envolvida.

A continuidade das ações dessa proposta encontrou nos interesses políticos, na falta de apoio do legislativo baiano e nos interesses dos grupos privados do poder local, seu principal entrave. Entretanto, para Silva Júnior (1998), a experiência prosseguiu dentro do processo de municipalização em Salvador e em vários municípios do Brasil.

O modelo “Saudicidade”, desenvolvido em Curitiba-PR, surgiu da proposta de “Cidades Saudáveis” apresentada em Toronto, Canadá, em 1984 e, paralelamente à proposta Silos-baiana, congregou elementos do histórico “Movimento Sanitário”,

apoiou os ditames da Carta de Otawa (1986) e concebia saúde e doença na tradição da epidemiologia social latino-americana.

Nesse modelo, foram propostas modificações na atuação das unidades municipais de saúde. A saúde era entendida como determinação social e seus determinantes deveriam ser discutidos. Os serviços de saúde foram organizados na forma de Programas tais como o da “Mulher, da Criança, de Diabéticos, de Hipertensos e outros” (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 89).

De outra parte, o modelo de atenção que deveria ser instituído era o apregoado pelo SUS e o distrito sanitário, tal como fora sugerido pelo movimento da Reforma Sanitária. As ações de mudanças partiam das críticas aos modelos vigentes, já que estes eram incapazes de resolver a problemática gerada pelo processo urbano acelerado. O título “Saudicidade” – Saúde para a cidade - sugere o conteúdo dessa proposta.

Em relação à implementação do modelo Saudicidade, as dificuldades foram poucas. Os prestadores privados e as organizações médicas agiram com “desdém” em relação às propostas, sem, contudo, conseguir estabelecer sérios obstáculos (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 99).

Defesa da vida – uma perspectiva social para promover saúde

O modelo tecno-assistencial de saúde Em Defesa da Vida, desenvolvido em Campinas-SP, originou-se de um grupo de profissionais de saúde que fundou o Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde – Lapa, nos finais dos anos oitenta.

Os componentes desse grupo fizeram parte do Movimento Sanitário Nacional desde a criação do Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, que foi criado dentro do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Na Universidade, viam eles o espaço para construção de um modelo de atenção à saúde que servisse de contraponto àquele estabelecido pelo neoliberalismo.

O modelo Em Defesa da Vida debruçou-se sobre questões críticas da saúde brasileira, tanto no terreno da saúde pública quanto privada, apontando para a fragilidade do modelo de atenção vigente e a decorrente insegurança dos cidadãos quando a ele recorrem para resolver seus problemas. Isso ocorre, segundo Merhy (1997), porque o modelo vigente está centrado no médico e no tratamento que, na maioria das vezes, se dá “de uma maneira impessoal, objetivante e descompromissada. (MERHY, 1997, p.118). Afirma ainda que:

[...] seria necessário reconstruir a idéia de autonomia do trabalhador em saúde, para além do médico e procurando a configuração do trabalhador coletivo, e construir um processo que publicize os espaços institucionais com a presença do conjunto dos atores, realmente interessados na saúde, em particular os usuários. (MERHY, 1997, p. 119)

A proposta Lapa-Unicamp perpassa por esse viés. Ela é centrada na preocupação da organização da produção de serviços e em projetos de construção de ações sociais cooperadas entre o sistema organizacional do serviço público e a sociedade. Assim, norteia-se pelos princípios da gestão democrática, saúde como

direito de cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva. Como bem sugere Silva Júnior:

O processo de trabalho em saúde deve incorporar as amplas dimensões apresentadas pelos problemas de saúde, incluindo os usuários, a começar da forma como sentem suas necessidades em saúde e de serviços [...] humanização é vista como a garantia de acesso ao serviço e a todos os recursos tecnológicos necessários para defesa da vida; à informação individual e coletiva e à equidade no atendimento a todos os cidadãos. (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 101).

Nessa forma de conceber saúde, o grupo Lapa-Unicamp trouxe contribuições fundamentais e inovadoras diante de outras praticadas no país no “fazer” qualidade em saúde. Refere-se à epidemiologia social latino-americana, com limitação em perceber os aspectos individuais do adoecer, os desejos e interesses articulados na composição da demanda aos serviços. Assim, propõe a “incorporação de elementos da psicanálise e da análise institucional” (BAREMBLIT, apud, SILVA JÚNIOR, p. 103), na atuação da equipe de saúde para ampliar a capacidade de perceber a demanda e oferecer serviços mais adequados.

Outro ponto diz respeito aos usuários e à incorporação de novos sujeitos sociais na luta em Defesa da Vida. Refere-se ao trabalhador da saúde pública e ao contexto de sua insatisfação pela falta de reconhecimento profissional e, muitas vezes, às más condições de trabalho.

Este quadro tem estado presente cotidianamente na vida das instituições de saúde, no Brasil, e tem se expressado não só na total insegurança da clientela no tipo de atendimento do qual muitas vezes está sendo vítima, mas também na profunda crise de realização humana e profissional do conjunto dos trabalhadores do setor saúde [...] (MERHY, 1997, p. 28)

Mesmo assim, como bem refere Campos (1998), é preciso ter consciência de que trabalhar dentro do campo da saúde implica na subjetividade que o caracteriza, existindo uma proximidade física e conseqüentemente a interferência sobre o corpo e a vida do outro. Às vezes, até ouve-se o arfar, sente-se o suor, percebe-se o medo, ou o desespero do objeto cuidado. Vislumbres da linguagem corporal ressoam no espírito objetivo e treinado do técnico. O trabalho em saúde assenta-se sobre relações interpessoais todo o tempo. (CAMPOS, 1997, p. 250)

Perceber as relações interpessoais na saúde dessa forma é se colocar à disposição para mudanças. Certamente, é também abrir caminho para a humanização da saúde e para a possibilidade de defesa da vida. Luz acrescenta que:

[...] reduzir a saúde à ausência relativa de doenças a programas médicos curativos ou preventivos, tem sido, no modo de produção capitalista, a forma política de eludir o problema das condições de existência nele vigentes. (LUZ, apud FERNANDES, 1993, p. 23)

Por esse prisma, as relações entre o médico e os pacientes são traduzidas em receitas inócuas, “cronificação de doentes, pedidos de exame desnecessários: em uma palavra, medicalização”. (FERNANDES, 1993, p.25)

Por fim, a Lei Orgânica da Saúde que regulamenta o Sistema Único de Saúde em nosso país entende saúde de forma mais ampla:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens de serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Dizem respeito também [...] às ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 22)

O grupo Lapa-Unicamp referenda essas idéias e tenta, com sua proposta, tratar saúde não apenas como ausência de doença. Para os proponentes desse modelo tecno-assistencial, o cidadão assim o é, enquanto sujeito social com direitos de acesso à saúde, lazer, trabalho, moradia entre outros, abrindo assim a possibilidade de alcançar qualidade de vida.

O modelo Em Defesa da Vida vale-se dessa ótica conceitual de saúde para nortear os princípios de ação dos projetos propostos por ele, quais sejam: acesso e Acolhimento, vínculo e responsabilização, responsabilidade sanitária, resolutividade, gestão democrática e controle social.

Desses princípios, elegemos “Acolhimento” para realizar um estudo pelo seguinte viés: o que o trabalhador da saúde entende sobre Acolhimento? No segundo capítulo, discorreremos sobre os conceitos e significados de Acolhimento, suas experiências em algumas cidades brasileiras. No terceiro capítulo, referiremos sobre a pesquisa realizada junto aos trabalhadores de unidades básicas de saúde de Porto Alegre, São Leopoldo e Viamão, fazendo a análise qualitativa dos seus resultados.

Acolhimento no sistema de atenção básica de saúde

Acolhimento, como parte do processo que pretende promover qualidade de vida através do sistema de saúde pública, representa a possibilidade de ampliação do acesso dos usuários a esses serviços. “Sua aplicação significa a retomada da reflexão da universalidade na assistência e da dimensão da governabilidade das equipes locais...” (MALTA, 1998, p.22). Entretanto, sua resolutividade depende da eficácia das ações produzidas pelo trabalhador da saúde, traduzida na satisfação das expectativas da pessoa que busca esse atendimento.

Essa estreita ligação que se estabelece para produzir qualidade de vida nas pessoas implica no pressuposto do “resgate e potenciação do conhecimento técnico das equipes, possibilitando o enriquecimento da intervenção dos vários profissionais da saúde...” (MALTA, 1998, p. 22). Dessa maneira, o Acolhimento:

[...] tornou possível, ainda, a reflexão sobre a humanização das relações em serviço e parte da lógica de poder contida nesse processo, contribuindo assim para uma mudança na concepção da saúde como direito. Ao permitir reflexões e criações coletivas envolvendo governo, trabalhadores e usuários, em um movimento de mudanças necessárias para traçar esse novo fazer em saúde, resgatou-se o espaço de trabalho como lugar de sujeitos. (MALTA, 1998, p. 22)

Assim, Acolhimento faz parte das relações que implicam no acesso do usuário, na humanização dessas relações e na responsabilidade para com a vida das pessoas. Nesse processo é possível envolver todos os trabalhadores da saúde, como forma de apresentar um atendimento de melhor qualidade, diferente daquele em que a saúde está somente nas mãos do núcleo intelectual formado pelos médicos. Isto se devia ao fato de que, historicamente, foi conferido a esse profissional, mesmo pelo próprio imaginário social, de que são os únicos capazes de lidar com a vida e com a morte.

Entretanto, na alternativa de atendimento proposta pelo Acolhimento, as ações do fazer saúde inserem-se num campo maior, abrangendo todos os trabalhadores de uma equipe de trabalho das unidades básicas de saúde. Dessa forma, o Acolhimento,

[...] se põe enquanto uma estratégia de reformulação no modo como têm se dado às relações interpessoais no processo de trabalho em saúde, implicando em uma nova organização desse processo [...] o acolhimento busca: uma maior humanização do atendimento nas unidades de saúde, uma ampliação da garantia de acesso a todos os sujeitos que demandam algo dos serviços de saúde, uma efetiva responsabilização dos profissionais com a saúde desses cidadãos e a conseqüente constituição de vínculos; assim como visa imprimir uma maior resolubilidade às ações desenvolvidas (REIS, 1997, p.3)

Nesse sentido, o campo de ação deve envolver todos os trabalhadores, anelados pelo mesmo objetivo de produzir qualidade de vida. Com esse pensamento, dedicamos os nossos esforços na busca por informações para saber como está o conhecimento do trabalhador da saúde sobre Acolhimento, se ele entende o seu significado, mesmo que seja através de suas atitudes e ações no atendimento aos usuários.

Assim, para nortear a investigação e sustentar teoricamente seus resultados, partimos da construção e alguns princípios básicos que perpassam Acolhimento. Para tanto, nos referenciamos em algumas publicações que discorrem sobre sua prática efetuada em algumas cidades brasileiras, tais como Campinas (SP), Ipatinga (MG), Caxias do Sul (RS), Betim (MG), Belo Horizonte (MG) e Sobral (CE). Por fim, enfeixando método e instrumento, buscamos o apoio teórico bibliográfico pelo viés do pensamento de Gastão Campos, E.E. Merhy e L. C. Cecílio.

Entretanto, para a primeira aproximação com o termo Acolhimento, nos valem do que dispõe Ximenes (2000). Segundo ele, Acolhimento significa “**recepção** que se faz a alguém, **atenção, consideração, refúgio e proteção**”. Embora esse conceito nos forneça uma idéia do seu significado, entendemos que no caso da interação trabalhador-usuário, seu sentido extrapola essa definição, pois passa pela escuta qualificada das necessidades e expectativas de quem procura o serviço público de saúde.

Acolhimento: conceitos e sua prática

Conforme nos referimos no capítulo anterior, as reflexões críticas que se fizeram sobre o modelo hegemônico de atenção à saúde, intensificadas a par-

tir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), assentavam-se precisamente sobre as questões da humanização do sistema de saúde pública no Brasil. As considerações encaminhadas através do modelo tecno-assistencial Em Defesa da Vida foram de elaboração de projetos para promoção da qualidade de vida, numa proposta que envolve todo o processo de atendimento do sistema básico de saúde, desde a chegada do usuário nos serviços de saúde, sua recepção e os passos posteriores ao seu atendimento, sugerindo uma harmonização na qualidade desse atendimento para que a terapêutica possa produzir qualidade de vida, direito social de todos cidadãos.

Dessa maneira, Acolhimento, segundo alguns conceitos, atende a esses objetivos. O Acolhimento “[...] passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito. O Acolhimento na saúde é a construção de um novo modo de ver a doença, como responsabilidade social, a construção de solidariedade, compromisso e construção da cidadania”. (BUENO, apud COSTEIRA, 2001, p. 3)

É um modelo tecnoassistencial, orientado nos princípios do SUS que propõem, principalmente, reorganizar o serviço no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado para oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário. (FRANCO, 1997, p. 3)

Ou como ainda afirma Campos (1997):

Nos sistemas públicos, a noção de Acolhida poderia ser redefinida, ampliando-se seu significado tradicional conforme é empregado na prática clínica privada. Agora, a Acolhida deveria dizer respeito tanto da abertura dos serviços públicos para a demanda, como de sua vocação para responsabilizar-se por todos os problemas da saúde de uma região (p. 256).

Depreende-se, portanto, que Acolhimento deva efetuar-se através de ações, fazendo parte do sistema de atendimento, através da sensibilidade, sutileza e subjetividade no fazer do trabalhador da saúde. Isso implica na tolerância à diferença, na inclusão social, na escuta qualificada, responsável e comprometida.” O Acolhimento significa, em última instância, permitir que o usuário se organize como sujeito” (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL, 2000, p. 27), ficando dessa forma estimulado a recorrer ao serviço mais confiante na resolução dos seus problemas.

Há uma grande expectativa de que o trabalhador, individual ou coletivamente, possa responder resolutivamente ao seu problema. Espera que o conjunto das ações de saúde ao qual se dispõe a se submeter lhe traga benefícios, i.é, consiga alterar seu quadro problemático. Enfim, a sua grande expectativa é que as ações de saúde sejam efetivas e o satisfaçam. (MERHY, 1997, p. 120).

Campos (1998) complementa essa idéia, acrescentando que para a implantação desse modelo, se torna necessário assegurar autonomia à equipe de saúde, ao serviço local e não a cada indivíduo isoladamente, implicando ela também em

autonomia para definir e escolher, de forma criativa, as técnicas e normas do processo de trabalho específico. E segue dizendo que:

[...] o trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública [...] as intermináveis disputas de poder e a acomodação inercial dos trabalhadores no setor estatal têm diminuído em muito a capacidade de os serviços de saúde produzirem qualidade de vida. (CAMPOS, 1997 p. 230)

Portanto, no “fazer saúde”, Acolhimento implica em transformar a maneira como se vem dando acesso à população desde a “porta de entrada”, bem como significa mudanças em ações que decorrem desse primeiro contato, tais como agendamento das consultas e programação de serviços. Assim, além de contribuir para humanização e melhoria da qualidade da atenção, é uma estratégia de reorientação dos profissionais e nas relações desses com os usuários na melhoria do seu bem-estar. Atitudes reprodutoras do modelo hegemônico neoliberal nas relações trabalhador-usuário comprometeriam a qualidade dos serviços.

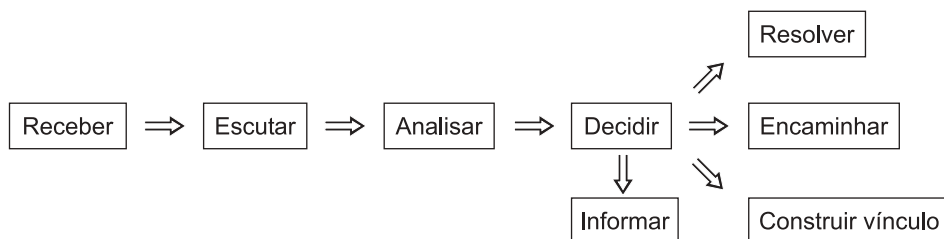
A falta de compromisso dos trabalhadores de saúde com o sofrimento dos usuários; a baixa capacidade resolutiva das ações de saúde; a intensa desigualdade no atendimento dos diferentes estratos econômico-sociais e a vantagem dos cidadãos que podem pagar altos preços pelos serviços, no acesso ao melhor que se tem no setor, demonstra a desumanização do serviço na área da saúde. “O usuário, qualquer que ele seja, espera que a relação trabalhador de saúde e usuário seja capaz de gerar Acolhimento que permita uma atuação sobre seu sofrimento, o seu problema” (MERHY, 1997, p. 122).

Para isto, devemos procurar construir um outro tipo de vínculo entre os trabalhadores de saúde e os usuários, no interior do conjunto das instituições de saúde, não só do ponto de vista da participação conjunta nas lutas por melhores condições de assistência, mas principalmente na produção do compromisso cotidiano do trabalhador de saúde diante do cuidado. (MERHY, 1997, p. 126)

No sistema de Acolhimento, isso se traduz em ações com responsabilidade em que o trabalhador coloca todo o seu conhecimento e os recursos tecnológicos de que dispõe para tentar resolver o problema do usuário e assim construir a dignidade do trabalhador e a do paciente. O modelo de saúde derivado desse estilo seria aquele em que o trabalhador afasta-se da tradicional postura de distanciamento entre os próprios trabalhadores e deles com o usuário “de uma maneira impessoal, objetivante e descompromissada” (MERHY, 1997, p. 118).

Há uma postura de frieza e onipotência que tem caracterizado os serviços de saúde no Brasil, como bem revela Merhy, “... há uma barreira que separa os mortais dos olímpicos senhores de nossas necessidades” (MERHY, 1997, p. 119). Essa realidade impulsionou o esforço de profissionais que se debruçando sobre ela apontaram para algumas soluções que viabilizassem melhores serviços no campo da saúde pública. O Acolhimento se coloca precisamente nessa proposta alternativa.

As idéias que perpassam um atendimento qualificado vêm ao encontro das ações de Acolhimento que devem se encaminhar por etapas, quais sejam:



Contudo, nessa trajetória de Acolhimento, vale sublinhar a recepção e a escuta qualificada. Para escutar é preciso estar atendo aos sinais, muitas vezes não verbalizados, ou ainda, traduzidos no próprio silêncio do usuário. “Não basta apenas ouvir, é preciso escutar” (LEITÃO, 1995, p. 46). Sem isso, pode-se comprometer os resultados das ações e qualidade dos serviços de saúde.

De outra parte, é preciso também destacar a importância do trabalho de equipe, onde a autonomia e as responsabilidades de cada membro que a compõe são definidas. Campos (1997) explica a partir dos conceitos de Campo e Núcleo como isso pode ocorrer na prática:

Por Núcleo entender-se-ia o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade. [...] Por Campo ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades [...] Assim, em um programa de atenção integral à saúde da mulher, caberia ao médico o diagnóstico e tratamento clínico de patologias. O cuidado de gestantes gravemente deprimidas caberia a psicólogos ou psiquiatras. Já a abordagem de aspectos subjetivos ou sociais de uma gestação estaria a cargo de todos os integrantes de uma (sic) equipe, sem distinção (CAMPOS, 1997, p. 248-249).

Citando o relato sobre as experiências em Acolhimento desenvolvidas em alguns municípios brasileiros, torna-se visível a possibilidade de mudança no processo de trabalho em saúde para melhoria na qualidade de vida das pessoas que procuram os serviços de saúde pública.

Como concluiu a equipe da Unidade Mista / PSF do Sinhá Sabóia da cidade de Sobral, Ceará, após a aplicação de um projeto de Acolhimento:

Acreditamos que o acolhimento, além de estar colaborando para uma melhor organização do serviço, se coloca como instrumento importante na mudança do modelo hegemônico centrado na doença. Ao humanizarmos, qualificarmos e organizarmos o atendimento, estamos permitindo que as equipes do PSF possam cada vez mais planejar suas ações, destinando o tempo necessário para as atividades de vigilância e educação em saúde, o que possibilita uma maior aproximação com a comunidade, no intuito de trabalhar outros conceitos importantes, tais como, cidadania, qualidade de vida, democratização do saber e autocuidado com a saúde. (COSTEIRA, 2001, p.7)

Para a Unidade Básica de Saúde Rosa Capuche, da cidade de Betim, Minas Gerais:

O que transparece de forma enfática em todo o trabalho de investigação sobre o Acolhimento é sua contemporaneidade, ou seja, a capacidade de se colocar no nosso tempo, mobilizar energias adormecidas, reacender a esperança e colocar em movimento segmentos importantes dos serviços de saúde, como grupos sujeito que se propõe à construção do novo, a fazer no tempo presente aquilo que é objetivo no futuro. (FRANCO, 1997, p. 18).

Conforme o relato da equipe da Secretaria Municipal de Ipatinga, Minas Gerais, que desenvolveu uma experiência de porta aberta para saúde:

A partir da experiência da porta aberta, chegamos à conclusão de que quem é banido dos serviços pelos esquemas de repressão de demanda, ao contrário do que se fala, é cada vez mais dependente das propostas medicalizantes. Pois contrariamente, com a criação do vínculo entre trabalhador e usuário, podemos através das nossas práticas criar possibilidades de autonomização. (MERHY, 1994, p. 144).

Portanto, as atitudes e ações de Acolhimento sustentadas na escuta qualificada de todos os trabalhadores da saúde, norteadas pelos conceitos de Campo e Núcleo, de Competência e de Responsabilidade, atribuiriam maior autonomia para os profissionais e equipes de saúde. Dessa forma, os sujeitos trabalhador e usuário seriam beneficiados e, conseqüentemente, se produziria qualidade de vida, objetivo maior do sistema de Acolhimento.

Os trabalhadores da saúde entendem o que é Acolhimento?

Essa pergunta, conteúdo nuclear do nosso trabalho, sintetizou o interesse do nosso estudo no campo da saúde pública brasileira, pelo viés do modelo tecno-assistencial Em Defesa da Vida. Nosso objetivo ao realizá-lo consistiu em investigar se os trabalhadores da saúde têm consciência de seu papel social e o conhecimento que possuem sobre a humanização dos serviços de saúde, sublinhando Acolhimento como parte desse processo. Dessa forma, para tecer algumas considerações sobre a realidade dessa percepção e os seus sentimentos, no que se refere ao sistema de Acolhimento, fomos buscar essas respostas por meio de uma entrevista efetuada através de 4 perguntas (Anexo A), aplicadas em 41 trabalhadores de três unidades básicas de saúde: em Porto Alegre, Viamão e São Leopoldo.

Metodologia

Para interpretação da amostra, o grupo utilizou o método qualitativo da análise fenomenológica. Segundo Olabeunaga e Ispizua:

[...] a análise de conteúdo é uma técnica para ler e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos, que analisados adequadamente nos abrem as portas ao conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social de outro modo inacessível [...] parte de uma série de pressupostos, os quais, no exame de um texto, servem de suporte para captar seu sentido simbólico (OLABEUNAGA; ISPIZUA apud MORAES, 1999, p. 9-10)

O processo para desenvolver tal metodologia passou por cinco etapas, quais sejam:

Primeiramente, a preparação das informações, que consistiu em identificar as diferentes amostras de informação a serem analisadas para iniciar o processo de codificação dos materiais. Num segundo momento, seguiu-se a unitarização que parte da leitura dos materiais - os questionários - para identificar neles as unidades de análise a fim de isolar e definir as unidades de contexto. “Uma vez identificadas e codificadas todas as unidades de análise, o analista de conteúdo estará pronto para envolver-se com a categorização.” (MORAES, 1999, p. 18).

A categorização, terceira etapa desse processo, nos levou à operação de classificação dos elementos das mensagens, seguindo como critérios palavras como acesso, recepção, proteção, atenção, escuta, encaminhamento, saber socorrer, bom atendimento e outras que denotassem o mesmo sentido, tendo presente que: “Mesmo admitindo diferenças na aplicação e interpretação desses critérios, é importante discuti-los e compreendê-los” (MORAES, 1999, p. 19).

O quarto passo, a descrição, nos levou a organização de quadros, inserindo neles as categorias construídas no trabalho, levando em conta as questões norteadoras da pesquisa (Anexo A).

Por fim, na interpretação, procuramos fazer um estudo, analisando os resultados pelo vértice da compreensão dos dados a partir das categorias estabelecidas *a priori*, já referidas na categorização.

Os sujeitos

A amostra em questão foi constituída por 7 sujeitos do sexo masculino e 34 do sexo feminino. Dos entrevistados, 37 enquadraram-se na faixa etária entre 20 e 50 anos e somente 4 deles entre 50 e 60 anos. Todos eles trabalhadores de unidades de saúde. A escolha das unidades de saúde foi feita levando em conta as cidades de trabalho das pesquisadoras, quais sejam:

- Unidade de Saúde São José da Secretaria Municipal de Porto Alegre/RS, localizada no bairro Partenon;
- Unidade de Referência São Lucas da Secretaria Municipal de Viamão/RS, localizada bairro São Lucas;
- SEMSAD - Secretaria Municipal de São Leopoldo/RS, localizada na região central.

O nível de escolaridade dos entrevistados apresentou as seguintes características:

- Primeiro grau incompleto – 02
- Segundo grau incompleto – 03
- Segundo grau completo – 17
- Terceiro grau incompleto – 04
- Terceiro grau completo – 15

Em relação ao tempo de serviço na unidade de saúde, a amostra dividiu-se em: menos de 01 ano (11), de 01 a 05 anos (16), de 06 a 10 anos (12), de 11 a 15 anos (01) e de 16 a 20 anos (01).

Os trabalhadores entrevistados constituíram-se de: 06 médicos, 01 farmacêutico, 01 nutricionista, 03 enfermeiros, 01 psicóloga, 01 assistente social, 12 auxiliares e técnicos de enfermagem, 03 administrativos, 03 guardas, 01 motorista de ambulância, 02 auxiliares de serviços gerais, 02 coordenadores gerais de posto, 01 recepcionista, 01 telefonista e 03 estagiários.

A amostra pesquisada foi constituída de trabalhadores que estavam trabalhando nos dias em que as pesquisadoras fizeram as entrevistas nas unidades, durante os meses de janeiro e fevereiro de 2002.

Instrumentos

Foram feitas 4 perguntas, conforme (Anexo A), pertinente ao tema Acolhimento, com o objetivo de investigar se os trabalhadores da saúde entendem o seu significado.

Procedimentos

O nosso trabalho foi apresentado para as chefias das unidades de saúde que foram escolhidas e, a partir de sua anuência, foi iniciada a pesquisa. As pesquisadoras escolheram aleatoriamente o dia da semana e turno para realizar a pesquisa. O conteúdo da pesquisa foi explicado individualmente e foi solicitado que aqueles que concordassem em participar da mesma assinassem um Termo de Consentimento Informado (Anexo B). Para aqueles que consentiram em participar, efetivou-se a entrevista utilizando-nos de gravador para registrar as respostas, que foram analisadas segundo o referencial de Bardin (apud MORAES, 1999).

Interpretação dos resultados

Para inferência dos resultados do nosso estudo, consideramos que a primeira pergunta O que você entende por Acolhimento? nos forneceria uma resposta direta sobre o entendimento do tema escolhido para o trabalho. As outras duas: Quais as atitudes que você relaciona com Acolhimento e Quais são as outras ações de Acolhimento? levariam o entrevistado a demonstrar, por um outro caminho, se possuíam algum entendimento sobre Acolhimento.

Durante o processo das entrevistas, nos deparamos com reações diversas. Alguns sujeitos ficaram em silêncio quando perguntados o que entendiam por Acolhimento e outros pediram para repetir a pergunta. Dessas reações deduzimos que eles não estavam familiarizados com esse conceito. Além disso, tivemos também manifestações de choro, ao expormos o objetivo do nosso trabalho, o que pensamos ser uma demonstração de sensibilidade ao conteúdo do tema pesquisado.

Para analisar e inferir sobre os resultados das respostas verbalizadas, elas foram agrupadas em unidades de conteúdo.

Analisaremos primeiramente aquelas questões respondidas pelo grupo de trabalhadores da saúde que referiram elementos sobre o conceito de Acolhimento na questão 2 do instrumento de pesquisa (Anexo A).

O universo dos 41 entrevistados apresenta diferentes formas de resposta e nos levou a deduzir que muitos dos sujeitos identificaram o significado do Acolhimento como sendo “a forma de receber” o usuário no momento da entrada no serviço de saúde.

Levando em conta o modo como a unidade de saúde responde ao primeiro contato da população, ilustraremos com algumas citações as respostas de alguns entrevistados que expressam estes conceitos:

“Recepção que se dá às pessoas no primeiro contato”; “desde o momento que o paciente chega no posto para marcar a consulta e é atendido pelo pessoal do balcão”; “saber receber”; “saber atender bem antes do médico”; “entrada do paciente”.

De outra parte, se considerarmos que o Acolhimento é uma mudança no processo de trabalho em saúde que busca a intervenção de toda a equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta e da resolução do problema do usuário (MALTA, 2000, p. 24), poderemos inferir que os trabalhadores de saúde entendem Acolhimento apenas como uma ação individual e pontual realizada pelo trabalhador na entrada do posto, que geralmente é um auxiliar de enfermagem ou uma recepcionista.

Outros conceitos foram colocados durante as entrevistas que sinalizam a existência de certos conhecimentos sobre Acolhimento:

“primeira escuta da pessoa, qual é o seu problema”; “orientar quanto ao atendimento e funcionamento da unidade”; “fazer encaminhamentos corretos”; “respeito e educação pelo paciente”; “atender as pessoas da melhor maneira possível”; “primeiro contato da pessoa com os serviços de saúde”; “disponibilidade para ouvir os problemas que muitas vezes não é de doença”; “acolher a pessoa que estiver precisando de um auxílio, ajuda e afeto”; “fornecer resposta satisfatória para ele, tanto em relação à doença, como o tratamento e em todos os pontos de vista”; “aceitação das pessoas e das coisas”; “processo de vínculo entre o paciente e o serviço”; “trabalho em equipe”.

Estas respostas poderiam ser identificadas como: escuta qualificada, responsável e comprometida das necessidades e expectativas do usuário, como orientação quanto ao encaminhamento, a solidariedade, a atenção, o atendimento qualificado e humanizado, a acessibilidade, a resolutividade e a criação de vínculo, elementos que fazem parte do processo de Acolhimento.

Conforme Franco (1997), o Acolhimento significa a humanização do atendimento; a garantia de acesso a todas as pessoas; diz respeito à escuta do problema de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e se responsabilizando com a resolução do seu problema.

Um dos entrevistados entende Acolhimento como amparar as pessoas que estão na chuva, na rua, sem um local para se proteger. Podemos entender que este trabalhador identifica um outro aspecto do Acolhimento, que conforme Ximenes (2000, p. 16) “significa refúgio, proteção, agasalho, abrigo.”

Fomos surpreendidos com a resposta de um trabalhador que colocou não entender nada sobre Acolhimento. Esta postura pode sugerir que existe um desconhecimento sobre o Acolhimento como conceito, modelo de assistência à saúde por parte de trabalhadores que atuam no sistema de saúde.

Como segunda unidade de conteúdo, agrupamos as respostas da questão 3 (Anexo A), que aponta as atitudes relacionadas com Acolhimento. A partir das falas, podemos perceber que os trabalhadores conseguiram *colocar nas* atitudes aspectos referentes ao modo de agir de forma a acolher os usuários:

“observação do paciente”; “cumprimentar o paciente”; “ética no trabalho”; “saber conduzir o usuário aos departamentos”; “quando a pessoa pede socorro, o dever é socorrer”; “conversa”; “disposição de ouvir o outro”; “parar com a rotina, dar um tempo para a pessoa”; “ajudar a pessoa que chega pela primeira vez no posto meio insegura, perdida”; “ser carinhoso, ser prestativo”; “deixar a pessoa tranqüila no que ela veio procurar”; “ser simpática”; “não fazer pouco do que o paciente está falando”; “aproximação e vínculo entre mãe e filho”; “acompanhamento e encaminhamento”; “maior número de informações possíveis e com qualidade para um maior número de pacientes”; “dar uma de psicóloga”; “receptividade com o cliente”; “olhar para a pessoa quando ela entra no serviço”.

Entretanto, identificamos que um dos entrevistados não relacionou sua atividade profissional com Acolhimento:

“o meu trabalho não tem nada a ver com Acolhimento, eu faço autorizações de baixa hospitalar”.

Esta atitude pode demonstrar a ausência de trabalho de equipe, elemento fundamental para desenvolver o Acolhimento, bem como não entender a atenção em saúde como um trabalho em rede.

Na terceira unidade de conteúdo, analisamos as respostas da questão 4 (Anexo A), onde os entrevistados sugeriram outras ações de Acolhimento. Nelas, encontramos sugestões para melhorar o atendimento aos usuários no serviço de saúde:

“Informações sobre atendimentos dos postos para os usuários do interior”; “grupos para resolver os problemas dos pacientes”; “local digno e adequado de trabalho”; “o paciente deveria receber algum tipo de atendimento na falta de consulta médica”; “curso de capacitação de acolhida para os funcionários”; “melhoria no serviço de recepção”; “sala maior, arejada, com cadeiras e bancos e bebedouros”; “grupos de sala de espera”; “sensibilização dos funcionários para a escuta em todos os procedimentos realizados no serviço”; “conversar mais com os usuários, ver se estão precisando de ajuda”; “não deixar que a pessoa saia insatisfeita do posto”; “devem aumento o número de profissionais”; “garantia de fornecimento de insumos”; “responder às necessidades do usuário para marcação de consulta”; “trabalho de equipe multidisciplinar”; “criação de um vínculo maior”; “tempo para conversar com o paciente”.

Esses sujeitos demonstraram estar sensibilizados para desenvolver ações de Acolhimento e vale registrar o seu interesse em apontar soluções estruturais dentro do sistema de atendimento de saúde.

Identificamos falas de alguns trabalhadores que demonstraram oposição ao conceito de Acolhimento, que pareciam demonstrar desconhecimento do direito dos usuários a receber um serviço de saúde com qualidade:

“nem todas as pessoas gostam de trabalhar com acolhida”; “acho que eles até recebem mais do que o posto poderia dar”; “acho que aqui já tem sido feita muita coisa”; “acho que eles já são acolhidos o suficiente”.

O que podemos inferir nesse contexto é que grande parte dos trabalhadores entrevistados possui algum entendimento sobre Acolhimento ou desenvolvem atitudes e ações nesse sentido. Mesmo aqueles que não referiram os elementos categorizados para o tema, poderão ser sensibilizados a desenvolver um trabalho eficiente junto à atenção básica de saúde que possa produzir qualidade de vida.

De outra parte, toda a trajetória desse processo nos serviu de referência para constataremos o quanto é importante, também, ouvir o trabalhador da saúde. Ouvir sua fala nos revelou aspectos que indicam para uma sensibilização e disponibilidade para efetuar ações e desenvolver atitudes competentes ao cidadão que busca o atendimento no serviço público de saúde.

Conclusão

O exame do tema saúde pública brasileira nos reportou ao marco histórico da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), ponto de partida para mobilização dos profissionais do campo da saúde no sentido de apresentar novas propostas alternativas ao modelo hegemônico de atendimento na saúde pública. Isso nos apontou para dois vértices da questão temática: um, via modelo tecno-assistencial de saúde Em Defesa da Vida; o outro, derivado deste, o Acolhimento, seu significado e se os trabalhadores da saúde sabem o que é esse sistema.

No primeiro vértice, verificamos no conteúdo do modelo tecno-assistencial Em Defesa da Vida um espectro maior do que aquele entendido e aplicado no modelo hegemônico. Este, centrado no médico e na terapêutica administrada por eles, consubstanciando-se numa forma de entender saúde somente como ausência de doença, ajudando a reproduzir dessa maneira a alienação das sociedades capitalistas. Em Defesa da Vida, ao revés do modelo neoliberal, propõe uma atitude humanizadora do sistema de saúde em que ela é interpretada de forma mais ampla, significa acesso aos cidadãos, não somente aos serviços de saúde, como também, moradia, segurança, educação e lazer, para que, obtendo qualidade de vida, o cidadão possa viver de forma saudável.

Essa forma de pensar saúde derivou-se da reflexão sobre a crise do Estado brasileiro, e nas decorrências sociais que se estenderam também às instituições de saúde. Entendemos que a proposta Em Defesa da Vida se colocou como uma alternativa para envolver os trabalhadores, equipes, serviços e sistemas de saúde como eixo estruturante na construção de um sistema público de saúde, base sobre a qual os sujeitos poderiam apoiar-se para enfrentar as contingências e determinações histórico-estruturais.

Constatamos também que o modelo Em Defesa da Vida, proposto pelo grupo Lapa Unicamp e aplicado na cidade de Campinas (SP), serviu de paradigma para outras cidades brasileiras, tais como: Ipatinga (MG), Belo Horizonte (MG), Betim (MG) Sobral (CE), Caxias do Sul (RS), que implantaram esse modelo.

Os resultados dessas experiências têm servido de subsídios para superação dos entraves e a retomada do modelo, com novas proposições para explorar todas

as potencialidades dessa caminhada que pretende produzir saúde e qualidade de vida. Como bem afirmou Campos (1997, p. 78), “[...] a humanidade vem teimando em apostar na possibilidade de serem criados dispositivos, em extensões socialmente significativas [...] desmobilizadoras dos esquemas mais ortodoxos de hegemonia”.

No outro vértice do nosso estudo, pesquisar o significado de Acolhimento, bem como analisar as experiências vivenciadas com esse sistema, serviu de apoio para o foco central do nosso trabalho: O que os trabalhadores da saúde entendem por Acolhimento?

Teoricamente, a trajetória e as etapas desse processo nos apontou para alguns pontos relevantes. Antes de tudo, concluímos que esse sistema significa uma mudança na forma de atendimento das unidades básicas de saúde. Nele, o trabalhador da saúde desempenha um papel importante para efetivação dessa proposta.

Entendemos que trabalhar Acolhimento dentro do modelo tecno-assistencial Em Defesa da Vida significa permitir maior acesso ao usuário à humanização dos serviços, passando por uma boa acolhida e uma escuta qualificada, que encaminhe os usuários para resolução de seus problemas, naquilo que ele espera do atendimento em saúde, resultando na sua satisfação e melhoria da qualidade de vida.

Essas constatações nos serviram de pressupostos para examinar os resultados da pesquisa efetuada junto aos trabalhadores da saúde entrevistados no nosso trabalho. Evidenciamos, através de suas falas, que muitos deles possuem algum entendimento sobre o significado de Acolhimento, uma vez que perpassaram em suas citações elementos que constituem as características e o significado de se fazer saúde.

Analisadas à luz das características que constituem o conceito de Acolhimento, as falas dos entrevistados, de um modo geral, revelaram que eles possuem noções sobre o tema. Palavras como escuta, ouvir, receber e encaminhar, assim como outras que identificam o Acolhimento, fizeram parte das citações.

Além de atender o nosso objetivo proposto, de estudar o que o trabalhador da saúde entende por Acolhimento, as respostas dos entrevistados abriram outras questões nesse percurso, quando apontaram para as situações técnico-estruturais dos sistemas de atendimento público. Isso nos leva à conclusão de que também devemos ouvir, leia-se escutar, os trabalhadores da saúde. Como sujeito do processo de melhoria no sistema de saúde no Brasil, o trabalhador de saúde traz contribuições com suas sugestões para que possamos refletir e elaborar a construção de um serviço de saúde mais humano para todos os cidadãos.

Acogimiento: calidad de vida en salud pública

***Resumen:** Este estudio trata el Acogimiento como alternativa en la forma de atención de los servicios básicos de salud, se insiere en el modelo tecnoasistencial En Defensa de la Vida, se presenta como propuesta de humanizar los servicios de salud, ampliar el acceso a los usuarios y promover calidad de vida. La investigación fue realizada con 41 trabajadores de salud de Porto Alegre, São Leopoldo y Viamão, teniendo como objetivo saber lo que ellos entienden por acogimiento. Fue utilizado el método cualitativo de análisis fenomenológico con referencial de BARDIN para interpretación de los datos. Se evidenció, a través de sus hablas, que muchos de ellos poseen algún entendimiento sobre el significado de Acogimiento.*

***Palabras Clave:** Acogimiento; Atención primaria de salud; Porto Alegre; Viamão; São Leopoldo.*

Welcoming: quality of life in public health

Abstract: *This study deals with Welcoming, as an alternative to a way of assistance of the basic services in health, including in the tech-assistencial model In the Defense of Life, presented as a proposal to humanize services in health, widen the access to users and promote quality of life. The research was done with 41 health workers in Porto Alegre, São Leopoldo and Viamão, having as its aim to discover what was their idea of welcoming. It was used the qualitative method of phenomenon analysis with the referential of BARDIN to interpret the data. It was observed, through their speech, that many of them have some understanding of the meaning of Welcoming.*

Key words: *Welcoming; Health Primary Care; Porto Alegre; Viamão; São Leopoldo.*

Referências

- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Experiências inovadoras na implementação do SUS. **Datasus**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/inovador/MUNICIPAIS.htm>>. Acesso em: 24 out. 2001.
- CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: HuCITEC, 1992.
- _____. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- _____. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.
- _____. **Reforma sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1988.
- _____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E. ; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.
- CECÍLIO, L. C. O. (Org.), **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. 2000. **Discurso de Roberto Figueira Santos, Min. Estado da Saúde**. Disponível em: M.S.FIOCRUZ <<http://www.fiocruz.br/histconferencias/oitava.html>>. Acesso em: 08 jan./2002.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10ª. **Relatório Final**. Brasília, 2 a 6 set. 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>>. Acessado em: jan.2002.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 11ª. **Relatório final**. 2000. Apud. Côrtes, Soraya Maria Vargas et al. Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde Brasileiro: construindo a possibilidade da participação dos usuários.
- COSTEIRA, A. A. M. et al. A organização do serviço da saúde a partir do acolhimento dos usuários: a experiência da unidade mista /PSF do Sinhá Sabóia – Sobral – CE. **Saúde da família**. Sobral, out., 2001. Disponível em: <<http://www.saudedafamilia.hpg.ig.com.br/psf/acolhiment%20htm>>. Acesso em: 24 out. 2001.
- FERNANDES, J. C. L. A quem interessa a relação médico-paciente? **Caderno de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 21-27, jan./mar. 1993.
- FRANCISCONI, C. F. & GOLDIM, J. R. Termo de consentimento informado para pesquisa: auxílio para a sua estruturação. **Conspesq**. Porto Alegre, out., 2001. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/conspesq.htm>>. Acesso em: 26 out. 2001.

FRANCO, T.; MERHY, E. E.; BUENO, W. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG**. Campinas: DMPS/UNICAMP, 1997.

_____. **O acolhimento como um dispositivo de redesenhar processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)**. Campinas, 1997. (Mimeo). 24 p.

GOLDIM, J. R. Consentimento informado. **Consinf**. Porto Alegre, jan., 2002. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/consinf.htm>>. Acesso em: 07 jan. 2002.

LEITÃO, L. R. G. Não basta apenas ouvir é preciso escutar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 46-49, jun. 1995.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MALTA, D. C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 21-34, set./dez. 2000.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.117-159.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio da micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125-141.

MEYER, D. E. E. (Org.). **Saúde e sexualidade na escola**. Porto Alegre: Mediação, 1998.

MONTEIRO, R. C. A pesquisa qualitativa como opção metodológica. **Pro-posições**, São Paulo, n. 5, p. 27-34, ago. 1991.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Educação**, Porto Alegre, n. 37, p. 7-32, mar. 1999.

CAXIAS DO SUL. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo das Ações Básicas de Saúde: uma proposta em defesa da vida**. Caxias: Solar Editoração & Design, 2000.

REIS, A. T. **Acolhimento: um novo trabalho em equipe**. (mimeo). Brasília, 1997.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. **SUS é legal: Legislação federal e estadual**. Porto Alegre, 2000.

SILVA JÚNIOR, A. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

ROZENFELD, S. (Org.) **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

TAMBELLINI, A. Testa; CÂMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p. 47-59, 1998.

TEIXEIRA, C. F. **Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde**. Texto elaborado como contribuição aos debates da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, dez. 2000.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

XIMENES, S. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 2. ed. São Paulo: Ediuoro, 2000.

Anexo A

Entrevista

Sou aluna do curso de sanitarista da Escola de Saúde Pública e faço parte do grupo que está realizando uma pesquisa para verificar qual é o entendimento do trabalhador do posto de saúde sobre acolhimento.

Podemos começar as perguntas?

Seus dados de identificação:

- Sexo
- Idade
- Escolaridade
- Local de trabalho
- Tempo de serviço neste local

1. Qual é o seu trabalho no posto?
2. O que você entende por Acolhimento?
3. Quais são as atitudes que você relaciona com Acolhimento?
4. Que outras ações de Acolhimento poderiam ser realizadas no seu serviço?

Você tem mais alguma coisa para falar?

Podemos dar como encerrada a entrevista?

Obrigado.

Anexo B

Termo de consentimento livre e esclarecido:

Assinando este documento, estou dando meu consentimento para ser entrevistado. Compreendo que participarei de uma pesquisa que tem como objetivo principal verificar qual é o entendimento do trabalhador do posto de saúde sobre Acolhimento. Entendo que serei entrevistado no meu local de trabalho, em um horário que me seja adequado. O entrevistador necessitará de cerca de 20 minutos para concluir o trabalho.

Esta entrevista tem a garantia de ser livre. Fui informado que, mesmo após o início, posso recusar-me a responder a qualquer pergunta específica ou a decidir acerca de concluir a entrevista, em qualquer parte da mesma. As respostas às perguntas não serão identificadas. Esse estudo está sendo feito por um grupo de alunos do Curso de Sanitaristas da Escola de Saúde Pública. Também fui informado que minha participação ou não-participação, ou minha recusa a responder às perguntas, não causará qualquer efeito sobre o meu trabalho.

Telefone de contato para dúvidas sobre o estudo bem como a retirada do consentimento em qualquer momento: 3321-2878.

Data:...../...../.....

Assinatura do entrevistado

Assinatura do pesquisador

Assinatura da testemunha

Heterocontrole do programa de fluoretação de águas no Rio Grande do Sul: a situação no ano de 2002

Helenita Corrêa Ely¹
Julce Clara da Silva²
Leonor Cristina Tocchetto Silveira³
Adriana Remião Linden⁴

Resumo: O presente artigo retrata a situação do Programa de Fluoretação das Águas no Rio Grande do Sul, baseado no relatório técnico do Setor de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, da Divisão de Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde (SES), ano 2002. Tem como objetivo divulgar os dados sistematizados através de coletas sistemáticas e análises mensais de amostras de água dos municípios do estado, categorizados segundo sua situação referente à presença de flúor nas águas para consumo humano. Objetiva também contribuir na consolidação do heterocontrole da fluoretação enquanto medida de saúde pública, possibilitando apropriação de informações para o controle social e avançando na construção de sistemas de vigilância descentralizados e locais. Neste trabalho, descreve-se inicialmente o histórico do Sistema de Vigilância, a base legal da fluoretação, relata-se a metodologia de operação e os resultados obtidos no ano de 2002. Na análise dos resultados, apresenta-se avaliação em relação à cobertura do programa entre os municípios do estado e percentual da população beneficiada pela medida, envio e adequação das amostras, interrupção da fluoretação, cobertura da vigilância e ocorrência de flúor natural, identificada através das amostras analisadas.

Palavras-chave: Vigilância sanitária; Fluoretação; Abastecimento água; Heterocontrole

Introdução

A fluoretação das águas de abastecimento público é um método consagrado em todo mundo e reconhecido recentemente pela Organização Mundial de Saúde como uma das dez medidas mais relevantes em saúde pública no último século. É recomendada por inúmeras organizações de ciência e saúde e um dos assuntos mais amplamente estudado.

O uso de flúor agregado à água de abastecimento para controle de cárie começou entre 1945 e 1946, nos EUA e no Canadá (PEREIRA, 2003), quando a concentração de fluoreto foi ajustada para suprimento de água de quatro comunidades. O Serviço de Saúde Pública dos EUA elaborou recomendações nos anos seguintes em relação às concentrações de flúor em água potável, recomendando que a água deveria ser a principal fonte de flúor para a maioria dos habitantes daquele país.

A cidade de Baixo Guandu, no Espírito Santo, foi a primeira cidade brasileira a possuir abastecimento público com água fluoretada, iniciado em 1953. Várias outras cidades seguiram o exemplo, sendo Taquara o primeiro município do Rio Grande do Sul a adotar a medida, estimando-se atualmente que mais de 65 milhões de brasileiros são beneficiados por este método, com resultados comprovados de sua eficiência” (KOZLOWSKI; PEREIRA, 2003, p. 267).

¹ Cirurgião Dentista, Coordenadora da Política de Atenção à Saúde Bucal gestão 1999/2002; especialista em Odontologia Preventiva e Social (UFRGS) e mestre em Odontologia (PUCRS), e-mail: famely.ez@terra.com.br

² Eng.ª Química Sanitarista - Divisão de Vigilância Sanitária – SES/RS

³ Cirurgiã-dentista e Sanitarista - Divisão de Vigilância Sanitária – SES/RS

⁴ Bióloga - Divisão de Vigilância Sanitária – SES/RS

O Rio Grande do Sul foi também o primeiro estado brasileiro a possuir uma legislação determinando a obrigatoriedade da fluoretação das águas de abastecimento público, no ano de 1957 (RIO GRANDE DO SUL, 1989). A partir desta iniciativa, várias cidades passaram a agregar flúor através do uso de cones de saturação, sendo a Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN) que deteve a responsabilidade pela adição e controle operacional da medida, na maioria dos municípios conveniados. Apesar disto, verificava-se sistematicamente, naquela época, dificuldades na manutenção de teores adequados, na continuidade da adição do fluoreto e na importação do sal fluorsilicato de sódio. Assim, muitos locais passaram a suspender o programa ou apresentar freqüentes descontinuidades. Diante desta situação, em 1997, a Secretaria da Saúde criou um Grupo Técnico do Flúor, para avaliar o programa em todo o estado, resultando deste trabalho o Relatório sobre o Programa de Fluoretação no RS, que evidenciava os problemas existentes, bem como apontava várias alternativas para as necessárias correções. Assim, foi recomendada a criação de um sistema de controle dos teores de flúor, independente do controle operacional das empresas, organicamente instituído dentro da Secretaria da Saúde, com análises sistemáticas de amostras de água das cidades fluoretadas e com o objetivo de garantir que a população receba água com teores de íon fluoreto dentro da faixa adequada para prevenção da cárie dentária e reduzidas possibilidades de riscos de fluorose.

Desde 1988, o Programa de Fluoretação das Águas vem sendo acompanhado pelo Sistema de Vigilância dos Teores de Flúor das Águas de Abastecimento Público no RS, instituído pelo Grupo Técnico do Flúor, numa parceria entre a UFRGS e a Secretaria de Saúde. A partir de 1993, este sistema foi incluído nas ações da Divisão de Vigilância Sanitária – Setor de Vigilância da Qualidade da Água, cuja equipe técnica divulga relatos mensais sobre os resultados das coletas efetuadas nos municípios e anualmente publica um relatório com a análise da situação no estado

Em Porto Alegre, a fluoretação foi iniciada em 1975. A Secretaria Municipal de Saúde instituiu um Sistema Municipal de Vigilância dos teores de flúor nas águas de abastecimento público desde junho de 1994, durante a primeira etapa da municipalização da Saúde.

No ano de 2002, iniciou-se no estado o processo de descentralização das análises físico-químicas, realizadas pelo Laboratório Central (RIO GRANDE DO SUL, 2002a). Isto proporcionou a instalação de equipamentos de análise nos laboratórios regionais de dez cidades-sede das Coordenadorias Regionais de Saúde, permitindo um importante avanço na cobertura e regionalização da vigilância dos sistemas de abastecimento de água e no acompanhamento da qualidade da água fornecida à população.

Nos últimos quatro anos, de 1999 a 2002 (RIO GRANDE DO SUL, 2002b), houve também um considerável aumento na cobertura do Programa de Fluoretação das Águas de Abastecimento Público, especialmente em relação à extensão do programa, a um maior número de municípios, que passaram a contar com o benefício da fluoretação às suas populações.

Justificativa

No Brasil, um país cujas condições sociais, econômicas, culturais e de acesso à atenção à saúde coloca grandes desigualdades populacionais e regionais, uma medida de saúde pública, como a fluoretação das águas, que permite reduzir desigualdades controlando doenças, é altamente indicada. Além de ser um método eficaz, prático e de baixo custo, quando utilizado nas concentrações adequadas e de modo contínuo, é também um método seguro.

O consumo freqüente de água potável fluoretada, de bebidas e de alimentos industrializados fabricados com água fluoretada, permite a manutenção de baixas concentrações de fluoreto, constantemente presente na cavidade bucal, que participará das trocas iônicas durante o processo de des/remineralização no esmalte dentário. Parte deste flúor é captado pela placa dentária, parte fica presente na saliva, que serve como reservatório para as trocas iônicas durante o processo de des/remineralização e outra parte fica fracamente ligada à superfície do esmalte. A liberação gradual do flúor armazenado na placa e na saliva pode inibir a desmineralização do esmalte sadio e aumentar a sua remineralização, reduzindo tanto o processo inicial como a progressão das cáries dentárias.

Ainda que outros métodos para utilização de flúor estejam amplamente disponíveis no mercado, a opção brasileira pela fluoretação de águas deve-se também à extensão territorial e pela possibilidade do método atingir grande parte da população coberta com água tratada, independente de suas condições sociais ou econômicas.

Entretanto, para que os benefícios desta medida possam efetivamente ser alcançados na redução da cárie dentária, duas questões devem ser ressaltadas: a continuidade da agregação, evitando-se interrupções no processo, e teores adequados de flúor ativo de acordo com o preconizado para cada localidade.

As companhias responsáveis pela distribuição e tratamento das águas de abastecimento à população são também legalmente responsáveis pela agregação do flúor ou a adequação de teores naturalmente existentes, na busca de entregar aos cidadãos um produto de qualidade e que, além de proteger contra doenças, promove a saúde. Neste sentido, torna-se obrigatório o controle operacional do tratamento das águas, com acompanhamento e medições várias vezes ao dia, dependendo da vazão/volume da água distribuída.

A vigilância sanitária da fluoretação das águas tem sua importância destacada por Domingues (2003) em três aspectos básicos: impedir que doses tóxicas de flúor na água cheguem ao consumidor, evitando possíveis intoxicações crônicas (fluorose), evitar a ocorrência de sub-dosagens, o que acarretaria a perda do benefício, e manter a regularidade da aplicação, garantindo a proteção desejada.

Denomina-se heterocontrole a implantação de sistemas de controle e vigilância, neste caso, da fluoretação de águas, desenvolvido por um órgão diferente daquele que realiza a execução da medida (companhias de abastecimento), para manutenção do padrão de qualidade e proteção da saúde da população. No Brasil, este sistema tem sido desenvolvido preferencialmente dentro do setor da Vigilância Sanitária das Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde ou em Universidades.

Base legal

Como parte do embasamento legal sobre a utilização de flúor nas águas e da vigilância, podemos destacar os seguintes documentos:

- Código de Defesa do Consumidor, lei 8.078, de 11 de setembro de 1990;
- Normativas de implantação de sistemas de fluoretação pela Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), em Baixo-Guandú ES (1953) e Marília SP (1956);
- Lei nº 3.125, de 18 de junho de 1957, que cria a Comissão de Fluoretação das Águas do Rio Grande do Sul, primeiro estado brasileiro a possuir legislação sobre a obrigatoriedade da fluoretação de águas de abastecimento;
- Normativas de fluoretação em Taquara RS, em 1957;
- Lei federal 6.050, de 24 de maio de 1974, que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento público quando existir estação de tratamento;
- Decreto federal 76.872, de 22 de dezembro de 1975, que regulamenta a lei 6.050, tornando obrigatória a fluoretação de sistemas de abastecimento público, assegurando ao Ministério da Saúde o estabelecimento de Normas e Padrões a serem observados em todo o território nacional;
- Portaria 635/BSB, de 26 de dezembro de 1975, que fixa normas e padrões sobre fluoretação das águas dos sistemas públicos de abastecimento, determina o cálculo da concentração do íon fluoreto a ser aplicado e os limites da concentração dos teores recomendados, em função da média de temperaturas máximas diárias em cada localidade;
- Decreto 70.367, de 9 de março de 1977, que dispõe sobre normas e o padrão de potabilidade de água, em particular o artigo 4º, que determina que o Ministério da Saúde, em articulação com as Secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes, exercerá a fiscalização e o controle do cumprimento das normas e padrões;
- Portaria 56/BSB, de 14 de março de 1977, que estabelece padrões de potabilidade da água para todo o território nacional;
- Portaria 36/GM, de 19 de janeiro de 1990, que faz uma revisão da portaria 56/BSB, redefinindo padrões de potabilidade da água para consumo humano;
- Portaria 1469/MS de 29 de dezembro de 2000, estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências, instituída em substituição à Portaria 33/MS;
- Portaria n.º 15/89 – SSMA RS - que dispõe sobre a obrigatoriedade da fluoretação da água para consumo humano nos Sistemas Públicos e Privados de Abastecimento no Estado do Rio Grande do Sul;
- Portaria nº. 10/99 - SES de 16 de Agosto de 1999, que define teores de concentração do íon de fluoreto nas águas para consumo humano fornecidas por Sistema Públicos de Abastecimento no Rio Grande do Sul;
- Lei 8640/2000 – SMS-POA. Proíbe a comercialização de água mineral com teores de flúor acima de 0,9 mg/l no município de Porto Alegre;
- Decreto 13193/2001- SMS-POA Regulamenta a lei 8640/2000.

Método de trabalho

O heterocontrole desenvolvido no estado se inicia, num fluxo ascendente, com amostras de água coletadas por funcionários da Secretaria da Saúde do Estado ou dos municípios e remetidas mensalmente ao Laboratório Central do Estado - LACEN (antigo Instituto de Pesquisas Biológicas - IPB) ou aos Laboratórios Regionais, cujas análises laboratoriais são desenvolvidas por técnicos do Laboratório de Físico-Química da Divisão de Análise de Produtos, através de equipamento específico íon analisador de fluoretos. O relatório mensal é resultante dos laudos emitidos, cujos resultados são compilados, analisados e classificados em função da adequação dos teores de flúor, de acordo com a faixa adequada (RIO GRANDE DO SUL, 2002c).

Através da Portaria nº. 10/99 - SES de 16 de Agosto de 1999, ficou estipulada a faixa de 0,60 a 0,90 mg/l como sendo a adequada para o Estado do Rio Grande do Sul. Na elaboração desta portaria, participaram representantes dos diversos órgãos ligados ao assunto: Política de Atenção Integral à Saúde Bucal - PAISB, Laboratório Central do Estado - LACEN - UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Vigilância Sanitária de Porto Alegre e Serviços de Abastecimento de Águas – Companhia Riograndense de Saneamento - CORSAN, Serviço Autônomo Municipal de Água e Esgoto – SAMAE (Caxias do Sul), Serviço Autônomo de Saneamento de Pelotas - SANEP (Pelotas), Serviço Municipal de Água e Esgotos - SEMAE (Vera cruz) e Departamento de Água e Esgoto de Bagé - DAEB, (Bagé).

Como medida de incentivo à vigilância e para correção de desvios encontrados, os resultados são enviados mensalmente aos responsáveis pelo programa em cada município, às Coordenadorias Regionais de Saúde, Companhias de Abastecimento de Água e para a Seção de Saúde Bucal da SES-RS.

Situações de análise, número de amostras e frequência de amostragem

De acordo com o resultado de uma amostra inicial do sistema, cada localidade é identificada em uma situação característica e passa a cumprir as responsabilidades na coleta das amostras, segundo as seguintes categorias:

- **Situação 1** – municípios e/ou localidades que possuem sistemas de abastecimento com flúor agregado - 1(uma) amostra mensal;
- **Situação 2** – municípios e/ou localidades que possuem sistemas de abastecimento com presença de flúor natural com teores de 0,60 ppm ou mais - 1 (uma) amostra mensal;
- **Situação 3** – municípios e/ou localidades que possuem sistemas de abastecimento com presença de traços de flúor (0,59 ppm ou menos) - 1 (uma) amostra semestral;
- **Situação 4** – municípios e/ou localidades com situação desconhecida, sem amostras – envia amostra inicial para identificação e classificação no Sistema.

A Divisão de Vigilância Sanitária (DVS - SES), através do Setor de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, centraliza o controle destes trabalhos, divulgando os resultados e mantendo os contatos necessários aos ajustes e bom andamento do Sistema, no empenho de que cada município possa, num futuro próximo, ter seu próprio Sistema de Vigilância e um assessoramento sempre que se fizer necessário .

Na existência de resultados que demonstrem inadequação dos teores de flúor na água, os responsáveis municipais devem acionar o representante da Vigilância da Qualidade da Água da Coordenadoria Regional da Saúde para que o mesmo oriente as Vigilâncias Sanitárias dos municípios quanto às medidas a serem adotadas. Quando forem identificadas três análises consecutivas, com resultados inadequados, é recomendada a realização de uma análise fiscal, onde o fiscal deverá coletar a amostra na presença do representante do Sistema de Abastecimento e ambos deverão trazer a amostra ao Laboratório e acompanhar a execução da análise.

Diante de zonas endêmicas para fluorose, identificadas no Estado, recentemente um Sistema de Notificação da Fluorose passou a ser incorporado à vigilância em saúde, compondo o envio mensal de uma relação com dados das localidades onde existem casos registrados. Estes dados são cruzados e conferidos com os dados do sistema de vigilância da água para análise de possíveis excessos na região de moradia dos indivíduos notificados.

Resultados

Os resultados apresentados a seguir foram retirados do relatório anual do Sistema de Vigilância dos Teores de Flúor nas Águas de Abastecimento Público do estado, (RIO GRANDE DO SUL, 2003) e representam o perfil da fluoretação de todos os municípios que enviaram amostras no decorrer do ano de 2002. O quadro 1 apresenta o panorama geral da fluoretação no estado, sua amplitude, cobertura, diferentes situações nas quais são enquadrados os municípios, numa análise do comportamento da vigilância sistemática de envio de amostras, buscando a manutenção e continuidade do método de agregação de flúor às águas de abastecimento público e adequação dos teores à legislação existente.

A situação atual da cobertura da fluoretação da água dos **497** municípios do Estado do Rio Grande do Sul pode ser analisado no quadro 2.

O quadro 3 apresenta um resumo quantitativo das situações de vigilância dos Sistemas de Abastecimento cadastradas na Coordenadoria Regional de Saúde. Ressalta-se que um município pode apresentar mais de uma situação, pois existem sistemas cadastrados com flúor agregado, poços cadastrados com flúor natural ou sistemas sem fluoretação. Apresenta, ainda, o total de amostras enviadas e, dentre estas, o número de amostras com teores adequados.

As informações técnicas foram obtidas do LACEN (envio mensal de dados de análise), CORSAN, DMAE, SEMAE, SAMAE, SANEP, DAE, COMUSA e DAEB e de arquivos da DVS.

Quadro 1 – Situações no Estado do Rio Grande do Sul quanto à existência de flúor nas águas de abastecimento público - janeiro a dezembro de 2001.

SITUAÇÃO	NÚMERO DE SITUAÇÕES*	DESCRIÇÃO	VIGILÂNCIA
1	285	Flúor agregado Sistema de Abastecimento	Uma amostra mensal por
2	96	Flúor natural de 0,60 ppm ou mais	Uma amostra mensal por Sistema de Abastecimento
3	264	Ausência Constatada de traços de flúor natural (0,59 ppm ou menos)	Uma amostra semestral por Sistema de Abastecimento
4	26	Desconhecido, sem amostras	Uma amostra inicial para identificação

Fonte: Secretaria da Saúde – Vigilância Sanitária – 2002.

* O número de situações encontradas no estado não confere com o número de municípios, pelo fato de alguns municípios possuírem mais de um sistema de abastecimento de água, o que possibilita seu enquadramento em duas ou mais situações.

Quadro 2 – Cobertura da fluoretação da água de abastecimento público por serviço de abastecimento no RS – 2001

SERVIÇO DE ABASTECIMENTO	ÓRGÃO	NÚMERO DE MUNICÍPIOS ABASTECIDOS**	POP. URBANA*	% POP. COM ÁGUA TRATADA**	POP. COM ÁGUA TRATADA	NÚMERO MUNICÍPIOS COM ÁGUA FLUORETADA	POP. COM FLÚOR*
ESTADUAL	CORSAN	345	6200618	98,52	6108848	276	5459130
AUT.MUNI.	DMAE	1	1320069	99,00	1306868	1	1320069
AUT.MUNI.	SEMAE	1	192756	92,48	178260	1	178260
AUT.MUNI.	SAMAE	1	333201	92,00	306544	1	306544
AUT.MUNI.	SANEP	1	300952	97,38	293607	1	293607
AUT.MUNI.	DAE	1	84370	95,24	80353	1	80353
AUT:MUNI	COMUSA	1	231833	98,00	227196	1	227196
AUT.MUNI	DAEB	1	97269	85,80	83456	1	83456
SISTEMA MUNICIPAL AUTÔNOMO	PREFEITURAS MUNICIPAIS E PRIVADOS	145	197228	70,00	138059	2	11537
TOTAL GERAL		497	8958296		8723191	285	7960152

Fonte: Secretaria da Saúde – Vigilância Sanitária – 2001.

* Os dados de população foram obtidos do Censo de 2000 do IBGE

** Dados obtidos dos Serviços de Abastecimento de Água.

Quadro 3 – Total de localidades por situação, total de municípios, amostras enviadas e número de amostras adequadas, por CRS. RS-2002

CRS	Sit 1	Sit 2	Sit 3	Sit 4	Total Situações	Total Municípios	Amostras Enviadas	Amostras Adequadas
1	19	2	9	2	32	24	536	312
2	28	3	16	2	49	42	216	81
3	21	1	3	1	26	23	384	152
4	21	9	12	0	42	30	269	120
5	30	8	30	3	70	49	593	150
6	25	1	35	2	63	57	230	38
7	5	0	1	1	7	7	60	41
8	5	1	4	4	14	13	26	5
9	6	0	3	3	12	13	75	22
10	10	2	1	2	15	13	285	106
11	17	10	22	0	49	31	448	97
12	11	8	17	0	36	24	303	23
13	6	5	11	0	22	12	272	24
14	11	10	17	0	38	21	117	8
15	11	11	18	1	41	26	529	56
16	18	16	34	0	68	42	599	66
17	12	0	9	2	23	20	79	20
18	14	2	10	3	29	22	198	80
19	14	7	12	0	33	28	93	34
Total	285	96	264	26	671	497	5312	1435

Fonte: Divisão de Vigilância Sanitária, SES-RS, 2002.

De acordo com os dados apresentados nas tabelas anteriores, verifica-se que na **Situação 1** estão contabilizados 285 municípios que possuem sistemas de abastecimento com flúor agregado, com envio mensal de amostras de água, para cada sistema de abastecimento fluoretado.

Destes 285 municípios, 276 estão sob a responsabilidade da CORSAN - Companhia Riograndense de Saneamento, 7 aos cuidados de Autarquias Municipais: DMAE - Departamento Municipal de Água e Esgoto de Porto Alegre; SEMAE - Serviço Municipal de Água e Esgoto de São Leopoldo; SAMAE - Serviço Autônomo Municipal de

Água e Esgoto de Caxias do Sul; SANEP - Serviço Autônomo de Saneamento de Pelotas; DAE - Departamento de Água e Esgoto de Santana do Livramento, COMUSA - Companhia Municipal de Saneamento de Novo Hamburgo, DAEB - Departamento de Água e Esgoto de Bagé e 2 cuja responsabilidade é de Prefeituras Municipais ou Privados.

Nesta situação, o Sistema de Vigilância objetiva que a adição do agente fluoretante ocorra de forma a garantir a concentração do íon fluoreto na água dentro da faixa adequada para prevenção da cárie. O Sistema solicita o envio de **uma amostra mensal** da água por sistema de abastecimento cadastrado para o Laboratório Central ou para o laboratório regional.

Na Situação 2, se encontram 96 municípios que possuem sistemas de abastecimento, cujas águas já foram analisadas pelo LACEN e demonstraram a existência de flúor natural em quantidade adequada ou acima do indicado para consumo humano. Neste caso, o Sistema identifica duas situações distintas:

- a) Flúor natural existente no sistema de abastecimento e classificado dentro da faixa recomendada e, em consequência, com efeito protetor para a população;
- b) Flúor natural com valores acima do recomendado, onde a população está exposta ao risco de fluorose. Isto remete à necessidade de medidas de controle para atingir os valores adequados.

Para esta situação é solicitado o **envio mensal de amostras**, levando-se em conta o risco de fluorose acarretada pela ingestão continuada de teores inadequados. Neste sentido, a vigilância epidemiológica da cárie dentária e da fluorose se torna de fundamental importância.

Os 264 municípios que compõem a **Situação 3** possuem sistemas de abastecimento com ausência total ou presença de traços de flúor com teores de 0,59 ppm ou menos. Nestes casos, cabe a exigência aos Sistemas de Abastecimento para instalação de equipamentos de tratamento e fluoretação da água, visando atender a legislação.

Nestes municípios, cujo abastecimento está sob a responsabilidade das Prefeituras Municipais ou de sistemas privados, é comum a verificação de condições mínimas no sistema de operação para abastecimento contínuo, para atendimento aos padrões de potabilidade e manutenção adequada do controle rotineiro da qualidade da água distribuída.

O Setor de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano tem orientado as Vigilâncias Sanitárias das Coordenadorias Regionais de Saúde para que atuem junto a estes municípios, na adoção gradativa de medidas que venham a garantir maior potabilidade da água, possibilitando a implantação também da fluoretação. Ainda assim, para fins de vigilância, tem sido solicitado o envio semestral de amostras de água, uma vez que freqüentemente estão sendo abertos novos poços para o abastecimento público.

Na **Situação 4**, existem ainda 26 municípios do Estado com situação desconhecida em relação à presença ou ausência de flúor nas águas. Os municípios

deverão coletar e enviar amostras de água ao LACEN de seus Sistemas de Abastecimento, visando ao conhecimento de sua situação e enquadramento nas situações previstas no Sistema de Vigilância dos Teores de Flúor.

Análise dos Resultados

Diante dos resultados obtidos pela análise sistemática de envio de amostras, salientamos alguns pontos da evolução do Sistema de Vigilância dos Teores de Flúor e as principais dificuldades enfrentadas no processo.

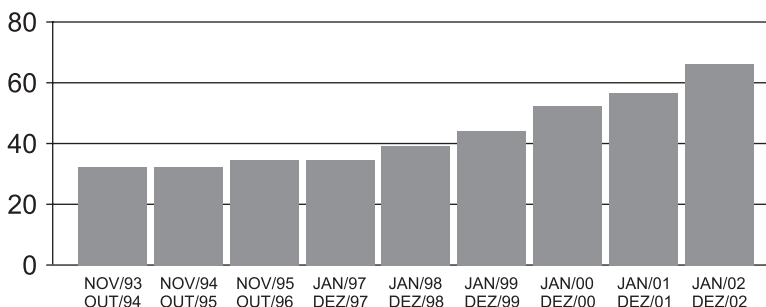
Cobertura do programa:

Dos 497 municípios do Rio Grande do Sul, 381 possuem sistemas de abastecimento fluoretados (situação 1 + situação 2), o que representa uma cobertura de 76,65 % em termos de municípios (**Tabela 1, Gráfico 1**). Este dado não representa a cobertura em termos de população, uma vez que muitos dos municípios desta situação possuem alto contingente populacional.

Tabela 1– Cobertura da fluoretação no RS em termos de municípios - 2002

PERÍODO	PORCENTAGEM
NOV/93 A OUT/94	37,23
NOV/94 A OUT/95	37,00
NOV/95 A OUT/96	38,40
JAN/97 A DEZ/97	38,80
JAN/98 A DEZ/98	44,32
JAN/99 A DEZ/99	51,18
JAN/00 A DEZ/00	60,17
JAN/01 A DEZ/01	66,59
JAN/02 A DEZ/02	76,65

Gráfico 1 – Cobertura da fluoretação no estado do RS em termos de municípios de nov/93 a dez/02



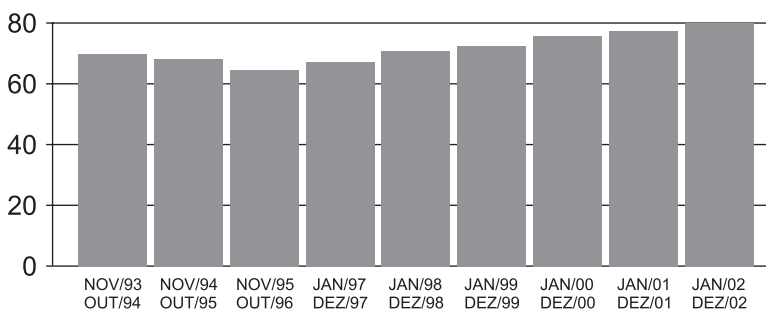
Considerando a população total do RS (10.179.801 habitantes), a cobertura da fluoretação da água atingiu em 2002 em torno de 78,19 % da população (**Tabela 2, Gráfico 2**).

O acréscimo constatado em relação a dados anteriores se deve a novos municípios que implantaram a fluoretação no ano de 2002: 37 municípios iniciaram a fluoretação.

Tabela 2 – Cobertura da fluoretação na população do Estado do RS - 2002

PERÍODO	PORCENTAGEM
NOV/93 A OUT/94	67,90
NOV/94 A OUT/95	67,00
NOV/95 A OUT/96	64,00
JAN/97 A DEZ/97	66,08
JAN/98 A DEZ/98	69,25
JAN/99 A DEZ/99	70,90
JAN/00 A DEZ/00	75,70
JAN/01 A DEZ/01	76,40
JAN/02 A DEZ/02	78,19

Gráfico 2 – Cobertura da fluoretação na população do estado do RS de nov/93 a dez/02



Envio de amostras

Foram enviadas 5312 amostras no período de DEZEMBRO a JANEIRO de 2002 (**Tabela 3, Gráfico 3**). O envio de amostras referentes aos sistemas de abastecimento fluoretados (situação 1 + situação 2) foi de 47,76% (**Tabela 4, Gráfico 4**).

Tabela 3 – Sistematicidade no envio de amostras. RS, 2002

PERÍODO	NÚMERO DE AMOSTRAS ENVIADAS
NOV/93 A OUT/94	1048
NOV/94 A OUT/95	1829
NOV/95 A OUT/96	2076
JAN/97 A DEZ/97	2550
JAN/98 A DEZ/98	2640
JAN/99 A DEZ/99	3097
JAN/00 A DEZ/00	2519
JAN/01 A DEZ/01	4201
JAN/02 A DEZ/02	5312

Gráfico 3 – Envio de amostras dos municípios fluoretados. RS, 2002.

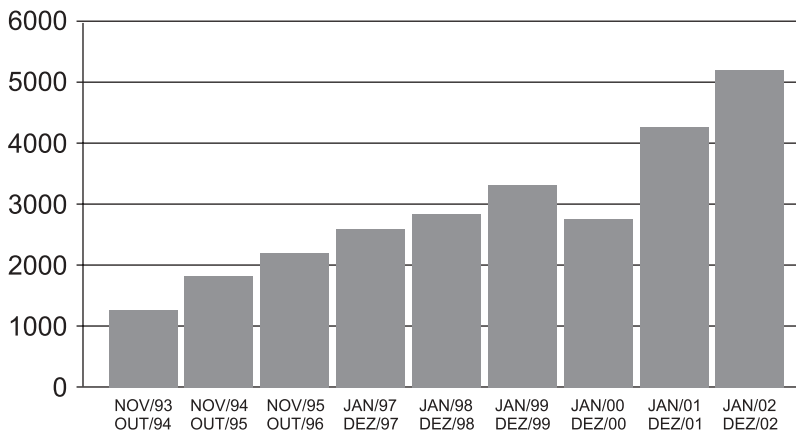
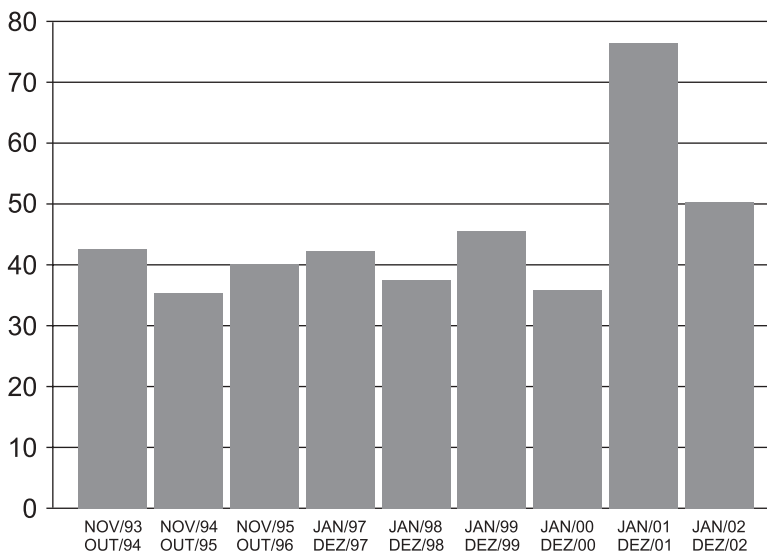


Tabela 4 – Envio de amostras dos municípios fluoretados. RS, 2002

PERÍODO	PORCENTAGEM
NOV/93 A OUT/94	44,00
NOV/94 A OUT/95	35,66
NOV/95 A OUT/96	40,99
JAN/97 A DEZ/97	43,90
JAN/98 A DEZ/98	38,18
JAN/99 A DEZ/99	46,60
JAN/00 A DEZ/00	36,52
JAN/01 A DEZ/01	75,15
JAN/02 A DEZ/02	49,81

Gráfico 4

Tabela 4 – Envio de amostras dos municípios fluoretados do Estado do RS de nov/93 a dez/02

Observa-se um decréscimo no envio de amostras (sistematicidade) em relação ao ano anterior. Se, por um lado, isto pode ser parcialmente justificado pelo processo de descentralização das análises, do LACEN para as Coordenadorias Regionais, não se pode admitir a falta no compromisso assumido, por parte dos municípios, quanto à quantidade e periodicidade de amostras estabelecidas pelo sistema de Vigilância dos Teores de Flúor. Apenas 8 municípios enviaram as amostras devidas na periodicidade estabelecida. Por outro lado, relativo aos municípios em situação desconhecida, os mesmos representam em 2002 apenas 5,23% do total de municípios. Quando comparado aos períodos anteriores, este dado representa uma adesão ao Sistema (**Tabela 6, Gráfico 6**).

Adequação das amostras

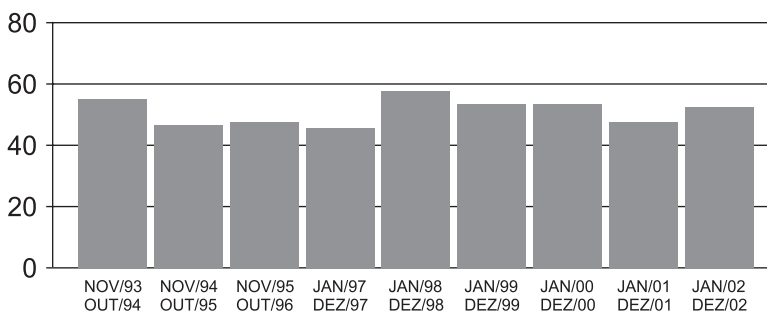
No decorrer do ano de 2001, foi analisado um total de 5207 amostras e, destas, 1435 foram classificadas como adequadas através da faixa de 0,6 a 0,9 ppm, correspondendo a um percentual de 27,39%.

Dos 58 municípios que enviaram no mínimo 9 das 12 amostras, cumprindo a periodicidade mensal para cada Sistema de Abastecimento fluoretado (75% de envio), o percentual de adequação foi de 46,57% (**Tabela 5, Gráfico 5**). Nestes 58 municípios, foram enviadas 1823 amostras, das quais 1789 foram analisadas e 849 estavam dentro de teores adequados. Apenas a estação de tratamento Niterói (CORSAN-Canoas), a estação de tratamento Cavahada (CORSAN-Gravataí) e Nova Araçá (CORSAN) tiveram mais de 90% de amostras adequadas.

Tabela 5 – Adequação de amostras dos municípios fluoretados do RS que tiveram envio superior a 75%. RS, 2002

PERÍODO	PORCENTAGEM
NOV/93 A OUT/94	52,08
NOV/94 A OUT/95	43,98
NOV/95 A OUT/96	44,50
JAN/97 A DEZ/97	44,50
JAN/98 A DEZ/98	55,70
JAN/99 A DEZ/99	48,60
JAN/00 A DEZ/00	48,76
JAN/01 A DEZ/01	43,84
JAN/02 A DEZ/02	46,57

Gráfico 5 – Adequação de amostras dos municípios fluoretados do Estado do RS que tiveram envio superior a 75% de nov/93 a dez/02.



No que se refere ao baixo número de amostras adequadas, cabe esclarecer que tais amostras representam o teor agregado em um dado momento (hora), de um dia, de um universo muito mais amplo. Para a constatação de uma inadequação constante seria necessário um maior número de coletas de amostras. Entretanto, não se pode aceitar que as amostras estejam inadequadas por apenas um dia e no momento da coleta, originando dúvidas sobre a realidade dos teores agregados pelas companhias de abastecimento. As possíveis explicações para este fato, que vem se repetindo ao longo dos anos de heterocontrole, situam-se na diferença entre os padrões de análise, ocasionando diferentes leituras dos teores, e no descuido com o rigorismo da aplicação da técnica para a adição do flúor, por parte dos técnicos das companhias de água.

No município de Porto Alegre, as coletas são realizadas pelo Centro de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, tendo sido estipuladas pelo LACEN a análise de 16 amostras mensais. No período de JANEIRO a DEZEMBRO de 2002,

foram enviadas 240 amostras, todas elas analisadas, sendo 190 adequadas (79, 16% de adequação).

Interrupção da fluoretação e cobertura da vigilância

No período de JANEIRO a DEZEMBRO de 2002, 8 municípios dos 276 com flúor agregado ficaram sem flúor por 70 ou mais dias.

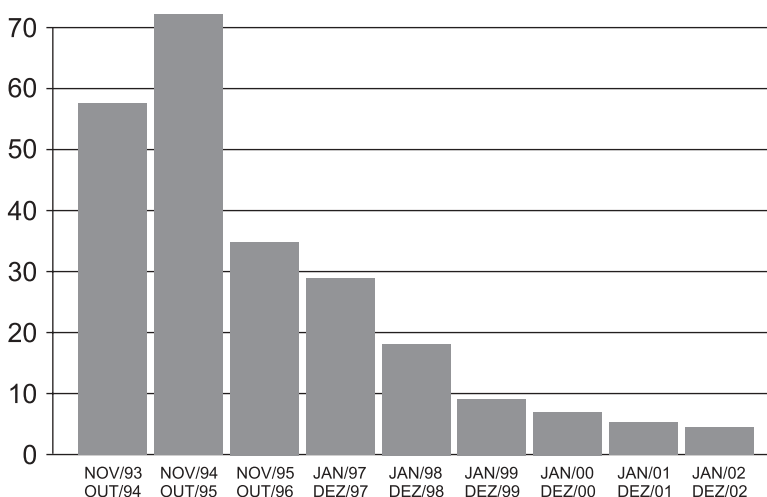
Torna-se necessário um esforço maior para que as interrupções não ocorram, de modo a haver uma continuidade no benefício da redução da cárie dentária.

Observa-se, no entanto, uma redução significativa no número de municípios alheios ao sistema de vigilância dos teores de flúor (**Tabela 6, Gráfico 6**).

Tabela 6 – Municípios alheios ao sistema de vigilância dos teores de flúor. RS, 2002

PERÍODO	PORCENTAGEM
NOV/93 A OUT/94	55,87
NOV/94 A OUT/95	69,32
NOV/95 A OUT/96	33,02
JAN/97 A DEZ/97	28,00
JAN/98 A DEZ/98	15,6
JAN/99 A DEZ/99	9,42
JAN/00 A DEZ/00	8,35
JAN/01 A DEZ/01	7,04
JAN/02 A DEZ/02	5,23

Gráfico 6 – Municípios alheios ao sistema de vigilância dos teores de flúor no Estado do RS de nov/93 a dez/02

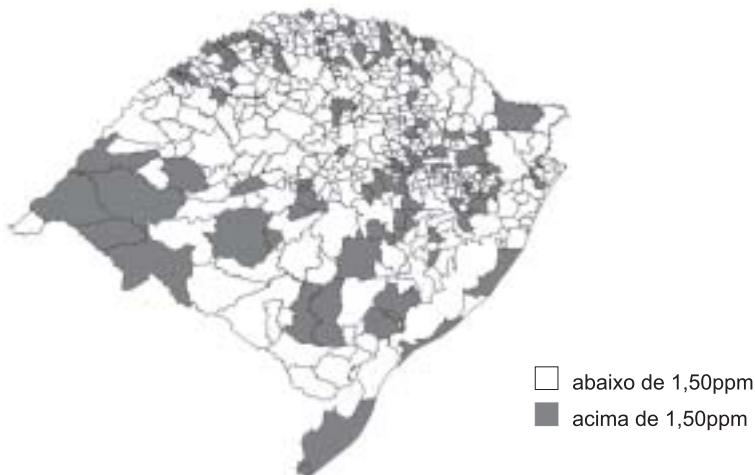


Análise das situações 2 e 3 - (presença de flúor natural)

No Quadro 1, observa-se que 264 municípios possuem sistemas de abastecimento com traços de flúor natural (0,59 ppm ou menos) ou com ausência total de flúor. Os teores analisados nas amostras demonstram uma inadequação em relação à Portaria n.º 10/99 - SES de 16 de agosto de 1999 para prevenção da cárie dentária.

Na Situação 2 (flúor natural de 0,60 ppm ou mais) encontram-se 96 municípios, onde deparamos com duas situações distintas: municípios com flúor natural na faixa de 0,60 a 0,90 mg/l, onde a população se beneficia no que diz respeito à cárie dentária e municípios com teores de flúor natural acima de 1.0 ppm, onde a população está sujeita ao risco de fluorose. Como já vem sendo constatada a presença de fluorose moderada e severa em diversos municípios do estado, salienta-se a importância da implementação de medidas de vigilância epidemiológica da cárie dentária e da fluorose, bem como de providências para retirada do flúor da água, diluição com outros pontos de captação, busca de soluções alternativas e ampla divulgação junto à população sobre os efeitos do consumo destas águas.

Com a instituição do sistema de notificação da fluorose no estado, um grande número de localidades vem sendo mapeado, o que possibilita um maior controle e vigilância dos altos teores de flúor natural existentes em sistemas de abastecimento de água para consumo humano (**Mapa 1** – Municípios com fluoretação acima de 1,50 – Rio Grande do Sul, 1999/2000/2001/2002).



Fonte: Divisão de Vigilância Sanitária, SES-RS, 1998 – 2002

Considerações finais

Com o aumento que ocorreu no número de amostras enviadas, observa-se um maior interesse por parte dos municípios com relação ao sistema de Vigilância dos Teores de Flúor nas Águas de abastecimento público.

Apesar das dificuldades permanentes pelas quais passa o Programa de Fluoretação das águas de abastecimento público no Rio Grande do Sul, este continua sendo uma das formas de prevenção da cárie com maior abrangência e eficácia, desde que executado corretamente. Neste sentido, o Setor de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano da Divisão de Vigilância Sanitária da SSMA, para melhor operacionalizar o Programa, coloca abaixo as prioridades a serem vencidas em 2003.

- 1 – Tornar conhecida a performance dos municípios classificados como situação 4, com estímulo ao envio de amostras de água para identificação;
- 2 – Incentivar a expansão do Programa de Fluoretação a outros municípios;
- 3 – Dar continuidade à promoção de encontros intra e intersetoriais, visando uma maior integração, bem como o repasse de orientações e oportunidades para debates;
- 4 – Desenvolver, junto às coordenadorias regionais e municípios, processos de motivação e comunicação, para ampliar os índices de envio de amostras, atendendo aos critérios de sistematicidade da vigilância;
- 5 – Divulgar os resultados das análises efetuadas com periodicidade para os municípios, CRS, instituições de ensino e instâncias do controle social;
- 6 – Nas regiões onde foram identificados excessos de flúor natural pelo sistema, recomenda-se ainda expandir a informação à população sobre a situação da água consumida e possíveis riscos de fluorose, encaminhamento da questão à vigilância sanitária municipal, reuniões locais com autoridades municipais e regionais de saúde, representantes de entidades e instituições envolvidas, trabalhadores de saúde para discussão sobre providências coletivas e participativas a serem tomadas, mapeamento das áreas de risco locais, busca de fontes alternativas de abastecimento e divulgação sobre o Sistema de Notificação de Fluorose entre os profissionais de saúde.

Heterocontrol del programa de la fluoración de las aguas de abastecimiento público en el Rio Grande do Sul: situación em el año de 2002

Resumen: *El presente artículo retrata la situación del Programa de Fluoración de las Aguas en el Rio Grande do Sul, embasado en el informe elaborado en el año de 2002, por el cuerpo técnico del Sector de Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano, de la División de Vigilancia Sanitaria de la Secretaria Estadual de Saúde (SES). Tiene como objetivo divulgar los datos sistematizados a través de colectas y análisis mensuales de muestras de agua de los municipios del estado, categorizados según su situación referente a la presencia de fluor en las aguas para consumo humano. Objetiva también contribuir en la consolidación del heterocontrol de la fluoración cuanto medida de salud pública, posibilitando apropiación de informaciones para el control social y avanzando en la construcción de sistemas de vigilancia descentralizados y locales. En este trabajo se describe inicialmente el histórico del Sistema de Vigilancia, la base legal de la fluoración, se relatan la metodología de operación y los resultados obtenidos en el año de 2002. En el análisis de los resultados, se presentan la evaluación cuanto a la cobertura del programa entre los municipios del estado y percentual de la población beneficiada por la medida, envío y adecuación de las muestras, interrupciones de la fluoración, cobertura de la vigilancia y ocurrencia de fluor natural, identificadas a través de las muestras analizadas.*

Palabras clave: *Vigilancia sanitaria; Fluoración; Abastecimiento agua. Heterocontrol.*

Heterocontrol of the program of Fluoridation of waters in the state of Rio Grande do Sul: the situation in the year 2002

Abstract: *The present paper portrays the situation of the Program of Fluoridation of Waters in Rio Grande do Sul, with basis in the report elaborated in the year 2001, by the body of technicians of the Setor de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sector of Vigilance of the Quality of the Water for Human Consumption), of the Divisão de Vigilância Sanitária (Division of Sanitary Vigilance) of the Secretaria Estadual de Saúde – SES (Regional Department of Health). It has the aim of publishing the data systematized through monthly collection and analyses of samples of water in the communities of the state, categorized according to their situation referent to the presence of Fluor in the waters to human consumption. It also aims at contributing to the consolidation of the heterocontrol of Fluoridation as a public health action, allowing the access to information to social control, and heading to the construction of local vigilance systems and not centralized. In this paper it is described, initially, the history of the Vigilance System, the legal basis of Fluoridation, and it is reported the operational methodology and the results obtained in the year 2001. In the analysis of the results, it is presented an evaluation in relation to the coverage of the program among the communities of the state and the percentage of the population who benefits with this action, the shipping and preparation of samples, the interruption of Fluoridation, coverage of the vigilance and the occurrence of natural Fluor identified through the samples analyzed.*

Key words: Sanitary vigilance; Fluoridation; Water supplying.

Referências

- DOMINGUES, J. E.; RONCALLI, A. G. **A vigilância sanitária em fluoretação de águas de abastecimento público:** uma análise de suas necessidades. Disponível em: <<http://www.angelonline.cjb.net/artigos>>. Acesso em: 19 ago. 2003.
- KOZLOWSKI, F. C. ; PEREIRA, A. C. Métodos de utilização de flúor sistêmico. In: PEREIRA, A. C. et al. **Odontologia de Saúde Coletiva**. Porto Alegre: Artmed, p. 265-274. 2003.
- PEREIRA, A. C. et al. **Odontologia de Saúde Coletiva**. Porto Alegre: Artmed, 2003. 440 p.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde e Meio Ambiente. **Flúor:** manual informativo. Porto Alegre: Companhia Riograndense de Artes Gráficas, 1989. 36 p.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Programa de fluoretação das águas de abastecimento público:** relação documental. Coordenadoria de Atenção Integral à Saúde. Política de Atenção Integral à Saúde Bucal. Dez. 2002a. mimeo.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Atenção Integral à Saúde. **Relatório de Gestão 1999-2002:** política de atenção integral à saúde bucal. Porto Alegre, dez. 2002b. mimeo.
- RIO GRANDE DO SUL. **Sistema de vigilância dos teores de flúor nas águas de abastecimento público do Estado do Rio Grande do Sul:** relatório anual do flúor ano base 2001. Secretaria Estadual da Saúde. Centro de Vigilância em Saúde, Divisão de Vigilância Sanitária, 2002c. mimeo.
- RIO GRANDE DO SUL. **Sistema de vigilância dos teores de flúor nas águas de abastecimento público do Estado do Rio Grande do Sul:** relatório anual do flúor ano base 2002. Secretaria Estadual da Saúde. Centro de Vigilância em Saúde, Divisão de Vigilância Sanitária, 2003. mimeo.

Principais ações na área da saúde bucal desenvolvidas pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande Sul – período 1999/2002

Helenita Corrêa Ely¹

Resumo: O trabalho apresenta as principais linhas de ação na gestão 1999-2002, compondo inicialmente um quadro referente à situação da rede de atenção odontológica do SUS e do desempenho do Estado quanto aos principais indicadores de avaliação da atenção básica. Apresenta, de forma sucinta, os principais projetos, seus objetivos, situação atual e principais obstáculos para a continuidade. Tais projetos distribuem-se nas áreas da vigilância sanitária, da vigilância epidemiológica, na assessoria aos níveis regionais e municipais para organização dos serviços locais de atenção à saúde bucal e na área de capacitação e formação dos trabalhadores de saúde.

Palavras-chave: Saúde bucal; Redes assistenciais; Gestão em saúde; Sistema Único de Saúde; Rio Grande do Sul.

Introdução

Em 1999, a Política de Atenção Integral à Saúde Bucal da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul apresentou as principais diretrizes e planos para o período de gestão 1999-2002. Na ocasião, foram destacadas as bases orientadoras do Sistema Único da Saúde, definindo os eixos da integralidade da atenção, da descentralização e regionalização da gestão, da qualificação e formação dos trabalhadores de saúde e do fortalecimento das instâncias de pactuação e controle social como estratégias norteadoras das ações a serem desenvolvidas.

Neste momento, concluída uma etapa, é importante informar os avanços obtidos, os principais projetos em andamento e comentar sobre as dificuldades que necessitam ser superadas para a continuidade desta construção, que não é apenas do Estado público, mas da participação efetiva, ainda que sob diferentes formas de envolvimento, de cada cirurgião-dentista cidadão, que objetiva uma população mais saudável e que eleve a Odontologia ao seu legítimo papel de ciência da saúde, com responsabilidade e justiça social e não apenas de tratamento das doenças.

As principais ações desenvolvidas distribuem-se nas áreas da vigilância sanitária, da vigilância epidemiológica, de assessoria aos níveis regionais e municipais para reorganização da atenção em saúde bucal e na área da capacitação e formação dos profissionais de saúde bucal.

Dados para análise da realidade

Equipamentos de saúde

Comparando-se o número de equipamentos existentes na rede em 1998 e a situação atual, observa-se que ocorreu um incremento de 26% na capacidade física

¹ Cirurgiã Dentista, Coordenadora da Política de Atenção à Saúde Bucal gestão 1999/2002; especialista em Odontologia Preventiva e Social (UFRGS) e mestre em Odontologia (PUCRS), e-mail: famely.ez@terra.com.br

instalada em relação aos equipamentos odontológicos, enquanto o crescimento em relação às unidades de saúde foi de 4%. Neste sentido, um número maior de serviços de saúde é contemplado hoje com equipamentos odontológicos.

Trabalhadores de saúde

No banco de dados referente ao cadastro dos trabalhadores da rede pública (SIASUS–Jul 2002) constam 6.240 cirurgiões-dentistas. Isto significa que aproximadamente metade de todos os cirurgiões-dentistas do estado está vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Não há registro para atendentes de consultório dentário (ACD) e 101 técnicos em higiene bucal (THD) estão cadastrados no SUS.

Considerando a grande redução do número de servidores públicos, ocorrida após os anos 1998/1999, em decorrência de incentivos (Plano Demissão Voluntária) e das novas normas previdenciárias, observa-se que, em relação aos cirurgiões-dentistas, tem havido um aumento gradativo, ano a ano, aproximando-se da situação existente em 1998. Em relação aos profissionais auxiliares, houve, além do incentivo à formação, um incentivo ao ingresso nos serviços públicos, tanto para compor as equipes de saúde bucal das unidades de saúde ou do programa de saúde da família, quanto para o auxílio na atenção às normas de biossegurança, contribuindo para o aumento de cobertura e melhoria do acesso. Mas este incremento ainda é insignificante diante da necessidade da rede, refletindo pouco impacto na produção e na qualidade dos serviços ofertados.

Uma importante observação relaciona-se ao aumento de profissionais especializados. No entanto, os profissionais com conhecimentos específicos em endodontia, área de atuação que avançou com a definição dos critérios estabelecidos na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001-MS), ainda estão muito aquém das necessidades de organização dos sistemas municipais de atenção à saúde bucal.

Indicadores da atenção básica

Em relação aos indicadores da atenção básica, observa-se uma leve tendência para redução das exodontias em relação ao total de restaurações, refletindo numa mudança favorável de uma prática mutiladora para uma prática mais conservadora. Isto também pode representar os investimentos em ações educativo-preventivas e em capacitações dos profissionais para promoção e manutenção da saúde bucal.

No entanto, quando se comparam dados nacionais no período 1999/2002, a razão entre exodontias e ações individuais (Tabela 2) realizadas nas unidades de saúde do Rio Grande do Sul, o dado obtido representa uma das médias mais altas do país -13,09%, acima da média nacional (9,48%) e das médias da região sul (8,39%), indicando que no estado continua prevalecendo a antiga prática de grande oferta de exodontias nas unidades de atenção pública. Considerando o registro da primeira consulta odontológica como indicador de acesso (Tabela 2), percebe-se que não houve alteração significativa nos últimos seis anos.

Tabela 1 – Razão entre restaurações e exodontias realizadas na rede SUS – RS
Série histórica 1999-2002

	Restaurações	Exodontias	Razão
2002*	653.327	358.599	1,82
2001	1.145.851	651.890	1,76
2000	1.161.412	696.927	1,66
1999	1.006.799	621.627	1,62

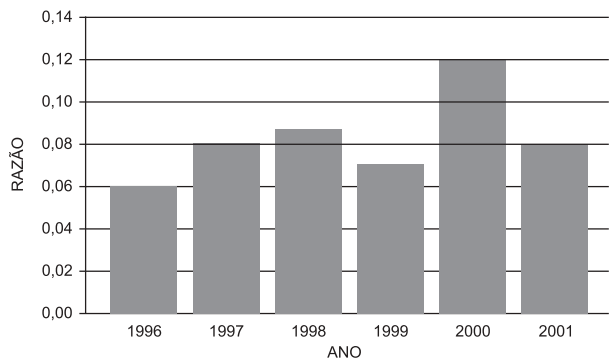
Fonte: Datasus, 2002. * A informação do ano de 2002 é relativa aos meses de janeiro a agosto.

Tabela 2 – Séries históricas dos indicadores de saúde bucal no RS

INDICADORES	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Cobertura de primeira consulta odontológica	9,13	10,08	9,22	10,51	9,74	10,01	9,47
Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos	0,05	0,06	0,08	0,09	0,07	0,12	0,08
Proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais			14,69	14,92	14,06	12,74	13,09

Fonte: Datasus, 2002.

Quanto ao indicador de procedimentos coletivos (Gráfico 1), que revela a ênfase atribuída no serviço às atividades coletivas educativas-preventivas em saúde bucal, não houve incremento significativo ou estes procedimentos foram pouco registrados. O Rio Grande do Sul vem mantendo, ao longo dos últimos seis anos, as taxas mais baixas em relação a todos os estados da Região Sul, ficando abaixo da média da Região Sul e abaixo da média do Brasil.

Gráfico 1 – Razão entre procedimentos coletivos e a população 0-14 anos – Série histórica no RS

"Razão entre procedimentos odontológicos coletivos..." Entrada de legenda

Fonte: Datasus, 2002.

Um questionamento decorre dessas constatações: a rede considerável de assistência e o número suficiente de profissionais trabalhando no setor público não garantem avanços concretos na atenção à saúde bucal, pois ainda se verificam baixos índices de cobertura de consultas odontológicas, poucos procedimentos coletivos e um número ainda muito elevado de exodontias entre os tratamentos individuais (dados disponíveis no *site*: <www.datasus.gov.br/pacto>).

Não podemos deixar de destacar, no entanto, que muitos municípios apresentam trabalhos inovadores, de alta resolutividade, de grande qualidade e começa a ser percebido no estado um movimento positivo para a organização dos serviços especializados (centros de especialidades com oferta de tratamentos endodônticos, próteses dentárias, atendimentos a pacientes especiais, cirurgias). Estes trabalhos precisam ser registrados e divulgados. Justifica-se assim o uso deste espaço de comunicação para ampliar a divulgação das ações desenvolvidas, dos projetos em andamento e da transparência necessária para uma avaliação crítica que possibilite superação dos obstáculos. Este documento tem por objetivo apresentar as principais ações desenvolvidas no período de gestão 1999-2002, a situação atual (2002) e os fatores críticos.

Ações de saúde bucal na área da vigilância sanitária

Biossegurança nos estabelecimentos odontológicos e laboratório de prótese dentária

Objetivo: Estabelecer normas estaduais de biossegurança para garantir a proteção de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde bucal, públicos e privados.

Situação atual: Publicação de Portaria SES 40/2000 estabelecendo as Normas de Biossegurança para Estabelecimentos Odontológicos e para Laboratórios de Prótese Dentária (RIO GRANDE DO SUL, 2000); 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) capacitadas para implantação das normas; ampla divulgação em ação conjunta com o Conselho Regional de Odontologia e Associação Brasileira de Odontologia nos municípios do RS; laudo de vistoria estabelecido para avaliação de estabelecimentos em conjunto com a Vigilância Sanitária; questionário de avaliação dos ambulatórios de Odontologia da rede pública implantados nas sedes de CRS; recursos da Municipalização Solidária repassados aos municípios que apresentavam dificuldades, visando adequação das unidades de saúde e dos equipamentos de esterilização (estufas).

Fatores críticos: Compreensão e baixa adesão dos gestores municipais; baixa motivação dos técnicos para mudanças; ausência ou número insuficiente de trabalhadores auxiliares; ausência de condições adequadas de trabalho nas unidades de saúde; ausência de manutenção dos equipamentos e de capacitação de técnicos para atender estas demandas da rede pública.

Programa de fluoretação das águas de abastecimento público

Objetivo: Ampliar a cobertura do programa nos municípios do Rio Grande do Sul e qualificar a vigilância dos teores de flúor agregados e naturais, para garantir um máximo de benefício na redução da cárie com um risco mínimo de fluorose.

Situação Atual: No período de 1999 a 2002 ampliou-se no estado a cobertura do Programa de Fluoretação das Águas de Abastecimento Público (RIO GRANDE DO SUL, 2002). A CORSAN foi responsável por um aumento de 25 novas localidades fluoretadas em 1999, 40 localidades em 2000, 18 municípios em 2001 e 25 em 2002, perfazendo um total de 105 novos municípios com flúor. Assim, o estado, em 1998, tinha 44,32% de seus municípios com flúor nas águas de abastecimento público e passa em 2002 a uma cobertura de 76,65 % das cidades, representando um incremento de 73% e contemplando em torno de 80% da população gaúcha. Outro avanço importante nesta área refere-se à descentralização da vigilância dos teores de flúor, cujo objetivo é garantir a eficácia da medida, aumentando a cobertura do heterocontrole. Até o ano de 2000, apenas um laboratório no estado realizava análise nas amostras. Atualmente, a vigilância dos teores de flúor está descentralizada e operando em 10 laboratórios regionais das Coordenadorias Regionais de Saúde, o que permite maior eficácia e cobertura de vigilância desta medida de saúde pública.

Fatores Críticos: Existência de municípios que são abastecidos por vários poços, elevando os custos técnicos e operacionais para implantação da fluoretação; inexistência de mecanismos/equipamentos viáveis para defluoretação de poços com excesso de flúor natural; baixo envolvimento dos responsáveis pela periodicidade das coletas mensais de amostras de água para análise dos teores de flúor dos municípios; diferentes métodos e equipamentos para análise dos teores de flúor entre as companhias de abastecimento e os sistemas de vigilância, impedindo um padrão de comparabilidade.

*Organização da coleta de resíduos de mercúrio
do trabalho odontológico para reciclagem*

Objetivo: Dar adequado destino aos resíduos de mercúrio oriundos do trabalho odontológico considerando as normas de biossegurança vigentes, zelando pela proteção do meio ambiente e da saúde dos trabalhadores e dos usuários dos serviços.

Situação atual: Estabelecido fluxo de recolhimento dos resíduos de mercúrio através das Coordenadorias Regionais de Saúde; estabelecido fluxo de coleta do tonel armazenador para reprocessamento do material.

Fatores críticos: Dificuldade em encontrar o local adequado de armazenamento dos resíduos até a fase de envio ao processamento; necessidade de ampliar a divulgação nos serviços e municípios, estimulando o armazenamento e envio dos resíduos dos serviços de atendimento para o nível central, encarregado da remessa final (indústria habilitada para reprocessamento).

Na área da vigilância epidemiológica

*Organização da rede de atenção básica
à prevenção e controle do câncer bucal*

Objetivo: Estabelecer redes de referência que possibilite prevenir, controlar, detectar, encaminhar e tratar os indivíduos acometidos com lesões suspeitas e/ou câncer bucal.

Situação atual: Estabelecidas referências locais para diagnóstico precoce e de referências de média complexidade para encaminhamento dos casos diagnosticados; identificados laboratórios de referência para realização de exames anátomo-patológicos; execução de cursos descentralizados para capacitação dos profissionais da rede pública no diagnóstico precoce;

Fatores críticos: Organização local, falta de profissionais treinados na realização de biópsias e dificuldades nos encaminhamentos para tratamento (número de vagas disponíveis), pouca organização do INCA para esta área com ausência de apoio financeiro e didático/pedagógicos .

*Projeto SB 2000 - levantamento das condições
de saúde bucal na população do Rio Grande do Sul*

Objetivos: Realizar levantamento das condições de saúde bucal da população no RS, produzindo informações para subsidiar o planejamento e avaliação das ações, nos diferentes níveis de gestão do SUS; estabelecer um sistema de vigilância epidemiológica dos principais problemas da área da saúde bucal com base em municípios sentinelas e com situação avaliada a cada dois anos.

Situação atual: Realizada pesquisa inédita referente ao perfil epidemiológico dos problemas de saúde bucal na população do RS. Foram sorteados 95 municípios das sete macro-regiões do estado para compor a amostra (21 sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e 74 sob a responsabilidade da SES), tendo representatividade por região e porte populacional. Os municípios que compõem a amostra do Ministério da Saúde estão em fase de coleta de dados, com as equipes em campo, e os municípios sorteados pela SES-RS encontram-se com cerca de 98% dos dados consolidados.

Fatores críticos: Sensibilização dos gestores municipais à liberação dos profissionais para a operacionalização do levantamento.

*Notificação da ocorrência de fluorose
dentária para mapeamento das áreas de risco*

Objetivos: Estabelecer fluxos de notificação de casos observados de fluorose para mapear áreas de risco e controlar os danos à população.

Situação atual: Criado formulário de notificação, mapeamento e acompanhamento das áreas de risco; ação conjunta da SES, Ministério Público, Coordenadorias Regionais de Saúde, Secretaria de Obras, Conselho Regional de Odontologia, Vigilância Sanitária e universidades para definição e busca de soluções alternativas para o abastecimento de água nas áreas de risco; apoio na capacitação de profissionais (cirurgiões-dentistas) para diagnóstico e levantamento epidemiológico; capacitação de agentes de saúde e elaboração de pôsteres para informações à população de áreas de risco.

Fatores críticos: Projeto recente com divulgação restrita entre profissionais; limitadas fontes alternativas de abastecimento de água para substituição das fontes contaminadas com excesso de flúor .

Assessoria aos níveis regionais e municipais da atenção à saúde bucal

Descentralização da gestão para coordenadorias regionais de saúde

Objetivo: Organizar fluxos de comunicação, planejamento, apoio e avaliação permanente para assessoria aos municípios a partir das Coordenadorias Regionais de Saúde.

Situação atual: 18 Coordenadorias Regionais com coordenadores de saúde bucal; reuniões trimestrais no nível central de organização, avaliação e acompanhamento; profissionais envolvidos com outras áreas da saúde enfatizando a intra e intersectorialidade; participação na pactuação dos indicadores da atenção básica; reuniões sistemáticas nas CRS com os coordenadores de saúde bucal dos municípios para planejamento, acompanhamento e avaliação;

Fatores críticos: Baixa priorização das questões de saúde bucal nos municípios; baixa participação e vontade política dos gestores municipais; dificuldades na articulação entre municípios para estabelecimentos de consórcios ou centros regionais e/ou municipais, para oferta de serviços especializados como endodontia, ortodontia e prótese.

Projeto escola solidária à promoção de saúde bucal

Objetivo: Estimular a adesão dos estabelecimentos de ensino do estado à proposta de inclusão de ações educativo-preventivas em saúde bucal nas atividades curriculares com a contrapartida do estado na distribuição de escovas dentais e material instrucional.

Situação atual: Projeto lançado durante a 1ª Semana de Saúde Bucal, em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia/RS e apoio do Comitê das Entidades da Classe Odontológica; 202 escolas estaduais apresentaram projeto de adesão à proposta envolvendo 41.176 escolares; repassadas em torno de 50 mil escovas, 90 mil pôlderes e 5000 cartilhas educativas.

Fatores críticos: garantir a oferta de escovas dentais e material instrucional como estímulo ao desenvolvimento das ações propostas; envolvimento dos técnicos locais para apoio na continuidade e acompanhamento do projeto.

Fração da saúde bucal (resolução CIB 219/2000) na municipalização solidária da saúde (decreto estadual 39.582 de 10 de junho de 1999)

Objetivo: Apoiar técnica e financeiramente os municípios para ampliação do acesso e qualificação da atenção à saúde bucal (RIO GRANDE DO SUL, 2000).

Situação atual: Amplo envolvimento dos municípios e técnicos no conhecimento e definição da situação de saúde bucal local para definir planejamento; participação dos conselhos locais de saúde na aprovação das propostas; 450 municípios elaboraram Política de Saúde Bucal e Plano de Aplicação - 2000/2001; 450 municípios habilitados para o recebimento das parcelas; 446 municípios receberam a 1ª parcela do recurso do ano 2000, no valor total de R\$ 2.219.060,60

Fatores críticos: Disponibilidade financeira para o pagamento das demais parcelas.

*Organização da atenção à saúde bucal da pessoa
portadora de deficiência (PPD)*

Objetivo: Organização da rede estadual de referência para atendimento odontológico às pessoas portadoras de deficiência, através da capacitação dos profissionais de saúde bucal das unidades de saúde municipais e organização dos serviços.

Situação atual: Quatro cursos de aperfeiçoamento realizados em parceria com a Escola de Saúde Pública e FADERS (58 cirurgiões-dentistas e 21 auxiliares odontológicos capacitados); 61 municípios com o serviço organizado.

Fatores críticos: Maior comprometimento dos municípios com profissionais já capacitados e investimentos na efetiva organização do serviço de referência; falta de envio sistemático das informações dos serviços e da população atendida nos municípios e adequação das Unidades de Saúde para atenção ao Paciente Portador de Deficiência (PPD).

*Organização da rede de atenção especializada
para reabilitação protética e ortodôntica no SUS*

Objetivo: Organizar serviços para atender as necessidades de próteses dentárias e de problemas de má-oclusão da população usuária do SUS, segundo critérios de equidade.

Situação atual: Em fase de estabelecimento de protocolos, de orçamentação e de busca de entidades/ instituições para prestação dos serviços.

Fatores críticos: Definição de entidades parceiras para firmar convênios.

Inclusão de equipes de saúde bucal nas equipes do PSF

Objetivo: Incentivar os municípios à integralidade da atenção básica na Saúde da Família, através da reorientação do modelo assistencial (Brasil, 2000) em conformidade com os princípios do SUS (BRASIL, 1988), buscando a melhoria das condições de saúde bucal da população.

Situação atual: Pactuadas 96 equipes de Saúde Bucal, sendo que 90 equipes já estão em atividade.

Fatores críticos: Não há padronização na forma de adesão dos profissionais à Equipe de Saúde Bucal; os serviços de urgência e emergência e os especializados em periodontia e endodontia não estão disponíveis ou são insuficientes para dar atenção à população adscrita; dificuldades na atenção a uma demanda reprimida e com duas áreas de atuação de PSF para uma equipe de saúde bucal; falta de recursos humanos auxiliares formados; pouca capacitação em planejamento e programação para reorganização da assistência; pouca adequação da formação dos profissionais para atuação em programas de saúde da família, precarização das relações de trabalho.

Formação e capacitação dos trabalhadores

No Brasil, os trabalhadores de saúde bucal, odontólogos e auxiliares de odontologia (THD, ACD e TPD), ocupam cerca de 5% dos postos de trabalho do pessoal de saúde, sendo que 85% da equipe odontológica é constituída por dentistas. No Rio Grande do Sul, além da escassa incorporação de pessoal auxiliar nas unidades de saúde, observa-se que, historicamente, as instituições responsáveis (Escola de Saúde Pública, universidades públicas, escolas técnicas de nível médio) não vêm investindo na formação de recursos humanos auxiliares para os serviços públicos. Apenas dois cursos de formação de ACD existiam em 1999 – ambos funcionando em Porto Alegre e com ônus financeiro ao aluno. Em relação aos profissionais, não havia proposta para desenvolvimento de capacitações para adequação às necessidades dos serviços e ao perfil epidemiológico da população, aperfeiçoamento para oferta de serviços especializados e proposta de educação continuada. Neste sentido, numa ação conjunta com a Escola de Saúde Pública (ESP) e seus Núcleos Regionais de Educação e Saúde (Nuresc) e com outras instituições como faculdades de odontologia, Fadergs, Secretaria de Trabalho Cidadania e Assistência Social (STCAS) e Associação Brasileira de Odontologia (ABO-RS), foram executadas as seguintes qualificações:

Aperfeiçoamento de cirurgiões dentistas e auxiliares para atendimento à pessoa portadora de deficiência - Foram capacitados 58 cirurgiões- dentistas e 21 auxiliares odontológicos em 4 cursos inéditos no Rio Grande do Sul de aperfeiçoamento realizados através da Escola de Saúde Pública e Fadergs. Sessenta e um (61) municípios com o serviço organizado.

Formação de atendente de consultórios dentário (descentralizados nas CRS) – 3 cursos inéditos na rede pública do estado em 2001 e 2 cursos em 2002, com uma carga horária de 360 horas/aula e um total de 150 novas ACD formadas para o setor público. Realizado em ação conjunta com a STCAS (Programa Qualificar), com a ESP/RS e universidades (Unisc e Unicruz) e tendo como base pedagógica e bibliográfica o Guia Curricular para Formação de ACD (BRASIL, 1998), editado pelo Ministério da Saúde.

Formação de cirurgiões-dentistas especialistas em saúde bucal coletiva - Curso inédito no setor público do Rio Grande do Sul, realizado pela ESP em convênio com a Associação Brasileira de Odontologia, com formação prevista de 30 especialistas em 2003.

Qualificação em Vigilância Sanitária (biossegurança dos estabelecimentos odontológicos e qualidade da água) e **Epidemiológica** (vigilância epidemiológica e organização de levantamentos epidemiológicos das condições de saúde bucal da população) para os profissionais das coordenadorias regionais e trabalhadores das unidades de saúde. Capacitados em torno de 520 profissionais em cursos seqüenciais.

Capacitação para trabalhadores de saúde nas CRS – Realizados 12 ciclos de educação continuada de forma descentralizada, com o apoio e participação dos Nuresc, para reorganização das práticas odontológicas e para assessoria às políticas de saúde bucal locais. Desenvolvidos em parceria com os municípios, foram realizados encontros regionais, onde além de abordagens técnicas nas áreas específicas da Odontologia, buscou-se articular os gestores, trabalhadores e população numa discussão sobre as políticas locais para ampliação e qualificação da atenção à saúde bucal e enfrentamento dos principais problemas identificados.

Organização e execução do 17º ENATESPO – Encontro Nacional de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos, do VI Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva, do III Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde Bucal e I Fórum Nacional de Flúor e Saúde, com a participação de 1.385 participantes, com o tema central dos eventos: **Saúde Bucal: direito de cidadania**.

A programação do ENATESPO constituiu-se de 320 trabalhos, sendo 155 na modalidade de comunicações coordenadas e 165 sob a forma de pôsteres. Oito painéis abordaram o acesso às ações de saúde bucal, as diretrizes atuais do SUS, o controle social sobre o sistema, a vigilância da saúde, novos modos de atenção, a formação e o compromisso social dos trabalhadores, o controle social e sua efetivação e políticas públicas para a Saúde Bucal e cidadania. Além disso, ocorreram três mesas de debates sobre a equidade na gestão pública, a Saúde Bucal como fator de exclusão social, a atenção básica e o Programa de Saúde da Família (PSF).

Comentários finais

A Política de Saúde Bucal da SES/RS no período de 1999 a 2002 alcançou importantes avanços na descentralização técnica e financeira, na implantação de ações intersetoriais, na ampliação da cobertura da fluoretação das águas, na normatização das condições de biossegurança nos estabelecimentos odontológicos, no apoio técnico e material às ações coletivas, no incentivo à organização de serviços especializados, no conhecimento do perfil de saúde bucal da população e na formação/qualificação dos trabalhadores entre outros aspectos. No entanto, pela análise dos indicadores de impacto na atenção, observa-se que ainda há muito por avançar na integralidade das ações, na qualificação da atenção e na ampliação do acesso, especialmente em relação a determinados grupos etários. Salienta-se a necessidade de ações intersetoriais e articulações entre os diferentes níveis de competência para garantir uma rede de atenção básica com densidade tecnológica suficiente para as principais demandas da população, para a organização e expansão das ações especializadas e melhoria das condições de biossegurança dos estabelecimentos da rede pública.

A conclusão do Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal na população do RS permitirá uma análise por macrorregião do estado, produzindo informações que subsidiarão o planejamento e avaliação das ações, nos diferentes níveis de gestão do SUS.

Principales acciones en el área de la salud bucal desarrolladas por la Secretaria da Saúde del Estado do Rio Grande Sul – período 1999/2002

Resumen: El trabajo presenta las principales líneas de acciones en la gestión 1999-2002, componiendo inicialmente un cuadro referente a la situación de la red de atención odontológica del SUS y del desempeño del estado en cuanto a los principales indicadores de evaluación de la atención básica. Presenta de forma sucinta los principales proyectos, sus objetivos, situación actual y principales obstáculos para la continuidad. Tales proyectos se distribuyen en las áreas de la vigilancia sanitaria, de la vigilancia epidemiológica, en la asesoría a los niveles regionales y municipales para organización de los servicios locales de atención a la salud bucal y en el área de capacitación y formación de los trabajadores de salud.

Palabras clave: Salud bucal; Redes asistenciales; Gestión en salud; Sistema Único de Saúde; Rio Grande do Sul.

Main actions in the area of oral health developed by Secretaria da Saúde of the state of Rio Grande do Sul – period 1999/2002

Abstract: The paper presents the main lines of action of the management 1999/2002, initially composing a scenery referent to the situation of the net of dentistry attention of SUS and the performance of the state about the main evaluation indicators of basic attention. It briefly present the main projects, their objectives, current situation, and main obstacles to carry them on. Those projects are distributed in the areas of sanitary vigilance, epidemiological vigilance, the assistance in regional and local levels to organizations of local services of mouth health attention and in the area of capacitating and formation of health workers.

Key words: Oral health; Assistant nets; Health management; Sistema Único de Saúde; Rio Grande do Sul.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim de análise de mercado em trabalho em saúde**, v 2, n.1, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus:** Informações em Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: julho 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus:**. Sistema de Informações Ambulatoriais. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: julho 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Guia Curricular para formação do Atendente de Consultório Dentário para atuar na Rede Básica do SUS**. Brasília, 1998. v. 1, 453 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Guia Curricular para Formação do Atendente de Consultório Dentário para atuar na Rede Básica do SUS**. Brasília, 1998. v. 2, 326 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria.1444/2000- Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica: Incentivos Financeiros. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 dez. 2000. Seção 1, p. 85.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria 267 -Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica: Normas e Diretrizes. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 07 mar. 2001. Seção 1, p. 85.
- RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. Lei nº 11.717 – Institui Semana Estadual de Promoção da Saúde no Estado. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, 03 jan. 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Divisão de Vigilância Sanitária. Setor de Qualidade da Água para Consumo Humano. **Sistema de Vigilância dos Teores de Flúor nas Águas de Abastecimento Público**: Relatório anual 2001. Porto Alegre, 2002. Mimeografado.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Legislação federal e estadual do SUS**. Porto Alegre, 2000. 151 p.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria SES 040/2000 – Norma Técnica de Biossegurança em Estabelecimentos Odontológicos e Laboratórios de Prótese no RS. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, 29 dez 2000. p. 26-28.

Prevalência e fatores de risco associados ao Subtipo C do HIV-1 em pacientes soropositivos em acompanhamento no Ambulatório de Dermatologia Sanitária da Secretaria da Saúde do RGS

Regina Loureiro¹

Deborah Blank²

Ana Rejane Wortmann³

Themis Rosa³

Marisa Morgado⁴

Resumo: Existem dois tipos de HIV descritos até hoje, o HIV-1 e o HIV-2. Análises genéticas do HIV-1 resultaram inicialmente em 10 subtipos. O subtipo B do grupo M do HIV-1 tem sido o mais encontrado nos países da América Latina, no Caribe, e também no Brasil. Mas um crescimento de outros subtipos do mesmo grupo (F, C, D e B/F), e outros re-combinantes, tem sido evidenciados ultimamente. Informações recentes reportam que re-combinações de HIV-1 também tem-se traduzido em sub-epidemias regionais. Alguns estudos epidemiológicos evidenciaram maior prevalência de subtipo C onde havia maior predominância de mulheres entre os casos. A partir destes resultados, decidimos avaliar uma possível associação entre este subtipo do HIV-1 e a transmissão heterossexual – especialmente entre as mulheres. Nosso estudo confirmou a alta prevalência do subtipo C em nossa região. Entretanto, encontramos uma forte associação, estatisticamente significativa, com transmissão sanguínea – principalmente por conta dos Usuários de Drogas Injetáveis.

Palavras-Chave: Infecção por HIV-1, subtipo C do HIV-1

Introdução

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) apresenta uma considerável variabilidade genética e antigênica que pode ser evidenciada em diferentes regiões geográficas do mundo. Ainda é controverso se essa variabilidade está ou não associada à eficiência de algumas vias de transmissão ou com a evolução da doença. Existem dois tipos de HIV circulantes no mundo descritos até hoje, o HIV-1 e o HIV-2. O HIV-1 encontra-se disseminado mundialmente e é considerado um dos patógenos que apresenta maior variabilidade genética. Este é, praticamente, o único tipo do vírus presente no Brasil.

Através da análise de seqüências dos genes do envelope (*env*) e *gag*, verificou-se a extensa variação genética deste vírus - que é maior no *env* gene e alguns dos genes reguladores e menor nos *gag* e *pol* genes. Análises filogenéticas destas seqüências dos *env* e também dos *gag* genes resultaram em uma classificação de subtipos do HIV. A distribuição geográfica dos diferentes subtipos varia bastante de país para país e também ao longo do tempo, refletindo a dinâmica e a complexida-

¹ Epidemiologista do ADS – SES/RS – coordenadora da pesquisa, e-mail:regina@logic.com.br

² Acadêmica de Medicina da UFRGS – bolsista de pesquisa

³ Médicas Residentes do ADS – SES/RS – pesquisadoras

⁴ Pesquisadora do Instituto Oswaldo Cruz – FIOCRUZ – Rio de Janeiro - responsável pelo teste das amostras



de da Epidemia de AIDS. Análises genéticas do HIV-1 resultaram inicialmente em 10 subtipos - classificados de A a J que constituem o maior grupo (M - major). Dois grupos adicionais foram posteriormente identificados e chamados de O (O - outliers) e N (N- non-M e non-O). Além disso, re-combinações genéticas entre os diferentes subtipos do grupo M tem sido importante fator de aumento do mosaico de formas virais com imprevisíveis propriedades antigênicas e biológicas. (ref.1)

Informações recentes reportam que re-combinações de HIV-1 também tem-se traduzido em sub-epidemias regionais. O subtipo B do grupo M do HIV-1 tem sido o mais encontrado nos países da América Latina, no Caribe, e também no Brasil. Mas um crescimento de outros subtipos do mesmo grupo (F, C, D e B/F e outros re-combinantes) tem sido evidenciados ultimamente. (ref.2)

Os primeiros estudos feitos para avaliar a distribuição do HIV-1, segundo os seus diversos subtipos, sugeria a associação estatística de alguns subtipos com algumas formas de transmissão. Alguns estudos epidemiológicos mostraram uma prevalência maior de subtipo B em regiões onde havia maior predominância de infecção transmitida por contato homossexual, assim como de subtipo C em lugares onde destacava-se o crescimento de mulheres entre os casos novos de HIV-1 (África, Ásia e América do Sul), (ref.3). No Rio Grande do Sul, em 1995, um estudo feito com gestantes mostrou alta prevalência de infecção por HIV-1 (3,1%) - tão alta quanto nas cidades brasileiras de maior prevalência geral (Santos e Itajaí) - em uma amostra de mulheres que não poderiam ser caracterizadas como população de alto risco. Uma avaliação dos subtipos desta amostra encontrou alta prevalência de subtipo C (25%). Resultados semelhantes foram encontrados também em Itajaí - alta prevalência de infecção em mulheres e alta prevalência de subtipo C.

Este dado, em princípio, reforçava a hipótese - baseada nos dados epidemiológicos que evidenciavam maior prevalência de subtipo C onde havia maior prevalência de mulheres entre os casos - de que este subtipo poderia estar associado à transmissão heterossexual. Entretanto, mais recentemente, um estudo feito em Belo Horizonte evidenciou alta prevalência de subtipo C entre UDI .

Este estudo foi planejado com intenção de conhecer melhor as variações genéticas no RGS e de investigar a possibilidade de associação dos diversos subtipos a algumas formas específicas de transmissão, testar a hipótese de associação do subtipo C ao sexo feminino e à transmissão heterossexual. E, também, verificar se ocorrem alterações específicas na evolução e gravidade da infecção que possam estar associadas aos diversos subtipos.

Metodologia

Um estudo transversal avaliou 92 pacientes atendidos no Ambulatório de Dermatologia Sanitária da Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul (ADS -SSMA/RS) no período de junho/julho de 1998.

Uma amostra consecutiva foi recrutada entre os pacientes em acompanhamento clínico com infecção por HIV-1. Todos os participantes do estudo foram informados

sobre os objetivos, riscos e benefícios do estudo e também sobre a não obrigatoriedade de participar do mesmo. Todos concordaram e assinaram o termo de consentimento. Uma amostra de 20ml de sangue foi coletada de cada um dos participantes e enviada ao laboratório de virologia da Fiocruz, onde foram testadas para determinar o subtipo do HIV-1.

Todos os pacientes responderam a um questionário para avaliação de alguns dados epidemiológicos e clínicos. Foram identificadas variáveis demográficas - sexo, idade, escolaridade, bairro e município de residência (atual e anterior); variáveis sobre situação clínica - época do diagnóstico da infecção, situação clínica na época do estudo, uso de medicação antiretroviral e CD4 (na época do estudo e um ano após). As variáveis identificadas como possíveis fatores de risco para transmissão do HIV foram: categoria de exposição (as clássicas), parceria sexual, opção sexual, número de parceiros sexuais, parceiros sexuais de outros estados ou países, prática de sexo anal, sexo com profissional do sexo, número de DST, uso de drogas injetáveis, uso compartilhado de seringas e prática de compartilhar seringas com pessoas de outros estados ou países.

Resultados

Dos 92 indivíduos pesquisados, 71,7% (66) eram do sexo masculino e a média de idade foi de 35 anos (com desvio padrão = 9 e mediana = 34), 66 (71,7%) pacientes tinham menos de 40 anos. A maioria dos participantes do estudo (81 indivíduos - 88%) residia em Porto Alegre ou algum município da região metropolitana e, somente 9 (10%) dos 92 pacientes, haviam residido em outro município, antes de mudar-se para o endereço atual, nos últimos 5 anos. A distribuição segundo a escolaridade mostrou que quase metade da amostra (45 - 48,9%) tinha no máximo o primeiro grau completo, embora 16,3% (15 indivíduos) tenham informado possuir curso superior (completo ou incompleto). Quanto à situação clínica, a grande maioria dos participantes (74 indivíduos - 80,4%) ainda não havia apresentado sintomas, 66 dos 92 pacientes tinham conhecido o diagnóstico da infecção há menos de 4 anos, mas 62% (57) dos pacientes estudados já estavam usando medicação antiretroviral na época. Quanto à medida do CD4 - que foi verificada em dois períodos diferentes (com um ano de intervalo) - observamos uma pequena diminuição da proporção de pacientes com $CD4 < 250$ no segundo período (33,7% - 28,3%). Entretanto, a perda de quase 35% dos pacientes na segunda avaliação nos impede de fazer qualquer inferência a respeito deste resultado.

Foram identificados 4 subtipos do HIV-1 nesta amostra: subtipo B em 42 pacientes (45,7%); B brasileiro em 11 (12%); subtipo C em 30 pacientes (32,6%); e subtipo F em 5 pacientes (5,4%). Em quatro pacientes (0,3%) não foi possível identificar os subtipos por problemas técnicos diversos.

A distribuição dos diversos subtipos e as outras variáveis estudadas foram analisadas por sexo, por apresentarem perfis diferentes para cada um deles, e estão descritos na Tabela 1. Entre as variáveis estudadas, destacaram-se como

diversamente distribuídas entre os sexos as categorias de exposição: *heterossexual* - onde 96,2% - 25 das 26 mulheres estudadas identificaram como principal fator de risco para sua infecção, embora 2 delas também tenham se definido como usuárias de drogas, e uma tenha relatado receber transfusão sangüínea, e *uso de drogas injetáveis* - onde somente homens identificaram como provável forma de transmissão do HIV. Quanto ao número de parceiros sexuais, indivíduos de ambos os sexos admitiram ter tido vários ao longo da vida, entretanto, 25 homens (37,9%) relataram terem mais de 20 parceiros, enquanto somente 2 mulheres (7,7%) relataram a mesma quantidade de parceiros. Somente seis mulheres (23,1%) tiveram parceiros sexuais de outros estados nos últimos 5 anos, enquanto 20 homens (30,3%) disseram a mesma coisa. A maioria dos parceiros citados eram de São Paulo, Santa Catarina e Rio de Janeiro. Quando inquiridos sobre se tinham tido parceiros sexuais de outros países, somente 3 mulheres (11,5%) e 10 homens (15,2%) responderam que sim - praticamente todos estes parceiros eram da Argentina ou Uruguai. Quanto à prática de sexo anal, 55 homens (60%) e 11 mulheres (42,3%) admitiram ter regularmente. E quanto à ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis, 18 homens (27,3%) e uma mulher (3,8%) relataram ter tido mais de uma ao longo da vida. Nenhuma das 26 mulheres relatou uso de drogas injetáveis, mas dos 66 homens estudados, 28 (42,4%), relataram esta prática. Destes vinte e oito homens, 21 (75%) compartilhavam seringas - sendo que 16 deles, com mais de uma pessoa. Seis destes indivíduos compartilharam seringas com pessoas de outros estados (São Paulo, Santa Catarina e Rio de Janeiro), e três relataram ter usado drogas com pessoas de outros países (Argentina, Uruguai e Paraguai).

A Tabela 2 mostra a distribuição dos diversos subtipos de HIV-1, segundo as variáveis estudadas. Os resultados mostraram uma distribuição bastante uniforme para a maioria das variáveis de exposição testadas. Uma avaliação descritiva da amostra apontou para uma possível associação estatisticamente significativa somente para duas situações específicas. A categoria de exposição sangüínea - mais especificamente por conta da transmissão por UDI - mostrou percentuais maiores de indivíduos com subtipo C em relação a todos os outros subtipos. Nenhum outro subtipo mostrou alguma tendência de associação com qualquer uma das variáveis estudadas. A amostra de pacientes com subtipo F ficou bastante prejudicada na avaliação, pois o número de pacientes com este subtipo foi muito pequeno. O subtipo C, que praticamente só foi encontrado no sul do país, e apresentou alta prevalência nesta amostra, foi testado separadamente - comparando com os outros subtipos (Tabela 3). Para avaliação de significância estatística, as variáveis de exposição que mostraram maior possibilidade de associação com o subtipo C foram transformadas em variáveis dicotômicas. As categorias *Exposição Sangüínea e Uso de Drogas Injetáveis* mostraram forte associação estatística com alto índice de significância ($p < 0,001$) e um risco quase duas vezes maior de ter HIV-1 do subtipo C, em ambas categorias de exposição. As demais variáveis testadas não se mostraram significativamente associadas ao subtipo C nesta amostra.

Tabela 1 – Distribuição de algumas variáveis de exposição conforme o sexo

VARIÁVEL EXPOSIÇÃO	MASCULINO		FEMININO	
	Freq.	%	Freq.	%
Subtipo (n=92)				
B internacional	30	45,5	12	46,1
B brasileiro	8	12,1	3	11,5
C	21	31,8	9	34,6
F	4	6,1	1	3,8
Não identificado	3	4,5	1	3,8
Categ. De exposição (n=91)				
Homo e bissexual masc.	31	47,7	-	-
Heterossexual	11	16,9	22	84,6
UDI + Transusão	9	13,8	1*	3,8
Sexual + Sangüínea	14	21,5	3	11,5
Parceiros de outros Estados (n=90)				
Sim	20	31,2	6	23,1
Não	44	68,8	20	76,9
Parceiros de outros Países (n=90)				
Sim	10	15,6	3	11,5
Não	54	84,4	23	88,5
Prática de sexo anal (n=92)				
Sempre	21	31,8	1	3,8
Às Vezes	34	51,5	10	38,5
Nunca	11	16,7	15	57,7
Sexo c/ profissionais do sexo (n=90)				
Sim	29	45,3	Zero	-
Não	35	54,7	26	100,0
Número de DST no passado (n=90)				
Nenhuma	27	42,2	20	76,9
Uma	19	29,7	5	19,2
Mais de uma	18	28,1	1	3,9
Uso de drogas injetáveis (n=92)				
Sim	28	42,2	Zero	-
Não	38	57,6	26	100,0
Uso compartilhado de seringa para UDI (n=28)				
Não – sempre usa sozinho	5	17,9	-	-
Sim – com uma pessoa fixa	5	17,9	-	-
Sim – com mais de uma	16	57,1	-	-
Não respondeu	2	7,1	-	-

Tabela 2 – Distribuição de algumas variáveis estudadas conforme os diferentes subtipos

VARIÁVEL DE EXPOSIÇÃO	Subtipo B int.		Subtipo B bras.		Subtipo C		Subtipo F	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Sexo								
Masculino	30	71,4	8	2,7	21	70,0	4	80,0
Feminino	12	28,6	3	27,3	9	30,0	1	20,0
Categoria de exposição								
Homo e bissexual	17	40,5	5	45,5	5	16,7	2	40,0
Heterossexual	16	38,1	5	45,5	8	26,7	2	40,0
UDI + Transfusão	3	7,1	1	9,0	6	20,0	Zero	-
Sexual + sanguínea	6	14,3	Zero	-	11	36,6	1	20,0
Parceiros de outros Estados								
Sim	13	30,9	4	36,4	5	16,7	3	60,0
Não	29	69,1	7	63,6	25	83,3	2	40,0
Parceiros de outros Países								
Sim	5	11,9	2	18,2	3	10,0	3	60,0
Não	37	88,1	9	81,8	27	90,0	2	40,0
Prática de sexo anal								
Sempre	11	26,2	2	18,2	5	16,7	3	60,0
Às vezes	20	47,6	4	36,4	16	53,3	2	40,0
Nunca	11	26,2	5	45,4	9	30,0	Zero	-
DST no passado								
Nenhuma	24	57,2	3	27,3	18	60,0	1	20,0
Uma	9	21,4	7	63,6	6	20,0	2	40,0
Mais de uma	9	21,4	1	9,1	6	20,0	2	40,0
Uso de drogas injetáveis								
Sim	8	19,0	2	18,2	17	56,7	1	20,0
Não	34	81,0	9	81,8	13	43,3	4	80,0
Compartilha seringa (n=26)								
Não	3	37,5	Zero	-	2	11,8	1	100
Sim c/uma pessoa	Zero	62,5	Zero	-	5	29,4	Zero	-
Sim c/ mais de um	5		1	100	10	58,8	Zero	-
CD4 (1° coleta)								
Menos de 100	5	11,9	1	9,1	2	6,7	Zero	-
100 – 250	11	26,2	3	27,3	7	23,3	1	20,0
250 – 500	18	42,9	7	63,6	10	33,3	3	60,0
Mais de 500	8	19,0	Zero	-	11	36,7	1	20,0
CD4 (2° coleta)								
Menos de 100	6	14,3	Zero	-	Zero		Zero	-
100 – 250	7	16,7	1	9,1	3	10,0	Zero	-
250 – 500	12	28,6	4	36,4	8	26,6	2	40,0
Mais de 500	8	19,0	2	18,2	5	16,7	1	20,0
Ignorado	9	21,4	4	36,4	14	46,7	2	40,0

Tabela 3 – Avaliação estatística de associação entre algumas variáveis e o subtipo C

SUBTIPOS DO HIV-1 (n=88)	C(n=30)	OUTROS (n=58)	p-valor	RP	IC
Sexo					
Feminino	9	16	0,06	1,1	0,6 – 2,0
Masculino	21	42			
Categoria de exposição					
Sangüínea	16	10	0,0002	2,9	1,6 – 5,1
Sexual	13	48			
Parceiros de outros Estados					
Sim	5	20	0,07	0,5	0,2 – 1,2
Não	25	38			
Parceiros de outros Países					
Sim	3	10	0,36	0,9	0,2 – 1,8
Não	27	48			
Prática de sexo anal					
Sim	21	42	0,81	0,9	0,5 – 1,7
Não	9	16			
História de DST					
Sim	18	27	0,30	1,4	0,8 – 2,5
Não	12	29			
Uso de drogas injetáveis					
Sim	17	11	0,0003	2,8	1,6 – 4,9
Não	13	47			
CD4 (1º coleta)					
Menos de 250	9	21	0,52	0,8	0,4 – 1,6
Mais de 250	21	36			

Discussão e Conclusões

Os resultados não confirmaram a expectativa inicial de maior freqüência de subtipo C entre as mulheres e de possível associação com transmissão heterossexual. Não houve diferença entre os sexos na distribuição dos subtipos, inclusive do subtipo C. A amostra de mulheres ficou muito homogênea em termos de distribuição, segundo a forma de transmissão, isto impossibilitou a avaliação de associação com transmissão heterossexual. A mesma situação ocorreu com relação à avaliação da associação dos diversos subtipos e, em especial, do subtipo C, com a situação clínica dos pacientes e uso de antiretrovirais, devido à alta prevalência de pacientes assintomáticos nesta amostra e a maioria deles já em uso de antiretrovirais.

Os subtipos identificados do HIV-1 nesta amostra confirmaram o esperado – a grande maioria com subtipo B e B brasileiro (57,6%) e uma alta prevalência de subtipo C (31,8%). Também não fugiu ao previsto a distribuição das categorias de exposição segundo o sexo – a grande maioria das mulheres (96,2%) considera ter sido infectada por via *heterossexual* e somente os homens referiram como provável forma de transmissão o *uso de drogas injetáveis*.

Quanto ao *número de parceiros sexuais*, os dados apontam para uma maior variação entre os indivíduos do sexo masculino – mas não houve associação com algum subtipo em especial. Da mesma forma, no que se refere a parceiros de outros estados ou países.

A *prática regular de sexo anal* mostrou-se bastante prevalente nesta amostra – mas também não mostrou qualquer associação com algum subtipo. Quanto à ocorrência de *doenças sexualmente transmissíveis* ao longo da vida, é possível que tenha havido falha na coleta do dado, pois foi apenas considerado o relato do próprio paciente. A maior parte dos indivíduos que relatou DST eram homens e, é sabido que os sintomas são mais presentes nas DST masculinas do que nas femininas.

Chama a atenção a alta prevalência de UDI entre os homens (42,4%) e, mais ainda, o grande número entre estes homens – 21 (75%) que compartilhavam seringas - sendo que 16 deles, com mais de uma pessoa. Quanto à troca de seringas com pessoas de outros estados ou países, também não ocorreram resultados significativos.

Os resultados mostraram uma distribuição bastante uniforme para a maioria das variáveis de exposição testadas. Uma avaliação descritiva da amostra apontou para uma possível associação estatisticamente significativa somente para duas situações específicas: a categoria geral “*exposição sangüínea*” a categoria específica “*uso de drogas injetáveis*”, que mostraram percentuais maiores de indivíduos com *subtipo C* em relação a todos os outros subtipos. Nenhum outro subtipo mostrou alguma tendência de associação com qualquer uma das variáveis estudadas. A amostra de pacientes com subtipo F ficou bastante prejudicada na avaliação, pois o número de pacientes com este subtipo foi muito pequeno.

Prevalencia y factores de riesgo asociados al Subtipo C del VIH-1 en pacientes soropositivos en acompañamiento en el Ambulatório de Dermatologia Sanitária de la Secretaria da Saúde del Rio Grande do Sul

Resumen: Existen dos tipos de VIH descriptos hasta hoy, el VIH-1 y el VIH-2. Análisis genéticas del VIH-1 resultaron inicialmente en 10 subtipos. El subtipo B del grupo M del VIH-1 ha sido el más encontrado en los países de América Latina y Caribe y, también, en Brasil. Pero un crecimiento de otros subtipos del mismo grupo (F, C, D y B/F) y otros recombinantes ha sido evidenciado últimamente. Informaciones recientes reportan que recombinaciones de VIH-1 también se han traducido en subepidemias regionales. Algunos estudios epidemiológicos evidenciaron mayor prevalencia de subtipo C donde había mayor prevalencia de mujeres entre los casos. A partir de esos resultados, decidimos evaluar una posible asociación entre ese subtipo del VIH-1 y la transmisión heterossexual – especialmente entre las mujeres. Nuestro estudio confirmó la alta prevalencia del subtipo C en nuestra región. Sin embargo, encontramos una fuerte asociación, estadísticamente significativa, con transmisión sanguínea – principalmente a causa de los Usuarios de Drogas Inyectables.

Palabras Clave: *Infección por VIH-1, subtipo C del VIH-1*

Prevalence and risk factors associated to subtype C in HIV-1 positive patients being treated in the Ambulatório de Dermatologia Sanitária (Surgery of Sanitary Dermatology) of Secretaria da Saúde (Department of Health) of the state of Rio Grande do Sul

Abstract: *There are two kinds of HIV that have been described up to these days, HIV-1 and HIV-2. And genetic analyses of HIV-1 initially resulted in 10 subtypes. Subtype B of the group M of HIV-1 is the most frequent in the countries of Latin America and the Caribbean, as well as in Brazil. But a growth of other subtypes (F, C, D and B/F) and other recombinations have been observed lately. Recent information report that HIV-1 recombinations have been translated into regional sub-epidemics. Some epidemiological studies showed more prevalence of the subtype C where there was a greater prevalence of cases in women. From these results, we have decided to evaluate a possible association between this subtype of HIV-1 and the heterosexual transmission – specially among women. Our study confirmed the high prevalence of subtype C in our region. However, we found a strong association, statistically significant, with blood transmission – mainly by the Users of Intravenous Drugs.*

Key words: *HIV-1 infection, subtype C of HIV-1.*

Referências

BRASIL: Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Documento base para discussão do protocolo de avaliação dos subtipos de HIV-1 no Brasil.** Brasília, DF, maio, 1996. Documento de circulação restrita.

BRASIL. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Specific humoral immune response in Rio de Janeiro. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 3, p. 391-398, 1998.

COUTO-FERNANDEZ, J. et al. Genetic and antigenic variability fo HIV- type in Brazil. **AIDS research and human retrovirus**, v. 9, n. 10, p. 1157-1163, 1994.

LOUWANGIE, J. et al. Comparison of gag genes from seventy international HIV-1 isolates provides evidence of multiple genetic subtypes. **AIDS**, v. 7, p. 769-780, 1993.

LOUWANGIE, J. et al. Genetic analysis of HIV-1 isolates from Brazil reveal presence of two distinct genetic subtypes. **Research and Human Retrovirus**, v. 5, n. 10, p. 561- 567, 1994.

PIENIAZEK, D. et al. HIV- 1 patients may harbor viruses of different phylogenetic subtypes: implication for the evolution fo the HIV/AIDS pandemic. **Emerging infections diseases**, v. 3, n. 1, p. 86-88, Sep. 1995.

WHO network for HIV isolation and characterization of HIV-1 variation in the WHO – sponsored vacine evaluation sites: genetic screening, sequence analysis preliminary biological characterization of selected viral strains. **AIDS Res Hum Retroviruses**, v. 10, p. 1325-1341, 1994.

As dobras possíveis da Escola Possível e os encontros com a Formação Técnica em Saúde¹

Simone Chaves Machado da Silva²

Resumo: O artigo busca apresentar os processos educacionais a partir das relações com a “Escola Possível” e suas conexões com o campo da saúde, com destaque especial à Educação Profissional em Saúde. Procura enfatizar as concepções que os trabalhadores da saúde e da educação têm no desenvolvimento de suas práticas cotidianas no trabalho e as dificuldades para romper com as amarras que modelam e reproduzem estas práticas. O texto aborda com especial destaque a formação técnica em saúde e os processos de agenciamento capitalístico que pertencem a esta área de formação, onde a autonomia para a transformação é velada, restrita e serializada.

Palavras-Chave: Educação em saúde; Recursos humanos em saúde; Educação profissional.

A cartográfica é uma forma de fazer pesquisa, que pode iniciar a qualquer momento, basta que estejamos preparados para viajar em mundos desconhecidos e diferentes. Este tipo de viagem nos possibilita percorrer muitos caminhos onde os desenhos que vão se formando resultam em contornos especiais, são mapas únicos, constituídos a partir dos desejos e vontades que cada um de nós tem na busca do novo. Quando falamos de educação e de saúde é impossível não imaginar que, cotidianamente, estamos percorrendo novos territórios, o que nos faz pensar que o campo da educação e o campo da saúde são movimentos cartográficos constantes. Estes territórios são cheios de dobras singulares que se refazem a todo instante, dependendo dos encontros que vamos constituindo nos caminhos das leituras e das escritas, isto é, a cada novo encontro com o desconhecido nossa forma de perceber o mundo muda, se transforma, e isto é o que dá potência aos processos educativos, principalmente quando falamos da educação em saúde.

Esta trajetória cartográfica pelo caminho das letras provoca imensa ansiedade, quando nos defrontamos com a realidade da escola, seja ela formal ou informal, de ensino básico ou profissional, e a questão que fica é: como é possível tornar a Escola Possível? Como podemos perceber o sinal ou as dobras que nos permitem sentir o oculto, o singular, o indizível, o imaginário ou aquilo que é capaz de produzir a mudança na escola?

A instância da produção, ou seja, a possibilidade de transformar a Escola Possível está em nós, são as nossas subjetividades que atuam neste processo de invenção do novo potencializando a ação para a transformação. Mas como se dar conta disto no cruel cotidiano do processo educativo?

O desassossego de pensar na Escola Possível provoca este conjunto de questionamento que vai impondo movimentos instigantes no nosso cotidiano de vida e de trabalho, tornando-se necessário e fundamental perceber o interno, o que é pouco sentido e que anda esquecido, escondido e adormecido nos processos de formação.

¹ Este artigo é parte da Monografia do Seminário Avançado: A Escola Possível e Classes Populares do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, outubro 2002.

² Enfermeira, especialização em educação na PUC/RS, mestranda do PPGEDU/UFRGS, coordena a área de Educação Profissional na Escola de Saúde Pública, e-mail: simonems@terra.com.br

Para que possamos ativar este universo de possibilidades, que anda adormecido, é preciso, antes de qualquer coisa, se dar conta de que é no corpo, no espaço do sensível, que as rupturas e as transformações acontecem. Somos os agentes desta transformação e precisamos reconhecer nossa responsabilidade e ir trilhando caminhos que nos possibilite conhecer o novo e o desconhecido. Precisamos ter vontade para acolher este desafio e perceber que é na invenção de novos mundos que a Escola Possível estará.

Contudo, esta trajetória de redescobertas, riscos, medos, desafios, não é tão simples assim. Durante este percurso cartográfico, encontraremos a “ninhada dos germes desviantes”. Estes germes são criaturas ocultas que contaminam/capturam a subjetividade tornando-a serializada. Serializada no sentido do disciplinamento e enquadramento dos modos e jeitos de se fazer educação em saúde. Tais criaturas ocultas se apropriam das nossas vontades singulares, robotizando-as e modelando-as até o ponto de conseguirem transformar a nossa prática, seja ela qual for, em uma prática domesticada, muito bem organizada e definida sem criatividade e desejo. Portanto, para que tenhamos a possibilidade de uma escola muita além de possível, isto é, num território de produção da vida, é fundamental rompermos com a ninhada dos desviantes e permitirmos o “outro-em-nós”, ou seja, aquilo que permite a diferença.

A serialização do indivíduo constitui-se num processo de aniquilamento do possível e das possibilidades de rompimento das mazelas tradicionais que compõem as estruturas do processo educativo. A serialização é a imobilidade, a falta de movimento que produz a não afetação, nada é capaz de ser afetado, não há sentimento, toque, desejo, não há invenção de vida. Não existe produção, nem autorização para a invenção de novas práticas. É a imposição de movimentos de repetição dos modos de estar no mundo e de produzir potências de vida. O indivíduo serializado apenas reproduz modos e formas já constituídas, sem questionamentos. A serialização é a submissão, é o aprisionamento de todas as marcas adquiridas da trajetória individual, que são processos de aprendizado/subjetivação singulares.

Na educação, como na vida, o processo é o mesmo: apesar dos discursos reverterem a uma possibilidade de transformação, ainda é possível sentir a pedagogia da série (mecanismos de repetição/serialização) ser reproduzida, “com muito orgulho”, por muitos mestres. Este processo é um tanto complicado, uma vez que os mais disciplinados e domesticados são os próprios educadores que mutilam o seu criativo na busca do igual ordenado. Enquanto isso, os alunos tentam desesperadamente não sucumbir ao aprendizado ensimesmado. Há uma luta sangrenta entre a criação/potência/vida com a modelação/serialização/morte.

A escola tem vencido a luta. Ela domestica a força, para que o aprendizado aconteça. A escola tem a intenção de produzir corpos dóceis, receptivos e permissivos, é o corpo dócil/domesticado, pronto para ser ensinado. Esta provocação nos remete a Foucault (1999, p. 119), “A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis. A Disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediências)”.

Na tentativa de reconhecimento e entendimento desta escola pra lá de esquisita e na busca de modos inventivos que garantam um lugar que acolha o diverso, será preciso, antes de tudo, de muito combustível. Necessitaremos de muitos sabores, cheiros

e petiscos, para nos aventurarmos nesta trama de conceitos que trata da escola e suas potencialidades. Será necessário aumentar o tecido da permissividade, será preciso esticá-lo (ganhar uns quilos), dobrá-lo e redobrá-lo, dando espaço e lugar para o acolhimento da diferença. O consumo deste alimento, que são as letras, autores, escritos, mestres, alunos, será antropofágico ou vampiresco. Será assim, porque a apropriação do outro em nós é uma ação um tanto quanto sangrenta, violenta, recheada de desejos e vontades, o que provoca sistemáticos delírios nos corpos que forem capazes de submeter-se a esta experiência.

Esta mistura de temas e conceito com vontades e desejos faz a escola e o seu entorno vibrarem, como se fossem os alimentos, que depois de ingeridos, e aqui no caso da escola, depois de reconhecidos, permitem fazê-la um lugar de alegria e de re-criação.

Isto significa dizer que esta incorporação do outro, ou do novo, é uma mestiçagem de aprendizados muito prazerosa que enriquece os caminhos da Escola Possível. E com este alimento/ferramenta estaremos mais aptos a um olhar e uma escuta sensível ao que os processos educativos de fato necessitam.

A partir destas considerações que fazem uma reflexão entre a instituição escolar e quem, de fato, faz a escola, podemos destacar, entre tantos, um trecho bastante perturbador de Arroyo, que nos remete a uma profunda reflexão: “Como ignorar a própria trajetória humana agora como docentes?” (2002, p. 59).

Este questionamento provoca na medida em que é preciso refletir sobre as interferências que os indivíduos fazem no sistema educativo e, também, como não é mais possível desconsiderar nossa subjetividade/auto-imagem e a história de cada um quando se fala na educação e como ela pode transformar o mundo. São tantas inquietações sem resposta, ou pelo menos sem respostas definidas. Podemos imaginar que as respostas a estes questionamentos são constantes, que se dobram, se recompõem e se transformam a todo o momento e assim deve ser para que não exista a morte da potência ou o rompimento no processo de mudança.

Para que tudo isto seja possível, é fundamental pensarmos que o que permite ou garante a novidade na escola ou nos processos de formação está no micro de cada um de nós, aquilo que é o desejo, o sensível que modela e remodela nossa subjetividade e impulsiona a ação de qualquer ofício, garantindo a transversalidade dos movimentos e a possibilidade de que este ofício seja carregado de muita sensibilidade.

A micropolítica, segundo Guattari (1999), serve para dar sentido às estruturas mais escondidas do desejo do ser humano, ou seja, aquilo que está no afeto de cada um de nós é o micropolítico, que não pode ser desconsiderado na ação do ofício de mestre, pois se assim for, por certo que teremos um ofício frágil e sem mobilidade emperrando nossas ambições de autonomia e transformação nos processos educativos.

É difícil romper com as amarras, que modelam as ações, que nos fazem perceber que é na diversidade e na diferença que estão as potencialidades de transformação. É mais confortável sucumbir ao engendramento da subjetividade e reproduzir práticas culturais instituídas pelos processos de agenciamento capitalístico, onde a autonomia é velada, restrita e serializada.

Guattari diz que isto é a produção da subjetividade capitalística, tudo o que nos rodeia “[...] trata-se de sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produ-

tivas, as grandes máquinas de controle social e as instâncias psíquicas que definem a maneira de ver o mundo”. (GUATTARI, 1999, p. 27), ou seja, somos capazes de articular conceitos formidáveis que só são possíveis no campo dos impossíveis, pois não são passíveis de nós. Conceitos acadêmicos, científicos, que não consideram o outro e as possibilidades. São conceitos que não cabem no mundo do trabalho, pois não permitem desterritorializar, não permitem desorganizar, não permitem subverter a ordem. Não estou querendo dizer aqui que o produzido no campo acadêmico não é válido e deva ser desconsiderado, nem que seja supérfluo ou fútil, muito pelo contrário, mas a provocação que tento trazer é: até que ponto as discussões acadêmicas são capazes de contemplar o universo de devires³ que de fato constituem a Escola Possível? Que constituem as possibilidades e os desejos da escola?

Até que ponto a nossa prática – ética, estética e política - é prescindida da diversidade de devires que pertencem a cada um de nós? Como isto é considerado se o reflexo que temos parte de um pressuposto organizado e definido? Como é possível considerar as possibilidades e os desejos no ofício de mestre?

Destas reflexões sentidas e percebidas ao longo deste tempo da Escola Possível é importante destacar as relações entre as falas de Miguel Arroyo e Gomercindo Ghiggi, onde se percebe claramente a intencionalidade de trazer para o campo do afetivo as convocações que permitam reconhecer a Escola como um lugar que faz parte de nós. A Escola não é o lugar da reprodução, mas o lugar do desassossego, da revelação, das idéias, das ideologias, das vontades, do desejo, das sensações coletivas, ou seja, de tudo que possibilita abrir o mundo em potências:

[...] Um sentimento impressiona quando se transgride política ou pedagogicamente: a alegria. A greve é uma festa, as conferências e encontros para construir as propostas inovadoras são festivos. Quando me deixo envolver nesse clima me pergunto que têm essas invenções e essas mobilizações que são tão festivas. Inventam-se músicas, teatro, recuperam-se símbolos, gestos, ritos, arte, dança, soltam-se até os corpos tão reprimidos nos espaços escolares, nos tempos gradeados. As normas escolares, os tempos e espaços, o trabalho e até o conhecimento disciplinado tornam restritas as possibilidades de prazer, não porque a ação educativa não possa ser cada mestre e educando. Afeta até o prazer de degustar, de saborear a sabedoria, o conhecimento, a cultura, como se degusta um bom vinho. Inovar é tentar driblar esses controles do próprio prazer de educar e educar-se. O prazer de ser pedagogos, sair de mãos dadas com as novas gerações e inventar a hora, ter o prazer de vivenciar experiências juntos. Quando tudo está pré-definido, que graça tem ser pedagogo? Como conduzir a infância por novos caminhos se as normas nos acorrentam? (ARROYO, 2002, p. 149)

O processo formativo será qualificado e organizado na justa medida das possibilidades dos educadores, quando conseguem assumir tarefas políticas e pedagógicas de desenvolver, pelo diálogo, não apenas atitudes de troca, mas de disputa e formação, visando projetos que dêem organicidade aos humanos na busca por uma sociedade inteiramente viva, partindo de competentes problematizações éticas das relações históricas praticadas. O diálogo deve mediar discussões em torno de procedimentos pedagógicos e políticos capazes de colocar as pessoas envolvidas em situações de responsabilidade social suficiente para inserção em projetos de discussão e definição de estratégias de produção que potenciam a vida. (GHIGGI, 2002, p. 22).

³ Guattari (1987, p. 170) juntamente com Gilles Deleuze, denomina “devir” aos processos inconscientes que nos permitem invadir o mundo em diferentes formas. O devir extingue as entidades polarizadas tipo: homem/mulher ou pai/filho.

O encontro da educação com a saúde

Nesta reflexão da Escola Possível, não posso deixar de relacionar os processos educacionais e suas conexões com o campo da saúde. O campo da saúde, tanto quanto o campo da educação, abarca, num cotidiano constante, processos de aprendizado e de construção do conhecimento que se estabelecem a partir da relação com o outro. É o coletivo potencializando aprendizados que determinam a prática em educação em saúde. A prática em saúde prescinde o cuidado e esse só é possível quando somos capazes de aprender com aquele que é cuidado. Na educação, a provocação é a mesma, tem o ofício aquele mestre capaz de reconhecer a potencialidade do outro, é o mundo aberto em potências na construção dos desafios. É o pedagógico aliado à terapêutica que promove a reabilitação da saúde em todos os âmbitos, é a terapêutica (cuidado) aliada ao pedagógico, permitindo a promoção da educação em todos os âmbitos.

Hoje percebemos, tanto no campo da saúde, como no campo da educação, sejam eles espaços formais ou espaços informais de educação, que o processo é inverso. Pouco se espera ou se possibilita àquele que chega para aprender. A escola é poderosa e soberana, encarrega-se de ser a centralizadora do poder e do saber, tornado aquele que chega um objeto a ser serializado/domesticado/curado. Na saúde, da mesma forma, o processo de reabilitação e cura concentra-se em perspectivas que desconsideram o saber e a cultura popular. É preciso submeter-se à domesticação da saúde para poder ser curado.

No campo da saúde, apesar dos discursos da escuta, da humanização, do acolhimento, ainda não percebemos transformação capaz de produzir importante significado no sistema de saúde. Trazendo a reflexão para o campo da educação em saúde, não há uma ruptura na prática pedagógica em saúde capaz de produzir efeitos de transformação. A prática pedagógica em saúde tem um discurso progressivo incorporado pelos trabalhadores do setor, mas, de fato, na prática reproduzem jeitos e modos de fazer saúde impregnados por uma cultura normativa e prescritiva. Para poder transcender estas questões, que remetem a uma prática pedagógica em saúde sob o eixo da medicalização das técnicas e dos procedimentos, incentivadas e reproduzidas pelos espaços de formação que não permitem uma reconfiguração da prática pedagógica em defesa da vida⁴, é preciso interferir nos processos de formação dos trabalhadores em saúde, para que se supere a ênfase higienista ainda tão presente nos cursos da área da saúde.

A superação desta perspectiva conduz a imaginar uma prática pedagógica da criação. Criação no sentido de aceitar o estranhamento, de ser transversal, mutante e de afirmação da vida. Significaria desconstituir uma prática em saúde assistencialista e médico-centrada, que não considera o outro como uma ação inventiva da vida.

Neste estudo de Escola Possível, um dos *lincks* que podemos estabelecer com o campo da formação em saúde é com a área técnica em saúde. A Educação Profis-

⁴ O termo "em defesa da vida" tem sido utilizado por Gastão Wagner de Souza Campos, no sentido de incorporar ao conceito de saúde o que de fato compõe a vida.

sional em Saúde destina-se à formação técnica e merece importante destaque pelo distanciamento que tem tido das discussões e proposições acadêmicas. Culturalmente, o ensino técnico tem sido considerado um segmento de formação destinado às categorias mais pobres da população, isto é, todo aquele que não teve a condição favorável de ingresso na universidade terá de contentar-se com a formação técnica. Na área da saúde, o ensino técnico não é considerado como uma possibilidade de escolha, mas como um prêmio de consolação àqueles que não têm condições de ingresso no ensino superior. Um paradoxo espetacular se estabelece nesta discussão, principalmente em relação ao quantitativo de trabalhadores necessários para que o sistema de saúde do país seja possível.

O Sistema Único de Saúde - SUS necessita de uma quantidade 60%⁵ maior de trabalhadores de nível técnico em relação a outras categorias profissionais, isto significa dizer que a efetivação do SUS passa pelas mãos dos egressos do ensino técnico.

Desta forma, podemos avaliar o quanto é possível perceber a formidável relação de poder que se estabelece na constituição da concepção de saúde que vem sendo reproduzida no Brasil ao longo dos tempos, onde as ações de saúde estão centralizadas em algumas categorias profissionais, geralmente egressas do ensino superior. Nesta perspectiva de saúde, a concepção do trabalho a partir da equipe de saúde não é contemplada. Há um distanciamento das ações de saúde exercidas pelo conjunto de categorias profissionais que compõem o setor e, entre essas, podemos destacar os trabalhadores de nível médio. Portanto, a necessidade de se rever a concepção de saúde implica na ampliação de seus conceitos para, conseqüentemente, interferir na prática do trabalho em saúde. Assim, cada trabalhador, independente da sua categoria profissional, estaria contribuindo para a qualidade de vida do usuário e para o fortalecimento do serviço de saúde.

Pensar o modo da gestão no trabalho em saúde e na necessidade de inserção de diversas categorias profissionais na reformulação das práticas no setor saúde tem muita aproximação com as atividades educacionais desenvolvidas na Escola de Saúde Pública - ESP/RS⁶, nos cursos de Qualificação Básica e nos cursos de Habilitação Técnica. Nos últimos anos, o foco de trabalho da área de Educação Profissional em Saúde, ou seja, a formação dos trabalhadores de nível médio, inseridos ou não no Sistema Único de Saúde - SUS, tem sido no sentido de permitir um processo de formação inovador, onde desde o início dos cursos são trabalhados conteúdos que possibilitem o desenvolvimento da percepção do aluno para a importância do trabalho em equipe, investindo no conceito da integralidade da atenção em saúde.

Esta experiência de trabalho da ESP/RS, aliada à urgente necessidade de que novas alternativas para a formação técnica em saúde sejam criadas, tem provocado muitos questionamentos no corpo técnico-pedagógico responsável pelos cursos de formação técnica e uma questão que tem no incomodado é como a formação técnica na área da saúde não tem pertencido, ao longo dos tempos, das discussões

⁵ Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública. Trabalhadores de Saúde em Números. Rio de Janeiro, 1998.

⁶ A Escola de Saúde Pública/RS é órgão de educação e produção de conhecimento em Saúde Coletiva, pertencente à Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

do mundo acadêmico. Não faz parte das proposições acadêmicas o segmento do ensino técnico. Essa fatia de formação tem estado atrelada ao ensino médio, sem compromisso ou vinculação com setor envolvido. Era como se tivéssemos uma formação descolada das proposições políticas e das necessidades do mercado de trabalho. Neste sentido, a formação técnica tem uma marca histórica da sua ligação com o mercado de trabalho – formar técnicos no interesse do capital monopolista, ou seja, a formação técnica teria a responsabilidade de atender as “necessidades sociais”. Alterar este perfil significa instituir novos modos de atuação na formação, que implica em adequar os projetos políticos pedagógicos às exigências do setor saúde e também investir na capacitação docente, onde a superação estaria no reconhecimento de que o nível médio também produz conhecimento.

Na área da saúde isso tem sido muito forte, visto que no estado gaúcho a formação técnica em saúde sempre esteve sob a responsabilidade da educação privada e centrada na área da enfermagem, sem a menor preocupação de estar em concomitância com os princípios e diretrizes do SUS. No Rio Grande do Sul, não há tradição no ensino técnico em saúde, pois esta formação sempre esteve remetida às escolas estaduais, que não têm atendido as exigências de mercado e encontram dificuldades em atender as demandas setoriais.

Na saúde, há um visível distanciamento entre os processos educacionais disseminados nas escolas técnicas, tanto as escolas estaduais como também as escolas privadas, das propostas políticas da gestão do SUS no Rio Grande do Sul, o que implica numa ação de saúde que contemple a Atenção Integral à Saúde com Controle Social forte. O resultado disso é a formação de futuros trabalhadores do SUS, sem a perspectiva da gestão do seu processo de trabalho, sem a perspectiva de serem partícipes da roda coletiva de decisão e completamente descolada das estratégias das ações de saúde do estado. Isso, de fato, impossibilitará a saúde em defesa da vida, apenas reforçará as concepções de saúde que há tanto tempo desejamos romper.

As escolas técnicas que estão sob a gerência da iniciativa privada propõem um processo educacional fortemente centrado na prática para atuação hospitalar. São futuros trabalhadores despreparados para ingressarem no sistema público de saúde do país, que desconhecem a Saúde Coletiva e não estão inseridos nas proposições políticas do momento.

Nesse sentido, a possibilidade da Escola Possível na formação técnica em saúde passa pela constituição de um espaço de formação da criação de questionamentos, de crítica, de produção intelectual e de trabalho em saúde. Este espaço de formação de nível médio, além de atender aos determinantes legais de defesa e implementação do Sistema Único de Saúde - SUS, permitiria ultrapassar a visão reificante do trabalho em saúde – ocupação, emprego, função, tarefa – passando a ser visto de forma integrada e inserido num mundo de liberdade, das relações político-estético-social comprometidas com o fazer educação e saúde.

Trazendo para esta reflexão um autor que tem revolucionado conceitos e práticas no campo da saúde, podemos citar Campos (2000), quando da sua proposição dos coletivos organizados a partir do método da roda, onde a gestão das instituições de saúde está proposta a partir de colegiados participativos, que sugerem

estratégias de ação de forma coletiva. Nesta perspectiva de gestão do trabalho em saúde, a equipe de saúde teria a responsabilidade na manutenção das condições de vida da população, onde cada trabalhador, independente da sua formação, atuaria na roda institucional de participação coletiva, contribuindo nas decisões. Seria o processo de gestão do trabalho compartilhado entre as diversas categorias profissionais, porém, na grande maioria das equipes, o trabalhador de nível médio não está incluído nas rodas coletivas de participação da gestão do trabalho. Ao trabalhador de nível médio está destinada a execução técnica - o trabalho manual.

Uma equipe de saúde capaz de configurar o processo de trabalho com autonomia e compromisso com o SUS, afirmando a participação do conjunto de trabalhadores do setor com controle social efetivo, permite a multiplicidade das subjetividades em constante integração, o que modificaria o cenário atual dos serviços de saúde, como também, interferiria nas relações hierárquicas de trabalho que hoje se estabelecem nas instituições de saúde e que são péssimas quando se pensa sob a perspectiva da equipe de saúde e quando se trabalha na perspectiva da integralidade da atenção em saúde.

Portanto, elevar a condição da formação técnica em saúde para o status de formação de trabalhadores que produzem saúde a partir da competência curativa (curativa no sentido de ser possível a cura/reabilitação/vida), traz a possibilidade de efetivamente concebermos um sistema de saúde eficaz e com qualidade. Sem utilizar o *slogan*, já vencido, de “gente que cuida de gente”, mas para muito além disto, significa reconfigurar a prática do ensino técnico na intenção de afirmar a vida em todas as suas potências, onde a competência curativa se distenda até a escuta do andar da vida do outro e, então, chegue a montagem de projetos terapêuticos.

Na área da saúde, os referenciais curriculares nacionais da Educação Profissional apontam para estas transformações e definem os caminhos da educação profissional, que têm seus propósitos centrados a partir das competências e habilidades profissionais, determinando que as ações, saberes e práticas são adquiridas não somente pelo viés da educação formal (espaços escolares), mas pela produção de conhecimentos adquiridos na vida e no trabalho. São as competências constituídas pelas marcas corporificadas por uma trajetória impar/singular que é de cada um de nós - a Escola Possível. Isso sugere pensarmos em Suely Ronilk (1989) que faz considerações interessantes a respeito das marcas constituídas nas nossas subjetividades ao longo da vida. As marcas nos pertencem, fazem parte das entranhas do corpo, estão corporificadas. Elas nos acompanham e influenciam os vários processos da nossa vida, é impossível fazer com elas desapareçam, elas podem até adormecer, mas desaparecer jamais.

Através dos referenciais curriculares da educação profissional, que permitem criatividade e flexibilidade na construção de propostas educativas na área da educação profissional, para que não seja excludente e que estimule a qualificação democratizando oportunidades, estamos diante dum tempo de possibilidades, num tempo de investimentos nesta parcela educacional que forma trabalhadores para atuarem em diversos segmentos do setor saúde atendendo à demanda do SUS.

Atualmente, o ensino técnico concentra-se na área da enfermagem, como já foi referido anteriormente, contudo há no sistema de saúde extrema carência na formação de outras categorias profissionais importantes para o setor, como por exemplo: Técnicos em Saúde Bucal e Técnicos de Vigilância em Saúde. Assim, precisamos não apenas desencadear novos modos educativos que garantam um perfil de trabalhador comprometido com a realidade e produtores de um fazer saúde que promova a autonomia individual e coletiva, mas do incentivo na formação de outras categorias profissionais que são fundamentais para o setor. Desta forma, a Formação Profissional em Saúde seria um campo de produção de saberes e instituidora de práticas, mas também romperia com a cultura hegemônica da formação técnica em saúde, introduzindo novas tendências e outras profissões.

Dentre tantas necessidades, há também outro desafio a ser alcançado, é preciso investir nos processos educativos do setor público, rompendo com a hegemonia educacional privada da Educação Profissional, pois é evidente, e de reconhecimento histórico, que esta formação não atende as necessidades na área da saúde, principalmente na rede básica de saúde, onde o desenvolvimento do trabalho requer muito mais do que aparatos tecnológicos, onde se vê saúde desde um ponto de vista biológico, centrado na doença de prática medicalizante e na atenção individual, mas o reconhecimento da integralidade de um fazer saúde a partir das políticas públicas que garantam a saúde coletiva e de manutenção da vida.

Muito além de propor uma ampla discussão acerca desta temática nos segmentos envolvidos com a formação técnica em saúde, é necessário destacar a importância dos investimentos que têm sido feitos, através das políticas públicas que articulam educação e saúde, para a criação de espaços destinados ao ensino técnico. Espaços de tempo, de atenção, de compromisso, de sensibilidade para que possamos reinventar, transversalizar, transcender o trabalho e a prática dos trabalhadores do ensino técnico a partir de uma perspectiva que contemple, ampare e garanta uma assistência de qualidade constituída de dimensões técnicas, biológicas e subjetivas, sendo configurada sob uma perspectiva absolutamente inovadora. Não se trata apenas de criar outras escolas de educação profissional, nem de dar conta da incapacidade do sistema formal de educação na área da saúde, mas, fundamentalmente, de construir um *espaço de criação*, questionamentos, críticas, produção intelectual e de trabalho em saúde.

O cenário brasileiro atualmente conta com 26 escolas técnicas públicas em saúde, distribuídas em 14 estados. A região Sudeste concentra o maior número destas escolas, sendo que, na sua maioria, são centros descentralizados. A região Nordeste absorve 6 escolas técnicas em saúde e outras 4 estão localizadas na região Centro-oeste. Na região Sul, duas escolas estão localizadas em Santa Catarina e outra no Paraná. O Rio Grande do Sul, apesar de destacar-se como proponente de muitas das propostas político-pedagógicas da área de Educação Profissional, através das representações dos Conselhos de Educação e dos Conselhos Profissionais, não possui um espaço público específico para formação profissional em saúde.

A Secretaria de Estado da Educação é gestora de seis escolas de formação profissional em saúde, sendo que quatro destas escolas estão localizadas fora

do município de Porto Alegre. O foco de atenção destas escolas, que proporcionam também a formação de nível médio, não está em sintonia com a proposição política de formação da área da saúde, que é determinada pelo setor saúde, pois para este fim seria necessário oferecer uma formação profissional compatível e integrada com a realidade e as necessidades dos trabalhadores e dos usuários do SUS, como também estar comprometida com a qualidade da atenção em saúde e a humanização dos serviços prestados à população. Para isso ocorrer, seria necessária uma interlocução permanente do setor educacional com as instâncias de participação coletiva, com os fóruns de discussão e de proposição, que articulam e definem as políticas técnico-assistenciais e os investimentos na área da saúde.

A ESP/RS, elevando sua condição de referência estadual na formação em saúde, tem investido fortemente no sentido de garantir um lugar para a Educação Profissional que forme pessoas comprometidas com a vida e com o SUS, capazes de atuar de forma crítica e participativa como membros da equipe de saúde.

O curso de educação profissional em saúde ganhou o pioneirismo na educação pública no Rio Grande do Sul. Atendendo a mais recente legislação educacional (Decretonº 2.208/97, Parecer CNE/CEB 16/99 e Resolução CNE/CEB 04/99), a ESP/RS passou a oferecer, em 2001, um curso de complementação para auxiliares de enfermagem. cursando a carga horária complementar nos núcleos temáticos indicados, os alunos podem obter a habilitação de técnicos de enfermagem.

Nos anos 80, o Projeto Larga Escala mobilizou a saúde pública porque veio profissionalizar a assistência de enfermagem, responsável por 50% do cuidado prestado à saúde pelo pessoal de nível elementar e médio. O Projeto Larga Escala foi desenvolvido como um projeto de formação de pessoal de nível elementar e médio por meio de um acordo entre os Ministérios da Saúde, da Educação e Cultura e da Previdência a Assistência Social com a organização Pan-Americana da Saúde (Vieira; Scucato, 1988, p. 40-42). Esse projeto não foi pensado exclusivamente para a formação do pessoal de enfermagem, pois a força de trabalho do nível médio e elementar ocupava 70% do contingente de trabalhadores da saúde.

Agora, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) se faz, no Brasil, como um novo investimento pela qualidade da assistência de enfermagem e do cuidado à saúde realizado no Sistema Único de Saúde, novamente envolvendo o conjunto da saúde pública. A adesão da ESP/RS ao PROFAE, para além da qualificação em enfermagem, tem-se feito no âmbito da defesa de uma atenção integral à saúde da qual faz parte a ampliação da escolarização básica da totalidade dos trabalhadores no setor saúde, a diversificação dos cursos nas escolas técnicas de saúde, a criação e o desenvolvimento de programas de educação permanente para o SUS voltados aos profissionais de baixa escolaridade (âmbitos do ensino fundamental e do ensino médio) e o desenvolvimento de pesquisa científica e inovação tecnológica, tendo em vista a sofisticação e o aprimoramento do trabalho do pessoal técnico e docente da educação profissional. (CECCIM; ARMANI, 2001, p. 49-50)

Esses investimentos passam não apenas pela capacitação continuada do conjunto de professores e alunos que estão nos cursos de formação técnica da

ESP/RS, mas principalmente na garantia de um lugar onde esta formação aconteça de forma constante e efetiva, um lugar de educação permanente e de incentivo à pesquisa, o que possibilitará o rompimento da dicotomia existente entre a formação técnica e a formação superior. É urgente a necessidade de se poder trabalhar com a lógica da formação politécnica em saúde, promovendo cursos de formação técnica que sejam fundamentais para a garantia da qualidade da atenção em saúde. Precisamos romper com a formação fragmentada no ensino técnico, inclusive possibilitando aos alunos a escolha das trajetórias durante o processo de formação, promovendo cursos com troncos comuns e terminalidades diversas.

A partir dessas proposições e na tentativa de constituir uma Escola de Educação Profissional em Saúde - EEPS, a ESP/RS tem feito vários movimentos na busca de parcerias institucionais definindo estratégias para a efetiva implementação dessa proposta. A ESP/RS vem atuando junto ao Ministério da Saúde, na intenção de consolidar no estado o Profae⁷ e seus diversos componentes. Essas ações possibilitaram a inserção do estado na rede de escola técnica do SUS, além de garantir a formação gratuita de diversos trabalhadores da área da enfermagem que estão nos serviços de saúde, desenvolvendo ações de enfermagem, muitas vezes sem a devida qualificação.

Com esta proposta, a ESP/RS pretende, reinventar, transversalizar, transcender o trabalho e a prática atualmente instituída no âmbito da educação técnica em saúde, para que ensino, serviço e trabalho possam estar constantemente e cotidianamente integrados, elevando a excelência da formação profissional na efetivação do sistema de saúde.

Los desdoblamientos posibles de la Escuela Posible y los encuentros con la Formación Técnica en Salud

Resumen: El artículo busca presentar los procesos educacionales a partir de las relaciones con la “Escuela Posible” y sus conexiones con el campo de la salud, con destaque especial a la Educación Profesional en Salud. Busca enfatizar las concepciones que los trabajadores de la salud y de la educación tienen en el desarrollo de sus prácticas cotidianas en el trabajo y las dificultades para romper con las ataduras que modelan y reproducen esas prácticas. El texto aborda con especial destaque la formación técnica en salud y los procesos de agenciamiento capitalístico que pertenecen a ese área de formación donde la autonomía para la transformación es velada, restricta y serializada.

Palabras Clave: Educación em salud; Recursos humanos em salud; Educación profesional.

The possible foldings of the Possible School and the meetings with the Technical Formation in Health

Abstract: The article tries to present the educational processes from the relations with the “Possible School” and its connections with the field of health, especially in what concerns the Professional Education in Health. It tries to emphasize the conceptions that the workers in health and education have in the development of their daily procedures at work and the difficulties to break the ropes that model and reproduce those procedures. The text approaches, with a especial focus, the technical formation in health and the processes of capitalistic agencying that belongs to this area of formation, where the autonomy to transformation is veiled, restrict and in series.

Key words: Health education; Human resources in health; Professional education.

Referências

- ARROYO, Miguel G. **Ofício de mestre**: imagens e auto-imagens. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BRASIL. Lei n. 8.080, 19 de set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **O SUS é legal**: legislação federal e estadual. Porto Alegre. SES/RS, 2001
- BRASIL. Ministério da Educação. **Decreto n. 2.208**, 17 de abr. 1997. Regulamenta o §2º do art. 36 e os artigos 39 a 42 da Lei 9.394, 20 dez. 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/semtec/proep/ftp/legisla/Decreto2.208.doc>>, Acesso em: 4 abr. 2003.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CEB n. 16/99**. Institui as diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico. Brasília. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/semtec/educprof/ftpceb016.doc>>, Acesso em: 4 abr. 2003.
- BRASIL. Lei n. 9.394, 20 de dez. 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/semtec/proep/ftp/lei.zip>>, Acesso em: 04 abr. 2003.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E. ; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.
- _____. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991
- _____. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições. **O método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert. Educação na saúde coletiva: *papel estratégico na gestão do SUS*. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.23, p.30-56, nov. 2001.
- DELEUZE, Gilles. **Conversações (1972-1990)**. Trad. Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1998.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir** : nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.
- GHIGGI, Gomercindo. **A pedagogia da autoridade a serviço da liberdade**: diálogos com Paulo Freire e professores em formação. Pelotas: Seivas, 2002.
- GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1999.
- _____. **Revolução molecular pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- PELBART, Peter Pál. **A vertigem por um fio**: políticas da subjetividade contemporânea. São Paulo: Iluminuras, 2000.
- _____. Peter Pál. **O tempo não reconciliado**. São Paulo: Perspectivas, 1998.
- RONILK, Suely. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

Memória e História

Murialdo: história e construção na Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul

Clécio Homrich da Silva¹

Resumo: O atual Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM) tem uma rica trajetória na história da Saúde Coletiva no Rio Grande do Sul. Vinculado à Secretaria de Saúde do Estado, pertence à Escola de Saúde Pública e, por sua vez, guarda uma estreita relação de assistência e ensino e tem fundamental importância na formação de trabalhadores em saúde no estado e no país. Com uma história de 45 anos de assistência em saúde e de 25 anos de residência médica em Medicina Geral Comunitária – atual Medicina de Família e Comunidade – está estabelecido na região do bairro Partenon, no município de Porto Alegre, e possui sete Unidades Básicas de Saúde e uma Unidade Central, trabalhando numa área geograficamente adstrita, com uma população de aproximadamente 50.000 habitantes. O presente artigo pretende descrever a estrutura e organização do CSEM bem como seus objetivos docente-assistenciais e o resgate de sua memória institucional.

Palavras-Chave: Saúde coletiva; Medicina geral comunitária; Medicina de família e comunidade (residência); Centro de Saúde-Escola Murialdo; Memória institucional.

Introdução

Estrutura e Organização Institucional

O Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM) pertence à Escola de Saúde Pública (ESP) da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e está localizado no Bairro Partenon, no município de Porto Alegre, dentro da Gerência Distrital de Saúde VI (Grande Partenon e Lomba do Pinheiro), possuindo atividades docente-assistenciais desenvolvidas em sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), no Programa Ampliado de Cobertura (PAC) e na Unidade de Referência Especializada (URE) com uma cobertura estimada de aproximadamente 50.000 habitantes (Quadro 1). Administrativamente, está constituído de uma direção e três coordenações: Coordenação de Apoio Administrativo (CAA), Coordenação de Atenção à Saúde (CAS) e Coordenação de Ensino e Pesquisa (CEP). Possui cerca de 170 trabalhadores, dos quais 97% tem vínculo funcional com a Secretaria da Saúde do Estado – 80% são estatutários e 20% são CLT.

As atividades desenvolvidas têm caráter multiprofissional e interdisciplinar, onde estão envolvidos médicos (de família e comunidade, pediatras, ginecologistas, internistas e psiquiatras), enfermeiros e auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos e cirurgiões-dentistas, baseadas no enfoque de equipe de saúde. Forma, anualmente, por meio da Residência Integrada em Saúde Coletiva – ênfase em Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, cerca de 30 trabalhadores de saúde, voltados para desenvolver suas atividades para o Sistema Único de Saúde (SUS) na área de Atenção Primária

¹ Médico Pediatra, mestre em Pediatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Diretor do Centro de Saúde-Escola Murialdo/ESP/RS. Aluno do Curso de Especialização em Saúde Pública ESP/RS, e-mail: cleciohomrich@terra.com.br

à Saúde e tem sido campo de estágio de graduação em medicina, odontologia e enfermagem para a Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFCMPA), para o Curso de Odontologia da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) e para a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e, ainda, campo de estágio de pós-graduação para os cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal da Escola de Saúde Pública/RS.

Quadro 1. Estrutura, Localização, Atividades e População assistida pelo CSEM

Unidade	Local	Atividades	População
Central (Direção, Coordenação de Apoio Administrativo, Coordenação de Atenção à Saúde, Coordenação de Ensino e Pesquisa, Serviço de Saúde Bucal, Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Serviço de Tuberculose, Serviço de Saúde Mental, PAC, Farmácia)	Av. Bento Gonçalves, nº 3722	Administrativas, docente-assistenciais	Adstrita do CSEM
Básica de Saúde 2	Vila Vargas	Atenção básica de saúde	6.712
Básica de Saúde 3	Saldanha da Gama	Atenção básica de saúde	7.621
Básica de Saúde 4	Morro da Cruz	Atenção básica de saúde	7.162
Básica de Saúde 5	Albion	Atenção básica de saúde	9.628
Básica de Saúde 6	Vila São Miguel	Atenção básica de saúde	7.794
Básica de Saúde 7	Campo da Tuca	Atenção básica de saúde	4.771
Básica de Saúde 8 ²	Moinhos de Vento	Atenção básica de saúde	

Objetivos institucionais

O Centro de Saúde-Escola Murialdo tem como objetivo formar e capacitar recursos humanos na área da saúde coletiva, em âmbito regional e estadual, através de atividades assistenciais a uma população adstrita ao Distrito de Saúde VI (Grande Partenon e Lomba do Pinheiro) de Porto Alegre, desenvolvendo cursos de pós-graduação interdisciplinar, estágios de graduação e pós-graduação e pesquisa aplicada em Saúde Coletiva.

O Programa de Residência Integrada em Saúde Coletiva reúne o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e o Programa de Aperfeiçoamento Especializado – um único programa multiprofissional especializado. O Programa de Residência desenvolvido no CSEM é isonômico na remuneração, na carga horária, na atuação de acolhimento à demanda espontânea, na promoção de saúde e nas disciplinas teóricas para assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos, nutricionistas e psicólogos.

² Unidade Básica de Saúde em parceria com o Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre.

O modelo de atenção à Saúde da Família, atualmente preconizado pela política do Ministério da Saúde, vem norteando a ação do Centro de Saúde-Escola Murialdo, porém com algumas diferenças significativas que refletem numa maior abrangência e qualidade de assistência. Conta no serviço com uma equipe matricial interdisciplinar de referência, além de serviços de apoio: realização do Teste de Triagem Neonatal (teste do pezinho), serviços de tuberculose, de saúde bucal, de saúde mental, de cirurgia ambulatorial, de ginecologia e obstetrícia e de atendimento ambulatorial de 3º turno e de finais de semana. No início de 1999, com uma forte influência da nova direção da Escola de Saúde Pública, sua dinâmica de trabalho passou por um processo de reavaliação, caracterizando um avanço na sua postura, visando a um serviço resolutivo que pudesse dar respostas em termos de qualidade de vida a uma população geograficamente delimitada, com a qual mantém vínculo e proporciona ações integrais em saúde. Nessa proposta, passou a reestruturar seu regimento junto ao Programa de Residência Integrada em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, organizando uma assistência com base no modelo da saúde coletiva, fundamentalmente, com uma perspectiva designada de “Modelo de Assistência à Saúde em Defesa da Vida” (MERHY, 1994).

O CSEM desenvolve sua prestação de serviços com uma prática centrada na saúde coletiva e suas principais características são a integração das atividades de prevenção com as curativas e reabilitadoras, enfatizando ações de promoção e manutenção da saúde e o combate aos fatores de risco. Dessa forma, busca a construção de um novo desenho de assistência à saúde e à formação de recursos humanos.

Metas institucionais

Coordenação de Apoio Administrativo

- Execução das ampliações, reformas estruturais e manutenção das Unidades Básicas de Saúde e da Unidade Central;
- realização da reforma da área física do Serviço de Saúde Bucal na Unidade Central;
- realização da reforma do auditório na Unidade Central;
- abastecimento regular de medicamentos utilizados na atenção básica nas UBS, URE e PAC;
- aquisição de equipamentos e insumos necessários para uma atenção básica de saúde qualificada nas UBS e demais estruturas assistenciais do CSEM;
- qualificação do sistema de transporte do Centro de Saúde-Escola Murialdo, tanto para trabalhadores da Instituição como para pacientes em situações de emergência.

Coordenação de Atenção à Saúde

- Qualificação dos serviços da Unidade de Referência Secundária (URE), como o serviço de Ginecologia e Obstetrícia, o serviço de Tuberculose, o serviço de Saúde Mental, o serviço de Saúde Bucal, o Laboratório e a Cirurgia Ambulatorial (no Hospital Sanatório Partenon);

- otimização do PAC, desenvolvendo sua proposta original de proporcionar atenção primária em saúde em horário alternativo (noturno e de finais de semana), com a proposta de acolhimento e assistência à população;
- integração das atividades da Escola de Saúde Pública e Centro de Saúde-Escola Murialdo com as políticas e programas das Secretarias de Saúde do município e estado.

Coordenação de Ensino e Pesquisa

- Manutenção do Programa de Residência Integrada em Saúde Coletiva – ênfase em Atenção Básica com duração de dois anos, habilitando profissionais na área de medicina, enfermagem, odontologia, nutrição, psicologia e serviço social;
- compreender a política nacional de saúde;
- compreender a saúde como decorrente das condições de vida, de trabalho e de acesso às ações e serviços de saúde;
- compreender a saúde como um direito da população e um compromisso do poder público;
- desenvolver ações nas áreas de epidemiologia, ecologia, saneamento, saúde ocupacional e, ainda, na área de educação, planejamento e administração em saúde;
- trabalhar em equipes de saúde de forma interdisciplinar, assumindo ações interinstitucionais e intersetoriais e buscando novas parcerias;
- democratização do conhecimento do processo saúde-doença-cuidado para que, junto com a população, o CSEM possa intervir nos fatores de risco aos quais a mesma está exposta;
- realização de uma atenção integral, personalizada, participativa, oportuna e contínua à população adstrita;
- desenvolvimento de conhecimentos e realização de pesquisas que respondam às necessidades de saúde da coletividade;
- manutenção do internato de Medicina de Família e Comunidade para os alunos da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre;
- manutenção do estágio curricular de odontologia para os alunos da Universidade Luterana do Brasil;
- formação e desenvolvimento do seu corpo docente através de preceptorias e supervisão para o ensino do Programa de Residência Integrada em Saúde Coletiva – Ênfase em Atenção Básica – e para alunos estagiários dos cursos universitários;
- desenvolvimento de cursos e capacitações dos trabalhadores do Centro de Saúde-Escola Murialdo na Escola de Saúde Pública, de forma a qualificar o processo de trabalho em Saúde Coletiva e o seu ensino no Programa de Residência;
- promoção junto com a Escola de Saúde Pública de cursos e seminários na área de Saúde Coletiva;
- desenvolvimento de pesquisas e estudos sobre a eficiência e eficácia dos serviços prestados à população;
- realização de conclaves e simpósios com a participação de ex-residentes do Centro de Saúde Escola-Murialdo e de autoridades envolvidas na área de Saúde Coletiva, na busca do desenvolvimento de novas estratégias para o setor saúde.

História do Centro de Saúde-Escola Murialdo

O Centro de Saúde-Escola Murialdo tem uma história muito singular e fecunda. Iniciou-se na década de 30 com o arruamento da Vila São José, onde, posteriormente, em 1950, a Prefeitura Municipal construiu uma das primeiras “vilas populares” de Porto Alegre.

Nessa região, em 1954, foi fundada a Associação de Proteção à Infância, uma entidade filantrópica dos padres Josefinos e da sociedade civil, promovida pelo Instituto Leonardo Murialdo de Jaguarão (RS). Por intermédio dessas entidades, nos três anos seguintes foram construídas, conjuntamente, a Casa da Criança, o Colégio Misto, a Tipografia e a Escola Técnica, todos na proximidade da Igreja São José do Murialdo.

Posteriormente, em 21 de novembro de 1957, foi celebrado um convênio entre a Associação de Proteção à Infância e o Departamento Estadual de Saúde (antecessor da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, criada em 1959) que daria continuidade à construção da Casa da Criança e proveria sua manutenção futura na Rua Vidal de Negreiros, no número 443. A proposta para o local era de um posto de puericultura, uma creche, uma escola maternal, um jardim de infância e uma agência de Serviço Social. Nesse convênio, o Estado contribuiria com recursos financeiros para o término da construção e a manutenção da casa, além da orientação técnica para montagem dos serviços. A administração e o planejamento dos serviços ficariam a cargo da Associação.

Com o desenvolvimento do trabalho e o aumento crescente das necessidades locais houve a necessidade de se estabelecer um novo convênio, em abril de 1963, quando a já criada Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente (SSMA/RS) assumiu o compromisso de manter um Centro Médico-Social – o Centro Médico-Social São José do Murialdo – e de realizar um trabalho de saúde pública para os moradores do local. Em junho daquele mesmo ano, firmou-se outro convênio entre a Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente e a Fundação SESP (Fundação Serviço de Saúde Pública) – órgão que mantinha convênio com o governo do Estado do Rio Grande do Sul com a finalidade de capacitar uma unidade piloto de saúde pública em cada um dos estados da Federação – com a colaboração do Departamento Nacional de Endemias Rurais do Ministério da Saúde.

Em março de 1964, estabeleceu-se um outro convênio, nesta ocasião entre a SSMA/RS e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), objetivando proporcionar estágio em medicina preventiva e saúde pública para alunos do curso de medicina, bem como a formação e aperfeiçoamento dos recursos humanos da Secretaria. Entre as cláusulas do acordo, a UFRGS se comprometia a assumir a chefia do Centro Médico-Social, sem subordinação técnica e administrativa da SSMA/RS e a colocar seu corpo docente e servidores à disposição do Centro Médico-Social.

A equipe de trabalho do Centro Médico-Social contava, no final de 1966, com treze médicos (quatro ginecologistas-obstetras, quatro pediatras, um clínico-geral, dois tisiologistas, um psiquiatra e um sanitarista), dois professores da UFRGS e alunos da Faculdade Católica de Medicina – atual Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA) – dois cirurgiões-dentistas, quatro enfer-

meiros, um psicólogo, três assistentes sociais, um nutricionista, dois inspetores de saneamento, seis visitantes sanitários, cinco auxiliares de enfermagem, três auxiliares de serviço social e quatro auxiliares de saneamento, além de trabalhadores administrativos, motorista, atendentes e colaboradores.

Ainda em 1964, foi introduzida a visita domiciliar para estudantes de medicina. A proposta, apesar de inovadora, gerou resistências e conflitos, caracterizando a dissociação entre o serviço prestado e o ensino das escolas de ciências da saúde. Frente a essa situação, a equipe de técnicos que administrava o Centro Médico-Social, a partir de outubro de 1972, sentiu-se desafiada a romper com a prática do sistema de saúde vigente, buscando um modelo inovador de prestação de serviços.

Iniciou-se, então, uma proposta de Saúde Comunitária, baseada no modelo de assistência personalizada, integral e continuada à saúde, que deveria associar tarefas preventivas, curativas e reabilitadoras. Além disso, o ensino e a pesquisa deveriam estar relacionados com as necessidades de prestação de serviço ou dela decorrentes.

A adoção de uma filosofia diferente no processo de trabalho e a modificação das atividades tradicionais de prestação de serviço desestruturaram a antiga organização, havendo a necessidade de sistematizar um novo modelo de assistência e ensino.

O convênio entre a SSMA/RS e a Associação foi rescindido em maio de 1974, assumindo a Secretaria o compromisso de manter, exclusivamente, o pagamento do aluguel à Associação pelo uso das salas. No ano seguinte, no mês de abril, foi concluído o projeto do "Sistema de Saúde Comunitária Murialdo" (RIO GRANDE DO SUL, 1975) cuja nova estruturação promovia a desconcentração da unidade central em quatro Postos Avançados para atendimento da população junto ao seu local de moradia, estabelecendo-se, assim, o conceito de áreas geográficas definidas por equipe primária de saúde e mantendo-se a unidade central como referência. Essa estrutura configurava um espaço demonstrativo da organização de um sistema de saúde comunitária.

Em abril de 1976 teve início a primeira turma de médicos residentes em Saúde Comunitária com treinamento estruturado para dois anos. Neste momento, a instituição passou a ter autonomia na condução de seu ensino, desvinculando-se da UFRGS. O pagamento das bolsas foi realizado através de um convênio com a Cooperativa Triticola Ijuí - COTRIJUÍ e, posteriormente, com o Serviço Social da Indústria - SESI. No ano seguinte, o programa assume caráter multiprofissional, com ingresso de enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e médicos veterinários.

O programa de residência continuava a desenvolver suas atividades com a denominação de Saúde Comunitária quando, em 1983, se enquadrou na Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) do Ministério da Educação e Cultura (MEC), de nº 07/81 (Brasil, 1981), passando a se chamar Programa de Residência Médica (PRM) em Medicina Geral Comunitária (MGC), tornando-se o nome da especialidade que se manteve até recentemente. Em decorrência disso, diversas modificações foram realizadas no programa: seminários teóricos, estágios de médicos residentes de 2º ano, plantões noturnos, supervisão e contratação de Médicos Gerais Comunitários. O Sistema de Saúde Comunitária também passou a oferecer

programas de educação permanente aos profissionais das várias profissões da saúde através de estágios de familiarização, além de um sistema de referência com base territorial, responsabilidade com o usuário, atendimento domiciliar, trabalho em equipe e formação em serviço.

Em 1987, o Sistema de Saúde Comunitária Murialdo passou a chamar-se Unidade Sanitária São José do Murialdo e, por sua iniciativa, através de seu diretor, juntamente com as instituições que prestavam atendimento à saúde no Distrito VI de Porto Alegre, implementou-se a primeira Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS), prevista no decreto que criou as Ações Integradas de Saúde (AIS).

Em virtude de problemas na infra-estrutura do prédio, a unidade central, em 1993, transferiu-se para seu prédio atual, situado na Avenida Bento Gonçalves, nº 3722, junto ao Hospital Sanatório Partenon (HSP) e ao Hemocentro.

Em 1995, com o credenciamento do 3º ano da residência médica pela CNRM/MEC, iniciou-se o Campus Avançado do Programa de Residência, onde o médico-residente passava a desenvolver suas atividades como Médico Geral Comunitário em municípios do interior do estado do Rio Grande do Sul, conveniados com a SSMA/RS.

Com o objetivo de estender o atendimento à população, foi iniciado, em 1995, o ambulatório noturno, com funcionamento das 18h às 22h, na unidade central, contando com supervisão de um Médico Geral Comunitário e a participação dos médicos residentes juntamente com a equipe de enfermagem.

O crescimento do Murialdo e a necessidade de campos de estágio para várias escolas universitárias de saúde possibilitaram o acesso de um grande número de alunos de graduação e pós-graduação:

- médicos-residentes do segundo e terceiro ano do Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, provenientes do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV);
- acadêmicos do último semestre do curso de Odontologia da Universidade Luterana do Brasil, iniciado em 1995;
- acadêmicos do último ano de medicina da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, iniciado em 1997;
- acadêmicos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

No ano 2000, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, com base na recuperação da história do CSEM, alterou definitivamente seu perfil, de um centro de saúde demonstrativo da saúde comunitária para um Centro de Saúde-Escola, através da Escola de Saúde Pública (ESP), fortalecendo um conjunto de metas históricas com a necessária reconfiguração da Educação em Saúde Coletiva para o Rio Grande do Sul e, inclusive, com a consolidação da sua atual denominação de Centro de Saúde-Escola. O CSEM passou a ter vínculo orgânico com a ESP, tornando-se espaço intrínseco para seus cursos de pós-graduação.

O Murialdo, até o presente momento, já formou cerca de 300 médicos gerais comunitários, além de outros 50 profissionais de saúde na área de enfermagem,

medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social. Desde sua criação, tem passado por um processo contínuo de avaliação, buscando um serviço resolutivo que possa dar respostas em termos de qualidade de vida a uma população delimitada, com a qual mantém vínculo e proporciona ações integrais em saúde, formando, nesse universo, trabalhadores de saúde aptos a desenvolverem suas atividades no Sistema Único de Saúde.

História da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil e o Centro de Saúde-Escola Murialdo

No início do século passado, o ensino da Medicina, além de não ser sistematizado, era de baixa qualidade e sua prática, por vezes, era desastrosa. Dessa forma, na década de 20, Abraham Flexner, subsidiado pela Fundação *Carnegie*, desenvolveu um relatório que buscava o redimensionamento das Escolas Médicas. O Relatório Flexner cria então um modelo chamado flexneriano, que enfatiza, resumidamente, entre outras, as seguintes proposições:

- definição dos padrões de entrada para as Faculdades de Medicina;
- ampliação do tempo do curso para o mínimo de quatro anos;
- centralização do ambiente de ensino médico nos hospitais;
- ênfase e expansão do ensino clínico;
- estímulo à docência em tempo integral;
- introdução do ensino em laboratórios para ciências biológicas;
- vinculação dos cursos às Universidades;
- ênfase na pesquisa biológica;
- vinculação do ensino à pesquisa na área médica;
- estímulo para a superespecialização médica;
- controle do exercício profissional pelas entidades corporativas.

Dessa forma, praticamente evoluiu toda a medicina do século XX, apresentando uma série de avanços e vários retrocessos. Esse desenvolvimento no exercício da medicina contemporânea acabou acarretando alguns aspectos críticos: a superespecialização, o hospitalocentrismo e a tecnificação do ato terapêutico com sua conseqüente desumanização.

Essas condições, juntamente com outras variáveis, como as mudanças demográficas significativas entre várias nações, os novos padrões de morbimortalidade, as teorias atuais multicausais com enfoques de determinantes sociais e biomoleculares, novas formas de proteção e controle do estado e, ainda, o alargamento dos direitos sociais do paciente (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2002), culminaram para movimentos de mudança na área da saúde, principalmente no ensino e na prática médica.

Um dos principais movimentos aconteceu em 1978, conhecido como a Declaração de Alma Ata, na antiga União Soviética, que reconceituou a saúde, trouxe o compromisso social e a responsabilidade do estado, enfatizando, principalmente, a importância dos cuidados primários em saúde para o desenvolvimento dos povos.

No Brasil, paralelamente, na década de 70, surge o movimento de reforma sanitária, que culmina com a legitimação do Sistema Único de Saúde no final da década seguinte. Nos anos 90, a Atenção Básica tem amplo desenvolvimento no país.

Nesse contexto, surge no Brasil, pioneiramente, na Unidade Sanitária São José do Murialdo, em Porto Alegre, o *Sistema de Saúde Comunitária* (FALK, 1999), através do movimento de Medicina Comunitária com o desenvolvimento dos cuidados personalizados, continuados e integrais, com um enfoque para os indivíduos e famílias de uma determinada população, sem distinção de idade, sexo ou condição social destes pacientes, juntamente com a participação da comunidade (Id., 1999).

A partir de 1975, desenvolvem-se diversos programas de residência médica em Medicina Geral Comunitária, sendo que, em 1982, a Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação e Cultura (CNRM/MEC), através da Resolução 07/81, reconhece a especialidade médica. Em 1986, foi a vez do Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Resolução 1232/86, também reconhecer a especialidade. Com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, a especialidade tem novo impulso culminando, em 2001, com o movimento de unificação da Medicina de Família e Comunidade (MFC) (FALK, 1999; FARIAS, 2002).

Dessa forma, a MFC encontra um espaço cada vez maior no mercado de trabalho nacional, tendo um modelo ideal para formação em prestação de cuidados primários em saúde, com ênfase na Atenção à Saúde, na Epidemiologia e Administração e Planejamento em Saúde.

Considerações finais

Com uma rica trajetória no campo da Saúde Pública, o Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM) vem desenvolvendo suas atividades há cerca de 40 anos na região do bairro Partenon, no município de Porto Alegre. Além de suas atividades assistenciais nesse período, tem servido como espaço para uma formação qualificada de trabalhadores em saúde com competência para realização de suas ações dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sentido, relativo ao cenário de ensino, o CSEM mantém vínculo com a Escola de Saúde Pública (ESP) da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, desenvolvendo em parceria estratégias de capacitação de docentes e preceptores para a formação de seu corpo docente.

Com essas perspectivas, a instituição se preocupa em constituir um cenário que oportunize a formação de trabalhadores de saúde qualificados com capacitação técnica para atuarem no Sistema Único de Saúde (SUS), onde possam desenvolver ações contextualizadas sócio-políticas-culturais no âmbito da saúde coletiva.

Sendo assim, se fortalece a consolidação do SUS, através de seus trabalhadores de saúde que, competentes e capacitados para o desenvolvimento de um serviço resolutivo, possam dar respostas em termos de qualidade de vida à população, com a qual mantêm vínculo e proporciona ações integrais em saúde, estruturadas numa assistência com base no modelo da Saúde Coletiva.

Dessa forma, o Centro de Saúde-Escola Murialdo, na condição de uma unidade escola, é uma das estratégias do governo estadual para o desenvolvimento de políticas de capacitação, formação e educação permanente para o Sistema Único de Saúde.

Murialdo: historia y construcción en la Salud Pública del Rio Grande do Sul

Resumen: *El actual Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM) tiene una rica trayectoria en la historia de la Salud Pública en el Rio Grande do Sul. Vinculado a la Secretaria de Saúde del Estado, pertenece a la Escola de Saúde Pública y a su vez guarda una estrecha relación de asistencia y enseñanza y tiene fundamental importancia en la formación de trabajadores en salud en el estado y en el país. Con una historia de 45 años de asistencia en salud y de 25 años de residencia médica en Medicina General Comunitaria – actual Medicina de Familia y Comunidad – está establecido en la región del barrio Partenón, en el municipio de Porto Alegre, y posee siete Unidades Básicas de Salud y una Unidad Central, trabajando en un área geográficamente adstrictiva, con una población de aproximadamente 50.000 habitantes. El presente artículo pretende describir la estructura y organización del CSEM así como sus objetivos docente asistenciales y el rescate de su memoria institucional.*

Palabras Clave: *Salud pública; Medicina general comunitaria; Medicina de familia y comunidad (residencia); Centro de Saúde-Escola Murialdo; Memoria institucional.*

Murialdo: History and building in Collective Health of Rio Grande do Sul

Abstract: *The actual Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM) has a rich trajectory in Collective Health's history in Rio Grande do Sul State. It's linked to the Health's Secretary of State concern Escola de Saúde Pública maintained a close relationship of assistance and learn and has a fundamental importance in health's worker education on state and country. With a history of 45 years of health's assistance and of 25 years of medical residency in General Practitioner Medicine – Family and Community Medicine – is placed on Partenon district's region in Porto Alegre's city and has seven Health Basic's Station and a Center Station that works in restrict geographical area with a population approximately of 50.000 habitants. This article purpose to describe the CSEM's structure and organization beyond of education-assistance's objectives and the ramson of its institution's memory.*

Key-words: *Collective health; Commune general medicine; Family and community medicine (medical residency); Centro de Saúde-Escola Murialdo; Institutional memory.*

Referências

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Resolução CNRM nº 07/81: Inclui o Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária entre as especialidades Médicas credenciáveis pela CNRM. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 17 de junho de 1981. p. 11.436.

FALK, J.W. Aspectos Conceituais, históricos e curriculares da Medicina Geral Comunitária. In: LEITE, D. (Org.). **Pedagogia universitária: conhecimento, ética e política no ensino superior**. Porto Alegre: Ed. UFRGS/UFRGS, 1999. p. 159-180.

FARIAS, E. **Apresentação da Residência do Murialdo.ppt**. Porto Alegre, 2002. 1 disquete, 3½ pol. Power Point for Windows.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.113-160.

PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care in the Americas**: conceptual framework, experiences, challenges and perspectives. Disponível em: <<http://www.paho.org/English/HSP/HSO/HSO07/primaryhealthcare.doc>> Acesso em: agosto 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. **O projeto do sistema de saúde comunitária centro médico social São José do Murialdo**. Porto Alegre, 1975.

Projeto CAR: o Centro Agrícola de Reabilitação do Hospital Colônia Itapuã

Viviane Trindade Borges¹

Resumo: Este artigo tem por temática o Centro Agrícola de Reabilitação (CAR), fundado nos anos 70 no Hospital Colônia Itapuã (HCI). A metodologia utilizada consiste em pesquisa bibliográfica pertinente ao tema, bem como a utilização de entrevistas de pacientes e funcionários do HCI. A idéia que norteia este trabalho é a de que, percebendo a singularidade do paciente, relacionando sua origem social com a possibilidade de reabilitação, o CAR surge como um Projeto diferenciado, buscando a cura através do resgate da capacidade laborativa do paciente.

Palavras-Chave: Hospital Colônia Itapuã; Memória institucional; Reabilitação; Saúde mental.

O modelo de estruturação pensado para as Colônias Agrícolas destinadas a doentes mentais lembra as concepções de Pinel, no início do século XVIII, entendendo o tratamento destinado ao portador de sofrimento psíquico como de caráter moral, com a finalidade de reeducar o indivíduo para o trabalho.

O número excessivo de pacientes internados no Hospital Psiquiátrico São Pedro obriga o Estado a pensar alternativas ao modelo hospitalar centralizado. Esta preocupação mostra-se presente no Rio Grande do Sul desde 1925 (FAGUNDES, 1992), quando podemos perceber a introdução da concepção eugenista nos discursos dos governantes (SANTOS, 2000, p. 77). Eugenia seria a ciência que estuda as características raciais dos grupos humanos e o discurso eugenista trata determinadas raças como biologicamente inferiores (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 23). Sob a influência do positivismo, as preocupações do governo se direcionavam ao saneamento das cidades através de práticas moralizadoras e disciplinares. Estas características estão bem presentes durante as duas gestões de Jacinto Godoy como diretor do Hospital São Pedro (1926-1932 e 1937-1950).

A partir dos anos 70, um novo objetivo aparece no discurso psiquiátrico envolto por idéias terapêuticas, é a reabilitação de pacientes portadores de sofrimento psíquico através do trabalho, a chamada laborterapia. É neste contexto que surge o Projeto CAR, Centro Agrícola de Reabilitação. O sistema centralizado de atendimento, concentrado no Hospital Psiquiátrico São Pedro, demonstra sinais de fracasso desde o início do século 20, devido à superlotação, ao abandono e à cronificação dos pacientes. A primeira iniciativa no sentido de reformulação deste sistema foi a construção de Hospitais Psiquiátricos regionais. Conforme Santos (2000, p. 78), no final dos anos 50 tem-se a criação dos primeiros ambulatórios de caráter público vinculados ao Hospital São Pedro e às Universidades.

Nos anos 70, surge a proposta de setorização, ou seja, a criação de serviços de saúde mental por região e por área geográfica. Tal proposta possui o objetivo central de reduzir o número de pacientes internados no grande nosocômio. O propósito era o retorno dos pacientes a suas comunidades de origem. Para facilitar a

¹ Acadêmica de história da FAPA. Pesquisadora do Hospital Colônia Itapuã. E-mail: viviborges@terra.com.br.

reintegração social de alguns doentes, proporcionando ainda uma alternativa àqueles que não conseguiam esse retorno, foi criado o Centro Agrícola de Reabilitação (CAR), localizado no Hospital Colônia Itapuã. Neste local, pacientes do sexo masculino de origem rural poderiam ser reabilitados através da laborterapia, a prática de atividades agrícolas. Isso lhes possibilitaria resgatar o vínculo com o trabalho no campo, permitindo seu retorno para comunidades do interior do Estado. Com efeito, segundo Fagundes (1992, p. 58), a população do Hospital São Pedro diminuiu de 5000 pessoas, no início de 1970, para 1400, dez anos depois.

Durante a década de 70, as colônias agrícolas e os hospitais asilares já estavam condenados pelo novo discurso que visava à reabilitação, deixando de lado também o tratamento de caráter moral idealizado por Pinel. De acordo com o psiquiatra Castellarin (1983, p. 12), a idéia era implantar um centro de reabilitação que se diferenciasse das colônias agrícolas anteriores, que tinham por objetivo apenas segregar o doente e obter mão-de-obra barata, esquecendo o caráter terapêutico. Um dos principais obstáculos para a efetivação desse Projeto estava ligado à própria percepção que se tinha na época a respeito de pacientes internados no Hospital São Pedro, como afirma Castellarin:

Foi reunida uma equipe multidisciplinar e o primeiro obstáculo foi conseguir remover a mentalidade da época de que o paciente que ia para o São Pedro era um paciente intratável, irrecuperável, que estava condenado a viver uma vida de asilo, uma vida completamente institucionalizada e então o CAR teve essa conotação, conseguiu mudar um pouquinho essa mentalidade. (Acervo de História Oral do CEDOPE/HCI, 2002).

A escolha da localidade de Itapuã parece ter sido uma necessidade do Estado, com o objetivo de dar uma nova finalidade para aquele espaço, visto que, com o avanço no tratamento da Hanseníase e a diminuição de sua incidência no Rio Grande do Sul, no final da década de 50, não se fazia mais necessário o internamento compulsório, o qual foi abolido por lei em 1954. Os portadores do Mal de Hansen já poderiam voltar a seus locais de origem. Isso levou a uma diminuição considerável do número de pacientes do Leprosário, que passaram de 700 para 340 em 1960, criando espaços ociosos nas estruturas no HCI.

Muitos desses pacientes hansenianos, vítimas da segregação, que saíram do Hospital Colônia Itapuã, não foram aceitos em suas comunidades de origem e acabaram voltando para o antigo Leprosário. Temos, portanto, a constituição de um espaço asilar na Colônia. Outros conseguiram se reintegrar, mas para tanto tiveram que esconder o seu passado, o seu internamento no HCI. Por fim, temos aqueles que nem ao menos chegaram a tentar uma reintegração social, pois já não possuíam nenhum vínculo com a sociedade que os excluiu.

Em 07 de julho de 1972, são transferidos os primeiros 12 pacientes portadores de sofrimento psíquico, provenientes do Hospital São Pedro, para o Leprosário de Itapuã. A vinda desses pacientes provoca uma reorganização interna da comunidade hanseniana. O espaço físico é reordenado, uma série de pavilhões é desocupada para abrigar os novos pacientes e uma cerca é construída, agora dividindo pacientes hansenianos e pacientes psiquiátricos.

O Leprosário, agora chamado de Hospital Colônia Itapuã (HCI), ganha novos moradores: pacientes portadores de sofrimento psíquico. Como no final da Idade Média, os loucos passam a ocupar o espaço deixado pelos leprosos, porém alguns portadores do Mal de Hansen ainda permanecem em seu confinamento, passando a dividir o espaço com os pacientes do centro de Reabilitação para Doentes Mentais Crônicos (CRDMC). Inicialmente denominado CRDMC e, posteriormente, CAR (Centro Agrícola de Reabilitação), este se encontrava subordinado ao Hospital Psiquiátrico São Pedro. Atualmente denomina-se UIP (Unidade de Internamento Psiquiátrico) formando uma das unidades do HCI.

Nesse ambiente, cujas estruturas de exclusão acabaram por transformar os pacientes hansenianos em moradores, a vinda de pacientes originários do Hospital São Pedro reforça o caráter asilar da instituição e provoca revolta entre os pacientes/moradores. Através do depoimento dos hansenianos é possível perceber que os novos personagens não eram bem-vindos neste espaço, que foi criado inicialmente para portadores de Hanseníase:

Houve reação do pessoal que já tavam aqui contra esses mental... mas depois se davam bem. (L.A.S. Acervo de História Oral do CEDOPE/HCI)

Os moradores de Itapuã rechaçavam frontalmente a idéia de levar loucos para lá. (Histórico do CAR, s/d, Acervo do CEDOPE/HCI)

Essa reação dos pacientes hansenianos em aceitar os novos moradores é perfeitamente compreensível se pensarmos que estes procuraram reproduzir a sociedade que os excluiu, fazendo do HCI o seu local de moradia. A ocupação de seu espaço por outros doentes provocava indignação, pois à medida em que estes se institucionalizaram, passaram a ver o HCI como propriedade sua, e trazer estes novos pacientes seria expropriar o que lhes pertencia:

Eles chegaram e tomaram conta do que era nosso. Isso aí já deu revolta em muitas pessoas por causa disso... eu acho que eles não tem direito de chegar e agarrar as nossas coisa, nós tinha mesa de ping-pong, agora ta lá no CAR. (E.N. Acervo de História Oral do CEDOPE/HCI)

Essa recusa dos hansenianos em aceitar os pacientes psiquiátricos foi também um dos obstáculos para o início do Projeto, quase impossibilitando sua execução. Segundo Castellarin (1983, p. 10), foi necessária a realização de um trabalho social junto à comunidade residente no HCI para que houvesse a transferência.

A idéia de se transferir pacientes portadores de sofrimento psíquico para o HCI teve sua primeira tentativa na década de 60, quando se tentou uma experiência com 5 pacientes enviados com o objetivo de auxiliar no corte eucaliptos. Esse projeto foi interrompido a curto prazo, como consta em documento da UIP:

Estes (pacientes) eram visitados semanalmente por uma psiquiatra e a descontinuidade do tratamento aconteceu a curto prazo. Abandonados, os pacientes começaram a voltar para o HPSP. Alguns permaneceram como agregados, dedicando-se em troca de alimentação e pousada. (Histórico do CAR, s/d. Arquivo do CEDOPE/HCI)

Esse primeiro movimento no sentido de dar início ao Centro Agrícola de Reabilitação, fornecendo aos pacientes a possibilidade de reabilitação através do trabalho, parece trazer implícita a idéia sempre presente, de tirar do Estado a obrigação de sustentar estes doentes. Inicialmente fadados ao esquecimento, estes pacientes, através das colônias agrícolas, passam a representar a obtenção de mão-de-obra barata. No período de 1972 a 1982, a horta dos pacientes do CAR forneceu verduras não apenas para o consumo interno, mas para outras instituições hospitalares da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente, produzindo o esperado retorno financeiro do Projeto. Através da entrevista do psiquiatra Castellarin, podemos perceber o retorno financeiro que o Projeto ofereceu ao Estado:

A produção era vendida para fora, ou era utilizada dentro do Hospital mesmo. O São Pedro praticamente não comprava verdura, toda verdura que ia para o São Pedro e mesmo para o HCl era produzida pelo CAR, freqüentemente tinham sobras que iam para o Manicômio Judiciário, iam para a Santa Casa, eram caminhões de verduras. Havia uma produção racional para que não sobrasse, não faltasse e os pacientes ficavam muito chateados quando viam o trabalho deles ser desperdiçado. (Acervo de História Oral do CEDOPE/HCl, 2002)

Os pacientes onerosos para o Estado, que lotavam o Hospital Psiquiátrico São Pedro neste período, ganharam uma nova dimensão através da Laborterapia. A Laborterapia visava à recuperação através da reintegração do indivíduo ao mercado de trabalho, à medida em que conseguiam arcar com sua subsistência e ainda produzir lucro, como mostra Cunha:

A intenção era de que, através do trabalho terapêutico dos internos, se atingisse o estágio de auto-suficiência e, possivelmente, mesmo um pequeno excedente destinado ao mercado. O louco, que constituía até então um ônus sobre os ombros do governo ou da família, seria de alguma forma reintegrado a um circuito produtivo e arcaria com o custo da sua própria subsistência – condição, aliás, indispensável para que se pudesse ampliar a escala da assistência (1986, p. 70).

Segundo Cunha (1986, p. 70), a cura do indivíduo se dá à medida em que este recupera a sua capacidade produtiva. Nessa perspectiva, em 1972 tem-se a fundação do CAR (Centro Agrícola de Reabilitação), inicialmente denominado CRDMC (Centro de Reabilitação de Doentes Mentais Crônicos), o qual, segundo relatório da equipe da UIP (Unidade de Internação Psiquiátrica), possuía as seguintes atribuições:

O objetivo primordial era o de reabilitar pacientes que tivessem alta a curto prazo, podendo os mesmos serem reabilitados e retornarem ao seu meio familiar ou serem preparados para a vida extra-hospitalar em colônias, fazendas, sítios, etc..(Relatório da Unidade de Internação Psiquiátrica – UIP - do HCl, S/D. Arquivo do CEDOPE/HCl)

Havia uma série de critérios para a seleção de pacientes destinados ao CAR. Entre eles, estabelecia-se que o paciente fosse de origem rural; que tivesse algum contato com a família ou perspectivas de viver fora do ambiente hospitalar; sexo masculino; idade entre 18 e 45 anos; preferencialmente com diagnóstico de

esquizofrenia crônica. O que contradiz esse objetivo é o fato de o Projeto ser voltado para pacientes crônicos, ou seja, doentes sem qualquer possibilidade de reintegração, aos quais era certo o destino de terminar seus dias confinados em um cárcere manicomial.

A preocupação em manter-se os aspectos culturais de ambientes rurais, resgatando o vínculo desses pacientes provenientes do meio rural com suas origens, torna o CAR um Projeto diferenciado em relação ao tratamento uniforme proporcionado pelo Hospício. Através dessa readaptação a seu meio social, torna-se mais fácil a reabilitação do paciente. Percebendo a singularidade do doente, relacionando sua origem com a possibilidade de reabilitação, o CAR descaracteriza o tratamento convencional utilizado no Hospital São Pedro. Outro aspecto interessante que reforça essa idéia é o abandono do uniforme utilizado no Hospital Psiquiátrico. Dessa forma, foi permitido que os pacientes fossem para o Centro Agrícola com roupas normais e individualizadas. Abandonando a “roupagem de louco”, tornava-se possível resgatar a auto-estima desses indivíduos, conforme o psiquiatra Cásio Castellarin:

Os pacientes do São Pedro eles tinham um uniforme que era chamado o “uniforme de louco”, era um macacão, uma roupa azulada, escrito bem grande nas costas HPSP. Então eles, para ir para Itapuã, tiraram essa roupa e colocaram roupas normais, já começa por aí, eles tinham quartos individualizados, eles tinham um tratamento diferenciado, eles se sentiam menos doentes. E isso aí, já de início, deu um outro aspecto, uma valorização, uma melhora na auto-estima desses pacientes e a partir daí é que começou, aos poucos, a levar pacientes para Itapuã. (Acervo de História Oral do CEDOPE/HCI. 2000)

A necessidade de o paciente ter algum vínculo familiar ou afetivo é justificada pelo próprio objetivo do Projeto: a reabilitação (Critérios adotados para a seleção de pacientes na Divisão Pinel, S/D. H.P.S.P. Arquivo do CEDOPE/HCI). À medida em que a intenção era devolver o doente a seu local de origem, a existência de alguém para ampará-lo nessa nova etapa seria muito importante.

As atividades desenvolvidas no CAR englobavam vários espaços e ofereciam ao paciente a possibilidade de realizarem seus antigos ofícios. Podemos citar algumas delas: calçamento de ruas, transporte de caminhão de lenha, limpeza de ruas, jardinagem, corte de lenha, trabalho na horta, capina, serviços gerais, lavanderia, oficina mecânica, marcenaria, etc. Existia ainda a possibilidade de o paciente realizar serviços para terceiros, nas propriedades próximas ao Hospital. Havia normas para que os pacientes fossem contratados, sendo que a atividade não deveria exceder 8 horas diárias, com 1 hora para descanso. O valor a ser pago ao pacientes não deveria ser inferior a cinquenta cruzeiros e deveria ser feito semanalmente na secretaria do CAR. (Normas para a Contratação de Pacientes. Arquivos do CEDOPE-HCI)

O objetivo dessas atividades era proporcionar ao paciente seu gradual afastamento em relação à instituição asilar. Nesse sentido, havia uma divisão por áreas (um, dois e três), conforme a complexidade da atividade desenvolvida. A área um correspondia a atividades de jardinagem, lavanderia e refeitório, destinava-se a pacientes com dificuldade de adaptação ou recém-admitidos que necessitavam de

maiores cuidados. A área dois envolvia as atividades de capina, horta, pomar e atividades diversas ligadas à manutenção, envolvendo pacientes com maior integração social. Segundo Castellarin (1983, p. 11), a área três compreendia serviços prestados a terceiros, onde trabalhavam pacientes que teriam alta em breve.

A remuneração desses pacientes era inicialmente simbólica, conforme o avanço gradual nas áreas de trabalho, chegando-se a uma remuneração real somente quando o doente alcançava a área três, passando a prestar serviço à terceiros.

Outro aspecto importante que torna o CAR uma experiência singular no Rio Grande do Sul é o fato de os próprios atendentes terem sido selecionados na comunidade do HCI. A intenção era de que esses indivíduos continuassem a exercer suas atividades agrícolas, porém com fins terapêuticos. Isso estimulava o resgate do vínculo do paciente com seu local de origem, favorecendo a reintegração social, descaracterizando o tratamento destinado à loucura.

Os resultados obtidos com esse Projeto proporcionaram, nos anos iniciais à sua implementação, muita altas, como mostra uma reportagem do jornal Folha da Tarde, de 5 de julho de 1975:

De 1972 para cá, as altas vão se processando numa verdadeira proporção geométrica. Ao final daquele ano, primeiro da nova experiência, foram declarados recuperados quatro pacientes. No ano seguinte, o número de altas se elevou para 16 e, em 1974, 50 pacientes voltaram para suas casa totalmente restabelecidos de suas debilidades mentais. (FOLHA DA TARDE, 05 de julho de 1975)

Ao longo dos anos, o Projeto perde suas características originais. Gradualmente os critérios de seleção de pacientes tornaram-se mais flexíveis, visto que no HPSP (Hospital Psiquiátrico São Pedro) já não havia mais pacientes com as características exigidas. À medida em que grande parte dos pacientes acaba se institucionalizando, o CAR passa a se chamar Unidade de Internação Psiquiátrica (UIP), adquirindo novos objetivos:

A UIP é uma unidade hospitalar com finalidades de preservar, recuperar e elevar a dignidade dos doentes mentais, muitos dos quais institucionalizados e hospitalizados na UIP. Pacientes com alta e devolvidos a UIP por problemas não resolvidos em nível ambulatorial ou de serviços informais de saúde retornaram à UIP para cuidados intensivos da equipe e reencontrados a suas localidades de origem. (Relatório da Unidade de Internação Psiquiátrica, s/d, arquivo do CEDOPE/HCI)

Nesse contexto, a instituição passa a se redefinir. Temos uma população de pacientes/ moradores que acaba por formar no HCI o seu espaço de moradia. A intenção do Projeto perde a característica da reabilitação, passando a se concentrar no resgate da cidadania desses pacientes através da ruptura da segregação e da recuperação da auto-estima. Os pacientes que permaneceram no Centro Agrícola acabaram se institucionalizando, não havendo mais a possibilidade de reinserí-los na sociedade através do trabalho. Segundo entrevista do psiquiatra Cássio Castellarin:

Após 30 anos, muitas coisas melhoraram e muitas coisas não progrediram e até ficaram piores, assim como em todos os hospitais que se propõe a fazer reabilitação de pacientes psicóticos, com o passar do tempo esse trânsito entre entradas e saídas, as recuperações vão diminuindo até o ponto que não se recupera mais ninguém e se torna assim um hospital completamente estabilizado, um hospital onde não ocorrem mais altas melhoradas, não ocorre mais recuperação, ninguém mais se recupera. (Acervo de História Oral do CEDOPE/HCI, 2000)

Nesse sentido, temos a constituição do Projeto Fazenda Santa Clara, que possui entre seus objetivos a implementação de uma proposta terapêutica através do resgate da cidadania da população asilada.

Este projeto visa a transformação de uma estrutura, que tinha como política o isolamento, em um espaço articulador de várias políticas públicas, com ações integradas para o desenvolvimento sócio-econômico e cultural da região de Viamão, objetivando a inclusão pela renda, garantindo assistência e potencializando iniciativas de agroindústria, envolvendo as secretarias de Saúde, Agricultura, Meio Ambiente, Cultura, Trabalho, Cidadania e Assistência Social. (Projeto Fazenda Santa Clara. Arquivo do CEDOPE/HCI)

O HCI possui atualmente cerca de 185 pacientes institucionalizados entre portadores de sofrimento psíquico e hansenianos e presta atendimento ambulatorial, odontológico, psicológico e laboratorial aos 5000 habitantes da região. Todo o trabalho que vem sendo desenvolvido pela instituição visa resgatar a cidadania desses pacientes, que de formas diferentes acabaram por retornar ao seu internamento asilar, e que formam hoje uma comunidade.

No Rio Grande do Sul, a redefinição no sistema de assistência ao doente mental vem sendo pensada desde 1992, com a Lei da Reforma Psiquiátrica, com a gradual extinção dos manicômios e a obrigatoriedade da comunicação oficial de internações compulsórias, que por vezes proporcionavam a institucionalização do paciente. A Lei não propõe acabar com as internações, nem proporcionar a total reintegração de pacientes a um longo tempo internados, apenas coloca um ponto final na tentativa de se reproduzir este modelo de assistência (BEZERRA Júnior, 1992, p. 36). Gradualmente, o portador de sofrimento psíquico ganha o direito de ser cidadão, negado pela Lei de 1934, que os considerava incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil (Decreto nº 24.559, de 03 de Julho de 1934, Art. 26).

A Lei de dimensões Federais que propõe a Reforma Psiquiátrica foi aprovada em 2001 e prevê o fim dos manicômios em todo o território nacional. A idéia é substituir essas instituições que, na maior parte dos casos, não proporcionam a cura do doente e sim a sua segregação, por outros recursos assistenciais como hospitais dia e tratamento ambulatorial, possibilitando que o doente fique em casa ou em abrigos.

As Colônias Agrícolas, principalmente o Projeto CAR, possibilitaram essa mudança de mentalidade que deram base a novas reformulações no que se refere ao tratamento destinado ao doente mental. A aprovação de leis com esse tipo de proposta certamente garante novas características ao tratamento da doença mental, impossibilitando internações arbitrárias e mecânicas que faziam com que os indiví-

duos se tornassem não mais pacientes, mas eternos moradores dos manicômios, sem possibilidade de recuperação e sem direitos civis.

Proyecto CAR: el Centro Agrícola de Rehabilitación del Hospital Colônia Itapuã

Resumen: Este artículo tiene por temática el Centro Agrícola de Rehabilitación (CAR) fundado en los años 70 en el Hospital Colônia Itapuã (HCI). La metodología utilizada consiste en investigación bibliográfica pertinente al tema, así como la utilización de entrevistas de pacientes y funcionarios del HCI. La idea que nortea este trabajo es la de que, percibiendo la singularidad del paciente, relacionando su origen social con la posibilidad de rehabilitación, el CAR surge como un Proyecto diferenciado, buscando la cura a través del rescate de la capacidad laborativa del paciente.

Palabras Clave: Hospital Colônia Itapuã; Memoria institucional; Rehabilitación; Salud mental.

CAR project: the Agricultural Rehabilitation Centre of the Hospital Colônia Itapuã

Abstract: This article has as its theme the Centro Agrícola de Reabilitação (CAR), founded in the 1970's in the Hospital Colônia Itapuã (HCI). The methodology used consists of bibliographic research relevant to the theme, as well as the use of interviews with patients and employees of HCI. The idea that guides the paper is that, noticing the singularity of the patient, relating his/her social origin to the possibility of rehabilitation, CAR is a differentiated project, seeking to cure through the rescue of the laboring capacity of the patient.

Key words: Hospital Colônia Itapuã; Institutional memory; Rehabilitation; Mental health.

Referências

- BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.
- BEZERRA Júnior, Benilton. Da verdade à solidariedade: a psicose e os psicóticos. In: BEZERRA JR., Benilton; AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria sem Hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 31-37.
- CASTELLARIN, Cássio. **Avaliação de um Serviço de reabilitação de doentes psicossocialmente crônicos**. 1983. Monografia (Conclusão de curso) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1983.
- CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo**: Juquery a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- FAGUNDES, Sandra. Saúde mental coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. In: BEZERRA Júnior, Benilton; AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria sem Hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 57-68.
- FOUCAULT, Michel. **A história da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1955.
- GODOY, Jacinto. **Psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Edição do Autor, 1955. (Coleção pessoal do psiquiatra Cássio Castellarin).
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1999.
- JORNAL FOLHA DA TARDE. Porto Alegre, de 05 de julho de 1975.
- NEVES, L. A. Memória, história e sujeito: substratos da identidade. **Revista da Associação Brasileira de História Oral**, São Paulo, n. 3, 2000.

SANTOS, Nádya Weber. **A tênue fronteira entre a saúde e a doença mental:** um estudo de casos psiquiátricos à luz da nova história cultural (1937-1950). Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

SCHIAVONI, Alexandre. **Positivismo e loucura:** revisitando o positivismo. Canoas: La Salle Editora, 1998.

SZASZ, Thomas S. **Ideologia e doença mental.** Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

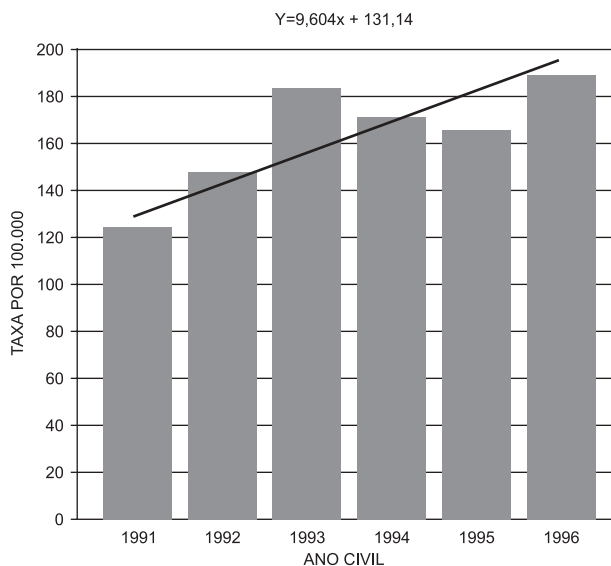
Especial

Impacto da vacinação anti-influenza na mortalidade e internação por pneumonia em maiores de 60 anos no Estado do Rio Grande do Sul¹

Cesar A. Espina²
Carlos Tietboehl Filho³
Carlos C. Villanova⁴

As infecções respiratórias agudas, em especial as pneumonias, apresentam uma alta morbidade e mortalidade no Estado do Rio Grande do Sul, principalmente na faixa etária a partir dos 60. De 1990 até 1996, o coeficiente de mortalidade por pneumonia na população com 60 anos ou mais apresentou tendência de crescimento, como se pode observar no gráfico 1.

Gráfico 1 – Mortalidade por pneumonia no Estado do Rio Grande do Sul, a partir dos 60 anos de idade



Fonte: Coordenação de Informação em Saúde da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul-CIS-SES/RS

¹ Artigo publicado no Boletim Epidemiológico v.3, n.2, 2002.

² Pneumologista da Seção de Pneumologia Sanitária da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, especialista em Pneumologia Sanitária pela OPS-FIOCRUZ, especialista em pneumologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e-mail: pneumologia@saude.rs.gov.br.

³ Pneumologista da Seção de Pneumologia Sanitária da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, mestre em pneumologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁴ Pneumologista da Seção de Pneumologia Sanitária da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Doutor em pneumologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

No Brasil, as internações por pneumonia, considerando-se todas as faixas etárias, representam a segunda maior causa de hospitalização, perdendo apenas para as internações devido ao parto normal. No Rio Grande do Sul, as internações por doenças respiratórias aumentam significativamente nos meses de inverno, demonstrando nítida relação com as infecções virais das vias aéreas. A gripe constituiu-se num dos mais importantes registros de morbidade e mortalidade, principalmente para as pessoas a partir dos 60 anos de idade, portadoras de doenças crônicas pulmonares e / ou cardíacas.

Diversos trabalhos científicos recentes têm demonstrado que a vacinação contra a Influenza em idosos tem reduzido de 50 a 60% as internações por pneumonia e em até 80% a mortalidade por doença respiratória aguda (ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES, 2000, p. 1-38), desde que exista semelhança entre os vírus circulantes e os contidos na vacina. A vacina anti-influenza contém três cepas de vírus, usualmente dois tipos A e um tipo B, escolhidos a cada ano, de acordo com os antígenos de superfície que representam os principais vírus circulantes no inverno anterior.

No Estado do Rio Grande do Sul, foi implantado, em 1999, um programa de vacinação anti-influenza, voltado para a população maior de 65 anos de idade e, a partir do ano 2000 em diante, para o segmento popular dos 60 anos. A cobertura vacinal contra a Influenza, no ano de 1999 (65 anos ou mais), foi de 91,4% e no ano de 2000 em diante a cobertura para pessoas com 60 anos de idade foi de 69%.

Analisando-se comparativamente as taxas de incidência de mortalidade e de internação hospitalar por pneumonia na faixa etária dos 60 anos ou mais, no Estado do Rio Grande do Sul, nos anos de 1998, 1999 e 2000, constata-se importante queda, coerente com a introdução do programa de vacinação. Os dados de mortalidade foram obtidos das declarações de óbito registrados pelo Sistema de Informações de Mortalidade na SES/RS (SIM) e as internações hospitalares através dos registros do Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS).

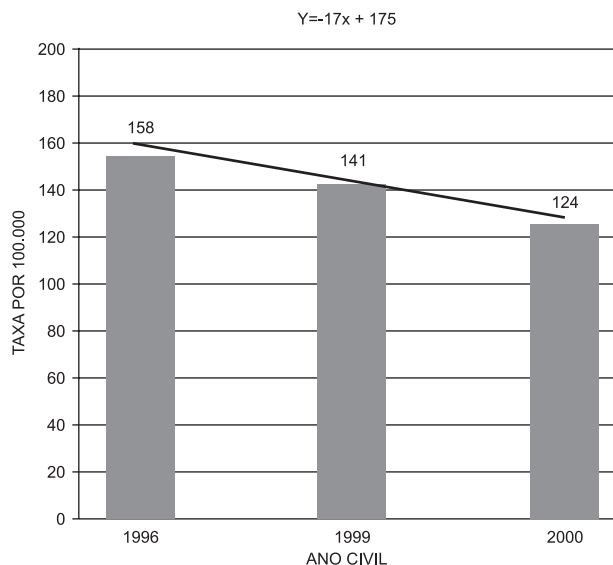
As taxas de incidência de mortalidade por pneumonia na faixa etária estudada, no Estado do Rio Grande do Sul, de 1998 a 2000, estão no quadro 1.

Quadro 1 – Mortalidade por pneumonia na população dos 60 anos de idade ou mais – RS – 1998 a 2000

1998	158/100.000
1999	141/100.000
2000	124/100.000

A redução na incidência dessa mortalidade representou, nos anos de 1999 e 2000 em relação ao ano de 1998, 10,7 e 21,5%, respectivamente, como se observa no gráfico 2:

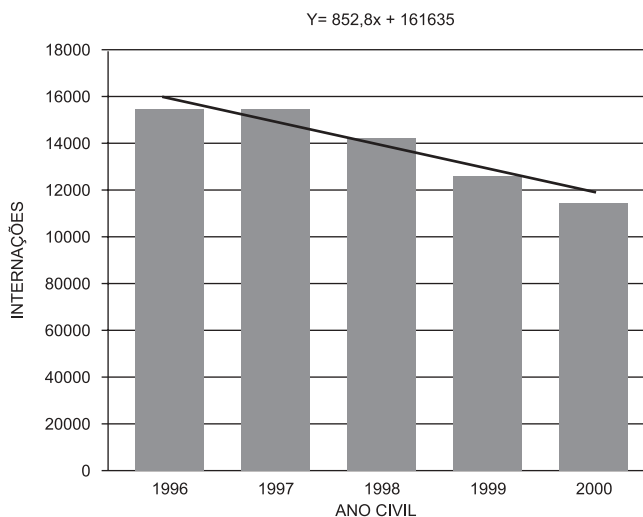
Gráfico 2 – Mortalidade por pneumonia na população de 60 anos de idade ou mais - RS - 1998 a 2000



Fonte: Coordenação de Informação em Saúde, Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul - CIS-SES/RS

As taxas de internação por pneumonia sofreram redução de 11 e 18%, respectivamente, nos anos de 1999 e 2000 em relação a 1998, visíveis no gráfico 3.

Gráfico 3 – Internações por pneumonia na população a partir dos 60 anos de idade-RS



Fonte: SIH-SUS, Datasus.

A mortalidade e as internações por pneumonia, que desde a década de 70 vi-
nham apresentando significativo crescimento na faixa etária a partir dos 60 anos de
idade, no Estado do Rio Grande do Sul, a partir de 1998 passaram a mostrar uma
tendência decrescente.

Embora o pouco tempo de observação, a tendência observada pode ser devida
ao efeito protetor da vacinação contra a Influenza, decorrente da expressiva cobertu-
ra verificada no período.

Palavras-chave: Doenças respiratórias; Rio Grande do Sul; Pneumonia; Influenza.

Referências

ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES (Acip). Prevention and control of influenza.
Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), v. 49, n. RR03, p. 1-38, abr. 2000. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr4903a1.htm>> (MMWR, recommendations and reports, Centers for Disease Control and Prevention- CDC, Atlanta/USA, <http://www.cdc.gov>)

ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES (Acip). Prevention and control of influenza.
Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), v. 47, n. RR-6, p. 1-26, maio 1998. Disponível em
<<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00052500.htm>> (MMWR, recommendations and reports, Centers for Disease Control and Prevention- CDC, Atlanta/USA, <http://www.cdc.gov>).

CANADA COMMUNICABLE DISEASE REPORT (CCDR), v.23, jul. 1997. Disponível em: <<http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/ccdr/97vol23>>. (CCDR, Population and Public Health Branch, Laboratory Centre for Disease control, http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/new_e.html)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Recommended composition of influenza virus vaccines for use in 2000. **Weekly Epidemiological Record**, v. 74, n. 39, p. 321-328, out. 1999. Disponível em: <http://www.who.int/wer/pdf/1999/wer7439.pdf>. Edição em inglês e francês.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Influenza in the world: 1 october 1996 – 30 september 1997. **Weekly Epidemiological Record**, v. 73, n. 7, p. 41-48, fev. 1998. Disponível em: <http://www.who.int/wer/pdf/1999/wer7439.pdf> . Edição em inglês e francês.

Impacto da vacina BCG-ID na incidência de tuberculose meníngea, miliar e pulmonar de zero a quatro anos no RS¹

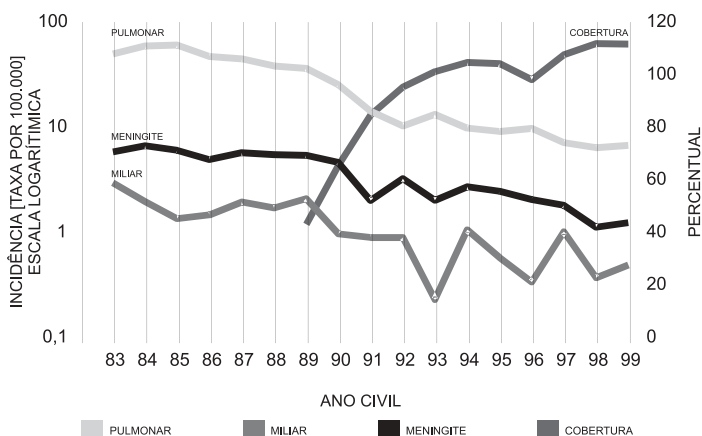
Helio Carlos Azambuja²
Cesar Augusto Espina²
Carlos Tietboehl Filho²
Roberto Targa Ferreira²

Introdução: A vacina BCG-Id visa à proteção da criança principalmente das formas mais graves da tuberculose, que são a meníngea e miliar. Em série histórica, desde 1983, mostram-se dois períodos da incidência de tuberculose antes e após a introdução do BCG-Id a partir do recém-nascido (RN).

Objetivo: Demonstrar o benefício à população infantil de zero a 4 anos com o emprego da vacina BCG-Id a partir do RN.

Método: Levantamento dos casos diagnosticados no Estado do Rio Grande do Sul, conforme notificação compulsória à Secretaria da Saúde do Estado.

Resultados: Foi realizado um cadastramento das formas meníngeas, miliar e pulmonar (primo-infecção) da tuberculose em crianças na faixa etária de zero a 4 anos, usando sempre a mesma metodologia de avaliação. Em 1988, as taxas por 100.000 eram: meníngea 5.06, miliar 1.57, pulmonar 35.13. Em agosto de 1989, houve modificação na faixa etária de aplicação do BCG-Id, que passou a ser utilizada a partir do RN. Após 10 anos do início desta vacinação, constatou-se diminuição das taxas: meníngea 1.13 (77.6%), miliar 0.45 (71.3%) e pulmonar 6.2 (82.3%) (1999).



¹ Trabalho apresentado no 3º Congresso Gaúcho de Pneumologia e Tisiologia, Gramado, 24 a 26 junho de 2001.

² Médico pneumologista, Seção de Pneumologia Sanitária da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. E-mail: pneumologia@saude.rs.gov.br

Conclusões: Em nosso meio (RS), o impacto determinado pela mudança na faixa etária da aplicação do BCG-Id foi demonstrado pela queda da taxa de notificações por 100.000 habitantes das formas meníngeas, miliar e pulmonar de tuberculose na faixa etária de zero a 4 anos. Esta alteração foi o único elemento modificado na política do Programa de Controle da Tuberculose/RS desde 1983, início desta série histórica, considerando -se que o sistema de informação foi mantido inalterado neste período.

Palavras-Chave: Imunização; Saúde da criança; Rio Grande do Sul.

Expressão

A atividade artística como recurso terapêutico em saúde mental

Daniele Borges Bezerra ¹
José Menna Oliveira ²

Resumo: Os autores revisam na literatura informações referentes à utilização da atividade artística em saúde mental. Discutem alguns dos aspectos habitualmente explorados nessa atividade, como a promoção da comunicação por vias diferentes das habituais, desenvolvimento de habilidades motoras e aumento da auto-estima. Questionam a coerência interna dos referenciais teóricos que fundamentam tais práticas e o quanto o exercício terapêutico a partir de tais referenciais pode ou não ser ético. Questionam ainda até que ponto a “arte dos loucos” pode estar repleta de conteúdos discriminatórios. Finalmente, oferecem outros pontos de vista a partir dos quais se pode compreender e utilizar a atividade artística no processo terapêutico.

Palavras-Chave: Reforma psiquiátrica; Sofrimento psíquico; Saúde mental.

A atividade artística como recurso terapêutico em saúde mental

De acordo com as novas propostas terapêuticas em saúde mental desencadeadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, a atividade artística tem assumido um lugar importante. Este trabalho se propõe a comentar alguns aspectos dessa prática.

Empiricamente percebe-se que os profissionais do campo da saúde mental acreditam na arte como recurso terapêutico na medida em que ela permite:

- promoção de recreação;
- desenvolvimento de habilidades motoras e visuo-espaciais;
- aumento da auto-estima;
- obtenção de material passível de interpretação;
- efeito “tranquilizante”.

Embora tais aspectos da atividade artística possam realmente contribuir no processo terapêutico, acreditamos que outros possam melhor justificar o emprego da arte em saúde mental. Propomo-nos a listar alguns destes outros aspectos e comentá-los brevemente.

Expressão através de uma linguagem não verbal

O paciente psiquiátrico muitas vezes tem uma dificuldade em expressar seus pensamentos e sentimentos através da fala. A atividade artística oferece, portanto, um outro canal de comunicação.

¹ Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva do Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre. Artista Plástica.
e-mail: danielebb@bol.com.br

² Residência em psiquiatria pela Universidade Federal de Pelotas/RS. Médico.

Função integrativa, permitindo a socialização

As oficinas de expressão são desenvolvidas geralmente em grupos, em que se estimula a interação social. Tal prática permite uma experiência afetiva gratificante em comunidade.

O ato criativo é terapêutico por si só

Partindo-se do princípio de que o ato criativo é desencadeado por um estado motivacional de “insatisfação” ou desacordo interno, percebe-se que através da expressão há um alívio catártico, construtivo, que além de proporcionar prazer, reestabelece o equilíbrio emocional do sujeito.

O processo criativo permite que se dê materialidade à psicose

Os elementos da psicose, como os delírios e as alucinações, embora o paciente os perceba como reais, figuram em um terreno subjetivo. O ato criativo, na medida em que permite a expressão de uma idéia delirante ou de uma alucinação, confere a eles caráter simbólico, trazendo-os para o terreno objetivo. Em outras palavras, socializa-se uma vivência que anteriormente era exclusiva do paciente. Obviamente, isso reflete o manejo com mais maturidade de dificuldades íntimas.

Reelaboração de aspectos conflitantes da personalidade

Uma vez que o material expresso na produção artística provém das vivências afetivas do paciente, o fato de visitar tais vivências e reexperimentá-las no processo criativo resultará, evidentemente, em reorganização emocional.

Através do acima exposto percebemos que diversos pontos de vista endossam a utilidade da atividade artística como recurso terapêutico em saúde mental. cremos necessário que haja um estímulo entre os profissionais que lidam com enfermos psiquiátricos no sentido de explorar os benefícios que a prática artística possa proporcionar a tais pacientes.

Finalmente, não defendemos que se transformem “loucos” em “gênios”, criando-se assim uma nova corrente artística – “a arte dos alienados”. Nossa idéia é que, uma vez seja a arte inerente ao ser humano e vinculada a elementos e vivências primitivas, seja utilizada o melhor possível em pessoas portadoras de sofrimento psíquico, que geralmente funcionam em um padrão mais regressivo.

La actividad artística como recurso terapéutico en salud mental

Resumen: Los autores revisan en la literatura informaciones referentes a la utilización de la actividad artística en salud mental. Se discuten algunos de los aspectos habitualmente explotados en esa actividad como la promoción de la comunicación por vías diferentes de las habituales, desarrollo de habilidades motoras y aumento de la autoestima. Cuestionan la coherencia interna de los referenciales teóricos que fundamentan tales prácticas y lo cuanto el ejercicio terapéutico, a partir de tales referenciales puede o no ser ético. Cuestionan aún hasta que punto el “arte de los locos” puede estar repleta de contenidos discriminatorios. Finalmente, ofrecen otros puntos de vista a partir de los cuales se puede comprender y utilizar la actividad artística en el proceso terapéutico.

Palabras Clave: Reforma psiquiátrica; Sufrimiento psíquico; Arte; Expresión no verbal.

The artistic activity as a therapeutic resource in mental health

Abstract: The authors review in the literature information referent to the use of artistic activity in mental health. They also discuss some of the aspects generally explored in this activity, such as the promotion of communication through means different from the habitual ones, the development of motor abilities and the increase of self-esteem. They question the internal coherence of theoretical referential that are the foundation to such practices and how much therapeutical exercise from those theoretical referents may or may not be ethical. They also question to what point the “art of the nuts” may be full of discriminatory content. Finally, They offer other points of view from where one may understand and use artistic activities in the therapeutic process.

Key words: Psychiatric reform; Psychic suffering; Art; Mental health.

Referências

CARVALHO, Maria Margarida M. J. de. **A Arte Cura?** Recursos artísticos em psicoterapia. Editorial PSY II, 1995.

EHRENZWEIG, Anton. **Psicanálise da percepção artística:** uma introdução à teoria da percepção inconsciente. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

FERRAZ, Marta Heloisa Corrêa de Toledo. **Arte e loucura:** limites do imprevisível. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

Resumo

A experiência de estágio de alunas do curso de especialização em enfermagem obstétrica¹

Glamir Teresinha Teixeira²
Rosi Moraes Foch²
Juliana Luzardo Rigo²
Seura Elisabeth da Silva²
Nilcéa Maria Nery Duarte³
Lisia Maria Fensterseifer⁴

Descrição

O trabalho apresenta a análise das experiências teórico-práticas em estágios, de um grupo de alunas do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, da Escola de Saúde Pública (ESP/RS) da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS).

Objetivos

Atender a uma das exigências do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e ampliar o conhecimento técnico científico, através de atividades desenvolvidas nos estágios disponibilizados em cinco instituições públicas de saúde, com vínculos municipais e federais, localizadas na região da grande Porto Alegre - RS.

Métodos

O método utilizado para realizar esta pesquisa foi a revisão bibliográfica, concomitante à análise da realidade encontrada nos campos de estágios. A formação deste conhecimento seguiu as diretrizes do processo de ensino e aprendizado, constituído por disciplinas aplicadas ao curso, consultas de enfermagem, atividades assistenciais e educacionais relativas à saúde da mulher durante o pré-natal, parto e puerpério, se estendendo ao neonato como parte integrante do ciclo gravídico.

Resultados

Este estudo obteve como resultado a conscientização da humanização da assistência, a qualificação do cuidado de enfermagem e a garantia da qualidade de vida do binômio assistido, constituído por mãe e filho.

¹ Trabalho de conclusão apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica para obtenção do título de especialista.

² Aluna do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – 2002, Escola de Saúde Pública/RS, e-mail: glamir58@hotmail.com.

³ Coordenadora do curso. Orientadora do trabalho.

⁴ Co-orientadora do trabalho.

Conclusões

Ao final do trabalho, as alunas concluíram o quanto se faz necessário uma revisão das rotinas de enfermagem, melhorias nas estruturas e na infra-estrutura que acolhe a mulher na gestação e no puerpério, além da manutenção continuada da capacitação dos recursos humanos. As estagiárias ainda concluíram o quanto é fundamental e importante a presença do profissional enfermeiro especializado em obstetrícia, para dar continuidade à qualificação do cuidado e na concretização da implantação do Sistema Único de Saúde.

O cotidiano de estágio de alunas do curso de Especialização em Enfermagem Neonatal¹

*Rosa Inês E. Rolim²
Eni Danice dos Santos²
Lorena Conterno²
Nélia dos Santos Garcia²
Nilcéa Maria Nery Duarte³
Lísia Maria Fensterseifer⁴*

Introdução

O curso de Especialização em Enfermagem Neonatal tem como objetivo a especialização dos enfermeiros para o exercício profissional de enfermagem neonatal, proporcionando condições para a realização da atenção de enfermagem e da educação em saúde, em bases humanizadas, técnicas, científicas e éticas, visando à melhoria da qualidade da assistência nos serviços de saúde que atendem ao neonato.

Este trabalho atende uma das exigências do curso, tendo como objetivo a descrição do cotidiano de estágio de um grupo de alunos de Especialização em Enfermagem Neonatal em instituições de saúde do estado, através de uma análise crítica entre a teoria e a prática.

Metodologia

A abordagem metodológica deste trabalho foi o estudo comparativo entre a revisão bibliográfica e a prática vivenciada nos campos de estágio.

O curso de Especialização em Enfermagem Neonatal dividiu-se em dois momentos. No primeiro momento, foram realizadas as atividades teóricas. No segundo momento, foram desenvolvidas as atividades teórico-práticas, mediante estágios, em instituições de saúde pública federais do estado, em cuidado à puérpera e ao neonato em alojamento conjunto, consulta de enfermagem ao binômio puérpera-neonato, grupo de mães e familiares de bebês internados, cuidado ao neonato de risco em tratamento intensivo e cuidado ao neonato em sala de parto. A metodologia adotada para a realização do cuidado foram as diretrizes do processo de enfermagem preconizadas no curso, que constou da acolhida aos clientes de forma humanizada, entrevista, exame físico, identificação dos problemas com elaboração e execução do plano de cuidados, realização de encaminhamento, orientação para o auto-cuidado, bem como registro das atividades.

¹ Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal da Escola de Saúde Pública para obtenção do título de especialista.

² Aluna do Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal da ESP/RS.

³ Coordenadora do Curso. Orientadora do trabalho.

⁴ Co-orientadora do trabalho.

O nascimento de um bebê é considerado um acontecimento emocional e fisiológico marcante e exaustivo para a mãe e o recém-nascido. Mesmo que esse processo ocorra normalmente, é natural que o neonato passe por modificações extremas, saindo de um ambiente acolhedor, aquático, termo estável, com sonoridade própria, com estimulação sinestésica livre dentro das limitações do tamanho uterino. As mudanças pelas quais o neonato passa durante o parto causam ao recém-nascido estresse de natureza e intensidade distintas (SIQUEIRA, 1991). Portanto, o cuidado ao binômio mãe/bebê durante o parto visa não só à saúde da mulher (BURROGHS), como também visa ao preparo de um ambiente favorável ao recém-nascido (ARAÚJO; ZAMBRANO, 1991).

A enfermagem, tendo conhecimento das características do recém-nascido e de suas necessidades biopsicossociais, tem condições de minimizar o estresse do neonato durante o cuidado em sala de parto, criando um ambiente tranqüilo, com iluminação reduzida e aquecido e promover o contato inicial do recém-nascido com os pais (RINGER, 2000).

Segundo Pizzato e Da Poian (1988, p.102), o alojamento conjunto já tinha objetivos específicos: proporcionar um relacionamento adequado entre mãe e filho desde o nascimento; educar mãe e pai desenvolvendo habilidades e estabelecendo segurança emocional quanto aos cuidados do filho. Para isso, a unidade de alojamento conjunto deverá ter uma equipe multiprofissional capacitada e disposta a ouvir as mães e ao mesmo tempo sanar suas dúvidas, apresentando certos aspectos que deverão ser abordados em um esquema de educação à mãe sobre cuidados a dispensar com seu filho durante a permanência no hospital e, após, em seu lar.

Para Costenaro (2001), a atitude do cuidado é definida como estar com o outro e ser com o outro, valorizando a subjetividade, espiritualidade, transcendendo o trivial. A atitude do cuidado também é demonstrada pelo saber, ética, empatia, atenção, dedicação. O cuidador demonstra atitudes expressivas como olhar, tocar, dialogar ou apenas falar algo que transmita conforto e tranqüilidade ao ser que está sendo cuidado.

Resultados

No período em que realizávamos as atividades programadas para o estágio, observamos várias situações que provocaram um certo desconforto como profissionais da área da saúde. Durante a permanência nas enfermarias, observamos a maneira grosseira com que profissionais da Instituição dirigiam-se às clientes, como, por exemplo, no momento da higiene corporal e exame físico rotineiro, em que era dada uma ordem geral para que todas se despiassem ao mesmo tempo para serem examinadas ou realizarem sua higiene corporal, não sendo respeitada a individualidade.

Em nossa vivência em consulta de enfermagem ao binômio nos defrontamos com alguns fatos que nos levaram a questionar se houve orientações e sobre a eficácia dessas orientações no pré-natal e durante a internação obstétrica, pois a maioria das puérperas havia realizado acompanhamento pré-natal e algumas haviam realizado curso para gestantes.

Presenciamos, durante o estágio, neonatos e puérperas com uso de faixa umbilical e com moedas no coto umbilical; mais de sete dias de vida sem terem iniciado o esquema de imunizações; uso de complementos de leite industrializado, sem orien-

tação médica; icterícia importante com tratamento com chás caseiros; puérperas com falta de higiene corporal e com complicações, como infecções na episiotomia; puérperas com mastites importantes por desconhecerem técnicas de aleitamento materno e de esgotamento de mamas.

Em nossa vivência no estágio de grupo de mães, percebemos que é necessário ter conhecimento das necessidades das clientes e em qual momento elas estão mais disponíveis para assimilar as orientações prestadas, o que só ocorre quando há continuidade no cuidado e conhecimento da história de cada cliente através do histórico de enfermagem.

No cuidado ao neonato de risco, observamos que existe uma preocupação por parte da equipe em relação ao cuidado humanizado, pois havia cartazes nas paredes com orientação sobre a necessidade de reduzir a iluminação e ruídos e incentivando a permanência dos pais junto ao bebê. Contudo, algumas vezes, nos deparamos com atitudes inversas: luminosidade excessiva nas salas, funcionários falando, com tom de voz elevado, sobre assuntos não pertinentes ao setor, enquanto realizavam procedimentos nos neonatos envolvidos firmemente em coeiros, neonatos com lesões por extravasamento de medicações bem como manuseados grosseiramente, causando injúrias. A presença dos pais na prática não é estimulada, na maioria das vezes eles não sabiam se podiam ou não tocar em seus bebês e quando sabiam tinham medo pela quantidade de fios ligados àquele bebezinho tão pequeno e este medo não era trabalhado pela equipe de saúde.

No atendimento em sala de parto, novamente nos deparamos com atitudes que não vinham ao encontro com o cuidado humanizado. Tivemos a certeza de que o pouco envolvimento do enfermeiro no cuidado à mulher e ao neonato durante o pré-parto, parto e pós-parto é determinante em situações como: puérperas em trabalho de parto sozinhas em uma sala; uso de fórceps na maioria dos partos eutócitos, causando traumas ao recém-nascido e algumas vezes até lacerações uterinas. O enfermeiro, na maioria das vezes, assume dois setores, não tendo a possibilidade de treinar sua equipe para o cuidado com bases humanizadas e nem tão pouco aplicar o processo de enfermagem que serviria como um guia no cuidado.

Conclusão

Constatamos, no decorrer dos estágios, a importância e a necessidade da presença e da atuação do enfermeiro especialista no cuidado ao recém-nascido normal e de risco, minimizando e prevenindo seqüelas que podem advir do nascimento ou de algumas patologias.

Também percebemos que nos campos de estágio, a teoria do cuidado humanizado ainda não foi plenamente colocada em prática pois, para isto ocorrer, a equipe de saúde deve estar adequadamente sensibilizada para a importância do evento cuidar, oferecendo um cuidado que leve em conta todos os aspectos emocionais envolvidos naquele momento.

Após termos encerrado as nossas vivências, temos a certeza de que é necessária e urgente a aplicação do processo de enfermagem como norteador do cuidado.

Palavras-Chave: Enfermagem pediátrica; Neonatologia.

As vivências de estágio de alunas do Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal¹

Simone Baggio²

Silvana Cavagnoli²

Denise Bastos²

Lucia Pradella²

Nilcéa Maria Nery Duarte³

Lísia Maria Fensterseifer⁴

Introdução/Objetivo: “A neonatologia é um campo vasto em desenvolvimento e representa hoje um grande campo de pesquisa e assistência. É um campo jovem, uma sub-especialidade da pediatria que se ocupa do recém nascido, ou seja, do ser humano nas primeiras quatro semanas de vida”(VIEGAS e MORAES, 1986) O curso de Especialização em Enfermagem Neonatal tem como objetivos especializar enfermeiros para o exercício profissional de Enfermagem Neonatal e proporcionar condições para a realização da atenção de enfermagem e da educação em saúde, em bases humanizadas, técnicas, científicas e éticas, visando a melhoria da qualidade ao neonato. O objetivo deste trabalho é apresentar e analisar as vivências de estágio de alunas nos campos de prática.

Metodologia: Para tanto foi efetuada de forma descritiva as atividades práticas decorrentes dos estágios, analisando-as a luz do referencial teórico. As atividades desenvolvidas foram cuidado ao neonato de risco em unidade de tratamento intensivo neonatal (UTIN), cuidado ao neonato em sala de parto, cuidado à puérpera e neonato em alojamento conjunto e em consulta de enfermagem.

Resultados: Destacamos a distância entre as áreas físicas do centro obstétrico e UTIN, falta de definição quanto a competência da realização de determinados procedimentos de enfermagem em UTIN, poucos nascimentos durante o período estagiado, não participação do pai durante o trabalho de parto e parto, familiarização e aperfeiçoamento da consulta de enfermagem.

Considerações finais: Sugerimos às instituições estagiadas rever a competência na realização de determinados procedimentos do pessoal de enfermagem em UTIN, rever rotinas da sala de parto, possibilitando ao pai o acompanhamento do parto, possibilitar à puérpera a realização de cuidados integrais ao seu neonato no alojamento conjunto, manter os grupos de orientações às puérperas e familiares e manter as consultas de enfermagem ao binômio puérpera-neonato.

¹ Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal para obtenção do título de especialista.

² Aluna do Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal (2002), da Escola de Saúde Pública/RS, e-mail: sibaggio@ibest.com.br

³ Coordenadora do Curso. Orientadora do trabalho

⁴ Co-orientadora do trabalho

Atos Normativos

PORTARIA Nº 008/2003

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, no uso das atribuições legais;

Considerando a Lei Federal nº 8.080/90, Art. 6º que prevê a atenção terapêutica integral à saúde, inclusive farmacêutica;

Considerando o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica aprovado pela Resolução CIB/RS nº 09/99 e Resolução CES/RS nº 04/99 com vigência prorrogada pela Resolução CIB/RS n.º 10/03;

Considerando que a Política de Atenção à Saúde da Terceira Idade é prioridade do Governo do Estado;

Considerando a necessidade de ampliar o acesso aos medicamentos essenciais para a população da Terceira Idade, cujo objetivo é reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da população alvo;

Considerando que a composição do elenco de medicamentos atende às patologias com alta prevalência na faixa etária alvo;

Considerando que 70% da população idosa com problemas crônico-degenerativos consome, em média, 03 medicamentos, de forma contínua;

Considerando que se faz necessário priorizar o financiamento de medicamentos não contemplados em outros programas de governo,

RESOLVE:

Art. 1.º – Implementar o Programa de Medicamentos para a Terceira Idade, estabelecendo uma suplementação de recursos financeiros no valor de R\$ 0,65/hab/ano (sessenta e cinco centavos/habitante/ano) perfazendo um total de R\$ 1,30/hab/ano (um real e trinta centavos/habitante/ano), além do valor da contrapartida estadual ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, de R\$ 0,65/hab/ano (sessenta e cinco centavos/habitante/ano), num total de R\$ 6.765.478,20 (seis milhões, setecentos e sessenta e cinco mil, quatrocentos e setenta e oito reais e vinte centavos),

Art. 2.º – Os recursos da suplementação serão de aplicação exclusiva na aquisição de medicamentos básicos para a população da Terceira Idade (idade igual ou superior à 60 anos), assinalados e constantes da lista do Anexo 1.

Parágrafo Único – Para elaboração da lista foram considerados os aspectos epidemiológicos específicos e regionais, as patologias mais freqüentes, os medicamentos de uso continuado com maior incidência de prescrição nos receituários do SUS e a compatibilização com os demais programas de medicamentos.

Art. 3.º – O valor anual relativo a esta Portaria, para cada município está publicado no Anexo 2 desta, será repassado em parcelas trimestrais, pelo Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde dos municípios habilitados.

Art. 4.º – São requisitos para habilitação ao recebimento dos recursos:

- a) Plano Municipal de Assistência Farmacêutica Básica implantado;
- b) Termo de Adesão Municipal ao Programa de Medicamentos para a Terceira Idade (Anexo 3);
- c) Plano de Aplicação dos recursos aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e de acordo com as Normas Técnicas previstas pelo Programa de Medicamentos da Terceira Idade;
- d) Compromisso de implantação de Política de Atenção à Saúde do Idoso, vinculado à SES;
- e) Compromisso de identificação do local de referência no atendimento e na dispensação de medicamentos do Programa de Medicamentos para a Terceira Idade;
- f) Desenvolvimento de campanhas educativas de uso racional de medicamentos para a Terceira Idade e incentivar a Atenção Farmacêutica no âmbito municipal.

Art.5.º – São condições para a dispensação dos medicamentos para o usuário:

- a) Ser usuário do SUS cadastrado na Unidade Básica de Saúde (UBS) e no Programa de Medicamentos para a Terceira Idade;
- b) Manter vínculo com atividades específicas de educação e saúde desenvolvidas pelo município, para a Terceira Idade, quando as condições permitirem.

Art. 6.º – A prestação de contas dos recursos recebidos será através dos Relatórios de Gestão Municipal de Saúde, de acordo com a legislação em vigor.

Art. 7.º – O acompanhamento e avaliação dos resultados serão realizadas através dos indicadores epidemiológicos e da atenção básica pactuados.

Art. 8.º – Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 21 de março de 2003

OSMAR GASPARINI TERRA
Secretário de Estado da Saúde

PORTARIA Nº 15/2003

O Secretário da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições legais;

Considerando o Decreto Estadual nº 42199 /2003 que institui o Comitê Estadual para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância;

Considerando o Protocolo de Intenções, firmado em 07 de abril de 2003, entre as Secretarias da Saúde; da Educação; do Trabalho, Cidadania e Assistência Social e, da Cultura; com o apoio do Gabinete da Primeira Dama para o estabelecimento de ações conjuntas, visando a implementação e o funcionamento do Programa “Primeira Infância Melhor”.

Considerando que os objetivos do Programa voltam-se à promoção do desenvolvimento integral de crianças de 0 a 6 anos de idade, com ênfase no período de 0 a 3 anos, no Estado do Rio Grande do Sul;

Considerando que o desenvolvimento da criança é meta prioritária do plano de metas do Governo;

Considerando a necessidade de coordenação das ações do governo para a promoção do desenvolvimento integral de crianças de 0 a 6 anos;

RESOLVE:

Art. 1º – Implementar o Programa “Primeira Infância Melhor”, estabelecendo o repasse aos Municípios no valor de R\$ 240, 00 (duzentos e quarenta reais) por visitador /mês, cujo teto será definido pelo número de famílias selecionadas e divulgado mediante Resolução da CIB/RS.

Parágrafo Único – A transferência regular do recurso a que se refere o artigo 1º está condicionada à efetiva implementação do Programa, posterior à etapa municipal de capacitação dos monitores, conforme Termo de Adesão em anexo.

Art. 2º – Os recursos deverão ser aplicados exclusivamente na execução do Programa.

Art. 3º – É pré-requisito para habilitação do município ao recebimento dos recursos a assinatura do Termo de Adesão Municipal ao Programa “Primeira Infância Melhor”.

Art. 4º – São responsabilidades do Estado:

I – Atender as finalidades previstas no Decreto nº 42199 que instituiu o Comitê Estadual para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância e no

Protocolo de Intenções/2003, cuja finalidade está voltada à promoção do desenvolvimento integral de crianças de 0 a 6 anos de idade, com ênfase para o período de 0 a 3 anos, no Estado do Rio Grande do Sul;

- II – Promover a capacitação dos técnicos das Secretarias da Saúde, Educação e Assistência Social dos Municípios e de agentes multiplicadores de entidades não governamentais parceiras;
- III – Proporcionar supervisão técnica para a implantação, implementação, acompanhamento e avaliação do Programa “Primeira Infância Melhor”.

Art 5º – São responsabilidades do Município:

- I – Implantar o Programa “Primeira Infância Melhor” no Município;
- II – Implementar, no âmbito do Município as ações necessárias à consecução deste Programa em todas as etapas previstas no Termo de Adesão;
- III – Garantir as condições necessárias para o processo de capacitação e educação dos monitores e visitantes.

Art. 6º – A prestação de contas dos recursos recebidos será através dos Relatórios de Gestão Municipal de Saúde, de acordo com a Legislação em vigor.

Art. 7º – O acompanhamento e avaliação dos resultados serão disciplinados por ato complementar da SES/RS.

Art. 8º – Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 07 de abril de 2003

OSMAR GASPARINI TERRA,
Secretário de Estado da Saúde

PORTARIA Nº 18/2003

Estabelece Incentivo Financeiro para qualificar a Atenção Básica à Saúde prestada nos municípios através do Programa Saúde da Família

O SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso das atribuições legais e considerando:

A importância estratégica do Programa de Saúde da Família na consolidação do SUS, através da reorganização do modelo de atenção e do acesso a ações integrais de saúde para indivíduos e famílias;

A necessidade de ampliar e qualificar o acesso da população a ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, que contribuam para a melhoria dos indicadores de saúde;

Que compete aos municípios executar as ações e serviços de saúde, com cooperação técnica e financeira da União e dos estados(Art.30, CF/88);

RESOLVE:

Art.1º – Criar Incentivo Financeiro para o Programa de Saúde da Família(PSF).

Art. 2º – O valor do Incentivo Financeiro para o PSF será de R\$16.000,00 (dezesesseis mil reais)por Equipe de Saúde da Família(ESF), em 2003, sendo R\$24.000,00(vinte e quatro mil reais) anuais por ESF implantada, e R\$48.000,00(quarenta e oito mil reais) anuais por ESF implantada em área exclusivamente indígena.

Art. 3º – Os recursos financeiros serão transferidos do Fundo Estadual de Saúde diretamente aos Fundos Municipais de Saúde dos municípios habilitados, em parcelas mensais correspondentes a 1/12(um doze avos) do total do incentivo destinado a cada município.

Art. 4º – São condições para habilitação ao recebimento dos recursos:

- a) Adesão do município ao PSF, conforme as normas e diretrizes da Portaria MS1886/97.
- b) Plano de Aplicação dos recursos, discutido e aprovado pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde, de acordo com a legislação em vigor, onde conste que parte dos recursos serão utilizados para apoio às atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde(ACS) de cada ESF;
- c) Abertura de conta bancária no BANRISUL, específica para este recurso financeiro, com a denominação de Incentivo ao PSF.

Art. 5º – A habilitação dos municípios ao recebimento dos recursos será feita através de Resolução da CIB/RS, após análise e aprovação da documentação apresentada;

Art. 6º – Ficam estabelecidas as seguintes metas para avaliação das ações desenvolvidas nas áreas de atuação das Equipes da Saúde da Família:

- I. No mínimo 90%(noventa por cento) de cobertura vacinal para menores de um ano;
- II. No mínimo 90%(noventa por cento) das gestantes acompanhadas a partir do 1º trimestre de gravidez;
- III. No mínimo 80%(oitenta por cento) dos diabéticos acompanhados;
- IV. No mínimo 80(oitenta por cento) dos hipertensos acompanhados;

Parágrafo 1º – As metas para avaliação das ações desenvolvidas nas áreas indígenas serão estabelecidas em 60(sessenta) dias, por Portaria específica, após pactuação na CIB/RS.

Parágrafo 2º – O município que ao final de um ano após a habilitação ao Incentivo, não houver alcançado as metas estabelecidas, terá suspenso o repasse dos recursos, voltando a recebê-los quando atingir as metas determinadas.

Parágrafo 3º – Ao final de um ano serão avaliadas e repactuadas na CIB/RS as metas estabelecidas.

Art. 7º – Para acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas será utilizado o banco de dados do Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB -, alimentado mensalmente com as ações desenvolvidas pelas Equipes do PSF.

Art. 8º – A prestação de contas dos recursos recebidos será através do Relatório de Gestão Municipal de Saúde, conforme dispõe a legislação.

Art. 9º – Esta Portaria entrará em vigor a partir de 1º de junho de 2003.

Art.10º – Revoga-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 14 de maio de 2003

OSMAR GASPARINI TERRA,
Secretário de Estado da Saúde

PORTARIA Nº19/2003

Estabelece Incentivo Financeiro para a reorganização da Atenção à Saúde Bucal nos municípios através do Programa da Saúde da Família

O SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso das atribuições legais e considerando:

A importância estratégica do Programa de Saúde da Família na consolidação do SUS;

A necessidade de ampliar o acesso da população e qualificar as ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal, contribuindo para a melhoria dos Indicadores de Saúde Bucal;

A necessidade de incentivar a reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica, através da implantação de suas ações no Programa da Saúde da Família, conforme a Portaria MS 1444/2000;

Que compete aos municípios executar as ações e serviços de saúde, com cooperação técnica e financeira da União e dos estados(Art.30, CF/88)

RESOLVE:

Art.1º – Criar o Incentivo de Saúde Bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de Saúde Bucal no Programa da Saúde da Família.

Art. 2º – O valor do Incentivo de Saúde Bucal será de R\$4.000,00(quatro mil reais) por Equipe de Saúde Bucal(ESB), em 2003, sendo R\$6.000,00(seis mil reais) anuais, por ESB implantada.

Art. 3º – Os recursos financeiros serão transferidos do Fundo Estadual de Saúde diretamente aos Fundos Municipais de Saúde dos municípios habilitados, em parcelas mensais correspondentes a 1/12(um doze avos) do total do Incentivo de Saúde Bucal destinado a cada município.

Art. 4º – Estarão habilitados a receber o Incentivo de Saúde Bucal todos os municípios que aderiram ou que venham a aderir à proposta do Ministério da Saúde, conforme as normas e diretrizes da Portaria MS 1444/2000, à exceção do disposto no Artigo 4º, ficando estabelecido que cada equipe de Saúde Bucal deverá estar vinculada a uma Equipe da Saúde da Família.

Parágrafo 1º – Para os municípios que já aderiram à proposta do Ministério da Saúde é concedido prazo até 31 de dezembro de 2003 para que possam se adequar ao estabelecido nesta Portaria;

Parágrafo 2º – Os demais municípios que venham a aderir à proposta do Ministério da Saúde deverão obedecer ao disposto nesta Portaria para o recebimento dos recursos;

Parágrafo 3º – Os municípios estabelecerão as formas de inserção das Equipes de Saúde Bucal junto ao Programa de Saúde da Família, considerando a atual capacidade instalada de equipamentos de odontologia e as modalidades inovadoras de reorganização da Atenção à Saúde Bucal.

Art. 5º – São condições para habilitação ao recebimento dos recursos:

- a) Adesão do município à proposta do Ministério da Saúde, conforme as normas e diretrizes da Portaria MS1444/2000 e o disposto no Art.4º e parágrafos desta Portaria;
- b) Plano de Aplicação dos recursos na área de Saúde Bucal, discutido e aprovado pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde, de acordo com a legislação em vigor.
- c) Abertura de conta bancária no BANRISUL, específica para este recurso financeiro, com a denominação de Incentivo à ESB;

Art. 6º – A habilitação dos municípios ao recebimento dos recursos será feita através de Resolução da CIB/RS, após análise e aprovação da documentação apresentada;

Art. 7º – Ficam estabelecidos os seguintes Indicadores para avaliação da expansão das ações desenvolvidas pelo Programa, nas áreas de atuação das Equipes de Saúde da Família:

- I. Adesão crescente do número de famílias cobertas pelas ações de Saúde Bucal;
- II. Adesão crescente da população aos procedimentos coletivos, sob responsabilidade da equipe;

Parágrafo 1º – O município que ao final de um ano após a habilitação ao Incentivo, não houver apresentado tendência crescente dos Indicadores selecionados, terá suspenso o repasse dos recursos, voltando a recebê-los quando atingir o estabelecido.

Parágrafo 2º – Ao final de um ano serão avaliados e repactuados na CIB/RS os Indicadores estabelecidos nesta Portaria;

Art. 8º – Para acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas será utilizado o banco de dados do Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB -, alimentado mensalmente com as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal.

Art. 9º – A prestação de contas dos recursos recebidos será através do Relatório de Gestão Municipal de Saúde, conforme dispõe a legislação.

Art. 10º – Esta Portaria entrará em vigor a partir de 1º de junho de 2003.

Art. 11º – Revoga-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 14 de junho de 2003.

OSMAR GASPARINI TERRA,
Secretário de Estado da Saúde

PORTARIA Nº30/2003 - CIB/RS

O Secretário de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais e considerando:

A importância estratégica do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde na consolidação do SUS, através da reorganização do modelo de atenção e do acesso a ações integrais de saúde para indivíduos e famílias;

a necessidade de ampliar e qualificar o acesso da população a ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, que contribuam para a melhoria dos indicadores de saúde;

que compete aos municípios executar as ações e serviços de saúde, com cooperação técnica e financeira da União e dos estados(Art.30, CF/88);

a Resolução nº59/03 da Comissão Intergestores Bipartite Bipartite.

RESOLVE:

Art. 1º – Criar o Incentivo Financeiro adicional para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde no valor de R\$240,00(duzentos e quarenta reais) anuais, por Agente Comunitário.

Art. 2º – Os recursos financeiros serão transferidos, em parcela única anual, do Fundo Estadual de Saúde diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, mediante adesão do município ao PACS/PSF, conforme as normas e diretrizes da Portaria MS1886/97, em conta bancária a ser aberta no BANRISUL para este recurso financeiro.

Parágrafo Único – Os municípios deverão elaborar Plano de Aplicação dos recursos e submetê-lo à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, conforme dispõe a Legislação.

Art. 3º – Para a habilitação ao repasse do Incentivo Financeiro, os municípios deverão estar com o Programa PACS/PSF implantado desde o início do ano em que terão direito ao recebimento dos recursos, e deverão ter atingido as metas estabelecidas no Art. 5º da Resolução nº 40/2003-CIB/RS, que são:

- I. No mínimo 90%(noventa por cento) de cobertura vacinal para menores de um ano.
- II. No mínimo 90%(noventa por cento) das gestantes acompanhadas a partir do 1º trimestre de gravidez.
- III. No mínimo 80%(oitenta por cento) dos diabéticos acompanhados.

IV. No mínimo 80%(oitenta por cento) dos hipertensos acompanhados.

Parágrafo 1º – Excepcionalmente, para o ano de 2003, o período de avaliação corresponderá aos meses de junho a novembro, com repasse do Incentivo em dezembro de 2003.

Parágrafo 2º – A partir de 2004 o período de avaliação será de janeiro a dezembro, com repasse do Incentivo no mês de dezembro do respectivo ano.

Art. 4º – A habilitação dos municípios ao recebimento dos recursos será feita através de Resolução da CIB/RS, após análise e aprovação da documentação apresentada.

Art. 5º – Estabelecer que, a partir da data de publicação desta Portaria, só poderão aderir ao incentivo adicional Agentes Comunitários de Saúde vinculados às equipes de Saúde da Família.

Art. 6º – Para acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas será utilizado o banco de dados do Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB - alimentado mensalmente com as ações desenvolvidas pelas Equipes do PACS/PSF.

Art. 7º – A prestação de contas dos recursos recebidos será através do Relatório de Gestão Municipal de Saúde, conforme dispõe a legislação.

Art. 8º – Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 16 de junho de 2003.

OSMAR GASPARINI TERRA,
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite

Política e Normas Editoriais

BOLETIM DA SAÚDE POLÍTICA E NORMAS EDITORIAIS

POLÍTICA EDITORIAL

Identificação

Com início em 1969, o Boletim da Saúde é um periódico de divulgação, inicialmente publicado pela Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde do Rio Grande do Sul. De 1974 até 1980, sua publicação realizou-se em convênio com a Fundação SESP- Serviço Especial de Saúde Pública. Desde 1981, a Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul – SSMA, passou a ser responsável pela revista. Em 1986 foi interrompida a publicação do Boletim da Saúde. Após longo intervalo, o periódico está sendo republicado com nova apresentação e nova política editorial, enfatizando a informação técnico-científica, e com a expectativa de continuidade editorial efetiva ao longo do tempo.

O Boletim da Saúde está registrado no Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia – IBICT, sob o International Standard Serial Number - ISSN 0102-1001.

Objetivos

O Boletim da Saúde visa a difusão do conhecimento em saúde coletiva desde a produção, disseminação e uso deste conhecimento a partir da pesquisa, do estudo, da práxis, além do desenvolvimento e debate na área. O periódico pretende ter também um caráter regionalizado, recebendo contribuições das universidades públicas e comunitárias integradas ao objetivo comum de reflexão teórico/prática em saúde coletiva.

Distribuição

A responsabilidade pela distribuição do Boletim da Saúde é do Centro de Informação e Documentação em Saúde - CEIDS, com a contribuição da Assessoria de Comunicação Social da SES/RS, Assessoria de Comunicação Social da ESP e colaboradores interessados.

Abrangência dos trabalhos

Os diversos setores da SES-RS e Políticas da Secretaria estão estimulados e convidados a apresentar originais.

A proposta é que se tenha, através dos trabalhos apresentados, uma interface da recomposição da memória institucional e a necessidade constante de atualização, educação continuada, pesquisa, estudo e debate em saúde coletiva.

Todas as matérias serão submetidas ao julgamento de pareceristas – Comissão Editorial e do Conselho Editorial.

Periodicidade

Revista semestral.

Tiragem

Inicial de 1.000 exemplares.

NORMAS EDITORIAIS

Informações aos colaboradores

As matérias a serem elaboradas devem ter como eixo temático os princípios orientadores da atual gestão da saúde pública no Estado, estruturados em:

- artigos de periódico - originais, inéditos ou de revisão;
- ensaios e reflexões;
- relatos de experiências;
- exposição de enfoque gerencial e das políticas;
- estudo de caso;
- notícias de projetos de pesquisa ou de ação, sob forma de notas ou resumo;
- resenhas (resumos de textos lidos e importantes para divulgação);
- trabalhos apresentados em eventos;
- textos formulados para estudo nas equipes ou para ensino;
- trabalhos de alunos ou textos de professores e convidados;
- memória;
- atos normativos.

Também apresenta seções de:

- cartas ao editor: comentários dos leitores sobre trabalhos publicados, expressando concordância ou discordância, explicando as razões;
- editorial.

Definição das estruturas

Artigo de Periódicos – Texto com autoria declarada, que apresente e discuta idéias, métodos, técnicas, processos e resultados nas diversas áreas do conhecimento. O artigo pode ser:

- original, quando apresenta temas ou abordagens próprias;
- de revisão, quando resume, analisa e discute informações já publicadas.

Ensaio e Reflexões – Textos analíticos resultantes de estudos, pesquisas e revisões.

Relatos de Experiências – Apresentação de experiência profissional, baseada no estudo de casos de interesse, acompanhados de comentários sucintos, úteis para a atuação de outros profissionais na área.

Exposição de enfoque gerencial e das políticas

Estudo de caso – Um estudo de caso refere-se a uma análise intensiva de uma situação particular. É uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real.

Notícias de projetos de pesquisa ou de ação – Em formato de resumo.

Resenhas – De maneira genérica, a recensão ou resenha designa um tipo de trabalho de síntese, análise resumida ou arrolamento de produções científicas, ou ainda, exposição sintética de assuntos tratados em uma obra. A recensão crítica analisa em profundidade o assunto, conferindo apreciação do valor informativo da obra. Geralmente é elaborada por especialistas da área em questão.

Resumos – Apresentação concisa dos pontos relevantes de um texto. Resumo Informativo – Informa suficientemente ao leitor, para que este possa decidir sobre a conveniência da leitura do texto inteiro. Expõe finalidades, metodologia, resultados e conclusões.

Memória e História – Resgate histórico da memória da Secretaria de Estado da Saúde através de colunas fixas que relatam o antes (a história), e como estão hoje as principais instituições.

Atos Normativos – Textos legais de importância para o desempenho de ações didático-pedagógicas da Escola de Saúde Pública, ou outras julgadas importantes.

Orientações gerais para apresentação dos originais

Todos os trabalhos devem ser enviados em duas cópias impressas em papel e em disquete no editor de textos Word for Windows, em espaço duplo, com margem esquerda de 3 cm e margem direita de 2 cm, margem superior 3 cm e inferior 2 cm, fonte Times New Roman 12, com no máximo 20 páginas.

A primeira página (folha de rosto) deverá conter apenas o título do trabalho, versão em inglês do título, nome(s) completo(s) do(s) autor(es), indicando o responsável pela correspondência, nome e endereço(s) da instituição a que está vinculado, além de breve currículo do(s) autor(es).

Recomenda-se que os trabalhos sigam a seguinte estrutura:

- título (em letras minúsculas, somente a primeira letra em maiúscula);
- autoria;
- resumo (em português);
- palavras-chave (em português);
- texto (introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões), podendo haver subtítulos. Os elementos de apoio (notas, tabelas, quadros, fórmulas e ilustrações) deverão estar inseridos dentro do texto;
- referências;
- anexos;
- tradução do resumo em inglês.

Os originais serão publicados em língua portuguesa. Os trabalhos devem seguir, rigorosamente as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas – **ABNT**.

– Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – Normas de apresentação tabular;

OBS: Todas as normas citadas estão à disposição no CEIDS.

Título

Termo ou expressão que indica o conteúdo do artigo.

Autoria

Nome completo de cada um dos autores, titulação mais importante de cada autor, instituição ao qual está vinculado, endereço eletrônico e telefone para contato.

Resumo

Resumo informativo, conforme NBR 6028, em português, destacando objetivos pretendidos, metodologia empregada, resultados mais importantes e principais conclusões. A extensão deve ser de até 250 palavras.

Palavras-chave ou descritores

Indicar de três a seis palavras-chave, que são termos ou expressões indicativas do conteúdo do trabalho. Pode-se empregar termos integrantes da lista publicada pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – BIREME, disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br/>.

Texto

Os artigos de investigação científica poderão ser organizados segundo a estrutura formal: Introdução, material e método, resultados, discussão e conclusões. Contudo, metodologias de caráter qualitativo, pesquisa-ação, etc. podem apresentar-se em formas compatíveis com estes métodos.

Elementos de apoio

Notas, citações, gráficos, tabelas, figuras, fotografias, ilustrações, quadros, etc, devem limitar-se ao mínimo indispensável e aparecer o mais próximo possível do texto a que se referem.

Gráficos e tabelas devem ser construídos segundo as Normas de Apresentação Tabular do IBGE, com um título e legendas explicativas .

Fotografias apresentadas devem conter título explicativo.

Agradecimentos

Breves e objetivos, somente para contribuições significativas para o trabalho. Devem ser mencionados apoio financeiro e material recebidos. As pessoas listadas nos agradecimentos endossam os dados e as conclusões e precisam dar seu consentimento para serem incluídas na lista de agradecimentos.

Referências

Devem aparecer listadas em ordem alfabética ou numérica para facilitar a citação do trabalho. A exatidão das mesmas é de responsabilidade do(s) autor(es). Sua elaboração segue a Norma da ABNT.

Anexos

Documentos, nem sempre do autor do artigo, que serve de fundamentação, comprovação ou ilustração.

Tradução do resumo

A apresentação do resumo (summary) em inglês e (Resumen) em espanhol deverá ser uma versão exata do resumo em português.

Key-words e palabras clave

Apresentação das palavras-chave em inglês e espanhol.

Ética

Todos os trabalhos que tratem com experimentos em seres humanos ou animais, serão previamente encaminhados ao Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública para apreciação.

O comitê orientará quanto a critérios específicos.

Responsabilidade

As opiniões emitidas nos trabalhos, bem como a exatidão, adequação e procedência das referências e citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Abreviaturas

Devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando forem usadas, devem ser escritas por extenso ao serem mencionadas pela primeira vez no texto.

Seleção dos trabalhos

Os trabalhos recebidos para publicação no “Boletim da Saúde”, serão encaminhados para o Grupo de Pareceristas, para análise, respeitando o anonimato.

Trabalhos já publicados

Serão aceitos trabalhos já publicados em outros periódicos, desde que autorizados pelo Conselho Editorial do periódico onde o artigo tenha sido originalmente publicado.

Envio do artigo

Os trabalhos para a apreciação do Conselho Editorial devem ser enviados para o Centro de Informação e Documentação em Saúde – CEIDS, Av. Ipiranga 6311 - Bairro Partenon, CEP 90610-001, e-mail: ceids@saude.rs.gov.br.

Telefones: 3384-5290 e 3384-3148 – Fax: 3384-1419

Políticas de publicação

A revista reserva-se o direito de sugerir mudanças no texto, visando manter o nível da publicação, respeitando o estilo dos autores. A revista reserva-se também, a guarda dos originais durante o período de 24 meses, aceitando por igual período qualquer observação que o autor deseje solicitar.

Contents

Boletim da Saúde v. 16, n. 2, 2002

Article

Oral health conditions of adults: notes about household survey methods

Angelo Giuseppe Roncalli et al.

TWO IN ONE or... taking advantage of a National Day of Child Multi-vaccination to evaluate hypertension and elevated concentration of glucose in the blood among adults

Cláudia Melz Giovannella et al.

WELCOMING: quality of life in public health

Denise Loureiro Chaves dos Santos et al.

Heterocontrol of the program of Fluoridation of waters in the state of Rio Grande do Sul: the situation in the year 2002

Helenita Corrêa Ely et al.

Main actions in the area of mouth health developed by Secretaria da Saúde of the state of Rio Grande do Sul period 1999/2002

Helenita Corrêa Ely

Prevalence and risk factors associated to subtype C in HIV-1 positive patients being treated in the Ambulatório de Dermatologia Sanitária (Surgery of Sanitary Dermatology) of Secretaria da Saúde (Department of Health) of the state of Rio Grande do Sul

Regina Loureiro et al.

The possible foldings of the Possible School and the meetings with the Technical Formation in Health

Simone Chaves Machado da Silva

Memory and History

Murialdo: History and building in Collective Health of Rio Grande do Sul

Clécio Homrich da Silva

CAR project: the Centro Agrícola de Reabilitação do Hospital Colônia Itapuã (Agricultural Rehabilitation Centre of the Hospital Colônia Itapuã)

Viviane Trindade Borges

Special

Impact of anti-influenza vaccination in the mortality and hospital admission due to pneumonia in people over 60 in the state of Rio Grande do Sul.

Cesar A. A. Espina et al.

Impact of the vaccine BCG-ID in the incidence of meninge, miliar and lung tuberculosis in children from zero to four years old in the state of Rio Grande do Sul.

Helio Carlos Azambuja et al.

Expression

The artistic activity as a therapeutic resource in mental health

Daniele Borges Bezerra et al.

Abstract

The experience of training of the students of the post-graduation (specialization) course in obstetric nursing

Glamir Teresinha Teixeira et al.

The day-by-day of the training of the students of the post-graduation (specialization) course in Neonatal Nursing

Rosa Inês E. Rolim et al.

The training experiences of the students of the post-graduation (specialization) course in Neonatal Nursing

Simone Baggio et al.

Normative Acts

Decree nº08/2003 - of 21th May

Decree nº15/2003 - of 07th April

Decree nº18/2003 - of 14th May

Decree nº19/2003 - of 19th June

Decree nº30/2003 - of 16th June