

REVISTA
BRASILEIRA

SAÚDE DA FAMÍLIA 17



Publicação do Ministério da Saúde - Ano IX - Janeiro a Março de 2008



MAIS SAÚDE DA FAMÍLIA

PARA MAIS
BRASILEIROS



Entrevista com
Barbara Starfield

Assistência chega aos
povos distantes

Ações estratégicas em
diversas áreas da
Atenção à Saúde



INICIAÇÃO NACIONAL PELA
REDUÇÃO DA MORTALIDADE
MATERNAL E NEONATAL



ANTES DE ENGRAVIDAR, PENSE QUANTOS FILHOS VOCÊ PODE CRIAR BEM.



SE CUIDE. FILHO NÃO É BRINCADEIRA.

Passa no Serviço de Saúde e conheça os diversos métodos contraceptivos gratuitos. E use sempre a camisinha.

POLÍTICA NACIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR | POLÍTICA NACIONAL DE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

Ministério
da Saúde



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

REVISTA
BRASILEIRA **SAÚDE DA FAMÍLIA**



Saúde da Família

Brasília / 2008

Revista Brasileira Saúde da Família

Nº 17

- 3 Apresentação**
- 4 Entrevista**
Barbara Starfield-Holtzman
- 6 Opinião**
Promoção da Saúde na Atenção Básica
Otaliba Libânio de Moraes Neto
Adriana Miranda de Castro
- 12** Equipes Saúde da Família e Educação: juntas pela promoção da saúde
- 20** Ações em Aratuba garantem sete anos sem mortalidade materna
- 24** Acre é o primeiro Estado a utilizar a Caderneta do Idoso
- 34** Mais Saúde propõe ações integradas para o atendimento aos povos quilombolas, de assentamentos e indígenas. ESF provam que isso é possível.
- 48** Mato Grosso mantém Saúde Bucal sob vigilância
- 56** Em São Paulo, diferenças são tratadas com a mesma dedicação profissional e (re)integração social
- 70 Artigo**
Arte, educação e saúde
Avamar Pantoja



Departamento de Atenção Básica - DAB

Esplanada dos Ministérios, Bloco "G"

Edifício Sede, Sala 655

CEP: 70.058-900 - Brasília/DF

Telefone: (61) 3448-8337

Em dezembro passado foi lançado o Programa Mais Saúde: Direito de Todos. De forma geral, ele busca aprofundar e atualizar os grandes objetivos da criação do SUS num contexto contemporâneo, agregando novos desafios e dimensões para que os objetivos de universalidade, equidade e integralidade possam se concretizar.

Estão previstos quase R\$ 90 bilhões para garantir o êxito das 73 medidas e 165 metas apresentadas. Como não poderia deixar de ser, a Atenção Básica é fundamental para o atendimento de muitas dessas metas, uma vez que é na porta de entrada do sistema de saúde que todo o processo é iniciado.

Pensando nisso, o Mais Saúde: Direito de Todos prevê um aumento significativo do número de equipes da estratégia Saúde da Família. Para dar suporte a essas Equipes, serão criados mil e quinhentos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) - para os quais já foi publicada a Portaria 154/2008.

O Mais Saúde: Direito de Todos foi concebido tendo a família como foco principal e prevê ações específicas para a criança, a mulher, o trabalhador e o idoso, dentre outros públicos.

As populações que vivem em assentamentos rurais, remanescentes de quilombos e a população indígena, que já podem contar com recursos exclusivos da estratégia Saúde da Família, também serão beneficiadas pelo Mais Saúde: Direito de Todos.

O Mais Saúde: Direito de Todos também apresenta o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº.6.286, de 5 de dezembro de 2007. O PSE é uma política de articulação e integração entre as ações desenvolvidas nas escolas e nas Unidades Básicas de Saúde, em especial aquelas organizadas por meio da estratégia Saúde da Família, com o objetivo de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino.

As políticas de saúde reconhecem o espaço escolar como privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para saúde, e não somente para as ações clínicas, que também têm se mostrado altamente eficazes. O PSE vislumbra um novo modelo de atenção da saúde do escolar que, entre outras coisas, incorpore a perspectiva da integralidade desse atendimento, assim como da intersectorialidade necessária às ações. Pretende-se, assim, garantir o acesso universal às ações propostas para todas as crianças e jovens matriculados no sistema público educacional brasileiro nos territórios das ESF dos municípios que aderirem ao programa.

A Revista Brasileira Saúde da Família pesquisou localidades que, de uma forma ou de outra, desenvolvem as ações propostas pelo Mais Saúde e que, com certeza, já estão fazendo a sua parte para o cumprimento das metas do programa que visam levar mais saúde a todos os brasileiros.

Entrevista

**Prof^a. Barbara
Starfield-Holtzman**

“Não estamos lidando com doenças e sim com pessoas, e pessoas não são iguais a doenças. Algumas pessoas têm muitas doenças, outras têm poucas, mas você tem que abordar a pessoa como uma pessoa, não como uma doença.”

Prof^a. Barbara Starfield-Holtzman

A Revista Brasileira Saúde da Família conversou com a médica americana Barbara Starfield durante o *III Seminário Internacional da Atenção Básica – Saúde da Família. “Expansão com Qualidade & Valorização dos Resultados”*, promovido pelo Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, entre os dias 13 e 15 de dezembro de 2007, em Recife, Pernambuco.

Veja porque a pesquisadora foi tão importante na definição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e para a estruturação do processo de trabalho das Equipes Saúde da Família no Brasil.

O Programa “Mais Saúde”, lançado em dezembro de 2007, pelo Governo Federal brasileiro prevê a expansão do número de Equipes Saúde da Família de 27 mil para 40 mil. Em sua opinião, uma expansão desta magnitude pode ser feita num curto prazo com qualidade?

Bem, acho que o problema que enfrentamos ao considerar qualidade é que adotamos o padrão utilizado pela atenção especializada. Na Atenção Primária, nosso desafio é muito diferente. Não estamos lidando com doenças e sim com pessoas, e pessoas não são iguais a doenças. Algumas pessoas têm muitas doenças, outras têm poucas, mas você tem que abordar a pessoa como uma pessoa, não como uma doença. A maioria de nossos padrões de qualidade estão baseados no tratamento de doenças; desta forma, penso que esta decisão irá melhorar a saúde e eu apostaria nisto. Há uma enorme possibilidade de que isto possa beneficiar a saúde das pessoas, considerando o que elas vivenciam na prática, não aquilo mostrado num exame laboratorial – ou seja, a melhoria de saúde que elas podem observar em si mesmas.

Comparando o Brasil a outros países que têm a Atenção Primária como fundamento de seus sistemas de saúde, você acha que estamos indo no caminho certo com nossa política de saúde?

Definitivamente sim, e em minha apresentação mostro uma enorme mudança na saúde dos brasileiros num período de cinco anos (1995-2000), um movimento muito significativo em direção a um padrão de saúde melhor, comparativamente a outros países com padrão econômico similar.

Você vê no mundo atual uma tendência global de incorporação da Atenção Primária nos sistemas de saúde ou isto ainda se encontra restrito a alguns países?

A Atenção Primária tornou-se uma tendência para a maior parte do mundo, e isto encontra-se refletido na decisão da Organização Mundial de Saúde (OMS) em adotar a Atenção Primária como foco do Relatório Mundial de Saúde em 2008, além do fato de sua Diretora-Geral ser uma médica de Atenção Primária, muito interessada neste tema. Penso que a maioria dos países do mundo certamente irá direcionar-se para a Atenção Primária. Não tenho como garantir que os Estados Unidos venham a priorizá-la, considerando-se como um problema o seu alto grau de incorporação de tecnologia. Talvez seja o último dos países a fazê-lo.

As Equipes Saúde da Família no Brasil são integradas pelos Agentes Comunitários de Saúde, uma particularidade nossa. Como é esse modelo em comparação ao de outros países que não adotam este tipo de profissional? Isto faz diferença?

Bem, este é um assunto muito próximo ao meu coração. Quando iniciei minha prática médico-clínica, dirigi uma clínica onde organizei um sistema de trabalhadores comunitários de saúde e isto era algo totalmente desconhecido

naquela época. Eu realmente acredito no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, pois eles estão muito mais próximos das pessoas e podem compreender as suas questões muito melhor que os médicos. Estou completamente comprometida com o trabalho dos Agentes Comunitários.

Você já chegou a propor a algum país a adoção deste tipo de profissional?

Bem, eu já trabalhei em muitos países e tentei fazê-lo em muitos deles, mas é muito mais difícil conseguir isto em países com sistemas de saúde já muito bem estabelecidos, a maioria orientados para cuidados especializados. Para eles, dar esta guinada e fazer a mudança torna-se muito difícil. Tenho muito mais sucesso em países como o Brasil, onde pode-se adotar uma prática inovadora e considerar-se o que um sistema de saúde deva de fato fazer.

A sua postura em relação ao sistema de saúde nos Estados Unidos é bastante crítica. Em sua opinião, estudos feitos no Brasil, Espanha, Canadá e em outros países podem surtir efeito e contribuir para a mudança do sistema norte-americano?

(Risos...). Não. Os Estados Unidos não escutam ninguém. Acho que a Espanha fez avanços de grande porte nos últimos vinte anos, desde sua reforma de saúde em meados da década de oitenta. O Reino Unido provavelmente irá retroceder, pelo fato de estar convidando muitas empresas dos Estados Unidos a se incorporarem ao seu sistema de saúde. Não tenho muita certeza ainda em relação ao Canadá. A Espanha sim, certamente é um bom exemplo.

A cultura norte-americana exerce grande influência em nosso país, nos hábitos de vida, consumo de

produtos, cinema, dentre outros. Dentro deste “pacote” de influência, está a adoção de hábitos alimentares que podem conduzir à obesidade e outros problemas de saúde. A Atenção Primária tem como abordar esta questão?

O problema da obesidade é o grande, enorme poder das empresas multinacionais de alimentação, induzindo pessoas a comerem o que irá fazê-las engordar. Acho que será necessária uma ação muito forte de países como o Brasil para resistir aos efeitos da globalização. O Brasil já tem feito muito, a exemplo da resistência à indústria farmacêutica – e o Brasil encontra-se numa boa posição, pois não é um país tão pobre (e em muitos aspectos um país até bem rico), com muita possibilidade de influenciar o mundo com seu poder e exercer liderança.

Você participou recentemente de um Seminário em Belo Horizonte (Reunião da Rede para Excelência em Atenção Primária em Saúde nas Américas), onde discutiu-se a criação de uma Rede para a Excelência em Atenção Primária. Quais são suas expectativas em relação a esta rede?

Penso que esta estratégia não seja para serviços, mas para pesquisa. Concluí que a produção de evidência faz uma grande diferença, especialmente quando se quer mudar. Evidência pode fazer a mudança acontecer. Assim, esta rede deve existir para incentivar a pesquisa colaborativa entre diferentes países. Ao compartilhar uns com os outros idéias sobre o que mais se precisa descobrir em Atenção Primária, podemos ajudar os serviços a prestarem uma melhor assistência em Atenção Primária.



PROFª. BARBARA STARFIELD-HOLTZMAN

Natural de Brooklyn, New York, EUA. Médica com formação em Pediatria e professora (*‘Distinguished Service Professor’*) da *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*. Fundadora e ex-presidente da Sociedade Internacional para a Equidade em Saúde (ISEqH) e diretora do Centro para Políticas em Atenção Primária da Universidade *Johns Hopkins*. *Fellow* da Academia Norte-Americana de Pediatria. Recebeu inúmeros prêmios por sua produção teórica, entre eles o *“Pew Primary Care Award”*, *“Distinguished Investigator of the Association for Health Services Research Award”* e o *“Martha May Eliot Award from the American Public Health Association”*. *Honorary Fellow* do Colégio Real de Médicos Generalistas do Reino Unido. Pesquisadora de renome internacional e autora de diversos trabalhos científicos e livros-texto sobre Atenção Primária em Saúde, cujo conteúdo serviu de base teórica para a definição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e para a estruturação do processo de trabalho das Equipes Saúde da Família em todo o Brasil. Seu livro *“Atenção Primária – Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia”* foi traduzido para o português pelo Ministério da Saúde do Brasil, em parceria com a UNESCO e está com as edições esgotadas. A Profª. Bárbara já esteve em nosso país em diversas outras ocasiões, sempre contribuindo para o crescimento e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde no Brasil.

Promoção da Saúde na Atenção Básica

Otaliba Libânio de Moraes Neto

Diretor do Departamento de Análise de Situação em Saúde,
Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

Adriana Miranda de Castro

Assessora Técnica da Política Nacional de Promoção da Saúde na Coordenação de Doenças e Agravos não-transmissíveis (DASIS/SVS).



Introdução

A forma como os serviços e ações de saúde organizam-se para prestar cuidado à saúde da população, mesmo com os 20 anos de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se por uma centralidade nas ações curativistas, individuais, médico-centradas e com grande demanda para a utilização de métodos diagnósticos e terapêuticos que utilizam tecnologias de custo elevado. Vários movimentos internacionais e nacionais, desde os anos 70, questionam as concepções *stricto sensu* biomédicas do processo saúde-doença-cuidado, fortalecendo-se a perspectiva de que a saúde refere-se a uma complexa rede de inter-relações e interdependências. No Brasil, o movimento da reforma sanitária e as conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, são exemplos de compreensão da saúde como resultante de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida, sendo condicionada e/ou determinada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos.

O primeiro efeito da idéia de uma produção social da saúde é a emergência de estratégias que pretendem recompor a fragmentação dos espaços coletivos de expressão da vida e da saúde, estabelecer modos de produção da saúde a um só tempo individuais e coletivos, tentar garantir, pela via da integralidade, a efetividade e a eficácia das ações sanitárias e, simultaneamente, democratizar o próprio ato produtivo em saúde, fazendo-o referido de fato à autonomia de sujeitos e comunidades (Castro, 2003).

O movimento de questionamento da saúde centrada no modelo biomédico intensificou-se no cenário internacional por meio da perspectiva da Promoção da Saúde. Esta centra-se na obtenção da equidade sanitária, visando assegurar a igualdade de oportunidades e os meios que permitam a toda a população desenvolver ao máximo seu potencial de saúde.

O SUS enfatiza que produzir saúde implica na organização de processos de trabalho que operem em diferentes planos de cuidado, os quais co-existem num mesmo território de saúde, grupo e/ou sujeito; sem perder de vista o imperativo da integralidade para uma ação sanitária efetiva. Assim, produzir saúde numa perspectiva de construção de qualidade de vida e de emancipação dos sujeitos implica em rever os modos de organização dos serviços de atenção à saúde e na articulação com outros serviços e políticas sociais de forma a interferir nos determinantes sociais da saúde, nas condições de vida e nos comportamentos e modos de vida dos indivíduos e coletivos que podem propiciar saúde e bem-estar ou processos de dor e sofrimento que deterioram a saúde.

A partir da compreensão de que a Promoção da Saúde é uma das estratégias de produção da saúde (BRASIL, 2006a) e de que a dicotomia entre clínica e promoção da saúde é inútil para avançarmos na consecução do cuidado integral à saúde (Campos, 2006). O Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS ratificaram em 2006 a importância da Promoção da Saúde no contexto do SUS, aprovando a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A política objetiva "promover a

qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes" (BRASIL, 2006a:17).

O presente artigo tem como objetivo contribuir com a estratégia Saúde da Família no sentido de propor um delineamento do escopo das ações de Promoção da Saúde no âmbito da Atenção Básica. Para isso tem-se como referencial a Política Nacional de Promoção da Saúde e da produção da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que enfatiza a importância de se trabalhar sobre as causas das causas do processo saúde-doença e a redução das desigualdades sociais (Buss e Pellegrini Filho, 2007).

Promoção da Saúde na Atenção Básica

A carta de Ottawa (1986), marco referencial da Promoção da Saúde, define que as principais estratégias da ação promotora da saúde são: o desenvolvimento de habilidades pessoais, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, a reorientação dos serviços de saúde sob o marco da Promoção da Saúde e a construção de políticas públicas saudáveis (BRASIL, 2002). No SUS, e a partir dele, tem-se investido na consolidação de estratégias que possam operar nesses diferentes níveis.

Em 2006, além da PNPS, também foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na qual é conferido um papel importante à Promoção da Saúde no conjunto de ações sobre a responsabilidade da Atenção Básica e, em especial, da estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006b).

Fundamentando-se na garantia de acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade com base num território adstrito, na efetivação da integralidade e no desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre equipes (ESF) e população, a PNAB aponta que as ações de promoção da saúde compõem as linhas de cuidado individuais e coletivas.

Assim, as ações de Promoção da Saúde no âmbito da Atenção Básica devem estar voltadas para os indivíduos e suas famílias, para os grupos vulneráveis que vivem no território de abrangência das ESF e para o ambiente físico e social do território.

Indivíduos e suas famílias

A promoção da saúde é um componente fundamental dos projetos terapêuticos e das linhas de cuidado de patologias ou ciclos de vida. No enfoque individual ou familiar, a promoção da saúde atua no sentido de proporcionar autonomia aos sujeitos fornecendo-lhes informações, habilidades e instrumentos que os tornem aptos para escolhas de comportamentos, atitudes e relacionamentos interpessoais produtores de saúde.

Dessa forma, inserir o componente de promoção da saúde na linha de cuidado voltado para as patologias crônicas como

a hipertensão arterial e o diabetes implica, necessariamente, em propiciar ao sujeito autonomia para escolha de modos de viver mais saudáveis com relação à alimentação, atividade física, uso de substâncias nocivas à saúde como o tabaco e o álcool, entre outras tantas escolhas. Daí a necessidade de conhecer a situação de saúde dos indivíduos e de suas famílias com relação a esses aspectos e de conhecer e implementar abordagens individuais, familiares e coletivas efetivas dirigidas para a construção de modos de vida mais saudáveis.

No âmbito dessas estratégias, a responsabilidade das ações é principalmente dos profissionais das Equipes Saúde da Família com o apoio de outros profissionais que integrem, por exemplo, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Grupos populacionais vulneráveis

Entendendo como grupos vulneráveis, desde os grupos de indivíduos portadores de determinadas patologias ou agravos, como o diabetes; indivíduos portadores de determinados fatores de risco, como o alcoolismo ou excesso de peso; mas, também, grupos de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social, tais como: famílias em situação de extrema pobreza, famílias e grupos sociais que apresentam a violência como principal forma de manifestação nas suas relações interpessoais e com a sociedade, como *gangs* juvenis, a violência contra a mulher, idosos, crianças, entre outras formas.

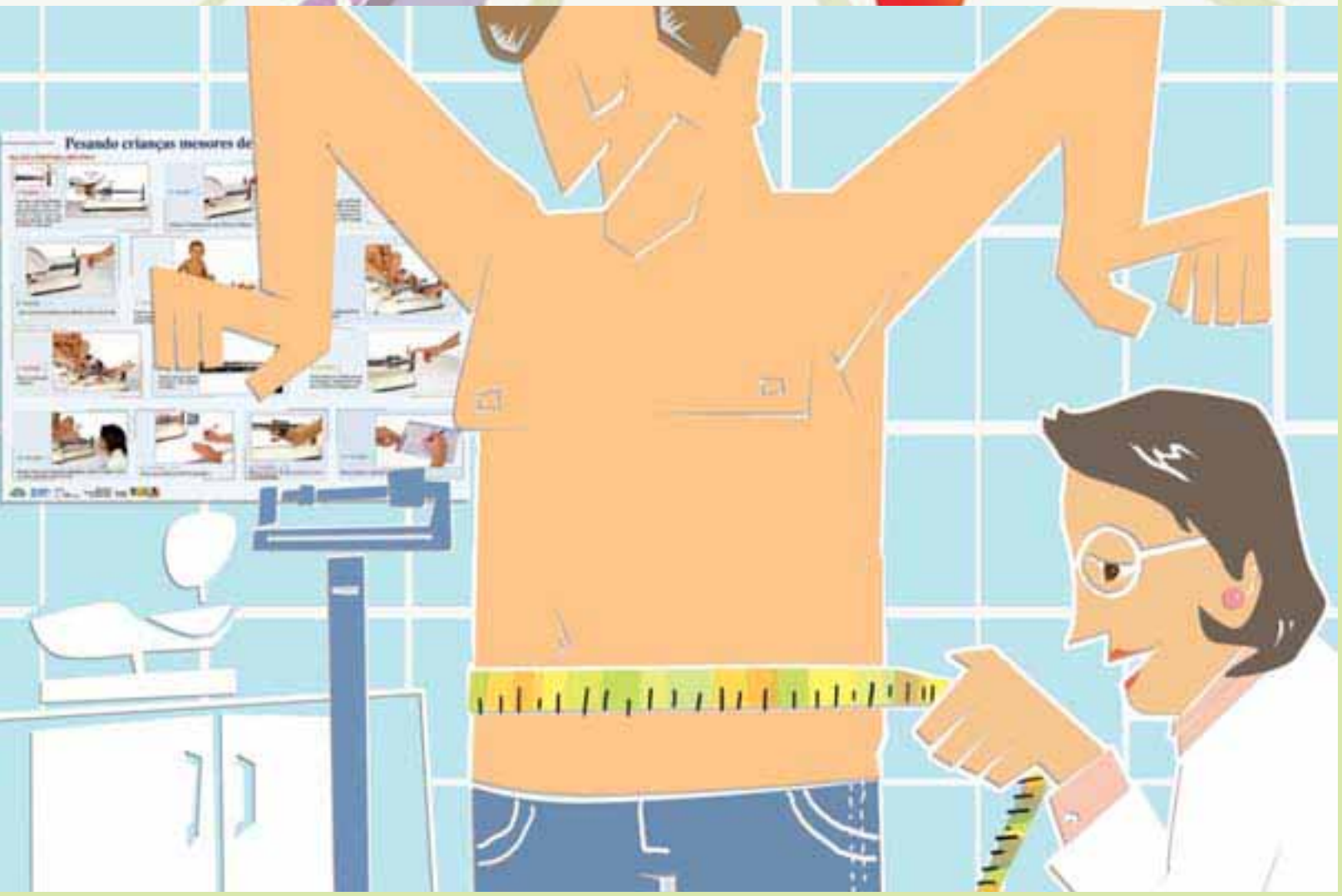
Nesse contexto, a promoção da saúde deve estar articulada a outros saberes e campos de conhecimento como a vigilância em saúde, as ciências sociais, o campo *psi* (psiquiatria, psicologia), no sentido de identificar as situações de vulnerabilidade e de dar respostas às necessidades sociais e de saúde dessa população vinculada a um território de abrangência da ESF.

O escopo das ações de Promoção da Saúde vai desde uma ação mais específica no campo da saúde voltada para os grupos vulneráveis como os portadores de patologias e de fatores de risco até ações mais abrangentes voltadas para superação das condições de vulnerabilidade social.

No âmbito das ações de saúde para os grupos de patologias e fatores de risco, as estratégias se concentram nas estratégias coletivas de intervenção como grupos de atividade física, oficinas de alimentação, ações educativas nas escolas etc. Para isso há a necessidade de identificar e implementar ações com comprovada efetividade e que se adaptem à população e às condições do território onde as equipes atuam.

Com relação aos grupos populacionais em situação de vulnerabilidade social e econômica, o papel da Equipe Saúde da Família é menos de cuidador e mais de mobilizador.

Em primeiro lugar, é papel da equipe identificar esses grupos e seu tipo de vulnerabilidade (que fatores a determinam) a partir do contato com a unidade de saúde e por meio das visitas domiciliares e vinculá-los aos serviços de saúde.



Em segundo, à Equipe Saúde da Família cabe mobilizar uma articulação intersetorial com parceiros de outras áreas como a assistência social, educação, esporte, instituições religiosas e organizações não-governamentais no sentido de reunir recursos imediatos que visem minorar as condições de vulnerabilidade e desenvolver estratégias de superação das mesmas, articulando intervenções locais, no âmbito do território, e compondo com as políticas sociais municipais, estaduais e federal. Um exemplo concreto é a integração do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) com o Cadastro Único da Assistência Social para identificar famílias em situação de vulnerabilidade e a articulação com os serviços de assistência social no sentido de viabilizar acesso às políticas públicas como o Programa Bolsa Família, bancos de alimentos, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

Além disso, é importante o papel da ESF como incentivador e potencializador da participação dos usuários nas instâncias locais de controle social do SUS, como os conselhos locais de saúde. A partir dessas instâncias e de forma articulada com outros tipos de organização como associações de moradores, pode-se proporcionar uma maior autonomia e fortalecer o protagonismo dos grupos populacionais em situação de vulnerabilidade na superação de sua condição.

Em terceiro lugar, as ESF têm como atribuição monitorar os resultados do conjunto das intervenções, tendo em vista que o contato dos usuários com os serviços de saúde e das famílias com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são momentos privilegiados para acompanhar o processo de superação das situações de vulnerabilidade.

Por fim, nesse campo de ação, o papel da estratégia Saúde da Família é, ainda, o de dar respostas no campo da saúde e o de mobilizador de parcerias e articulações intersetoriais.

Ambiente físico e social do território

No contexto local, um primeiro aspecto é recuperar a concepção de território como espaço produzido socialmente, onde se estabelecem relações sociais que determinam a forma como as pessoas moram, circulam, se divertem, se apropriam e transformam as características físicas e geográficas do território.

Na dependência de como os sujeitos produzem e transformam esse território, podem ser criadas situações de vulnerabilidade ou de superação dessas que têm impacto direto nas condições de vida e na situação de saúde da população. O papel da estratégia Saúde da Família é semelhante ao anterior, porém com um forte componente mobilizador das articulações intersetoriais. Uma articulação

muito forte deve se dar com as áreas de planejamento urbano, saneamento e de mobilidade urbana no sentido de induzir a realização de intervenções voltadas para a revigoração dos territórios.

Conclusões

A Política Nacional de Promoção da Saúde propõem-se a ser "um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro" (BRASIL, 2006a), contribuindo para a melhoria das respostas do SUS às necessidades de saúde da população.

Nessa direção, é fundamental o trabalho integrado à Política Nacional de Atenção Básica, uma vez que é no território de adstrição das Equipes Saúde da Família que necessidades de saúde, vulnerabilidades, soluções, fatores de risco e de proteção existem e acontecem.

Por fim, esse breve artigo aponta alguns caminhos para organização dos processos de trabalho das ESF a partir da concepção da Promoção da Saúde, enfatiza como a Promoção da Saúde se articula com a clínica para a produção de um cuidado integral e como o enfoque promocional potencializa a articulação intersetorial com vistas ao enfrentamento dos determinantes sociais e das péssimas condições de vida vivenciadas por parcelas significativas da população sob responsabilidade das ESF.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília/DF: 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília/DF, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília/DF, 2006b.
- BUSS, PM e PELLEGRINI, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.
- CAMPOS, R.O. A Promoção à Saúde e a Clínica: o Dilema "Promocionista". In: CASTRO, AM e MALO, M. SUS: resignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec/OPAS, 2006, p.62-74.
- CASTRO, AM A Equipe como dispositivo de produção de saúde. O caso do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UnATI/UERJ). 2003. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro.



O Mais Saúde

O Programa de Aceleração do Crescimento da área da Saúde - o Mais Saúde - foi lançado no dia 5 de dezembro de 2007, tendo dentre as finalidades a melhoria da gestão, redução de filas nos hospitais, criação de redes de proteção à família, crianças e idosos.

O programa prevê investimentos de aproximadamente 90 bilhões de reais, ao longo dos próximos quatro anos, baseados em quatro pilares estratégicos: 1) Promoção e atenção; 2) Gestão, trabalho e controle social; 3) Ampliação do acesso com qualidade; e 4) Desenvolvimento e Inovação em Saúde.

O primeiro envolve ações de saúde para toda a família, desde a gestação até a terceira idade. O segundo qualifica os profissionais e gestores, forma recursos humanos para o SUS e garante instrumentos para o controle social e fiscalização dos recursos. O terceiro reestrutura a rede, cria novos serviços, amplia e integra a cobertura no Sistema Único de Saúde. O quarto trata a saúde como um importante setor de desenvolvimento nacional, na produção, renda e emprego.

A estratégia Saúde da Família e os profissionais que a compõem são citados ao longo de todo o processo do Mais Saúde, que apresenta mecanismos de acompanhamento de distribuição dos serviços da Atenção Básica aos centros de tratamento do câncer: são as Teias, mapas que mostram a estruturação da rede, permitindo o investimento nas localidades onde há vazios desses serviços.

As Equipes Saúde da Família (ESF) serão aumentadas de 27 mil para 40 mil - o que possibilitará o atendimento a 130 milhões de pessoas, com ênfase nas regiões metropolitanas e vazios assistenciais. Serão criados, ainda, mil e quinhentos núcleos para apoiar a atuação das ESF - os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).



O Mais Saúde possibilitará que as ESF cheguem às escolas, permitindo a melhoria da capacidade de aprendizagem dos alunos e acesso a exames clínicos, odontológicos e oftalmológicos, além do trabalho de educação para a saúde sexual reprodutiva e prevenção de gravidez na adolescência, dentre outros. O Mais Saúde prevê recursos e ações destinados para a saúde mental, bucal, dos idosos, da mulher, da população indígena, de assentamentos e de comunidades quilombolas.

Para esta edição, a Revista Brasileira Saúde da Família destacou assuntos e localidades que já estão em processo de aceleração rumo ao desenvolvimento dessas e outras ações prescritas pelo Mais Saúde.

As várias ações de saúde, desenvolvidas das mais diversas formas nas escolas brasileiras há anos, mostram que a necessidade de integração entre saúde e educação não está superada. Talvez, o que profissionais e gestores não tenham identificado ainda, é a melhor forma de fazê-lo – o que vai depender muito do incentivo dos gestores e de cada realidade local.

Equipes Saúde da Família e Educação: juntas pela promoção da saúde



Para o Secretário de Saúde de Fortaleza, Luiz Odorico, saúde e educação sempre estiveram juntas.

Para o secretário de saúde de Fortaleza, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, essa integração saúde/escola é antiga “durante mais de dez anos era Ministério da Saúde e Educação, mas o que visualizamos hoje é um novo contexto dessa integração”.

Fortaleza já vem, há algum tempo, concebendo a idéia das Escolas Promotoras de Saúde (EPS) onde o espaço da escola é visto como um espaço coletivo e sistêmico de abordagem das ações de saúde “e pode ter várias influências na melhoria da qualidade de vida da população”, diz o secretário Odorico.

Do ponto de vista dos alunos, dos professores, da estrutura física que a escola ocupa, do espaço social que ela representa numa comunidade esta integração da saúde com a educação é fundamental. “Do outro lado, os equipamentos de saúde são equipamentos importantes na comunidade e se você integra esses dois equipamentos importantes na vida da comunidade, você potencializa essa intervenção”. Para Odorico, o aumento dessa integração ainda é um grande desafio nas áreas de saúde e educação.

O secretário de saúde lembra que a própria escola, como espaço coletivo, é um espaço de intervenção em saúde, “desde a necessidade de você ter uma escovação sistemática, um escovódromo e observações na



Teatro com fantoches feito pelos alunos.

parte oftalmológica, auditiva, odontológica e outras”. Ou seja, tem de ter um suporte nas escolas também do ponto de vista da saúde, sob a ótica curativa e preventiva, de forma que construa uma integridade.

A assessora técnica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza, Regiane Rezende, lembra que essa integração deve levar em conta “como trabalhar para além da visão biomédica?”, e responde, “conhecendo a realidade das pessoas. Não basta ensinar a comer bem, preciso saber se aquela pessoa tem o que comer. Devemos ter uma participação cidadã, de forma a promover o empoderamento dos cidadãos”. Regiane Rezende lembra que não

basta trabalhar a escola, mas o território no qual ela está inserida.

Regiane fala, também, da importância da participação da saúde de forma harmônica, “a forma da saúde participar do processo sem ser invasora, utilitária ou descontextualizada é cuidando não só da doença, mas mobilizando outros setores, participando no dia-a-dia da gestão intersetorial, pensando como um todo”.

Além disso, há a possibilidade do fortalecimento do protagonismo da juventude, dos professores, do espaço do território da comunidade, como aliados importantes nas soluções dos problemas comunitários. A idéia é fazer com que a escola contribua para incentivar o protagonismo das ações de saúde na sua comuni-

dade “e que a relação da saúde com a educação não seja aquela relação de transmissão de conhecimento, higienista. Essa ação deve ir além de dizer que precisa lavar as mãos, cortar o cabelo, as unhas etc., ela vai na perspectiva de fortalecer o protagonismo do cidadão, do aluno”, diz o secretário de Fortaleza. Odorico completa, afirmando que essa construção deve ser coletiva, “não se trata de ir à escola dizer o que as pessoas devem ou não fazer”.

Sobre isso, a também assessora técnica da SMS de Fortaleza, Juliana de Braga Paula ressalta que geralmente a saúde cria uma série de agendas e faz com que a educação dê conta delas, “a escola fica estressada e os projetos com efetividade mínima”.

“Se conseguirmos fazer com que metade das escolas dialoguem com as ESF teremos um efeito borboleta inimaginável”.

Juliana de Braga Paula, assessora técnica da SMS de Fortaleza.

Em Fortaleza, as escolas promovem saúde

Para Juliana, a escola é um espaço de construção do sujeito muito peculiar porque tem o aluno e pode trabalhar com a visão de respeito ao outro, de ambiente, de recursos humanos, “as atividades acabam mexendo com professores e famílias com grande capilaridade, mas para desenvolver os trabalhos é preciso que haja abertura na comunidade e adaptação da linguagem”. Juliana lembra que trabalhos de integração já foram e são feitos em muitos Estados e Municípios, “mas em Fortaleza não queríamos que fosse um projeto vertical, sem discussão. Queríamos integrar ações que já estavam inseridas na escola, bem como seus atores para discussões, e daí traçar uma estratégia para adequar as demandas das duas áreas”.

Juliana conta, ainda, que o processo deveria se efetivar por duas frentes: gestão e técnica, sendo que as áreas técnicas da saúde e da educação de-

veriam se reunir uma vez por mês, “mas o projeto precisava de sustentabilidade. As Unidades de Saúde, as Equipes Saúde da Família devem dialogar diretamente com a escola e para isso começamos a pensar em diversas estratégias, como o Grupo de Trabalho (GT), Ciranda na Escola e outros”. Mas Juliana destaca que não adiantava colocar a escola para conversar diretamente com as Equipes Saúde da Família (ESF) sem dar estrutura para que os projetos acontecessem.

As escolas e as ESF começaram a discutir as ações integradas, e para isso foi criada, também, uma tabela de monitoramento das ações para acompanhamento e observação. “Observamos que estávamos focados em termos e temas específicos e nos perguntamos - porque não abrir?” As estratégias consistem em arranjos para conseguir a interação desses grupos, “se conseguirmos



As assessoras técnicas da SMS de Fortaleza Juliana Braga e Regiane Rezende militam pela integração das agendas da saúde e educação, “sem que um sobrecarregue o outro”.

mos fazer com que metade das escolas dialoguem com as ESF teremos um efeito borboleta inimaginável”. Uma das estratégias utilizadas para aproximar saúde e educação foi o GT de Promoção da Saúde.

Regional VI opta por criação de Grupo de Trabalho

O GT de Promoção da Saúde foi uma das estratégias encontradas pela Regional VI de Fortaleza para unir os projetos das áreas da saúde e educação. Segundo o preceptor de territórios da Regional, André Façanha, após uma oficina sobre as Escolas Promotoras de Saúde de Fortaleza, cada dupla ficou encarregada de conhecer as potencialidades e limites de seus territórios; o primeiro passo foi a realização de uma reunião com os distritos de saúde e educação que compunham a regional, “como era novidade, fomos descobrindo muita coisa ao longo do processo. Mas para facilitar, definimos alguns critérios como trabalhar em territórios com índices consideráveis de violência, gravidez na adolescência etc. e fizemos uma pactuação com o território de



educação”. Depois de levantados esses territórios, a dupla procurou conhecer seus indicadores, agravos e potencialidades.

André cita o exemplo do Bairro Tancredo Neves que, na época, era desprovido de projetos governamentais e se configurava como situação limite para todos os agravos em questão, “fizemos diversas parcerias com departamentos governamentais e não-governamentais. Lá, além de articuladores, éramos realizadores e nisso o processo foi aumentando e somaram-se outros dois territórios”. Atualmente, o GT de Promoção da Saúde é responsável por quatro escolas e quatro Unidades Básicas de Saúde e procura, fundamentalmente, criar vínculos, estabelecer-se como um espaço para disseminar e fortalecer a formação e a reflexão, “somos um espaço para as pessoas se encontrarem, para discutirem as questões de saúde e as questões coletivas”. O que, para André Façanha, é o grande desafio: “criar uma agenda comum com vínculos reais para reflexão e mais ação em cima de interesses comuns é muito difícil, pois as pessoas preferem estar na sua zona de conforto. Às vezes as pessoas olham mais para os limites que para as potencialidades”.

Outro aspecto positivo do Grupo de Trabalho está no fortalecimento intersetorial e na possibilidade de despertar a discussão, “saber o que educação e Saúde da Família estão fazendo”.

Mas o GT de Promoção da Saúde foi a solução encontrada pela Regional VI. Após a identificação da situação li-



Para o preceptor de territórios André Façanha, as atividades que são feitas em conjunto com os alunos e por eles são mais produtivas. Na foto, estudantes ensinam a colocar preservativo.

mite do território, cada Regional tem autonomia para o estabelecimento de vínculos e estratégias que mantenham o trabalho ativo em sua área, ou seja, cada Regional tem a sua dinâmica, até porque, cada uma tem uma realidade distinta.

Apesar de algumas escolas e ESF participarem mais e outras menos, André avalia que o trabalho tem dado certo, “só de fazer com que se encontrem é um grande passo, antes eles não se encontravam e agora estão pelo menos pensando em fazê-lo. Nosso papel é não deixar a chama se apagar: chegar aos diretores, nas ESF, coordenadores, orientadores, enfermeiros e agentes de saúde para fortalecer as ações”. Para ele, é preciso ser criativo e pensar em estratégias para que todos os envolvidos se sintam úteis, além disso, o momento do planejamento é fundamental, “queremos fazer esse momento de planejamento entre escola e unidade de saúde, um único momento”.

“Somos um espaço para as pessoas se encontrarem, para discutirem as questões de saúde e as questões coletivas. Criar uma agenda comum com vínculos reais para reflexão e mais ação em cima de interesses comuns é muito difícil, pois as pessoas preferem estar na sua zona de conforto. Às vezes elas olham mais para os limites que para as potencialidades”.

André Façanha, preceptor de territórios da Regional VI da SMS de Fortaleza

O diretor-adjunto da Escola Anísio Teixeira, professor Helon Bezerra, durante atividade na semana do Carnaval.

Uma das escolas que fazem parte da Regional VI está localizada na comunidade do Itamaraty, no bairro Taupina. Lá, a Escola Anísio Teixeira desenvolve atividades constantes e troca saberes com a ESF.

O diretor-adjunto da escola, Helon Bezerra Moreira, conta que o primeiro passo antes de começarem a desenvolver determinados temas com os alunos foi comunicar o projeto aos pais, inclusive com os temas que seriam abordados, “dessa forma eles já sabiam que seus adolescentes iam falar sobre sexualidade na escola, por exemplo”.

Após três eventos realizados – dois em 2007 e um em 2008 – Helon considera que a escola esteja em seu projeto-piloto: “pegamos uma turma de 30 alunos para ter noção do que e como fazer, e fomos fazendo. No primeiro encontro, sobre sexualidade, não contávamos com praticamente nenhum grande recurso, apenas bonecos de EVA. Mas o maior recurso são os próprios alunos”.

O diretor-adjunto acredita que a iniciativa, tomada pela ESF, seja um sucesso e diz que os alunos das outras



turmas já foram solicitar a atividade em suas salas e há o projeto de abrir para a comunidade, “mas para isso precisamos de mais estrutura. Acho que a nossa maior dificuldade somos nós mesmos: suporte pedagógico, dinâmica etc.”

Com o objetivo de fortalecer ainda mais as ações, a Secretaria de Saúde de Fortaleza desenvolveu a dinâmica de implantar, naquele território que já iniciou o processo de integração saúde/escola, a preceptoria em Saúde da Família, na qual os residentes poderão participar não só das atividades ligadas às Equipes Saúde da Família no espaço das UBS, mas também nos espaços das escolas.

Caio Garcia Correia Sá Cavalcanti faz parte da Liga de Saúde da Família de Fortaleza, que está elaborando um plano de trabalho para fortalecer a parceria existente e articular a escola como equipamento social. “A saúde não é produzida só no espaço do serviço, mas em todo o espaço social e é na escola que a gente produz saúde”, diz.

O preceptor de territórios, André Façanha, lembra que para que o processo de trabalho complete seu ciclo é importante contar com forte parceria intersetorial, “pois esses parceiros ajudam também a disseminar as idéias”.

O primeiro evento realizado na Escola Anísio Teixeira permitiu que os alunos montassem corpos feminino e masculino. Ao fundo, a enfermeira da UBS/SF, Dulce, que encontrou uma forma lúdica e econômica para falar de sexualidade.



“A saúde não é só produzida no espaço do serviço, mas em todo o espaço social e é também na escola que a gente produz saúde”.

Caio Garcia Correia Sá Cavalcanti, Liga de Saúde da Família.

Ciranda na Escola

Não há como falar de educação em saúde em Fortaleza, sem mencionar as Cirandas da Vida. Já citada em outros números da *Revista Brasileira Saúde da Família*, o Cirandas da Vida une arte, educação popular e saúde e foi estruturado pela Secretaria Municipal de Saúde para estimular a participação da comunidade e fortalecer os espaços de controle social. O projeto se baseia na promoção à vida, inclusão das práticas populares de cuidado e utilização das práticas culturais como estratégia de promoção da saúde.

Vera Dantas, médica e educadora, conta que os primeiros encontros da Ciranda aconteciam exatamente nas escolas, “e agora usamos lonas de circo, e isso porque até naquelas comunidades sem qualquer equipamento social, a população se identifica com os circos e com as escolas”.

Vera justifica que sempre puderam contar com a escola e por trabalharem com crianças e jovens, freqüentadores ou não da escola, ouviam que as formas de se trabalhar saúde eram “chatas”. Foi então que começaram a pensar em outra forma de passar esse conhecimento “e através da música, do teatro, da arte em geral, passamos a trabalhar as situações-limite dentro da escola e com a participação e produção dos próprios alunos”.

O grupo percebeu então, que contava com um grande percentual de jovens com capacidade para atuar e contar as histórias que vivenciavam e a partir disso apresentou uma proposta “se temos jovens artistas dessa comunidade que tem uma arte e tem um potencial para atuar como facilitadores de processos pedagógicos porque não desenvolvemos isso dentro da escola, porque não discutir a violência com arte?”. Assim, esses jovens artistas da comunidade seriam os facilitadores do processo.

Mas além da problemática da violência, a educação questionou haver outros temas também importantes e como fazer para incorporá-los ao projeto pedagógico da escola e se haveria uma forma de superar a violência sem, necessariamente, falar dela. Juntando as propostas de vários grupos surgiu, então, a Ciranda na Escola. Vera Dantas conta o início do trabalho: “o grupo Fortaleza de Paz indicou os locais onde a violência já era um problema e trabalhamos em três escolas de cada região; daí a Ciranda discutiu o projeto político-pedagógico, envolvendo a história da escola e levantando as situações limites e ofertou as possibilidades de linguagens como teatro, música etc. que sabíamos que poderia potencializar as ações”.

A partir dessa ação e durante quatro meses, a Ciranda ofertaria três linguagens em horários específicos, nos três turnos, e dessa oficina sairia um espetáculo/produto artístico/projeto para ser apresentado na escola e na comunidade, “mesmo não tendo recurso para dar andamento ao projeto, nós mapeamos as pessoas nas Regionais com potencial e começamos a fazer o processo formativo. Fizemos cinco encontros bastante interessantes e fomos descobrir o que cada um entendia por educação e como a arte se expressa na escola. Esperávamos ter o recurso para pagar uma bolsa para os meninos darem

a oficina dentro da escola e trabalhar com mais gente em mais lugares, mas enquanto não dá vamos trabalhar nas 18 escolas com um oficinairo, com pessoas que sabemos que têm maior potencial e com ‘coisas’ que ‘rendem”.

O mobilizador social e cirandeiro Johnson Soares ao iniciar aproximação com a Escola Municipal Herondina Lima Cavalcante se deparou com um cenário onde a gestão é articulada com os alunos e desenvolve atividades como a produção de uma rádio-escola, horta com plantas medicinais, dentre outras.

Na rádio, que tem desde a produção até a apresentação feita pelos alunos, além de música e temas diversos

“Se temos jovens artistas dessa comunidade que têm uma arte e um potencial para atuar como facilitadores de processos pedagógicos porque não desenvolvemos isso dentro da escola, porque não discutir a violência com arte?”.

Vera Dantas, médica e educadora





Caio Sá e Johnson Soares conduzem a dinâmica na Escola Herondina Lima Cavalcante.

“A escola tem a criança ‘24 horas’ e lida com a saúde mais que a própria saúde, nós lidamos com a doença. Meu sonho é que todas as UBS tenham contato com as escolas e que o ensino contemple a transversalidade”.

Juliana Braga

“Precisamos de uma política pública permanente e a partir do momento que os Ministérios da Saúde e Educação se articulam nacionalmente para a construção de uma política de saúde na escola e essa articulação é feita com os governadores e prefeitos a gente consegue fortalecer esse espaço”.

Luiz Odorico Monteiro de Andrade, secretário de saúde de Fortaleza

são passadas dicas de saúde. “Da horta, além de hortaliças, verduras e legumes tiramos plantas como alecrim-pimenta, que pode ser transformado em mercúrio, já que é um poderoso anti-séptico”, conta a vice-diretora Adriana Lúcia Araújo.

A semana pedagógica foi comprometida pela greve, que estendeu o ano letivo de 2007 até este mês de março de 2008, “mas vamos procurar contemplar as ações de saúde e a parceria com a ESF”. Johnson conta que a aproximação já realizada permitiu que fosse feita uma consulta com os líderes de sala e a comunidade sobre a aproximação da ESF, Johnson Soares diz que entre escola e educação deve haver uma troca constante e que “a experiência da escola tem muito o que ensinar às ESF e vice-versa”.

Vera Dantas diz querer *polimizar* – no sentido de pólen – a arte como um espaço não somente de discussão, mas de produção, “um grupo de alunos criou um roteiro e produziu um vídeo sobre DST e Aids. E eles não estão fazendo isso para ganhar recursos do governo, estão criando”. Para a educadora, as crianças poderiam se reencantar cotidianamente, “os professores podiam se aposentar encantados, pois enquanto o profissional só pensa em ganhar dinheiro e não em se reinventar é porque não conse-

guimos encantá-lo”. Segundo Vera, as Círculos são a possibilidade de estar se reencontrando com a vida, na escola, na comunidade, na unidade de saúde.

Para a assessora técnica da SMS, Juliana Braga, a escola tem a criança “24 horas” e lida com a saúde mais que a própria saúde, “nós lidamos com a doença. Nosso objetivo é que todas as UBS tenham contato com as escolas e que a partir desses encontros, práticas de educação em saúde e educação sejam transformadoras”.

Juliana lembra que ao se construir uma política pública, deve-se considerar que mais saúde e mais educação promovem equidade. O serviço de saúde deve trabalhar mais na promoção da saúde articulado ao tratamento da doença não somente pelo alto custo, mas principalmente pela qualidade de vida”.

Sobre o Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que estimula o PSE em todos os municípios, especificamente os que têm estratégia Saúde da Família implantados, Juliana diz que a grande questão da promoção da saúde na SF é a autonomia, não só individual “mas de poder garantir isso ao usuário. Seja por meio da linguagem ou questões de acessibilidade, e a escola é o espaço para estímulos à autonomia”.

O **Programa Saúde na Escola (PSE)**, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação com o objetivo de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos e alunas da rede pública de ensino, constituindo-se em uma política contínua e sustentada de articulação e integração entre as ações desenvolvidas nas escolas e nas Unidades Básicas de Saúde, em especial aquelas organizadas por meio da estratégia Saúde da Família.


São objetivos do PSE:

- promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três esferas de governo.

O Programa Saúde na Escola será implementado com a participação dos diversos atores sociais nas escolas, Unidades Básicas de Saúde, Equipes Saúde da Família, governos, sistemas de ensino, famílias, organizações não-governamentais e sociedade civil e tem como principal objetivo promover a articulação no campo da saúde e da educação, sendo imprescindível considerar as especificidades locais e regionais, os aspectos da saúde relativos a gênero, orientação sexual, raça, cor, etnia, condição social e/ou físico-mental.

Caberá às competências compartilhadas entre Secretarias de Saúde e Educação dos Estados e municípios definir conjuntamente as escolas federais, estaduais e municipais que serão atendidas no âmbito do PSE, considerando os territórios de abrangência das Unidades Básicas de Saúde e o número de Equipes Saúde da Família implantadas.

O apoio dos gestores da área de educação e saúde, estaduais e municipais, é fundamental, uma vez que se trata de um processo de adesão que visa à melhoria da qualidade da educação e saúde dos cidadãos, que se dará à luz dos compromissos e pactos estabelecidos em ambos os setores. A adesão ao PSE é facultada a todos os municípios do país que tiverem a estratégia Saúde da Família implantada de acordo com os preceitos da PNAB.

Medidas Mais Saúde	Metas
 <p>Implementar o Programa de Saúde nas Escolas em articulação com o Ministério da Educação beneficiando pelo menos 26 milhões de alunos de escolas públicas.</p>	<p>Implantar incentivo financeiro de R\$ 7.800 equipe/ano para Equipes Saúde da Família para realizar avaliação clínica, avaliação nutricional, detecção precoce de hipertensão arterial, avaliação de saúde bucal e avaliação psicossocial em 17.472.000 alunos de escolas públicas, até 2011.</p> <p>Realizar consulta oftalmológica com cerca de 30% dos alunos da rede pública de ensino (ou 4,3 milhões de alunos ao ano) no Programa Olhar Brasil ao custo de R\$ 14,29/consulta.</p> <p>Fornecer 1.682.000 óculos no Programa Olhar Brasil ao custo médio de R\$ 15,55.</p> <p>Realizar 1.630.381 consultas com otorrinolaringologista ao custo unitário de R\$ 7,55.</p> <p>Realizar 1.630.381 avaliações audiológicas ao custo unitário de R\$ 30,00.</p> <p>Fornecer 78.053 próteses auditivas ao custo unitário de R\$ 775,00.</p> <p>Fornecer 180.000 próteses auditivas bilaterais ao custo unitário de R\$ 750,00.</p> <p>Promover atividade física e incentivar hábitos de alimentação saudável nas escolas ao menos uma vez por ano, por Equipes Saúde da Família, em 3.500 municípios.</p> <p>Promover educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção de gravidez precoce e de DST em 74.890 escolas de 3.500 municípios, para alunos do ensino técnico, médio e fundamental mediante a realização de oficinas e distribuição de kits.</p> <p>Promover educação para prevenção do uso do álcool, tabaco e outras drogas em 56.550 escolas de 3.500 municípios, para alunos do ensino técnico, médio e fundamental mediante a realização de oficinas e distribuição de material instrucional.</p>

Ações em Aratuba garantem sete anos sem mortalidade materna

A pouco mais de 100 quilômetros da capital cearense, a pequena Aratuba fica no alto da serra do maciço do Baturité. Lá, a população conta com 100% de cobertura da estratégia Saúde da Família - fator que, com certeza, contribui para que a cidade esteja há anos sem morte materna.

A cidade tem 13.690 habitantes e seis Equipes Saúde da Família (ESF) altamente comprometidas, motivo pelo qual é possível fazer o acompanhamento sistemático das mulheres, desenvolvendo campanhas sem abrir mão do atendimento diário.

Para a enfermeira e secretária de saúde, Olímpia Azevedo, a atitude dos profissionais de saúde foi fundamental para que Aratuba estivesse, desde 2001, sem registro de mortalidade materna decorrente de parto, "isso porque temos o empenho dos nossos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vigilantes durante as visitas e a atuação dos outros profissionais quando essas mulheres chegam à Unidade Básica de Saúde. Lamentamos, ainda, a perda de uma jovem, mas que já chegou a Aratuba com uma gravidez de risco bastante avançada".

Ainda em 1997, um problema enfrentado pela Secretaria de Saúde era a alta rotatividade de médicos, o que gera a descontinuidade e compromete o tratamento. "Precisávamos, também, mostrar a nossa comunidade a nova dinâmica de atendimento prevista pela Saúde da Família e para isso nossos profissionais se transformaram em atores e rodamos todo o município apresentando peças teatrais que retratavam a forma tradicional e clientelista de atendimento e a nova forma com foco na integralidade de atenção com promoção e prevenção da saúde. Pois para o povo, prevenção era só com os ACS".





A Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família Mundo Novo é uma das situadas na Zona Rural de Aratuba.

O "NASF" regional

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituído pela Portaria 154, de 2008, prevê a formação de equipes de profissionais que também trabalham com a promoção e prevenção da saúde, desenvolvendo o trabalho de forma compartilhada com as Equipes de Saúde da Família. O NASF possibilita a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe

de Atenção Básica/Saúde da Família.

"Começamos o nosso NASF nessa época apenas com o ginecologista e a pediatra, mas com recursos próprios. Esta ação do Ministério da Saúde de destinar recursos para a formação de equipes mais completas vai aumentar ainda mais as respostas e a assistência que podemos dar a nossa população", comemora a secretária.

Outro diferencial adotado em Aratuba é a existência de unidades de apoio. A uma distância média de quatro quilômetros das Unidades Básicas/Saúde da Família situadas na zona rural, as unidades recebem as ESF uma

vez por semana para atender à população das redondezas, "assim, eliminamos ainda mais as distâncias".

Segundo a secretária, o Conselho Municipal de Saúde é bastante atuante e além de ajudar na tomada de decisões, compartilha problemas e soluções, "temos problemas ainda na atenção secundária e terciária e para minimizá-los jogamos com a arma da prevenção e valorização constante dos profissionais; nossos agentes fazem capacitação mensal e a ginecologista, que como tantos outros é concursada, capacita também as ESF".

"Esta ação do Ministério da Saúde, de destinar recursos para a formação de equipes mais completas, vai aumentar ainda mais as respostas e a assistência que podemos dar a nossa população".

Olímpia Azevedo, secretária de saúde de Aratuba

Atendimento à mulher: rotina aliada à campanhas

Olímpia Azevedo conta que o trabalho inicial do acompanhamento às mulheres é feito pelos Agentes Comunitários de Saúde, "já que eles, na ponta, incentivam e ficam de olho em nossas mulheres". A parceria com a educação também é fundamental para os trabalhos de sexualidade com os jovens.

Em Aratuba, os exames de prevenção são feitos pela enfermeira das equipes, os resultados entregues pelo médico e a seqüência do tratamento, quando necessário fica a cargo do ginecologista. A enfermeira Lousiana Bandeira Veras fala um pouco da sua rotina: "tentamos detectar precocemente doenças como câncer de colo de útero e mama. Além de ensinar a fazer o auto-exame, atuamos no convencimento da necessidade do exame papanicolau. Mas as mulheres daqui ainda falam claramente que não gostam de fazer e as adolescentes têm vergonha. Nossa principal dificuldade é quebrar essa barreira cultural".

Outro aspecto que conta com a persistência das ESF refere-se ao planejamento familiar, "conversamos constantemente e não falta orientação. Mas não desistimos e agora estamos combinando um trabalho junto às escolas". Segundo Lousiana, o maior problema ainda está entre os



adolescentes e jovens, "eles não acreditam que pode acontecer com eles.

Com as gestantes, além do pré-natal é realizada uma reunião mensal, "há sete meses estamos fazendo palestras com temas específicos, na quinta-feira à tarde. Com o tempo conseguimos garantir a assiduidade das mulheres", conta Lousiana, que acredita que em cidades menores esse tipo de trabalho é facilitado, "conhecemos todos e assim é mais fácil certificar-se da presença. Não há motivos para que os profissionais de saúde, principalmente dessas cidades, não façam o acompanhamento de suas mulheres".

Dona Creusa é uma das beneficiadas com a chegada da estratégia Saúde da Família. Com quatro filhos, sendo que a mais velha tem 18 e o mais novo 7 anos, mesmo morando na zona rural teve o



acompanhamento em todo o pré-natal, "se comparar com a primeira gravidez, agora ficou muito melhor. Temos atendimento perto e até dentro de casa".

Lousiana conta, também, que as gravidezes de risco são acompanhadas de perto pela ginecologista Carla e os ACS desenvolvem um papel essencial, "eles trabalham bem, realmente buscam".

A cidade fica no maciço do Baturité, na serra cearense.



"Conhecemos todos e assim é mais fácil cobrar a presença. Não há motivos para que os profissionais de saúde, principalmente dessas cidades menores, não façam o acompanhamento de suas mulheres".

Lousiana Bandeira Veras, enfermeira

Medidas Mais Saúde	Metas
Expandir as ações de planejamento familiar	<p>Ampliar a compra e distribuição de métodos contraceptivos (anticoncepcionais orais e injetáveis; DIU; diafragma; preservativos) e anticoncepção de emergência, garantindo a cobertura de mais 10 milhões de mulheres em idade fértil, totalizando 21 milhões de mulheres atendidas pelo SUS, até 2011, ao custo médio de R\$ 21 mulher/ano.</p> <p>Ampliar a distribuição de contraceptivos através da expansão da rede do Programa Farmácia Popular do Brasil e o Programa Aqui Tem Farmácia Popular, até 2011. Recurso total de R\$ 237.057.405</p> <p>Ampliar a quantidade de vasectomias realizadas passando de 20 mil/ano para 31 mil em 2008 e aumentar em 20% ao ano até 2011, ao custo de R\$ 219 por procedimento.</p> <p>Ampliar a quantidade de laqueaduras realizadas passando de 50 mil/ano para 51 mil em 2008 e aumento de 10% ao ano até 2011, ao custo de R\$ 266 por procedimento.</p> <p>Qualificar 1.300 profissionais (médicos e enfermeiros) em 500 maternidades de referência no País, até 2011, para garantir orientação adequada sobre Planejamento Familiar imediatamente após o parto, ao custo médio de R\$ 800 por profissional.</p> <p>Produzir 6,52 milhões de cartilhas, até 2011, ao custo médio de R\$ 0,15 por unidade, sobre direitos sexuais e reprodutivos e métodos anticoncepcionais para usuários(as), adolescentes, adultos e profissionais de saúde da atenção básica.</p> <p>Implantar Centros de Reprodução Assistida em 5 universidades, até 2011.</p>
Apoiar os compromissos firmados com gestores e sociedade civil para redução da mortalidade materna e neonatal em pelo menos 5% ao ano.	<p>Qualificar 2.000 profissionais por ano que atuam nas urgências e emergências nas 500 maternidades (mais de 20 partos por dia) nos 78 municípios prioritários com mais de 100 mil habitantes, ao custo de R\$ 800 por profissional, até 2011.</p> <p>Apoiar a organização da vigilância epidemiológica da morte materna por meio da implantação e ampliação de comitês de morte materna e qualificação de seus membros, ampliando de 748 para 1.000 municípios, até 2011.</p> <p>Ampliar a rede de atenção a mulheres e adolescentes em situação de violência, passando de 138 para 275 municípios com mais de 100 mil habitantes, até 2011.</p> <p>Criar um centro de qualificação de profissionais, por região, para atendimento às urgências e emergências obstétricas e neonatais, até 2011.</p>
Ampliar a oferta e o acesso a serviços da rede nacional de atenção especializada ambulatorial e hospitalar de forma descentralizada e regionalizada	<p>Ampliar o acesso e qualificar os procedimentos diagnósticos e terapêuticos para o controle dos cânceres do colo do útero (exames citopatológicos), ampliando a cobertura de 35% para 50%, e da mama (mamografias), ampliando a cobertura para 60%, até 2011.</p>
Implementar o Programa de Saúde nas Escolas em articulação com o Ministério da Educação beneficiando pelo menos 26 milhões de alunos de escolas públicas.	<p>Promover educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção de gravidez precoce e de DST em 74.890 escolas de 3.500 municípios, para alunos do ensino técnico, médio e fundamental mediante a realização de oficinas e distribuição de kits.</p>

A partir do Pacto pela Saúde, lançado em fevereiro de 2006, o Sistema Único de Saúde (SUS) assumiu vários compromissos perante a sociedade, sendo um deles o de priorizar a saúde da pessoa idosa. O lançamento da Política Nacional da Pessoa Idosa e a instituição da Internação Domiciliar no âmbito do SUS, Portarias nº. 2.528/06 e 2.529/06, respectivamente, vieram reforçar essa orientação.

A confecção e adoção da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa caracteriza-se como uma das primeiras ações a serem implementadas é um instrumento objetivo e eficaz no sentido de orientar o idoso em sua frequência às Unidades Básicas de Saúde.

O que faz com que o Estado do Acre se destaque neste contexto é o pioneirismo.

Acre é o primeiro Estado a utilizar a Caderneta do Idoso

"Sou acriano e tenho raízes aqui, por isso, espero fazer diferença na saúde dessas pessoas e acredito que a Saúde da Família tem condições de proporcionar prevenção e qualidade de vida".

*Luiz Carlos Barchik Jares,
médico residente*

Para a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o Estado desenvolveu um amplo projeto de capacitação dos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos – no que se refere ao preenchimento e interpretação dos dados da caderneta.

Atualmente, dos 22 municípios do Estado, 12 já contam com Equipes Saúde da Família (ESF) devidamente treinadas e com a Caderneta já em uso pelos idosos adscritos.

É o caso da Unidade de Saúde da Família Jardim Primavera, localizado na capital, Rio Branco. Leonardo Costa de Souza, médico da unidade, coloca que todos dos idosos atendidos fazem uso da Caderneta. Para o médico, "a utilização deste instrumento torna mais ágil o atendimento e a consulta mais confortável para o paciente".

A UBS/SF Jardim Primavera constitui-se numa Unidade-Modelo, recebendo, assim, alunos da residência médica. Caio Affonso Neto, residente em medicina, está realizando uma pesquisa junto ao público idoso e para isso utiliza a Caderneta como valioso instrumento, "com os dados obtidos com



Na foto, da esquerda para a direita, o médico da UBS/SF Jardim Primavera, Leonardo Costa de Souza e os residentes em Medicina da Família e Comunidade Luiz Carlos Barchik Jares e Caio Affonso Neto. Contrariando as estatísticas que indicam a dificuldade de fixar profissionais nos Estados do Norte, Luiz Carlos pretende atuar no seu Estado, "sou acriano e tenho raízes aqui, por isso, espero fazer diferença na saúde dessas pessoas e acredito que a Saúde da Família tem condições de proporcionar prevenção e qualidade de vida".



a Caderneta para fazer a triagem das pessoas pesquisadas”, coloca. A pesquisa de Caio, sobre a hipertensão na população idosa, ainda não está fechada, mas já aponta dados interessantes, “dos 93 idosos que possuem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em mãos, já entrevistei 50 atendidos por essa unidade e constatei que destes, 70% apresentam Hipertensão Arterial. Além do número alto, o que me chamou a atenção foi a quantidade de idosos que sequer sabia ter pressão alta”. Além da Caderneta, Caio utiliza outras ferramentas como questionário, histórico etc.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um instrumento criado pelo Ministério da Saúde para acompanhar todos os idosos atendidos pelo SUS.

Na caderneta são anotados todos os procedimentos realizados pelos profissionais de saúde e todas as consultas, as queixas de saúde do idoso e medicamentos utilizados. Enfim, faz um histórico do portador e ainda tem espaço para anotação de informações importantes como número e data de internações por qual tenha passado, ocorrência de quedas (informação de extrema importância para quem lida com idosos) e alergias.

A caderneta traz, ainda, telefones que podem ser úteis ao idoso, como, Bombeiros, Disque-Saúde, SAMU, entre outros.

A Caderneta é um instrumento de orientação às ESF e deve ser sempre cobrada dos idosos e seus familiares.





Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde e Saneamento
Secretaria Adjunta de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
Divisão de Saúde do Idoso

CADASTRO DA PESSOA IDOSA	
Unidade de Saúde:.....	Data:.....
1. Dados Pessoais:	
2. Nome:.....	Apelido:.....
3. Telefone de casa ou celular:.....	Tel. de um familiar:.....
4. Data de Nascimento:...../...../.....	Idade (anos):..... Sexo: (1) M (2) F
5. Endereço:.....	Nº..... Bairro:.....
Ponto de Referência:.....	
6. Religião: (1) Católica; (2) Evangélica; (3) Espírita; (4) Não tem religião; (5) Outras.	
7. Estado Civil: (1) Casado; (2) Viúvo; (3) Separado; (4) União Estável; (5) Outros.	
8. Situação Familiar: (1) Morando; (2) Com parentes; (3) Outros;	
9. Número de pessoas residentes na casa:.....	
10. Sua moradia é: (1) Própria; (2) Alugada; (3) Familiares; (4) Amigos; (5) Outros	
11. Nível de Escolaridade: Tempo de estudo em anos:..... Deseja retomar aos estudos? (1) Não (2) Sim	
12. Condições de Saúde:	
12.1 Tem algum problema de saúde:	
(1) Cardiopatia; (2) Bronquite; (3) Diabetes; (4) Hipertensão Arterial	
(5) Osteoporose; (6) Gastrite; (7) Artrose; (8) Coluna; (9) Reumatismo	
(10) TB; (11) Audição; (12) Visão; (13) Infec. urinária;	
(14) Incontinência urinária; (15) Incontinência fecal; (16) Obesidade;	
(17) Depressão; (18) Distúrbio de Sono;	
Outros:.....	
12.2- Saúde auto-referida: Em geral você diria que sua saúde é:	
(1) Muito Boa; (2) Boa; (3) Regular; (4) Ruim; (5) Muito Ruim	
12.3- Faz uso de medicamentos diários: (1) Não; (2) Sim. Quantos medicamentos DIFERENTES usa por dia?.....	
12.4 Tabagismo: (1) Nunca fumou; (2) Ex-fumante; (3) Fumante. Quantos cigarros por dia?..... Quanto tempo em anos?.....	
12.5- Consome bebida alcoólica? (1) Não; (2) Sim	
12.5.1- Qual tipo? (1) Cerveja; (2) cachaça; (3) vodka; (4) vinho; (5) outros.	
12.5.2 Quanto tempo de consumo (anos)?.....	
12.5.3 Você já tentou cortar ou diminuir a bebida? (1) Não; (2) Sim	
12.5.4 Você já ficou incomodado ou irritado com outros por criticarem seu jeito de beber? (1) Não; (2) Sim	
12.5.5 Você já se sentiu culpado por seu jeito de beber? (1) Não; (2) Sim	
12.5.6 Você já teve que beber pra aliviar os nervos ou reduzir os efeitos de uma ressaca? (1) Não; (2) Sim	
12.6 Prática de atividade física?	
(1) Sedentário; (2) Irregular; (3) Regular- 1 hr 3x na semana; (4) Acamado	
Quanto tempo (em anos)?.....	
12.7. Tomou vacina contra influenza no último ano? (1) Não; (2) Sim	
12.8 Esteve hospitalizado no último ano? (1) Não; (2) Sim. Quantas vezes?.....	
12.9. Teve quedas no último ano? (1) Não; (2) Sim. Quantas vezes?.....	
12.9.1 Onde ocorreu com mais frequência: (1) Casa; (2) Rua; (3) Outros.....	
12.10 Acuidade visual: Faz uso de óculos? (1) Não; (2) Sim;	
12.11. Acuidade auditiva: Teste do sussurro:	
Ouvido direito: (1) negativo; (2) positivo	
Ouvido esquerdo: (1) negativo; (2) positivo	
13. Trabalho e renda:	
13.1- Renda familiar em salários mínimos:.....	
Renda pessoal em salários mínimos:.....	
Exerce atividade remunerada: (1) Não; (2) Sim; Qual:	
É: (1) aposentado; (2) Pensionista; (3) Benefício de Prestação; (4) acumulada;	
(5) Não tem renda.	
14. Quando tem problemas com quem pode contar?	
(1) família; (2) amigos; (3) vizinhos; (4) resolve sozinho;	
15. Quem lhe acompanha em consultas médicas?	
(0) família; (1) amigos; (2) vizinhos; (3) sozinho.	
16. Consegue realizar compras? (3) sem ajuda; (2) com ajuda parcial; (1) não consegue.	
17. Consegue tomar seus remédios na dose certa e no horário certo? (3) sem ajuda;	
(2) com ajuda parcial; (1) não consegue.	
18. Consegue cuidar de suas finanças? (3) sem ajuda; (2) com ajuda parcial;	
(1) não consegue.	
Responsável pelo preenchimento:.....	
Número de conselho de classe:.....	

Acre apresenta propostas para melhoria da Caderneta

Os profissionais da UBS/SF Jardim Primavera estão entre diversos outros que ajudaram a Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Acre, para além de implantar a Caderneta, inovar em seu uso.

Uma questão a ser enfrentada estava no fato de a Caderneta ficar com o usuário e, a não ser nas consultas com as ESF, o SUS acabava não tendo acesso às informações.

Surgiu então a idéia de se criar uma “folha-espelho” à Caderneta, com o objetivo de ter uma contrapartida para que a SES pudesse digitalizar as informações. Rossy da Silva Ramos, responsável pela Área Técnica de Saúde do Idoso, da Secretaria Estadual, diz que “um dos objetivos desse ‘espelho’ é justamente o de recuperar os dados para Secretaria devolvê-los ao Ministério da Saúde para, enfim, abastecer os diversos sistemas de informação. Pois os dados dessa Caderneta são valiosíssimos e podem ser melhor aproveitados para, por exemplo, verificar quais são as patologias mais comuns aos acrianos nessa faixa etária”.



Rossy da Silva Ramos, responsável pela Área Técnica de Saúde do Idoso/SES, “a Caderneta é um instrumento valiosíssimo, frente à quantidade e qualidade de dados que guarda sobre a população idosa”.

Estado profissionaliza cuidadores

O Estado do Acre está em sua segunda turma do Curso Profissionalizante de Cuidadores de Idosos com Dependência, que tem o objetivo de formar pessoas aptas a darem a assistência adequada aos idosos que têm alguma dependência, seja ela física, emocional, psicológica de outras pessoas, familiares ou não, para que possam realizar suas atividades diárias.

Segundo uma das organizadoras do curso, Mara Lima, gerente de projetos de educação profissionalizante para inclusão social do Instituto de Educação Profissional João Moacyr, “a primeira meta é incluir no mercado de trabalho pessoas de baixa renda e qualificação profissional, sobretudo aquelas assistidas por programas de distribuição de renda, como o Bolsa-Família, e um segundo objetivo é oferecer à população idosa uma melhor qualidade de vida, visto que com as melhorias que vêm ocorrendo no país, nos últimos anos, as pessoas estão vivendo mais”.

Mara coloca que o conteúdo do curso é vasto, passando da prevenção, promoção, tratamento, até a própria reabilitação físico-social deste indivíduo. “Os únicos pré-requisitos são saber ler e escrever, pois é necessário que o cuidador saiba interpretar um receituário e, com isso, prevenir algo comum entre os idosos: a ‘polifarmácia’ e a auto-medicação, pois a interação medicamentosa pode levar o idoso a adoecer mais”, coloca Mara.

Maria Ferreira Cunha é idosa, mas também está freqüentando o curso como aluna, “estou me especializando porque, embora também seja idosa, eu cuido de outros, alguns mais velhos que eu e que não estão mais



“Nossa primeira meta é incluir no mercado de trabalho pessoas de baixa renda e qualificação profissional, sobretudo aquelas assistidas por programas de distribuição de renda, como o Bolsa-Família” – Mara Lima, gerente de projetos de educação profissionalizante para inclusão social do Instituto de Educação Profissional João Moacyr.

Para Maria Ferreira Cunha, abaixo, um cuidado que as pessoas têm de ter com os idosos é não deixá-los cair no "ostracismo", "as pessoas pensam pelo idoso, não o chamam para os programas ou atividades pressupondo que ele esteja cansado ou que não se interessa... e isso é um erro. Deve-se sempre convidar o idoso, chamá-lo, lembrar de incluí-lo nos programas familiares e deixar que ele decida quando quer ou não sair de casa". Já para a acadêmica de enfermagem e aluna do curso Sara de Lima Moura, à direita, o curso chamou sua atenção em relação à autonomia dos idosos: "percebi, aqui no curso e na convivência com minha avó, que o idoso tem, assim como nós, a necessidade de comprar suas próprias coisas, de gerenciar suas finanças. Isso faz com que se sintam mais valorizados".



em boas condições de saúde. Além disso, sei que daqui a alguns anos posso precisar que alguém cuide de mim e quero ser capaz de orientar essa pessoa e de saber se ela está procedendo corretamente".

Rede assistencial

Para além das UBS/SF, a Atenção Básica se estrutura no Estado do Acre para oferecer ao idoso melhores condições de vida. É o caso do Núcleo de

Reabilitação Baseado na Comunidade.

Nesse núcleo estão cadastrados mais de 500 idosos, em sua maioria de baixa renda, e seu público alvo são aqueles idosos com acometimentos mais graves, encaminhados, em geral, pelas Unidades de Saúde da Família.

O núcleo é mantido pelo Estado e conta com atendimentos especializados em fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicologia. Só no ano de 2007 foram realizados mais de 25 mil procedimen-

“O paciente só sai daqui e volta para a UBS quando está recuperado. E lá dará continuidade a todos os procedimentos de prevenção e acompanhamento.”

Rossy Ramos





A coordenadora do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) Calafate, Cosma Gabriel. À esquerda, Dona Maria Uchôa dos Santos e Manoel Inácio de Souza que, embora não tenha entrado na terceira idade, vai com a companheira ao Centro de Referência e diz zelar para que Maria nunca se esqueça de levar consigo a Caderneta às consultas na UBS.

tos no local, “o paciente só sai daqui e volta para a UBS quando está recuperado. E lá dará continuidade a todos os procedimentos de prevenção e acompanhamento”, coloca Rossy Ramos.

Atenção Básica para além das Unidades

Também dando suporte à rede de UBS/SF no Acre estão as Casas da Família – Centro de Referência da As-

sistência Social (CRAS). O espaço, segundo a coordenadora do CRAS Calafate, em Rio Branco, Cosma Gabriel, “funciona em acordo com a Saúde da Família e é um espaço onde trabalhamos a prevenção. Aqui damos palestras sobre saúde e direito, além de termos atendimento de dentistas que fazem aplicação de flúor”.

Cosma observa que aqueles que freqüentam o Centro de Referência participam dos grupos de caminhadas, de conversa e convivência. Para

a Agente Comunitária de Saúde, Jocilene Lima Matos, o Centro é importante e é utilizado também para conscientização a respeito do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, “muitos são analfabetos e, por isso, têm dificuldade de ‘entender’ como a Caderneta funciona e a importância desse instrumento. Aqui temos este espaço onde debatemos isso, eles trazem suas dúvidas e nós cobramos sempre a Caderneta”, coloca a ACS.



“O CRAS funciona em acordo com a Saúde da Família e é um espaço onde trabalhamos a prevenção.”

Cosma Gabriel

Grupo de Idosos atendido pelo Núcleo de Reabilitação Baseado na Comunidade em aulas de alfabetização.



MANAUS: A ATENÇÃO BÁSICA RECEBE COM RESPEITO A TERCEIRA IDADE

O aumento da expectativa de vida do brasileiro traz o dilema a vários setores de como oferecer qualidade de vida a quem chega à terceira idade. Manaus é um exemplo de município que vem se preparando para isso.

Mudanças biológicas do Envelhecimento; Saúde Nutricional da Pessoa Idosa; O Atendimento a Pessoa Idosa na Rede Pública Assistencial; Sexualidade da Pessoa Idosa; Os Desafios do Envelhecer no Século XXI; esses foram um dos temas abordados em Manaus, Amazonas, no 1º Seminário - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, dirigido a profissionais dos níveis fundamental e médio da Atenção Básica, realizado em dezembro de 2007, pela prefeitura da cidade.

O seminário procurou capacitar e discutir o preparo da AB para lidar com esse público, suas particularidades e necessidades. O que poderia ser um exemplo isolado ou um evento sem conexão com as políticas públicas é só um dos vários exemplos de ações da capital amazonense na área; preocupada com a questão do envelhecimento da população da cidade, a Prefeitura de Manaus vem dedicando grande esforço no sentido de tornar mais confortável e interessante essa etapa da vida dos seus milhões de habitantes.

Espaço exclusivo

O Parque Municipal do Idoso é um dos exemplos mais palpáveis dessa empreitada. Criado há pouco mais de cinco anos, o parque está longe de ser algo que nos remeta à *velhice* e aquela visão estereotipada de senhores jogando dama num banco de praça. Não que não os tenham, mas não fica só por aí. O Parque do Idoso é um grande complexo de uso exclusivo para esse público; e isso é respeitado, pois só entra quem é cadastrado e com, no mínimo, 60 anos.

Segundo Tânia Maria Brasil Viana Palma, gerente geral do Parque, são mais de 2.300 idosos cadastrados. A gerente coloca "que todas as atividades do parque têm o acompanhamento de um médico cardiologista que observa a oferta dos exercícios feitos nas atividades". Estas vão desde a hidroginástica, até os jogos de tabuleiro como xadrez e dominó, passando por alongamento e ginástica.

Dona Terezinha do Menino Jesus Farias de Souza, aposentada, é uma das frequentadoras do parque desde sua inauguração. Ela conta que recentemente esteve com diversas amigas, também frequentadoras do Parque, em uma viagem para a Venezuela, "nunca em minha vida tive esse direito, de viajar, de me divertir, o parque tem sido maravilhoso pra mim", conta a aposentada que participa de diversas atividades.

Além das atividades com objetivos de ganhos físicos, são oferecidas atividades especializadas como teatro, coral, musicoterapia e dança de salão, onde procura-se resgatar o lado social e de convivência entre as pessoas.

Os planos da prefeitura são de, nos próximos anos, instalar espaços semelhantes nos quatro distritos de saúde da capital amazonense. A demanda existe, pois nem todos os idosos da cidade têm acesso fácil ao atual Parque devido ao tamanho de Manaus: as distâncias são grandes, o que dificulta o deslocamento de muitos dos idosos ao espaço. No entanto, isso não significa que estas pessoas não tenham acesso a programas de atividade física.

Rede estruturada

Para além das instalações do Parque, a prefeitura de Manaus teceu toda uma "Rede de Assistência à Pessoa Idosa", prescrita nos objetivos da Política Municipal do Idoso.

Segundo a coordenadora das Ações de Saúde da Pessoa Idosa, da Secretaria

Municipal de Saúde (SEMSA), Jeane Videira, todos os distritos de saúde contam com Centros de Convivência do Idoso. Nestes centros, os idosos das áreas adstritas têm acesso à fisioterapia, aulas de alongamento e ginástica, além de ser um espaço de convivência.

Suporte para organização do serviço

Ações em saúde voltadas para o idoso também fazem parte da rede, capacitando os profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família por meio, sobretudo, da dispensação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Atualmente, todos os idosos de Manaus já utilizam a Caderneta. Segundo Jeane Videira, este foi um grande esforço da gestão municipal de saúde, "recebemos do Ministério da Saúde um total de 22 mil Cadernetas e como nosso público é de quase 79 mil idosos produzimos essa diferença aqui mesmo, por meio da sensibilização do gestor sobre a importância de oferecer ao idoso um atendi-



Viúva, Dona Terezinha encontrou nas amizades feitas no Parque a alegria de conviver com outras pessoas e de fazer atividades que lhe trazem bem-estar.

mento diferenciado", coloca Jeane, que completa, "confeccionamos, também com recursos pactuados com a SEMSA, o Caderno da Atenção Básica nº19, da



As amigas se encontram todas as semanas no Parque Municipal do Idoso onde passam as manhãs fazendo atividades físicas. Com elas, Tânia Maria Brasil Viana Palma, gerente geral do Parque (a primeira à esquerda, de branco) e Jeane Videira (em pé), coordenadora das ações de Saúde da Pessoa Idosa da SEMSA.



Na foto, Dona Nila de Mello é atendida pelo médico Gefferson Ferreira, da UBS/SF Oeste 26. Mesmo tendo plano de saúde ela prefere vir à unidade. Para Gefferson isso é fruto "de uma proposta de trabalho onde se criam vínculos, laços com o paciente e ele passa a confiar na gente e, quanto mais se alcança bons resultados, mais receptivo o idoso ao tratamento proposto".

Saúde da Pessoa Idosa. Hoje, as ESF têm acesso livre a esse material, que se encontra em todas as UBS".

Completando a rede de apoio aos idosos, Randolpho Castro de Araújo, gerente de Atenção Ambulatorial e Hospitalar da SEMSA, coloca que o município de Manaus vem se afastando da concepção de atendimento ao idoso que só vislumbra a doença, ou seja, àquele modelo anterior, onde o idoso, para se enquadrar dentro de algum atendimento deveria ser portador de Hipertensão Arterial ou Diabetes, não restando espaço para aqueles que não apresentassem essa demanda.

Para Randolpho há uma preocupação na nova estratégia de atenção, para que o cuidado com a prevenção comece antes de a pessoa atingir a terceira

idade. "É o caso, por exemplo, das mulheres no período de climatério", cita.

Atenção Básica na terceira idade

Paralelo ao trabalho nos Centros de Convivência, com atendimentos especializados, se encontram as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família. Para Oceanira Pacheco, enfermeira há seis anos da UBS/SF Norte 40, para lidar com o idoso é preciso, além da atenção redobrada, saber "usar as palavras, pois como não chamamos o jovem de *novo* é preciso que não chamemos o idoso de *velho*. Também é importante que não o *infantilizemos*, ou seja, evitar fazer o que muitas pessoas fazem de usar adjetivos como tiozinho, vovozinho, bonitinho, eles

não gostam e podem se sentir ofendidos". A enfermeira conhece bem a causa, pois nas 800 famílias cadastradas na sua UBS, o número de idosos ultrapassa 230.

Dona Nila de Mello, aposentada, é uma das muitas idosas que vão às UBS/SF em Manaus para fazer o acompanhamento de sua hipertensão arterial, mesmo tendo plano de saúde privado, "apesar de eu ter o plano de saúde, prefiro vir aqui. O médico é muito atencioso, já me conhece, me pergunta tudo nos mínimos detalhes e é bem mais perto da minha casa. A Vanja (referindo-se à Vanja Coutinho, ACS que lhe atende) está sempre lá em casa, me visitando, me orientando".

"Conhecer a família", isso, para o médico Gefferson Ferreira, da UBS/SF Oeste



A fisioterapeuta Evelyn Dercolossi Viana, do Centro de Convivência do Idoso, onde ministra sessões de alongamento e participa das atividades do Hiperdia (dedicado ao combate de hipertensão e diabetes), "muitas dessas pessoas chegam aqui com poucos vínculos sociais e além da questão física, um dos nossos maiores objetivos é recuperar laços. A interação durante as atividades cria novos laços de amizade".





Dentre as ações realizadas na UBS/SF com o público idoso, a enfermeira Oceanira Pacheco destaca a importância do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, "temos um dia na semana para o atendimento exclusivo às pessoas da terceira idade, fora as visitas domiciliares; a Caderneta é fundamental para que consigamos nos organizar e acompanhar cada um diferenciadamente". À direita, dispensação de remédios a idoso na UBS/SF Norte 40.

te 26, é um dos fundamentos para que o atendimento ao idoso seja realmente eficiente. "Apesar de contarmos com a confiança dos idosos, sabemos que, muitas vezes, a memória já não é mais a mesma, pode estar fragilizada e, por isso, eu procuro conhecer as famílias, orientá-las com relação a alguns cuidados, sobretudo aos horários de tomar a medicação, dosagem. Quando um idoso vem a três consultas sozinho, na quarta eu já procuro pedir que venha acompanhado e se não vier, nós fazemos uma visita domiciliar, porque, pra mim é muito importante conhecer quem vive com ele".

Gefferson coloca que apesar das sextas-feiras serem reservadas a atendimentos de hipertensão e diabetes, como o caso de Dona Nila, há também um cuidado sobre os outros pacientes. Na terça-feira, coloca o médico, procura-se atender àqueles idosos que não apresentam nenhuma dessas doenças, "nesse dia procuramos fazer um trabalho de prevenção de incidência crônico-degenerativas, próprias dessa faixa

etária, e também do câncer de próstata, junto ao público masculino", coloca o médico.

Lidando com questões práticas


Para além das ofertas do serviço de saúde é sabido também que, em determinado momento, o idoso pode vir a demandar de uma pessoa que lhe preste cuidados específicos e mais elaborados, muitas vezes em casa.

Por isso a SEMSA montou, em agosto de 2007, a primeira turma do Curso de Cuidador Familiar de Pessoas Idosas. O curso, que já capacitou cerca de 40 pessoas, aborda temas como alterações na comunicação; relação idoso-cuidador; primeiros-socorros; espiritualidade na terceira idade; problemas de memória, depressão, demência; parada cardio-respiratória; prevenção de quedas e outros.

O Curso de Cuidador não é profissionalizante, mas voltado para as pessoas que têm um idoso em casa e

que necessitam de orientação especializada para lidar com as novas necessidades que se apresentam no dia-a-dia. Para Jeane Videira, a importância desse tipo de iniciativa está no ganho que o próprio idoso tem inclusive em coisas simples "no curso, falamos até sobre a disposição dos móveis e objetos nas casas com idosos, pois muitas vezes, um tapetinho solto pode ser uma queda para um idoso e, conseqüentemente, um quadril quebrado. Ou seja, gera internação, medicação, desconforto, gastos... coisas que podem ser e temos a obrigação de tentar minimizar".

Para ajudar na sensibilização da sociedade acerca do assunto, foi promovido, em setembro de 2007, o Dia Municipal do Idoso, no Parque do Idoso. O objetivo foi reforçar os laços da comunidade para essa população e, sobretudo, dar-lhe visibilidade. A edição de 2008 do evento está agendada para o mês de outubro, envolvendo, mais uma vez, os quatro distritos da cidade, bem como diversos órgãos da administração municipal.

Medidas Mais Saúde	Metas
 <p>Fortalecer e ampliar as ações de promoção para a Atenção Integral à Saúde do Idoso.</p>	<p>Qualificar como cuidadores de idosos 65.800 pessoas, até 2011, sendo 28.000 pessoas de famílias de idosos vinculados ao Programa de Internação Domiciliar, e 37.800 potenciais cuidadores de idosos para o mercado de trabalho, ao custo médio de R\$ 188,00 por cuidador.</p> <p>Duplicar o número de consultas oftalmológicas em idosos, alcançando 5,4 milhões de consultas, em 2011, e fornecer 2,68 milhões de óculos bifocais e monofocais ao custo médio unitário de R\$ 15,50, até 2011.</p> <p>Distribuir 10 milhões de Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa com abordagem de condições de saúde, prevenção de doenças, riscos e agravos, com valor unitário de R\$ 0,48 e distribuir 163 mil exemplares do Caderno de Atenção Básica em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa para agentes comunitários de saúde, até 2011, ao custo unitário de R\$ 0,22.</p>

Mais Saúde propõe ações integradas para o atendimento aos povos quilombolas, de assentamentos e indígenas. ESF provam que isso é possível.



Uma das características da estratégia Saúde da Família é sua grande capilaridade, ou seja, a possibilidade de levar saúde a lugares de difícil acesso e a povos historicamente esquecidos pelo poder público.

Agora, comunidades de quilombolas e população assentada, além da população indígena, contam com incentivos adicionais para que os gestores implantem a estratégia.

A Portaria nº 650, do Ministério da Saúde, define os recursos de financiamento para Modalidades I e II e determina que ESF dos municípios com registro de comunidades quilombolas, indígenas e assentados e que atendam a este público passem a receber o incentivo da Modalidade I, que tem incentivos diferenciados.

Em janeiro deste ano, foi publicada a Portaria nº 90, atualizando a base de dados dessas comunidades e aumentando o número de ESF com recursos ampliados e a população assistida. Hoje são atendidos cerca de 260 mil quilombolas (225 municípios) e 1,5 milhão de assentados da reforma agrária em cerca de 1.900 municípios.

Para o atendimento à população indígena, em 1999 foi editada a Portaria MS/GM 1.163, que destinou incentivos específicos aos municípios para os procedimentos da Atenção Básica. Em outubro de 2007, a Portaria MS/GM nº 2.656 criou mecanismos que especificam as ações, responsabilidades e resultados esperados com a utilização destes recursos.



Dona Clara Ernesto, da comunidade Kalunga

SAÚDE CHEGA AOS QUILOMBOLAS

No ano de 2003, segundo dados da Fundação Cultural Palmares, eram 743 comunidades remanescentes dos quilombos e hoje tais comunidades somam cerca de três mil – a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (Seppir) tem o conhecimento de cerca de 3.500 – localizadas, predominantemente, em áreas rurais.

Segundo Givânia Maria da Silva, subsecretária de Políticas para Comunidades Tradicionais da Seppir, até 2003 não havia política direcionada a essa população, “ou seja, esse povo era invisível”. Só em 2004, a partir do programa

Brasil Quilombola, as ações começaram a se desenrolar. Atualmente, em todos os Ministérios, há pelo menos um tipo de trabalho voltado para as comunidades quilombolas.

A subsecretária diz não ter ainda uma avaliação dos serviços, mas a Secretaria pretende discutir um mecanismo para ter indicadores. Segundo ela, embora haja uma necessidade ainda maior de diálogo com os Ministérios da Saúde e Educação, os avanços são significativos na área da Atenção Básica/Saúde da Família e saneamento básico. Givânia comemora, também, a inclusão no programa Mais Saúde das ações de saneamento e melhorias domiciliares, “saímos fortalecidos”.

Givânia Maria da Silva é de Conceição das Crioulas, comunidade quilombola do município de Salgueiro, Pernambuco, com pouco mais de três mil e quinhentas pessoas.

CONCEIÇÃO DAS CRIOULAS: SAÚDE DA FAMÍLIA DESDE 2001

Desde 2001 – antes da criação do incentivo diferenciado – a comunidade, que também abriga população indígena e de assentamentos, conta com a Saúde da Família.

E não se trata simplesmente de ter uma Equipe Saúde da Família, é uma equipe que sempre se manteve completa e sem descontinuidade das ações, ou seja, seus profissionais estão, em média, há anos na UBS. O primeiro médico, por exemplo, permaneceu lá por quatro anos e o atual está há três.

Isso enfrentando todas as adversidades possíveis já que para chegar ao distrito os profissionais enfretam, diariamente, uma estrada de terra de difícil acesso. Outra dificuldade encontrada está nas longas distâncias que precisam ser percorridas e na própria diversidade populacional.

O subprefeito João Alfredo diz que a demanda é alta pelo tamanho da área a ser coberta. Para ele, a comunidade tem problemas como a questão da água e das casas de taipo, “mas temos uma unidade de saúde que funciona e uma equipe eficiente, sendo que antes contávamos apenas com a parteira e a benzedeira que nos ensinaram muito, mas isso não é suficiente”.

Mesmo com um problema ainda por vencer: a falta de saneamento básico, os indicadores mostram que a presença da ESF é fundamental neste tipo de território. “A UBS/SF foi implantada dentro da visão da equidade, de tratar os diferentes de forma diferente, e ao longo desses seis anos evolui com indicadores de morbi-mortalidade satisfatórios diante da adversidade do cenário local”, diz a secretária de saúde de Salgueiro, Maria Gorete Coelho. No período de quatro anos não houve mortalidade

em crianças devido à diarreia e IRA, a taxa de internação hospitalar ficou em 8%, houve aumento na detecção do alcoolismo e diminuição na prevalência de desnutrição em cerca de 50%.

De acordo com a secretária Maria Gorete, para o atendimento à população indígena – estimada em aproximadamente 1.300 pessoas – pretende-se que seja implantada uma UBS da Família Indígena, “a solicitação encontra-se em tramitação junto à Funasa”.

A Equipe Saúde da Família de Conceição das Crioulas é formada por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e dez Agentes Comunitários de Saúde. A cobertura da estratégia Saúde da Família no município é de 68,68%, sendo 11 equipes. Segundo a secretária, o município não encontra dificuldades de contratação, mas de qualificação, “nossos profissionais são obrigados a aprender no dia-a-dia”. Outro fator limitante, segundo Gorete, são as estruturas físicas ainda não compatíveis. Além dos incentivos do Governo Federal, o Estado também tem reforçado seu apoio às políticas



Subprefeito João Alfredo e as lideranças de Conceição das Crioulas.

de fortalecimento da Atenção Básica/Saúde da Família.

Maria Gilzia do Nascimento, coordenadora da Atenção Básica, diz que antes da implantação da Saúde da Família, a comunidade já contava, desde 1991, com os Agentes Comunitários de Saúde, por meio do PACS, “a partir daí, buscou-se as micro-áreas e foi feito o redimensionamento”. “O trabalho maior foi para a confecção do mapa”, completa a enfermeira Indira Bezerra de Souza Carvalho, há seis anos na UBS/SF; segundo ela, quando da instalação da ESF na

comunidade foram feitas reuniões para explicar o que era a estratégia.

O ACS José Gomes, que atua em Conceição há 16 anos, afirma que com a transição do PACS para a estratégia Saúde da Família muita coisa mudou, “hoje trabalhamos juntos para melhorar o atendimento e podemos oferecê-lo com qualidade. Não tínhamos como cobrir tudo e sempre tínhamos que levar para Salgueiro. Antes a gente anotava as informações numa folha de papel qualquer e não sabia quem era hipertenso ou diabético”.

O técnico de enfermagem há sete anos, Benedito José da Silva Filho, fala da proximidade e sensação de posse em relação aos pacientes “assumimos a propriedade, dizemos ‘meu’ paciente”. E Ezequiel João da Silva, ACS há 12 anos completa: “Esta é a essência da Saúde da Família”.

Para fazer as visitas domiciliares, os profissionais, às vezes, precisam levar alguns equipamentos de acordo com os lugares e, também algumas vezes usam escolas e casas dos próprios moradores para fazer atendimentos coletivos distantes da UBS/SF. Para a diretora da escola, Diva, que também faz parte do Conselho Municipal de Educação, há a necessidade de a ESF ser mais integrada à sociedade “não é só passar remédio, tem de informar e formar”. A enfermeira da UBS concorda, “essa troca

Tradicionalmente os caminhos que levam às comunidades remanescentes de quilombos não são de acesso fácil. Até Conceição das Crioulas são cerca de 30 quilômetros de estrada de terra.



“Até o ano de 2003 não havia política direcionada à população quilombola, ou seja, todo esse povo era invisível”

Givânia Maria da Silva, subsecretária de Políticas para Comunidades Tradicionais da Seppir

ESF de Conceição das Crioulas: envolvimento dos profissionais permite continuidade do tratamento. Em pé, à direita, a secretária de saúde de Salgueiro, Maria Gorete Coelho, e (de cinza) a coordenadora da estratégia Saúde da Família, Maria Gilzia do Nascimento.



de informação só é feita em forma de palestras, mas devemos sentar para ver outras formas de reforçar esses laços”.

Em relação a um costume antigo da comunidade que é o uso de chás e rezas, o médico Carlos Frederico Soares diz que a Equipe procura preservar os valores culturais, mas sem deixar que isso prejudique a saúde da pessoa, “monitoramos”. Para a liderança local, Aparecida Mendes, a ESF deveria valorizar e incentivar esses costumes; a enfermeira Indira pondera que há a necessidade de conciliar a medicina tradicional com a ciência.

Sobre o controle social, Aparecida Mendes, que também é diretora da Associação Quilombola de Conceição das Crioulas (AQCC), conta que já participou do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e que o movimento étnico é representado. Para ela, o conselho é uma oportunidade de questionar os recursos que entram e para quê, “além de questionar o quem tem acontecido na comunidade”. Aparecida lembra que o povo é mais afetado por questões específicas da população negra como Doença de Chagas, anemia falciforme e hi-

pertensão e as ESF devem estar preparadas para isso e entender os motivos.

Maria Gilzia destaca que saúde é o resultado das condições de vida, condições sociais, dentre outros e que controle social é um desafio, “procuramos não só criar o CMS, cuja presidente é uma ACS, mas legitimá-lo”. Para Indira, a participação da comunidade ainda é deficiente e há dificuldade de formação de delegados.

COMUNIDADE KALUNGA, NO CENTRO DE GOIÁS, TAMBÉM CONTA COM SF

A mais de mil quilômetros de Conceição das Crioulas está a comunidade Kalunga. Com acesso com o mesmo nível de dificuldade da cidade mais próxima, Cavalcante, seu povo já começa a colher os frutos do Programa Brasil Quilombola, como a substituição das casas de taipo por outras de alvenaria e o fornecimento do *kit* sanitário, que consiste na construção de instalações sanitárias do lado de fora da casa, com caixa d’água e espaços para banho e

lavagem de roupas. Ações do governo federal também levaram energia elétrica e telefonia aos kalungas; em termos de saúde, ambas as comunidades estão muito bem assistidas pelas Equipes Saúde da Família.

Elias Francisco Maia, ACS, é o responsável pelas 130 famílias da região. Para ele, o problema não é a quantidade de famílias, mas as distâncias a serem percorridas e a dificuldade de fazê-lo, “às vezes ando 25 quilômetros por dia e tem casa que levo um dia inteiro para chegar, pois só tem como ir a cavalo. Já tive de dormir do lado de fora porque ceguei na casa, não tinha ninguém e estava muito tarde para voltar”.

Getúlia Moreira da Silva, que pertence à comunidade, diz que Elias desempenha bem seu papel, “embora a área dele seja muito grande, quando chega aqui faz tudo direitinho, olha sempre a vacina, pesa e avalia as crianças, orienta as mães, verifica a nossa pressão e pergunta tudo sobre a nossa saúde. O trabalho dele é importante porque está sempre aqui”.

Elias conta que além de fazer perguntas aos pacientes, procura observar o ambiente, “para ver a questão do lixo, mosquitos e outros. O povo aqui ainda tem o costume de criar porcos soltos e andar descalço. Procuramos orientar”.

Comunidade Kalunga: presença do Programa Brasil Quilombola.



“A UBS/SF foi implantada dentro da visão da equidade, de tratar os diferentes de forma diferente”

Maria Gorete Coelho, secretária de saúde de Salgueiro

“Hoje trabalhamos juntos para melhorar o atendimento e podemos oferecê-lo com qualidade. Não tínhamos como cobrir tudo, anotávamos as informações numa folha de papel qualquer e não sabíamos quem era hipertenso ou diabético”.

José Gomes, ACS há 16 anos

Preocupado com sua qualificação, Elias faz o curso de profissionalização da Escola Técnica do SUS do Estado de Goiás, “fiz treinamento para melhor orientar as pessoas, de prevenção, pesagem e avaliação das crianças, cadastramento de gestantes, pré-natal e vacina”

Os kits e as casas influenciaram diretamente na saúde do povo. Antes das construções das casas de alvenarias e instalações sanitárias, Elias conta que os principais problemas eram diarreia e febre

(decorrente da verminose), “dávamos a orientação para que enterrassem as fezes em um local onde não houvesse água corrente, porque a chuva espalhava tudo. Mas era difícil de fazerem isso porque a questão é cultural. Além disso, falamos sobre o destino que deve ser dado ao lixo, o que é de queimar e o que pode ser enterrado e onde deve ser enterrado”. A enfermeira Kelma Ferreira da Silva conta que com as casas de alvenaria, diminuiu bastante o número de pacientes com Doença de Chagas, “há três anos diag-



Para vencer as distâncias o ACS Elias usa sua moto: o cavalo morreu afogado em uma das tantas travessias pelos rios da região.

Elias na casa de Dona Getúlia, "ele pergunta tudo sobre a gente e sobre as crianças".



nosticamos várias gestantes com a doença, mas de lá pra cá nunca tivemos mais nenhuma gestante doente”.

Hoje os problemas mais comuns na população são dores de cabeça, dor de coluna e hipertensão – estudos indicam que a população negra é mais propensa a sofrer de hipertensão. Outro problema enfrentado refere-se ao planejamento familiar: “é comum as mulheres pedirem para o marido usar o preservativo, mas eles não querem e a pílula elas esquecem ou dizem sentir dor no estômago”, diz Elias.

A UBS/SF referência para os kalungas fica em Cavalcante, a 25 quilômetros, “precisávamos de uma unidade de saúde bem equipada ou transporte mais fácil para atender as necessidades mais urgentes”, conta Getúlia que diz que quando o morador é muito idoso ou tem dificuldade de locomoção, o médico da ESF vai até a comunidade. Kelma Ferreira diz que a equipe procura dar preferência aos kalungas por reconhecerem a dificuldade de ir até a UBS/SF. Sobre a possibilidade de levar mais um ACS para a comunidade, Kelma justifica que a



A ESF de Cavalcante responsável pelo atendimento aos kalungas

equipe já excede o número de agentes na área rural, “e o número de habitantes não justifica a manutenção de uma

unidade lá. Visto o tamanho do território até tentamos, mas o número de famílias inviabiliza”.



Conceição: terra das mulheres guerreiras

No início do século XIX seis negras livres chegaram à região e arrendaram uma área de três léguas (cerca de 18 km) em quadra. Com a produção e fiação do algodão que vendiam na cidade de Flores, conseguiram pagar a renda e ganharam o direito à posse das terras. Em 1802, as crioulas receberam a escritura.

Com a chegada do fugitivo de guerra Francisco José, que trouxe consigo uma imagem de Nossa Senhora da Conceição, as crioulas tiveram a idéia de construir uma capela e tornar a santa sua padroeira. Surgia assim o nome do povoado: Conceição das Crioulas.

Nesta terra que as mulheres ergueram, agora elas são as responsáveis pelas transformações atuais. Em 2000 foi fundada a Associação Quilombola de Conceição das Crioulas (AQCC), sociedade civil sem fins lucrativos formada por dez associações de produtores e trabalhadores rurais, focada no desenvolvimento da comunidade, preservação e valorização da história e potencialidades do lugar. Graças à AQCC o artesanato produzido em cerâmica e caruá é exposto em feiras nacionais e internacionais e a comunidade já pode ser acessada via a rede mundial de computadores – www.conceicaodascrioulas.org.br. Como não deveria deixar de ser, a maior parte das lideranças locais é composta por mulheres, “Conceição é pequena, mas sua história é bem grande”, diz uma delas.



Adílio Vieira e a família: tratamento e acompanhamento constantes.

ASSENTAMENTO TEM ATENDIMENTO QUE CONSIDERA SEU HISTÓRICO DE LUTA

O Brasil tem hoje mais de um milhão de famílias assentadas e após a conquista da terra, um dos grandes desafios é dar a essas famílias condições dignas para produzirem e garantirem seu sustento.

O Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), por meio de suas Secretarias Regionais, é responsável pela implementação da infra-estrutura (água, saneamento, estradas); acompanhamento e concessão de créditos (desde o apoio inicial, passando pelo fomento até a modalidade de aquisição de material de construção), dentre outros. O fornecimento de educação formal e saúde ficam a cargo dos municípios que acolhem essas famílias.

No Estado do Rio Grande do Sul há 311 assentamentos e 176 Projetos de

Assentamentos. Um deles é o de Santa Maria do Ibicuí, no município de Manoel Viana, no Rio Grande do Sul.

O assentamento, criado em 1999, abriga 225 famílias e possui uma UBS de apoio. O médico da UBS/SF de Manoel Viana vai uma vez por semana ao assentamento e a unidade de apoio já ganhou um gabinete dentário, faltando, apenas, sua instalação. A enfermeira Sônia Finger do Prado conta que antes da instalação da unidade, em 2006, a população não tinha assistência direta “e agora as internações diminuíram, pois o técnico faz o primeiro atendimento, em qualquer hora do dia ou da noite, e avalia se há a necessidade de ir à cidade”.

Rosane Camargo dos Santos, moradora e representante do setor saúde – os produtores rurais se organizaram em bolsões sobre temas diversos como saúde, educação e outros –, diz que antes da unidade, eles tinham de tentar fazer uma ligação para o hospital e esperar o carro sair da cidade, “agora, quando precisamos ir, ele já fica aqui”.

A população do assentamento Santa Maria conta, também, com atendimento ginecológico uma vez por semana, “assim, abrangemos o máximo de pré-natal, pois quando estes são bem-feitos temos crianças e adultos com menos problemas”, relata a enfermeira.

Enquanto o assentamento não ganha seu gabinete dentário, os dentistas de Manoel Viana designam um dia para atendimento dos produtores rurais.

Os agravos mais comuns entre os moradores são hipertensão, diabetes, pequenos acidentes de moto e depressão, “pelo histórico de vida e de sofrimento e para chegar onde chegamos trouxemos muita dor, o que desencadeia em depressão”, analisa Rosane. Mas para o produtor rural João Anilvo Soares Rodrigues, as coisas ficaram bem mais fáceis com a instalação da unidade, “mudou tudo. Agora com a unidade todos foram beneficiados”.

O morador Adílio Vieira é um dos pacientes que teve acompanhamento em casa. Joni Santos de Moraes, técnico de enfermagem, tratou do seu ferimento na cabeça e deu orientações para que ele pudesse dar continuidade ao tratamento, “o atendimento em casa é importante. Antes da unidade não era fácil, mas depois disso melhorou bastante”. Sua esposa Neide Alves Saldanha teve todo o acompanhamento no pré-natal de seu filho Érico e a identificação da família com o técnico de enfermagem é tão grande que quando o menino vê a vacinação do gado, logo fala para chamar o Joni, “ele sabe que vacina é com o Joni”, ri a mãe. O

“A vinda do assentamento aumentou a demanda em tudo: transporte, medicamentos etc. E eles apresentavam alto índice de gravidez na adolescência e vinham com agravos das invasões”.

Gorete Beque Monteiro, fiscal sanitário

morador Antonio Silveira dos Santos conta outra habilidade do técnico Joni, “qualquer inseto que aparece o Joni identifica e, se preciso, entra em contato com a vigilância”.

Esse tipo de reconhecimento, com certeza, é uma das coisas que movem Joni, “sei que vale a pena pelo serviço que presto, mas não é fácil”. Gorete Beque Monteiro, fiscal sanitário da Prefeitura Municipal de Manoel Viana, diz que com a instalação do assentamento na cidade muita coisa mudou, mas a gestão conseguiu se adaptar e, embora tenha pequenas falhas, toda a população é atendida, “a vinda do assentamento aumentou a demanda em 100%, em tudo: transporte, medicamentos etc. e eles apresentavam alto índice de gravidez na adolescência e vinham com agravos das invasões”. Segundo ela, a Secretaria de Saúde pretende implantar uma UBS/SF na área rural.

O vice-prefeito Henrique Porto conta que as lideranças do assentamento têm uma relação estreita com a gestão e que agora as demandas estão sob controle, “com saúde, escola, correios, água, estrada e até grande produção de leite”. Para o vice-prefeito, falta, agora, a implantação de sistema de saneamento básico, “não adianta dar remédio se não soluciona o problema na raiz”.

Liliane Hoffmann, enfermeira, lembra que a implantação da estratégia no município gerou diminuição do número de internações, possibilidade de acompanhamento de hipertensos e diabéticos, dentre outros benefícios, “até problemas sociais como fome e violência, podemos levantar com as visitas”. O secretário de saúde Kleber Rodrigues acrescenta: “além de médico e equipe

A enfermeira Sônia Finger e Adriana que fez todo o pré-natal para ter as gêmeas com saúde.



A terra que será destinada aos assentamentos é adquirida por meio de desapropriação ou aquisição, sendo que a desapropriação pode ser por via judicial ou amigável. A partir daí a terra passa para a União que seleciona as famílias por critério de anterioridade - cada família tem direito a uma média de 20 hectares – e libera os créditos de apoio e fomento. Em seguida é liberado o crédito de habitação para construção ou reformas de moradias; só no Rio Grande do Sul, cinco mil casas serão reformadas ou construídas.

O Incra não interfere na produção, ou seja, fica a critério dos produtores a definição sobre o que plantar. No entanto, os técnicos do Instituto orientam sobre a possível união para o plantio de coisas comuns ou a organização em cooperativas. Enquanto o assentamento não está emancipado, os técnicos do Incra continuam supervisionando os projetos de assentamento, resolvendo problemas, encaminhando as solicitações etc. Um exemplo da atuação desses profissionais está quando os moradores precisam da instalação de poços, rede elétrica, estradas internas, educação e saúde e os técnicos são os mediadores da solicitação junto ao município.

muito qualificada”. Para Sônia Finger, com a estratégia Saúde da Família existe um controle mensal de toda a população, “não se vê criança com anemia, nem hipertenso ou diabético”. Todos os idosos e crianças do assentamento foram vacinados, inclusive com a realização de busca ativa.

O secretário de saúde relata a carência da população, “ela depende da prefeitura principalmente em saúde, mas estamos conseguindo atender bem”. De acordo com Henrique Porto, segundo a 10ª Coordenadoria, “a saúde de Manoel Viana é a melhor em termos de cobertura vacinal e acompanhamento de gestantes”.



“Conduzimos e precisamos ouvir. Se eles falam que morrem de feitiço é porque feitiço adoece e mata e isso precisa ser considerado pelas autoridades sanitárias que tratam os índios”.

Uwira Xakariabá, presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena

A ATENÇÃO À SAÚDE DOS **POVOS INDÍGENAS**: VALORIZAÇÃO DA CULTURA E CONTROLE SOCIAL FORTE

Estima-se que a população indígena brasileira seja de aproximadamente 490 mil pessoas, pertencentes a cerca de 220 povos, falantes de mais de 180 línguas identificadas. Cada povo assume diversas maneiras de entender e se organizar diante do mundo e consequentemente diferentes formas de representação do processo saúde-doença e das intervenções terapêuticas.

Construir um modelo de atenção à saúde indígena que respeite esta diversidade permanentemente é um dos grandes desafios, pois intervir sobre as condições de saúde e seus determinantes exige ações e serviços de natureza complexa e variada. Semelhante a toda a organização do SUS, a porta de entrada do atendimento é feita a partir da Atenção Básica

que se dá no interior das comunidades indígenas muitas das quais se localizam em regiões de difícil acesso.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), destina incentivos específicos que são repassados fundo a fundo aos municípios para os procedimentos da Atenção Básica - Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI) – sendo que atualmente esse repasse está em cerca de 160 milhões de reais.

Como forma de controlar o repasse dos recursos, a Portaria MS/GM nº 2.656/2007 introduziu mecanismos que especificam as ações e resultados esperados com a utilização do incentivo; além de dispor acerca das responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas. Assim, ela aprofunda a inclusão das comunidades indígenas no conjunto da rede do SUS; estabelece mecanismos para uma distribuição



mais equânime dos recursos, controle e utilização dos incentivos; clareia o debate em torno da regionalização do sistema e; define responsabilidades dos gestores municipais e estaduais no contexto da atenção integral e diferenciada aos povos indígenas.

A Portaria 2.656 introduz, também, o *Termo de Pactuação*, contendo as responsabilidades e atribuições da atenção à saúde dos povos indígenas e que deve ser assinado pela Funasa, SAS, municípios ou Estados e Conselhos Distritais de Saúde Indígena, além de ser aprovado pelos Conselhos de Saúde municipais ou estaduais.

Isso reforça uma marca da Saúde Indígena: o controle social e a forte participação dos povos na elaboração e acompanhamento da política de saúde indígena.

A participação social na saúde indígena tem se realizado especialmente por meio do sistema de conselhos, organizados local e distritalmente. Os 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena, são autônomos, têm caráter deliberativo e são organizados paritariamente: 50% usuários e os demais assentos distribuídos entre as categorias, Prestador de Serviços (25%) e Trabalhador em Saúde (25%). Os conselhos têm a prerrogativa de acompanhar a execução e a elaboração de políticas em saúde da população indígena, acompanhar a prestação de contas pelas instituições parceiras e aprovar os Planos Distritais de Saúde Indígena.

Para o líder da comunidade Neguinho, da aldeia Truka, em Pernambuco, a participação dos índios é fortalecida com esta forma de organização, “não é uma coisa pronta, é construída junto com a gente e temos interação com a equipe de profissionais”.

Neguinho conta que os Truka têm programas implantados com o apoio



Uwira Xakariabá utiliza o método Paulo Freire para capacitar os índios, "partimos da nossa história".

da Funasa, “que conhece e sabe o problema de cada um dentro da aldeia”. Para ele, a atenção especializada precisa ser melhorada e a Funasa, juntamente com os conselhos locais, vem discutindo essa problemática.

Os Conselhos Locais de Saúde Indígena são compostos somente por usuários e refletem a forma de organização local, variando de acordo com as especificidades culturais de cada povo. São aproximadamente 395 conselhos locais estruturados com cerca de 1.250 conselheiros locais que passam por capacitações periódicas. A capacitação continuada com abordagens pedagógicas adaptadas a cada realidade tem sido apontada como instrumento de fortalecimento do controle social. Além dos conselhos distritais e locais, foi criado o Fórum dos Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena, composto por todos os presidentes destes conselhos e que vem se reunindo quadrimestralmente.

“Não é uma coisa pronta, é construída junto com a gente e temos interação com a equipe de profissionais”.

Neguinho, liderança da aldeia Truka



“Percebemos que os mais articulados conseguem se organizar melhor e, conseqüentemente, têm acesso a mais saúde”.

Carmem Pankararu, liderança indígena e presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena

O índio Uwira Xakariabá ou William César Lopes Domingues – segundo ele, com o novo nome o índio ganha função social – é presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena e desenvolve em Altamira, Pará, um trabalho de capacitação voltado para o controle social com nove etnias (16 aldeias). Para desempenhar esse trabalho, Uwira fez adaptações a partir do método Paulo Freire, “partimos para a abordagem concreta, com o histórico do povo, como era antes do contato com os brancos. Juntamos as lideranças tradicionais e as mais novas, os índios contam suas histórias e podemos observar a retomada de procedimentos tradicionais, chás etc.”. A capacitação envolve, também, a “linha do tempo”, incluindo a própria etnia desde 1500, “assim, eles se percebem dentro da história ocidental”.

Para Uwira, uma das dificuldades em relação aos conselhos locais é que, condizente com a própria cultura indígena, a participação feminina não é muito forte, “o primeiro conselho não

tinha mulher, daí procuramos falar com as lideranças que a presença delas é importante e pode acrescentar. Hoje temos aldeias com quatro mulheres no conselho e tentamos fazer com que cada um tenha pelo menos uma mulher”. Para Uwira o importante é sempre respeitar o costume da etnia, “o importante é que eles discutam entre eles”. Segundo ele, o resultado dos cursos tem enchido de alegria, “o atendimento tem melhorado”.

Antonio Fernando, chefe do Dsei-Pernambuco, concorda que o grande diferencial está na participação indígena, “o controle social é muito ativo, temos um trabalho articulado com as lideranças tradicionais e discutimos tudo com a comunidade”. Para Carmem Pankararu, liderança indígena e presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena, o controle social é a maior vitória do povo indígena, “e percebemos que os mais articulados conseguem se organizar melhor e, conseqüentemente, têm acesso a mais saúde”.

Antes de ingressar na Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), a enfermeira Ana Vanessa Alves Machado teve de passar pelo acolhimento com as lideranças e depois passou por uma avaliação do Distrito Especial Indígena (Dsei) e hoje quando o assunto tem relação com a EMSI, o conselho local convida a enfermeira Ana Vanessa para participar da reunião. Para ela, em relação aos atendimentos tradicionais, a principal diferença é maior cobrança e participação dos usuários indígenas.

Embora a atuação cada vez mais crescente das EMSI e políticas públicas direcionadas aos povos indígenas repercutam diretamente na diminuição da



“Estamos mais envolvidos com a comunidade, temos um contato muito próximo. É muito diferente do hospital aonde se chega, é atendido e vai embora, aqui a gente acompanha a comunidade”.

*Jonas Lima Freitas de Sá,
técnico em enfermagem*

mortalidade geral e infantil, os indicadores de saúde desses povos são em geral piores do que aqueles estimados para a população brasileira como um todo.

Para controlar e prevenir males muitas vezes ainda nem conhecidos, as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena devem não só estar preparadas, mas mergulhadas nesse mundo de potencialidades culturais e medicinais. O modelo de Saúde Indígena deve reconhecer a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura, com a necessidade de articulação com sistemas tradicionais de saúde, essenciais para execução das ações.

Para Uwira isso é fundamental, “se eles falam que morrem de feitiço é porque feitiço adoece e mata e isso precisa ser considerado pelas autoridades sanitárias que tratam os índios”.

Segundo a Portaria 2.656, o Núcleo Básico de Atenção à Saúde Indígena deve ser composto por enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, médico, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dental, técnico de higiene dental, agente

Profissionais avaliam as crianças: diminuição da mortalidade infantil.





Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena de Cabrobó, em Pernambuco.

indígena de saúde, agente indígena de saneamento, técnico em saneamento, agentes de endemias e microscopistas (na região da Amazônia Legal). Segundo Uwira, este modelo que segue a estratégia Saúde da Família, é primordial “porque não teria como fazer a Atenção Básica”. Em sua opinião, a EMSI precisa de capacitação lingüística, antropológica e técnica, “os profissionais das equipes precisam ter sensibilidade em relação aos tratamentos, pois os conceitos de higiene e limpeza são diferentes”.

Na opinião do presidente do conselho distrital, os agentes são

fundamentais para treinar as equipes, “eles sabem onde entrar ou não. Se não tivéssemos os agentes seria difícil andar, mas eles não vão para linha de frente para se preservar”. Para ele, a saúde de uma forma geral melhorou bastante, “ainda temos problemas, mas estão sendo resolvidos e o controle social é a maior vitória”. Uwira exemplifica bem o papel dos profissionais de saúde, “dar remédio é uma ação espiritual”.

A enfermeira Ana Vanessa, que atende os Truka, diz que a equipe realiza reuniões mensais para prepararem um

cronograma do atendimento que é realizado nas unidades de saúde dentro das aldeias. Esse cronograma é divulgado pelo agente indígena de saúde (AIS) à comunidade.

Jonas Lima Freitas de Sá, técnico em enfermagem, fala do contato próximo com os usuários, “estamos mais envolvidos com a comunidade, temos um contato muito próximo. É muito diferente do hospital aonde se chega, é atendido e vai embora, aqui a gente acompanha a comunidade”. Os agentes de saúde e sanitários participam das reuniões e da programação, locomoção



Atuação constante para ampliar a cobertura vacinal com atividades individuais e campanha pelas aldeias.



“Estamos mais envolvidos com a comunidade, temos um contato muito próximo. É muito diferente do hospital aonde se chega, é atendido e vai embora, aqui a gente acompanha a comunidade”.

*Jonas Lima Freitas de Sá,
técnico em enfermagem*

para as unidades de referência e acompanhamento das gestantes.

A coordenadora do pólo-base que dá suporte às EMSI, Vânia explica que o Conselho é um elo entre comunidade e a administração e que tem dado resultado, “melhorou a qualidade de vida”.

Maria Marcia, técnica de enfermagem e indígena de Caminhoá, diz que em sua aldeia há duas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena e que a diferença de atuar em seu próprio território está no fato de conhecer a realidade, “diferente de quem vem de fora e não conhece a realidade. Confiam no trabalho da gente”. Para ela, que iniciou o trabalho antes da criação do pólo-base, “foi uma melhora muito boa. Se comparar com o não índio a gente tem assistência melhor”.

Organização da Saúde Indígena

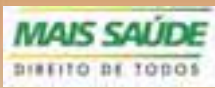
A Saúde Indígena é estruturada em 34 distritos especiais indígenas (Dsei) que foram definidos não só por critérios técnico-operacionais e geográficos, mas também procurando respeitar as culturas, as relações políticas e a distribuição demográfica tradicional destes povos, o que, necessariamente, não coincide com os limites de Estados e/ou municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

O Dsei é uma instância territorial de gestão e atenção à saúde, orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo específico. Cada DSEI deve contar com uma rede interiorizada de serviços da Atenção Básica, começando nas aldeias, com as unidades de saúde, os pólos-base e as Casas de Saúde do Índio (Casai), organizada de forma hierárquica e articulada para referência e contra-referência com as demais unidades de saúde do SUS. A Casa de Saúde do Índio deve assumir o papel articulador e mediador do acesso e apoio aos pacientes que vêm referenciados de suas aldeias para a assistência especializada da rede SUS.

As necessidades de saúde quando não atendidas no grau de resolutividade das unidades básicas no interior das terras indígenas, são referenciadas para o restante da rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena.

Os pólos-base são a primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento que atuam nas aldeias e compõem, junto com outros profissionais, a Equipe Multidisciplinar de Atenção à Saúde Indígena.

A definição de quais profissionais deverão compor as EMSI prioriza a situação epidemiológica, necessidades de saúde, características geográficas, acesso e complexidade dos serviços respeitando as especificidades étnicas e culturais de cada povo indígena, atuando de forma articulada e integrada aos demais serviços do SUS, com clientela adscrita e território estabelecido

Medidas Mais Saúde	Metas
 <p>Promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde (para grupos populacionais de negros, quilombolas, GLBTT, ciganos, prostitutas, população em situação de rua, entre outros).</p>	Formar 5.000 lideranças de movimentos sociais sobre os determinantes e o direito à saúde e implantar e apoiar 27 equipes estaduais em todos municípios acima de 100 mil habitantes para o planejamento e a execução de ações de enfrentamento de iniquidades.
<p>Qualificar e ampliar a rede de serviços de atenção básica garantindo, de forma compartilhada com estados e municípios, a expansão e a sustentabilidade financeira para a estratégia de saúde da família cobrindo a população usuária do SUS de forma integrada aos projetos sociais do Governo Federal.</p>	Integrar a estratégia de saúde da família aos programas sociais (PRONASCI, Pontos de Cultura, Quilombolas, Territórios de Cidadania e CRAS) em 2.748 municípios, ampliando de 10.150 para 12.450 o número de equipes que receberão adicional de 50% no valor transferido.
Saneamento em áreas remanescentes de quilombolas	Implantar serviços de saneamento, abastecimento de água e solução adequada do destino dos dejetos, em comunidades remanescentes de quilombolas.
Saneamento em áreas indígenas	<p>Elevar a cobertura com abastecimento de água para a população atual residente em aldeias de 62% para 90%.</p> <p>Elevar a cobertura com abastecimento de água de 34% para 70% das aldeias.</p> <p>Elevar a cobertura com solução adequada de dejetos de 30% para 50% das aldeias.</p>

No Estado de Mato Grosso, a cidade de Poconé, a pouco mais de 100 quilômetros de Cuiabá, tem 100% de sua população atendida pelos profissionais de Saúde Bucal (ESB) da estratégia Saúde da Família, e a cobertura em todo o Estado é de 53,57%.

Mato Grosso mantém Saúde Bucal sob vigilância

“Os meninos (recém-formados em odontologia) saem achando que vão ficar ricos em seus consultórios e sem preparo para a atuação na estratégia Saúde da Família. Aos poucos, vamos mostrando a realidade e as vantagens desse tipo de atendimento”.

*José Reinaldo Pacheco,
gerente de Saúde Bucal da
Secretaria Estadual de Saúde*

O gerente de Saúde Bucal da Secretaria Estadual de Saúde, José Reinaldo Pacheco, conta que quando assumiu a gerência, há cinco anos, a cobertura estadual era de 24,4%. Dentre outras coisas, Pacheco é o responsável pelas vitórias nos estabelecimentos de saúde e pela definição da manutenção de qualificação ou não, “além de exigirmos bons equipamentos, estrutura física e material, brigamos pelas condições de trabalho e melhores salários, pois sabemos que essas variáveis influenciam no trabalho do profissional”.

Após a visita, Pacheco procura conversar com o gestor local sobre a situação encontrada, elabora um relatório e aguarda as soluções dos problemas apontados, “às vezes são procedimentos simples, mas que fazem muita diferença no tratamento, como instalação de pia cirúrgica, toalha de papel e outros”. Quando a Unidade de Saúde não atende as recomendações, ela é desqualificada e deixa de receber os recursos dos governos estadual e federal.

Atualmente os municípios com menos de 50 mil habitantes recebem R\$1.900,00 ao mês, do Estado do Mato Grosso, além do incentivo do Ministério da Saúde para o custeio da equipe e medicamentos, transferido de acordo com a modalidade de ESB implantada, Modalidade I ou Modalidade II.

Pacheco também atua na elaboração de propostas que podem melhorar os serviços, como a portaria que prevê a implantação de uma ESB para cada Equipe Saúde da Família ou a inserção no Plano Plurianual do Estado de fornecer às escolas das cidades com até 10 mil habitantes, escova, pasta e fio dental.

Para ele, além da rotatividade dos profissionais, a formação ainda é um problema, “os meninos (recém-formados em odontologia) saem achando que vão ficar ricos em seus consultórios e sem preparo para a atuação na estratégia Saúde da Família. Aos poucos, vamos mostrando a realidade e as vantagens desse tipo de atendimento”.

Narciso Santana da Silva, técnico da coordenadoria de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cuiabá, admite que os estudantes de odontologia que tiveram a vivência da estratégia Saúde da Família durante o curso, tenham um diferencial para o atendimento ao usuário, “temos, também, os Agentes Comunitários de Saúde como fortes aliados na prevenção, tanto que elaboramos uma cartilha de capacitação voltada para eles”.

**NO PORTAL DO PANTANAL,
100% DA POPULAÇÃO TEM ACESSO
À SAÚDE BUCAL**

Com uma população de aproximadamente 30 mil habitantes, Poconé possui oito Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família (seis urbanas e duas rurais), seis Equipes de Saúde Bucal e 78 Agentes Comunitários de Saúde. A cobertura da estratégia é de 81,40% e 100% da população conta

com atendimento odontológico por meio das ESB.

A enfermeira e secretária de saúde da cidade, Ilma Regina Figueiredo de Arruda, fez parte da primeira Equipe Saúde da Família, em 1997. Para ela, embora a população não esteja ainda acostumada, o atendimento é o grande diferencial, “a população ainda está muito focada em quantidade ao invés de qualidade. Às vezes eles preferem ir uma vez ao

consultório e extrair o dente, para não precisar voltar”.

A secretária coloca que antes da implantação das ESB, Poconé contava apenas com o serviço de extração, que era oferecido pelo Estado, e hoje a população conta com qualidade de material e atendimento, “e com isso podemos focar na prevenção, na atuação nas famílias, escolas e creches”.

Ilma relata que um dos problemas enfrentados está no índice de faltas às consultas agendadas e para isso, eles contam com a atuação dos ACS, “o agente é importante na responsabilização, pois ele procura o paciente para saber o motivo da ausência e explica as conseqüências para ele e para o sistema como um todo”.

Outro problema apontado por ela, refere-se ao profissional dentista, “temos dificuldade em colocá-lo na nova dinâmica de tratamento proposta pela estratégia e de fixar o cirurgião-dentista nos municípios menores e mais distantes”.

Uma das UBS/SF da zona rural é a do Distrito de Cangas, que atende 360 famílias da região, inclusive de

“O agente é importante na responsabilização, pois ele procura o paciente para saber o motivo da ausência e explica as conseqüências para ele e para o sistema como um todo”.

Ilma Regina Figueiredo de Arruda, secretária de saúde de Poconé





A secretária de saúde de Poconé, Ilma Regina Figueiredo de Arruda diz que embora a cobertura no município seja de 100%, sempre há o que melhorar.

um assentamento próximo. A UBS conta com uma ESF, uma ESB e 13 ACS. A enfermeira Carine Curvo conta que o atendimento é feito por agendamento, com exceção dos moradores do assentamento, que é por livre demanda. Além disso, a ESB reserva espaço para os atendimentos de urgência e emergência.

Para a moradora Cibele Márcia Pompeu de Campos, é importante ter uma unidade de saúde próxima à população rural. Embora não tenha se consultado, ainda, com o dentista, diz que seu marido usou e aprovou o atendimento.

Outra UBS/SF na zona rural de Poconé é a de Chumbo. Lá trabalham a ACD Sara Borges dos Santos e o

cirurgião-dentista Thiago de Assis Freitas. Para Sara, a experiência de trabalhar na estratégia é interessante, “temos um contato diferente com um público diferente”. Thiago reserva dois dias da agenda para a população que mora mais afastada e eventualmente para ir à escola, “esse trabalho com as crianças na escola é fundamental para evitar problemas futuros”. De acordo com Thiago, os gestores precisam reconhecer que uma consulta médica é diferente da odontológica, a odontologia é uma especialidade que eminentemente utiliza-se da terapêutica cirúrgica para resolução dos problemas na própria clínica, enquanto que na área médica a principal terapêutica é a medicamentosa. Thiago afirma que “os procedimentos são diferentes e precisamos de mais tempo com o paciente, por isso, não podemos ter as mesmas metas”.

Na cidade de Poconé, a ACD Daniele Gonçalves e a THD, Oíres Luzia de Souza trabalham na UBS/SF Bom Pastor. Elas contam que além do atendimento padrão, fazem profilaxia e prevenção com grupos de gestantes, idosos e portadores de diabetes, desenvolvem ações educativas nas creches e escolas com atividades supervisionadas e aplicação de flúor, “vamos, também, com os enfermeiros e médico ao Centro de Convivências de Idosos para participar das festas



Profissionais e usuários do Distrito de Cangas

“Esse trabalho com as crianças na escola é fundamental para evitar problemas futuros”

*Thiago de Assis Freitas,
cirurgião-dentista*

O dentista Ademar Rodrigues e a ACD Edna fazem palestras para idosos, gestantes e alunos da escola de Poconé.

com eles e ensinar um pouco sobre Saúde Bucal”, diz Oíres. Segundo ela, por meio do agendamento mensal por grupo foi possível garantir a satisfação da maioria da população e conclusão do tratamento.

Para o dentista Ademar Rodrigues do Prado, que atende com a ACD Edna Francisca de Oliveira na Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família Central, a estratégia é um grande avanço “na Saúde Bucal, em particular, a população está mais

esclarecida. Antes só nos procurava para extrair o dente e hoje tratamos todos, de todas as idades, rico ou pobre. E o tratamento tem começo, meio e fim”.

Ademar Rodrigues também faz atividades educativas no colégio e para gestantes, idosos e comunidade em geral, “ir ao colégio é importante porque se a criança tem uma queixa maior vem nos procurar aqui na UBS. Lá podemos orientar e vemos o retorno no dia-a-dia.



Centro de Especialidades Odontológicas para Pacientes Especiais

Em Cuiabá atualmente são cinco Centros de Especialidades Odontológicas em atividade, além de um sexto para pacientes com necessidades especiais. O sistema oferece, também, três unidades de urgências com funcionamento 24 horas.

O Centro de Especialidades Odontológicas para Pacientes Especiais (Ceope), por atender um público diferenciado realiza diferentes procedimentos, “principalmente no início procuramos contemplar tudo já que o nosso tratamento é diferenciado e contamos com uma equipe de profissionais diferenciada. Mas agora já estamos preparando cursos de capacitação para as Equipes Saúde da Família do interior”, diz Diurianne França, gerente técnica do Ceope.

Diurianne conta com orgulho que o Ceope trata-se de uma unidade estatal, “as outras que têm no Brasil são vinculadas às universidades”. Fundada em junho de 2005, a unidade possui cinco mil pacientes no cadastro, oito consultórios, centro cirúrgico, dois anesthesiologistas e capacidade para 80 pacientes por dia. Além disso, conta com a ajuda de voluntários em outras especialidades, como cardiologia.

Hoje, o paciente é avaliado na rede básica e por meio da central de regulação é encaminhado para o Ceope, “mas se percebemos que o paciente pode ser tratado na Atenção Básica, fazemos uma contra-referência para a UBS. É por isso que pretendemos treinar as ESB para que elas possam identificar os casos e se sintam seguras para fazerem os procedimentos”.

A dentista Gláucia Larroyed, que já atendeu na rede básica, lembra que a diferença de atendimento de um paciente para outro é que o profissional que lida com pacientes especiais deve direcionar o tratamento, ser específico, planejar as ações e tempo, “para se fazer o atendimento especial é preciso de uma conscientização de toda a equipe e da hierarquia. Não se pode pensar em quantidade, mas em qualidade do atendimento”.



Diurianne França e José Reinaldo Pacheco, gerente de Saúde Bucal da SES.

“Essa decisão (de implantar a estratégia Saúde da Família) possibilitou o desenvolvimento de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, buscando assim, a realização de práticas pautadas na realidade epidemiológica do município”.

*Dayse Samara Matos,
coordenadora de Saúde
Bucal de Vitória da Conquista*

CIDADE DA BAHIA OBTÉM VITÓRIAS NA CONQUISTA POR UM SORRISO SAUDÁVEL

Situada no “polígono da seca”, Vitória da Conquista leva Saúde Bucal de qualidade a mais de 50% dos seus 290 mil habitantes.


A Saúde da cidade vem se reestruturando desde 1997 e em outubro de 1999 assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal. Com essa reestruturação veio a estratégia Saúde da Família, ainda em 1998. Atualmente o município conta com 34 Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família (ESF), 37 Equipes Saúde da Família e 27 Equipes de Saúde Bucal

(ESB), o que corresponde a 51,7% de cobertura nesta área; além dos 420 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Segundo a coordenadora de Saúde Bucal do município, Dayse Samara Matos, no ano de 1997 havia apenas oito cirurgiões dentistas na rede municipal, “e atualmente temos 60 nas Unidades de Saúde e Centro de Especialidades Odontológicas, além de 50



Centro de Especialidades Odontológicas de Vitória da Conquista.



Atendimento clínico individual na zona rural e urbana do município.

“A ampliação e equiparação do número de Equipes Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal são uma forma de ampliar o acesso da comunidade aos serviços e garantir maior equidade e integralidade nas ações desenvolvidas”.

Karine Brito, coordenadora da Atenção Básica

Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) e um Técnico em Prótese Dental (TPD) que atuam em 46 consultórios odontológicos instalados na zona urbana e rural”. A coordenadora conta ainda que o CEO atende nas áreas de endodontia, prótese total e parcial removível, periodontia, cirurgia oral menor, ortodontia e atendimento a portadores de deficiência.

Dayse diz que a Saúde Bucal está se estruturando, com a implantação das primeiras Equipes Saúde da Família com cirurgião dentista e ACD na equipe mínima, “essa decisão possibilitou o desenvolvimento de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal, buscando assim, a realização de práticas pautadas na realidade epidemiológica do município”.

No ano de 2000 foi realizado o I Inquérito Epidemiológico em Saúde Bucal que avaliou a doença cárie em crianças de 5 a 14 anos, onde se obteve o índice CPO-D de 4,5 aos 12 anos. Em 2004, como fruto da *I Conferência Municipal de Saúde Bucal* que reafirmou a Saúde Bucal e o controle social como uma das prioridades da gestão, foi realizado o segundo inquérito – desta vez utilizando-se da mesma

metodologia proposta pelo SB Brasil-2003, com adaptações para o nível municipal. “A partir dos resultados encontrados, podemos observar uma considerável redução nos índices ceod e CPO-D, quando comparamos os dados dos inquéritos realizados em 2000 e 2004/2005”, comemora a coordenadora.

A Secretaria Municipal de Saúde, (SMS) por meio da Coordenação de Saúde Bucal, passou, então, a divulgar e discutir os dados desse segundo inquérito, com a realização de oficinas entre os profissionais da rede e a coordenação. Foram organizados, também, grupos temáticos entre os profissionais da Atenção Básica e especializada, a fim de planejar as ações e definir estratégias para superação das dificuldades.

Esses grupos acabaram por produzir as *Diretrizes Municipais de Atenção à Saúde Bucal (DMSB)*, documento que sistematiza as ações de Saúde Bucal no município e que foi disponibilizado a todas as Unidades Básicas de Saúde; em seguida, foram realizadas supervisões junto aos profissionais de odontologia para identificar as facilidades e dificuldades na utilização do documento.

Com o intuito de consolidar as propostas previstas nas Diretrizes de Atenção à Saúde Bucal do município, em 2007, a área técnica implantou o protocolo municipal de Saúde Bucal, que possibilitou a sistematização da utilização do flúor nos procedimentos coletivos de acordo com o grau de risco; a implantação de três novos instrumentos para monitoramento da atenção em Saúde Bucal e a organização dos fluxos de encaminhamentos para atenção especializada. Além disso, foi feito o acompanhamento da implantação do protocolo junto as ESF e elaboração de relatório; realizado o seminário de avaliação do protocolo de Saúde Bucal e apresentação de experiências bem sucedidas dos profissionais em Saúde Bucal (cirurgiões-dentistas, ACDs e ACS); apoio à capacitação sobre DST e Aids para cirurgiões-dentistas e ACDs, realizada pelo centro municipal de referência; apoio à capacitação em câncer bucal realizada pelo Centro de Especialidades Odontológicas e 20ª DIRES; realizada capacitação com ACDs; realizada capacitação com agentes rurais em saúde bucal; distribuídas 36.136 escovas dentais e viabilização da reforma da unidade móvel odontológica.



Atividades coletivas em Saúde Bucal.



Capacitação

A elaboração e divulgação das Diretrizes não foram as únicas ações em busca de aperfeiçoamento. “A capacitação de recursos humanos tem sido fundamental na busca da melhoria do acesso e na qualidade da assistência e a Secretaria Municipal de Saúde vem priorizando a realização de capacitações e viabilizando a participação dos profissionais em congressos, cursos de atualização, especialização e mestrado”. E a iniciativa tem dado resultado: dos 27 cirurgiões-dentistas da estratégia, 24 possuem pós-graduação.

As ações de educação permanente em 2007 envolveram ainda: treinamento introdutório de 11 ESF; capacitação teórico-prática em Suporte Básico de Vida realizada pelo SAMU 192 com profissionais da Saúde da Família; seminário de experiências desenvolvidas nas Unidades de ACS; atividade em Comemoração ao Dia de Combate à Diabetes; elaboração do novo organograma de funcionamento da Coordenação da Atenção Básica; reuniões de avaliação da Programação e Pactuação Integrada (PPI) de 2006 com as ESF; reuniões para realização da Programação e Pactuação 2007 com as ESF; reunião de atualização para mudanças de fluxos do Labo-

ratório Central; capacitação de Conselheiros Locais de Saúde e capacitação dos agentes rurais.

De acordo com a coordenadora da Atenção Básica, Karine Brito, o aperfeiçoamento dos profissionais reflete diretamente na melhoria da qualidade do atendimento prestado à comunidade. Ela explica que na Atenção Básica as atividades desenvolvidas em Saúde Bucal incluem: exame bucal com finalidade epidemiológica, atividades educativas, escovação supervisionada, revelação de placa, aplicação tópica de flúor, pronto-atendimento para os casos de urgência, periodontia básica, exodontias, dentística restauradora e RX periapical.

Para Karine Brito, a ampliação da rede de assistência e a valorização de atividades de promoção e prevenção tem pro-

vocado um incremento no número de procedimentos odontológicos básicos. Para garantir a continuidade das ações preventivas o município realiza atividades coletivas como: exame bucal com finalidade epidemiológica, revelação de placa, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor.

Karine lembra que dentre os desafios do município está a ampliação e equiparação do número de Equipes Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal, “pois essa é uma forma de ampliar o acesso da comunidade aos serviços e garantir maior equidade e integralidade nas ações desenvolvidas”. Segundo a coordenadora da Atenção Básica, apesar dos avanços alcançados em crianças, ainda observa-se um elevado número de dentes perdidos em adultos e idosos, “o que



Feira de Saúde realizada pela ESF de Pedrinhas.

“A capacitação de recursos humanos tem sido fundamental na busca da melhoria do acesso e na qualidade da assistência

Dayse Samara Matos, coordenadora de Saúde Bucal



demonstra a necessidade de ampliação do acesso aos serviços de assistência a Saúde Bucal, assim como implementação de ações que contribuam para o fortalecimento da integralidade na atenção”.

Apesar de em 2006, Vitória da Conquista ter recebido do Conselho Federal de Odontologia, Menção Honrosa pelo trabalho desenvolvido em Saúde Bucal, a secretária de saúde Suzana Cristina Ribeiro diz que o município ainda deve melhorar as condições de Saúde Bucal da população em geral, aumentar a oferta de procedimentos especializados, garantir a continuidade do acompanhamento das ações propostas no protocolo de Saúde Bucal e garantir a continuidade das ações de educação permanente para os profissionais.

“Reconhecendo estes desafios e considerando que apenas foram dados alguns passos de uma longa trajetória, o município vem trabalhando no sentido de ampliar as ações, por meio do aumento do número de ESF no ano de 2008, que passará de 34 para 45 equipes e implantação de cinco Núcleos de Apoio à Saúde da Família que também deverão iniciar suas atividades este ano”, Suzana Ribeiro.

QUADRO 1 - Comparação entre as metas da OMS e os resultados encontrados no Levantamento Epidemiológico 2000 / Conquista Sorriso 2005.

	OMS 2000	Vitória da Conquista /2001	Vitória da Conquista /2005
Percentual de Indivíduos livres de cárie 5 anos	0%	14,4%	41,35%
CPO-D aos 12 anos	< 3,0	4,5	2,81

Fonte: Levantamento Epidemiológico 2000 e Conquista Sorriso – 2004 (SMS/Vitória da Conquista)

Medidas Mais Saúde	Metas
 <p>Implantar em Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) unidades de apoio e referência para a Atenção Básica, ampliando a abrangência e a resolutividade das ações das Equipes Saúde da Família e conformando a Rede de Atenção com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Especialidades Odontológicas – (CEOs), Unidades de Pronto Atendimento e Apoio ao Diagnóstico – (UPAs).</p>	<p>Financiar o custeio de 400 novos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) ao ano, a partir de 2008, passando de 550, em 2008, para 950, em 2011.</p>
<p>Qualificar e ampliar a rede de serviços de Atenção Básica garantindo, de forma compartilhada com Estados e municípios, a expansão e a sustentabilidade financeira para a estratégia Saúde da Família cobrindo a população usuária do SUS de forma integrada aos projetos sociais do Governo Federal.</p>	<p>Ampliar Programa Brasil Sorridente, aumentando o número de Equipes de Saúde Bucal de 16.500, em 2007, para 24.000, até 2011, o que significa ampliar a cobertura de 41% para 70% da população.</p> <p>Ampliar em 28%, até 2011, os recursos federais para custeio das Equipes de Saúde Bucal do Programa Brasil Sorridente, passando de R\$ 1.915 equipe/mês para R\$ 2.443 equipe/mês.</p>
<p>Implementar o Programa de Saúde nas Escolas em articulação com o Ministério da Educação beneficiando pelo menos 26 milhões de alunos de escolas públicas.</p>	<p>Implantar incentivo financeiro de R\$ 7.800 equipe/ano para Equipes Saúde da Família para realizar avaliação clínica, avaliação nutricional, detecção precoce de hipertensão arterial, avaliação de saúde bucal e avaliação psicossocial em 17.472.000 alunos de escolas públicas, até 2011.</p>
<p>Capacitar profissionais de nível médio em áreas técnicas estratégicas para a Saúde – Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS).</p>	<p>Capacitar técnicos nas áreas de: Radiologia, Patologia Clínica e Citotécnico, Hemoterapia; Manutenção de Equipamentos, Higiene Dental – THD/ Auxiliar de Consultório Dentário, Prótese Dentária, Agente Comunitário de Saúde – Formação Inicial, Vigilância em Saúde, Enfermagem, Cuidadores para pessoas idosas.</p>

O matriciamento é umas das principais ferramentas de que dispõem o gestor e os profissionais de Saúde Mental e consiste da participação de psiquiatras nas reuniões semanais da Equipes Saúde da Família. Por meio do compartilhamento de conhecimento e de responsabilidade, pode-se chegar a um projeto terapêutico consensual.

Em São Paulo, diferenças são tratadas com a mesma dedicação profissional e (re)integração social



Em 2006, uma menina de 13 anos, simplesmente parou de sair de casa desde que o avô, que mora em outra cidade, foi diagnosticado com câncer de próstata e passou a freqüentar a casa dela para fazer o tratamento em Campinas, onde tinha acesso a mais recursos. No mesmo período, a mãe da jovem passou por uma cirurgia de retirada de apêndice. Dentro desse contexto familiar, mesmo depois de o tratamento do avô ter começado a surtir efeitos e sua mãe também ter melhorado, a menina continuou a se recusar a sair de casa. Por vezes, quando saía, sentia náuseas, fraqueza, taquicardia, tremores, visão turva e chegou a desmaiar algumas vezes. Ela argumentava sentir medo de “pegar” alguma doença. Isso tudo apesar de todos seus exames clínicos e fisiológicos sempre darem resultados normais. O estado se agravou a ponto de nem ir à escola, mesmo sob as súplicas contínuas da mãe.

Atualmente com 15 anos e depois de dois anos escolares perdidos, uma Agente Comunitária de Saúde, descobriu a situação da menina e o desespero da mãe em uma visita. Imediatamente reportou o caso para a enfermeira da Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família Vila União, em Campinas, que agendou uma visita de ambas, mãe e filha, para que houvesse uma avaliação clínica da Equipe Saúde da Família (ESF). No entanto, no dia agendado, somente compareceu a mãe que colocou “que por nada conseguira fazer a filha sair de casa” e, posteriormente, com a possibilidade de a médica ir à casa a reação da menina foi quase agressiva no sentido de não aceitar a presença da profissional em seu lar.

Esgotadas as possibilidades de auxílio pela enfermeira e médica, foi solicitada, na UBS/SF a presença de um psiquiatra.



Data: 18 de março

Cidade: Campinas

**Local: Unidade Básica de Saúde/
Saúde da Família Vila União**

**Participantes: Equipe Saúde da
Família e psiquiatra do CAPS.**

Com o quadro apresentado, o psiquiatra levantou, a princípio, a hipótese de que a adolescente tenha projetado nela a doença do avô e, por isso, desenvolvido a agorafobia (medo de sair de casa) associado a crises de pânico (que justificariam, ainda no início do problema, quando a adolescente, pelo menos, ia à escola e tinha crises nervosas). O caso foi classificado pelos profissionais como sendo de sofrimento psíquico e o certo é que a ação deveria ser conjunta entre profissionais de diferentes áreas, sendo a adolescente acompanhada de perto pela Equipes Saúde da Família.

Nesse exemplo – real – ocorrido em março de 2008, foi instaurada uma sessão de matriciamento – quando profissionais da Saúde da Família dialogam com outros, da Atenção Secundária, a fim de traçar uma estratégia em comum.



Esse é um dos inúmeros casos de Saúde Mental atendidos, todos os dias, no Sistema de Saúde de municípios de São Paulo.

Vamos conhecer, nesta reportagem, experiências das cidades de Campinas, Diadema e Santos, onde a formação do profissional se dá muito para além da graduação, e sim, também no dia-a-dia, com o contato com as mais diversas patologias e,

dentro dessas, em seus vários graus de acometimento.

Essa área em particular, pela natureza das patologias, requer uma ação estritamente ligada dos níveis de atenção. Isto porque um paciente de sofrimento psíquico é também um paciente clínico, pois adoece, pode ter dores e algumas limitações físicas, ou seja, tem um corpo que precisa ser tão cuidado quanto sua mente.

“Nosso maior desafio tem sido conseguir fixar profissionais nas áreas mais pobres da cidade. É justamente nessas áreas que o trabalho de matriciamento se torna mais relevante”

Elza Lauretti Guarido, coordenadora das ações de Saúde Mental

CAMPINAS APOSTA NA INTEGRAÇÃO SOCIAL E NA NÃO-EXCLUSÃO

Na cidade de Campinas, a 90 quilômetros da capital do Estado, um trabalho dedicado e intenso de reinserção social é oferecido aos pacientes, desde as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família até o envolvimento dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e de outros órgãos da prefeitura municipal.

A cidade vem reestruturando seu atendimento em Saúde Mental (SM) desde 2001, colocando a Atenção Básica como porta de entrada preferencial ao sistema e com a ampliação da oferta de serviços especializados.

Segunda Elza Lauretti Guarido, coordenadora das ações de Saúde Mental no município, vem se organizando uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico. Todas as UBS/SF do município estão intimamente ligadas quanto à Saúde Mental e referenciam pacientes para o restante da rede, complementada por: 6 (seis) CAPS; sendo três CAPS III, com total de 30 leitos; um destinado para os pacientes com transtornos graves; um CAPS AD – Álcool e outras drogas – com 10 leitos; dois hospitais universitários, também cada um com 10 leitos e nove Centros de Convivência. Fora as Unidades Básicas de Saúde da rede da Atenção Básica.

Para a coordenadora, a liderança da Atenção Básica nas ações de Saúde Mental é justificada frente às atuais condições de vida da população. “Hoje pela natureza e dimensões da cidade, pela quantidade de problemas sociais que temos – Campinas já está, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, com mais de um milhão de habitantes – e pelo sofrimento psíquico que isso acarreta, é importante termos profissionais da Saúde Mental na Atenção Básica, para dar suporte aos enfermeiros e médicos generalistas frente à todo volume da demanda”, coloca.

UBS à frente do matriciamento

Das 54 UBS na cidade de Campinas, 26 têm Equipes de Saúde Mental (ESM), e do total de 137 Equipes de Saúde da Família, 80% já realizam o matriciamento. A rede do município conta atualmente com 35 psicólogos, 20 terapeutas ocupacionais e 40 psiquiatras.

A meta do município é chegar aos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, de uma ESM para cada 30 mil habitantes, e a secretaria está otimista, “faltam 15 contratações para chegarmos à meta, nosso maior desafio tem sido conseguir fixar profissionais nas áreas mais pobres da cidade. É justamente nessas áreas que o trabalho de matriciamento se torna mais relevante”, finaliza Elza.

Humanização do atendimento

Trazer as pessoas de volta ao convívio social é a maior meta dos 9 Centros de Convivência existentes em Campinas, que trabalham preferencialmente



Para Elza Lauretti Guarido, coordenadora das ações de Saúde Mental em Campinas, falar de Atenção Básica na cidade é sinônimo de estratégia Saúde da Família, pois praticamente toda a rede de AB já se estruturou no município dentro da estratégia.



com pacientes referenciados pela UBS/SF. Um desses é o Tear das Artes, que além de projetos de inclusão social ainda trabalha com alguns de geração de renda.

Lá, um dos grupos mais atuantes existe já há seis anos, é o de confecção de peças da cama e mesa, em teares artesanais. Dele fazem parte seis mulheres encaminhadas pelas Equipes de Saúde da Família. É o caso de Dona Francisca Clarindo Souza, que foi encaminhada pelo médico da UBS de sua área ao Centro para auxiliar a tratar sua depressão e Maria Alice Martins, também encaminhada pela UBS, para ajudar na luta contra a ansiedade.

No Tear das Artes também é desenvolvida outra atividade de inclusão social – a alfabetização e orientação para as operações básicas de matemática, desta vez promovendo a interação entre dois grupos: o de idosas, ainda analfabetas ou semi-analfabetas, e de portadores de limitações mentais. Nessa turma, coloca a professora Mara Orbeteli, “ambos saem ganhando, pois como as pessoas mais idosas requerem uma velocidade de aprendizagem mais lenta, a turma se adequou às necessidades dos portadores de aco-

Para Maria Alice (em pé) o trabalho nos teares, que por natureza é um trabalho que não pode ser feito de forma abrupta e requer certa paciência, vem lhe ajudando a lidar com crises de ansiedade e para Francisca Souza (ao tear) não ficar sozinha em casa e o contato com as colegas artesãs ajuda a afastar a depressão. Ambas colocam que parte da renda obtida é usada para comprar a matéria-prima e a outra parte é dividida entre elas.



A Portaria nº 1.169, de 07 de julho de 2005, do Ministério da Saúde, destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvem projetos de Inclusão Social pelo Trabalho, destinados às pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

metimentos mentais, que precisam da mesma sensibilidade do professor. Fora que, principalmente, para o segundo grupo, é uma forma a mais de promover a convivência”.

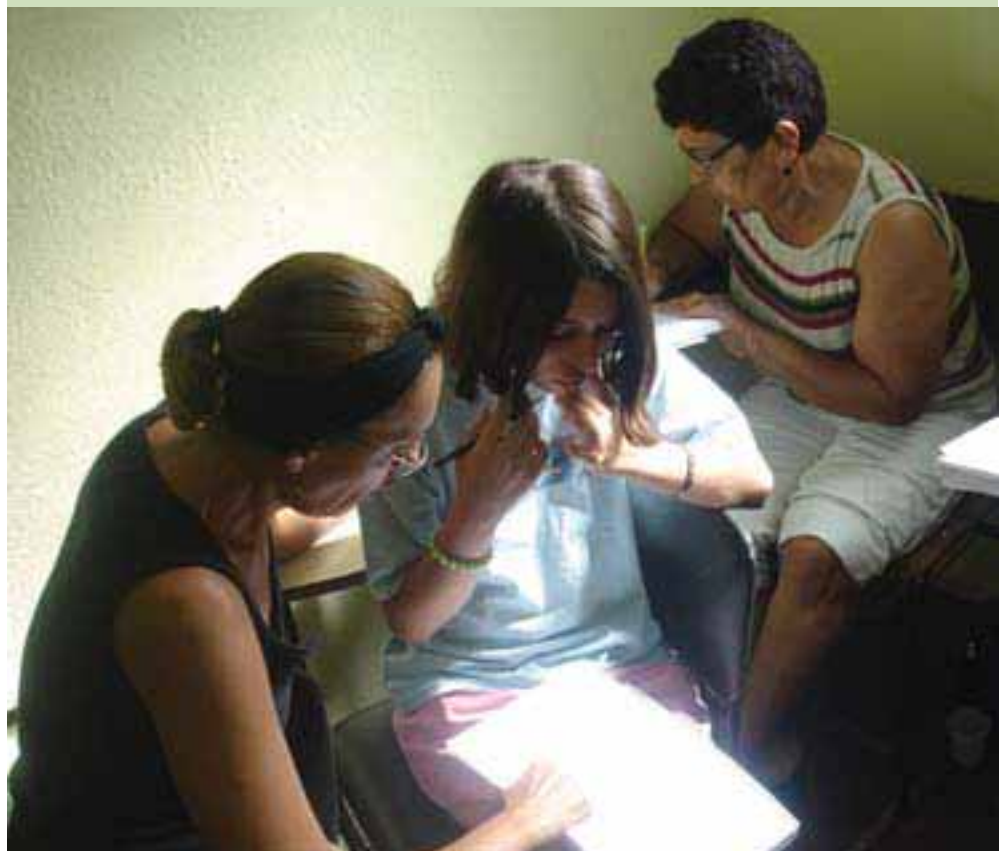
Outras opções encontradas no Centro de Convivência são o grupo de rádio “Ondas Mentais” que conta com um estúdio de gravação dentro do centro e aulas diversas, como a ministrada pela psicóloga Vanessa Gimenes, de oficina com argila. Dessa oficina participam crianças encaminhadas pela Saúde Mental, como o caso do menino P., que apresentam problemas disciplinares, desatenção e dificuldade de aprendizagem. Na sala, no entanto, a interação se dá também com crianças da comunidade, sem nenhuma patologia.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que os distúrbios de humor, incluindo a depressão, devem afetar cerca de 340 milhões de pessoas nos próximos anos. Até 2020 a depressão será o principal distúrbio mental a atingir a população dos países em desenvolvimento.

A Política Nacional de Saúde Mental, vigente no Brasil, instituída pela Lei Nº 10.216, 06/04/2001, tem como premissa a des-hospitalização, com ampliação da rede ambulatorial e fortalecimento de iniciativas municipais e estaduais que propiciem a criação de equipamentos intensivos e intermediários entre o tratamento ambulatorial e a internação hospitalar, com ênfase nas reabilitação psicossocial dos pacientes, sobretudo através da implantação dos CAPS e serviços similares.



Nas fotos, a psicopedagoga, Mara Orbetele, em dois momentos da alfabetização, primeiro com uma idosa que está aprendendo os fundamentos da matemática e, segundo, com uma jovem assistida pela Saúde Mental, em processo de alfabetização.



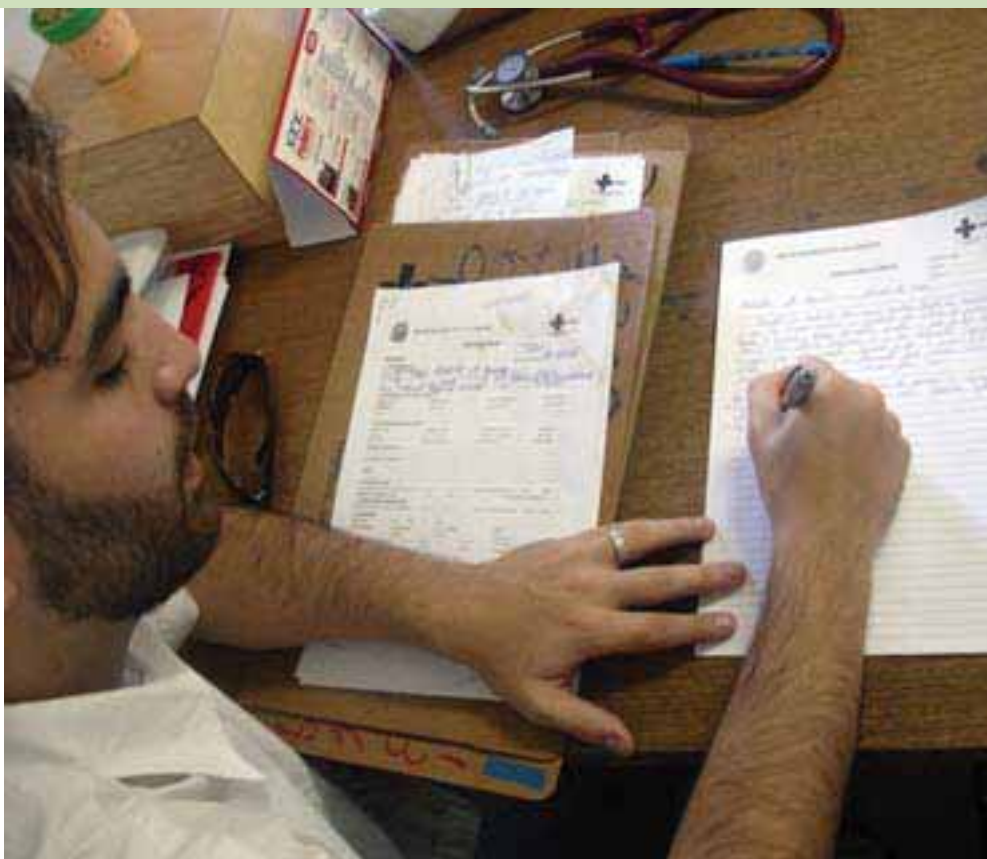


Vanessa Gimenes, com três crianças da oficina de argila e barro: "O interessante deste tipo de trabalho, fora dos consultórios de psicólogos e com o apoio da Equipe Saúde da Família, é que muitas vezes nos é possibilitada até mesmo mudar um diagnóstico, a exemplo deste garoto, o P. (de costas na foto). Ele nos veio encaminhado com uma série de suspeitas de patologias, mas frente ao relato das professoras e dos profissionais da UBS, enfermeira e, principalmente, ACS, pude diagnosticar que o caso dele está mais para a peraltice. Ou seja, esse trabalho comunitário traz isso de 'descolamento do diagnóstico', a gente percebe que os casos são muito mais complexos.

O matriciamento como estruturador do trabalho

Deivison Vianna Dantas dos Santos, psiquiatra, enfatiza a importância de o trabalho ser feito a partir de sessões de matriciamento, como aquela solicitada pela ESF Vila União, citado no início desta reportagem. Ele enfatiza que é justamente nessa ocasião que os profissionais têm mais oportunidades de trocar saberes e experiências a respeito do desenvolvimento de seus pacientes.

O apoio matricial busca personalizar os sistemas de referência e contra-referência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio. Segundo Deivisson, o referenciamento garante vínculo longitudinal, responsabilização de todos envolvidos e autonomia para trabalhadores e usuários.



O psiquiatra Deivison Vianna Dantas dos Santos, numa sessão de matriciamento extraordinária, solicitada pela coordenadora da UBS/SF Vila União, Andréia Nicioli. Após a conversa, o psiquiatra preenche a Ficha de Evolução Clínica que servirá, a partir de então, como referencial para a ESF lidar com o caso.

“Na Saúde da Família é mais fácil porque a gente sensibiliza através, principalmente, do matriciamento”.

Ana Negrão, assessora da Coordenação de Atenção Básica

DIADEMA – UM HISTÓRICO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL E RESPEITO AO PRÓXIMO

A Saúde Mental em Diadema, a 17 Km de São Paulo, vem experimentando, desde meados de 2006, a aproximação da Atenção Básica com a formulação de um colegiado na cidade. Colegiado esse que participa das reuniões dos médicos clínicos, generalistas e gerentes das Unidades Básicas de Saúde para “fundamentar e esclarecer conceitos, objetivos e estruturar o matriciamento local”, coloca Ana Negrão, psicóloga e assessora da coordenação de AB.

O início dos atendimentos de Saúde Mental na AB constitui um processo contínuo e em respeito ao trabalho dos profissionais que já atuavam nas unidades. Muitas destas já contavam com a presença de psicólogos, fonoaudiólogos e assistentes sociais – profissionais estes que agora estão na ponta do novo modelo de assistência estruturador na cidade: a estratégia Saúde da Família.

Ana Negrão coloca que “o caso de pacientes moderados são mantidos junto com profissionais da Saúde da Família, no ambulatório de psiquiatria, com os generalistas e no matriciamento”. Entre os pacientes que se enquadram como moderados, a psicóloga aponta, como exemplo, os com transtorno obsessivo compulsivo e depressão recorrente.

Integração de profissionais

A importância da interação dos profissionais da Saúde Mental com os demais na UBS é enfatizada no discurso do psicólogo da UBS/SF Parque Reid, José Paulo Correia de Menezes. “O que a gente percebe é uma mudança de diálogo dos profissionais”, coloca o profissional comparando seus dois anos de experiência na antiga “formatação” da unidade e, agora, com a SF, “um exemplo concreto, que posso dar, é o de determinada paciente que me procurou com uma queixa de sofrimento psíquico, relatando a relação que mantinha com sua mãe, em casa. No

entanto, a ACS responsável pelo acompanhamento da família me trouxe um relato bastante diferente do que vinha observando naquela família. Confrontando as versões, observei alguns buracos e incongruências nas duas histórias que me chamaram a atenção e me fizeram chamar tanto a paciente quanto a mãe dela para uma conversa, em conjunto. Isso foi fundamental para que eu pudesse diagnosticar com mais precisão aquele caso”. Para José Paulo, por meio do trabalho conjunto dos membros da Equipe Saúde da Família é possível entender com mais precisão como determinado núcleo familiar se estrutura e em que condições vive. “Sobretudo o trabalho das enfermeiras e ACS me trazem excelentes ferramentas de compreensão, intervenção, orientação e encaminhamento dos casos que atendemos”, coloca o psicólogo.

Não só os psicólogos se beneficiam com essa parceria entre a Atenção Básica e os outros níveis de Atenção à Saúde. Nas UBS/SF, o próprio médico sente a diferença em seu trabalho, pois ele pode contar com a intervenção de uma equipe especializada para ajudá-lo a conduzir o usuário em seu tratamento.

“Constatamos que hoje o matriciamento em Saúde Mental está instituído como uma ferramenta de apoio técnico aos profissionais da Atenção Básica e observamos menor resistência, ou seja, maior aceitação em acolher e atender o portador de sofrimento mental em suas necessidades nas UBS com Equipes Saúde da Família”, diz Ana.

ACS de olhos atentos sobre quem precisa

Um exemplo é o citado pela Agente Comunitária de Saúde, Sônia Maria A. da



Diadema conta com 1.500 profissionais na Atenção Básica, distribuídos em 19 unidades, sendo que, destas, 13 delas com a estratégia Saúde da Família. É o caso da UBS Parque Reid, que conta com cinco das 59 Equipes Saúde da Família. Na foto, a unidade e um registro da recepção.



“Chamar tanto a paciente quanto a mãe dela para uma conversa, em conjunto(...) foi fundamental para que eu pudesse diagnosticar com mais precisão aquele caso”.

José Paulo, psicólogo

Na foto, José Paulo com a paciente, Cilma Almeida de Souza que tomou conhecimento na própria UBS/SF Parque Reid da oferta do trabalho de psicólogos e, estimulada pela ACS e enfermeira da unidade, aderiu às consultas. Frequentadora da UBS antes da conversão do modelo, Cilma se diz maravilhada com o respeito dispensado e que é possível sentir a diferença, agora com a Saúde da Família.

Silva, que tem em seu território de atuação uma família cuja mãe é paciente de sofrimento psíquico Sônia relata o caso: “Essa senhora é da minha área, ela tem problemas mentais, mas é casada, com quatro filhos e até consegue levar sua vida. O problema é que, com frequência ela se esquece das coisas... desde que ela está em nossa unidade, temos uma atenção redobrada sobre toda a família dela. Em sua última gravidez tínhamos praticamente que buscá-la para todas as consultas de pré-natal e, quando ganhou o bebê, fomos a casa dela e trazemos ambos aqui, para fazer todos os exames de rotina. E isso se dá também com todos os outros filhos, nas cadernetas de vacinação, até mesmo, às vezes, na escola. Todos os cuidados que uma mãe tem de ter pelos filhos, nós, da Equipe, fazemos junto com ela”.

Apesar dos avanços citados, Ana Negrão, que está à frente das ações de Saúde Mental em Diadema há dois anos, coloca que ainda “é um desafio esta relação entre os profissionais de diferentes âmbitos de atenção no sistema de saúde da cidade, pois em Diadema ainda existem unidades mistas e nem sempre é fácil convencer o médico a atender ao paciente da sofrimento psíquico. Na Saúde da Família é mais fácil porque a gente sensibiliza por meio, principalmente, do matriciamento. A discussão fica bem mais fácil do que aquelas que se dão nas unidades tradicionais”.



Ana Negrão, psicóloga e assessora da coordenação de Saúde Mental de Diadema: “Estamos num processo anti-manicomial que começou com a reforma psiquiátrica e estamos encaminhando estes casos de volta para o atendimento no CAPS, por isso a necessidade do CAPS 24 horas. Estamos seguindo a política de não-internação, sempre que possível. Já no CAPS AD, alguns pacientes acabam sendo atendidos também na Atenção Básica, porque a bebida, por exemplo, sabemos que pode acarretar hipertensão e outras conseqüências nos pacientes que devem ser acompanhados por um clínico”.



Na foto, o grupo de ACS da UBS Parque Reid e à frente a agente Sônia.



Para a médica Carolina de Souza Alves, “várias vezes a gente nota que as pessoas estão muito carentes, em muitos sentidos. Tenho encaminhado vários pacientes para o psicólogo para pegar uma segunda opinião. Ouvimos muitas queixas de solidão, depressão etc. e, sempre antes de encaminhar eu converso com essas pessoas, e acredito que no tempo médio de 20 minutos que dura uma consulta é possível *preparar* a pessoa com uma conversa franca e objetiva sobre os benefícios que pode trazer esse tratamento *casado*”.

Para a psicóloga Marta Fragoso Silva, o público infantil é tratado com igualdade na UBS em que atua. Uma sala especialmente estruturada para esse fim torna o atendimento mais prazeroso para ambos, profissional e paciente.

Públicos diferentes, diferentes perfis: mesmo empenho

Mulheres entre 25 e 40 anos, geralmente que não trabalham fora e têm, em média, dois ou três filhos. Esse o perfil do público adulto como o apontado pelos profissionais da Saúde Mental em duas UBS/SF entrevistadas (Parque Reid e Promissão) como aquele que mais recorre à ajuda especializada. Segundo os psicólogos, em geral, são mulheres que apresentam quadros depressivos, transtornos de ansiedade e irritabilidade. Os profissionais apontam a falta de perspectivas – a não ser a de cuidar de casa – uma jornada de trabalho árdua e rotineira, aliada a uma vida sem projeto e, em alguns casos, com maridos alcoólatras, ausentes ou companheiros desempregados; como as principais prováveis causas dos transtornos que acometem essas pessoas.

A psicóloga Ester dos Santos, da UBS Promissão, coloca que na unidade está em desenvolvimento a formação

de grupos multidisciplinares com mulheres do território. O objetivo, segundo ela, é trazer atividades a essas mulheres para que compartilhem umas com as outras experiências, o grupo propõe, também, atividades físicas, incentiva a frequência de umas às casas das outras com o objetivo de se estabelecer laços de amizade e companheirismo entre elas.

Já entre o público adulto masculino, coloca a médica Carolina de Souza Alves, a maior parte das queixas está direcionada à disfunção erétil, “quando recebemos um paciente com essa queixa, primeiro descartamos as possíveis causas anatômicas e/ou fisiológicas que o paciente possa apresentar, desde que foi implantado o novo modelo, em menos de um mês chegaram até mim encaminhamentos de homens com essa queixa, ou seja, esse público antes não chegava à Atenção Básica e, conseqüentemente, estava tendo um acompanhamento *inadequado*”, coloca.

A psicóloga Marta Fragoso Silva, que trabalha junto ao público infantil – faixa etária dos 7 aos 11 – coloca que entre os principais problemas de Saúde Mental a que atende, estão as disfunções de aprendizado e uma certa apatia ou euforia excessiva por parte das crianças.

Contudo, uma particularidade que vem sendo notada junto ao público adolescente é a adesão ao tratamento. Segundo Ester dos Santos, os últimos casos, embora não possa se afirmar que estejam aumentando, estão sendo encaminhados à UBS com mais frequência e são considerados imediatamente como “caso grave” e a intervenção dos profissionais se dá o mais imediatamente possível (geralmente começando uma sessão de matriciamento, da qual um psiquiatra participa para avaliar a necessidade ou não de intervenção com medicamentos), pois o adolescente pode tentar novamente. Segundo a assistente social, Sônia Aparecida Cristina, em muitos desses casos ela identifica uma

relação clara com a condição sócio-econômica dos adolescentes e cita como exemplo a tentativa de uma jovem de 16 anos grávida: "A jovem não tinha uma estrutura familiar adequada para lidar com a situação, não contou para os pais e não conseguia lidar com a questão. Tentou o suicídio. O caso chegou até nós e hoje estamos fazendo um acompanhamento intenso com essa jovem, tentando dar-lhe um suporte. Hoje, felizmente, está bem melhor".

Equipes multidisciplinares

Em conjunto ao trabalho dos psicólogos, atuam fonoaudiólogos. Embora esses profissionais não estejam, desde 2006, ligados exclusivamente à Saúde Mental, continuam dialogando com todas as outras áreas da Saúde da Família. Com o público infantil os casos mais comuns que esses profissionais atendem são atraso de linguagem e outros decorrentes de problemas em casa e emocionais como pais ausentes, que brigam muito ou ainda aqueles que 'infantilizam' muito a criança, fazendo-as comportar-se de forma inadequadas às várias etapas do desenvolvimento infantil.

"O que deveríamos fazer por essa família?", esse é o questionamento que Regina Célia Ferro Gouveia, fonoaudióloga, se faz sempre que lida com um desses casos, pois para ela é claro que o atendimento somente à criança pode não surtir o efeito desejado. "Avaliamos se devemos passar orientações para a mãe ou o pai, ou ainda se o



caso requer até mesmo encaminhar os pais para terapia. Então faz parte do atendimento das crianças a família ser acompanhada e percebemos, aqui na unidade, que quando acontece isso o trabalho obtém resultados melhores".

No entanto, esse é um desafio que os profissionais encontram, pois muitas vezes quando é colocada aos pais alguma dificuldade que a criança tem ou pode vir a desenvolver, eles 'não levam em consideração' e quando têm de procurar a unidade o quadro já está instaurado e avançado.

Regina coloca que não só as crianças se beneficiam do atendimento fonoaudiológico. Lidamos com mães e grupos de gestantes que, por exemplo, não conseguiram amamentar o primeiro filho, por determinada razão e acham que, por isso, não conseguirão amamentar também um segundo filho. "Aí também o trabalho do fonoaudiólogo pode ajudar muito. Já recebemos relatos emocionados de mães de segundo, terceiro filho, que, pela primeira vez, conseguiram amamentar", coloca Regina.

Um exemplo de empenho e criatividade da Equipe Saúde da Família da UBS Eldorado: o mapa da área da unidade foi totalmente confeccionado com missangas, bordadas uma-a-uma.

Isso demonstra o vínculo desses profissionais, não só com a população assistida, mas também para com o próprio ambiente de trabalho.



Profissionais da UBS Promissão: da esquerda para direita, a fonoaudióloga Regina Gouveia, a assistente social Sônia Aparecida Cristina e a psicóloga Ester do Santos. A meta de Diadema é chegar, em julho de 2008, com 90% da população da cidade atendida pela Saúde da Família.



Clarice Uhlig dos Santos, assessora do Departamento de Atenção Especializada e coordenadora de Saúde Mental: "Existe uma tentativa de colocar a Saúde Mental dentro da Atenção Básica, dos cuidados dos ACS, da Saúde da Família mesmo. Evitamos a visão de que o paciente mental tem necessidade de ir para o Núcleo de Atenção Psicossocial, para a Seção de Valorização da Criança e, sim, integrar as discussões às necessidades que são de todos".

EM SANTOS, MODELO DIFERENCIADO PREVÊ ATENDIMENTO COM RESPEITO AOS MAIS ACOMETIDOS

Em Santos, 65 quilômetros de São Paulo, nota-se o esforço da Secretaria Municipal de Saúde em oferecer diferentes níveis de atenção aos portadores de patologias de Saúde Mental. Esta modalidade de atenção na cidade é aberta, recebe encaminhamento de vários grupos, entre estes, da Atenção Básica/Saúde da Família. Clarice Uhlig dos Santos, psiquiatra e coordenadora de SM na cidade, coloca que "quando o paciente chega e o alocamos em alguma instância de atenção, sempre observamos se há necessidade, e possibilidade, de integração com o restante das unidades, à totalidade de serviços oferecidos naquele território".

Para tornar essa "integração" possível e concreta, a cidade se estruturou de forma a oferecer uma gama de serviços em SM. Atualmente a Saúde Mental em Santos conta com uma vasta rede composta por 13 unidades, distribuídas por toda cidade: cinco CAPS III – a cidade, recentemente adotou a nomenclatura de NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial; uma Seção Núcleo de Apoio ao Toxicodependente – Senat; uma Seção de Reabilitação Psicossocial – Serp; uma Seção Lar Abrigo – Selab; uma Seção Centro de Referência Psicossocial do Adolescente – Tô Ligado; três Seções Centro de Valorização da Criança – SVC e um Centro Municipal de Prevenção Primária ao uso de Substâncias Psicoativas – Cempri. Completam a rede o Pronto-Socorro e os leitos em três hospitais da cidade.

Desafios atuais

Diferente do que acontecia há alguns anos, quando ao se pensar em Saúde Mental a figura que se fazia nas cabeças das pessoas era aquele estereótipo do "louco em camisa de força", atualmente é muito comum que qualquer pessoa já tenha tido contato com alguém que tem ou já tenha tido problemas emocionais/mentais. Problemas como depressão, uso de drogas e suas consequências, violências físicas/sexuais etc., tornam as patologias de Saúde Mental mais reconhecíveis. A psiquiatra Clarice, coloca: "Essa proximidade faz com que hoje em dia seja mais fácil sensibilizar a população a respeito das questões da SM e nisso a Atenção Básica/Saúde da Família pode nos ajudar, justamente com as famílias que estão lidando agora com esses tipos de problemas, para trabalhar focada nas primeiras crises. E os profissionais da Saúde da Família entram com muito empenho nesse ponto".

No Lar Abrigo: exemplos de dedicação e amor ao próximo

Com 20 pacientes, a maioria portadores de esquizofrenia, o Lar Abrigo atende pessoas que hoje não têm condições de reintegração social, nem de gerenciarem seus bens.

Esse abrigo, na verdade, torna-se a casa dessas pessoas. As profissionais da casa preferem dizer que, sim, eles têm família, pois eles são uma grande família.

No entanto, o atendimento não se resume a oferecer abrigo e alimentação. Lá os internos recebem um tratamento digno, há a visita semanal do médico generalista, que avalia e encaminha, quando necessário, a outros profissionais da área de saúde. Um grupo de funcionários cuida pelo bem-estar e todos os dias eles têm a possibilidade de fazer atividades – o destaque maior vai para a oficina de arte.

Para a psicóloga Ana Gonçalves, que desde 1994 trabalha diretamente com esse público, nessas atividades "os problemas são revelados mais facilmente e é muito mais vantajosa essa proposta com eles do que tentar a abordagem terapêutica convencional. A proposta é mantê-los em atividade, e com o tempo a gente observa os avanços, por exemplo, no trabalho de pinturas: alguns começam e de repente param, saem, perdem o interesse, mas o quadro fica lá... quando ele o quer, volta e retoma e observamos com isso que cada vez mais eles conseguem se manter mais e mais tempo na atividade".

"A Atenção Básica/Saúde da Família pode nos ajudar, justamente com as famílias que estão lidando agora com esses tipos de problemas, para trabalhar focada nas primeiras crises".

Clarice Uhlig, coordenadora da Saúde Mental de Santos



Internos do Lar Abrigo mostram seus trabalhos. Alguns quadros são vendidos e a renda é administrada pelos próprios internos, que usam a arrecadação para comprar matéria-prima ou investir em passeios, por exemplo, enfim, algo para eles próprios. A venda também serve como estímulo, pois eles se sentem valorizados e estimulados na atividade.

Ana Gonçalves, psicóloga (de amarelo) e parte da Equipe de internos do Lar Abrigo. A maioria dos pacientes atendidos é oriunda do antigo Hospital Anchieta, desativado pela prefeitura quando Santos aderiu ao movimento de Reforma Psiquiátrica, mudando o foco do trabalho para com esse público.



Tô Ligado – a vez dos adolescentes na Saúde Mental

Um Centro exclusivo para o atendimento de adolescentes (12 a 19 anos) também faz parte da rede da atenção à SM na cidade. Na Seção Centro de Referência Psicossocial do Adolescente – Tô Ligado, todo o atendimento preocupa-se em “falar a linguagem” do jovem, de forma a tornar o tratamento mais eficiente.

Eliana Masch Naslaucki, diretora do Tô Ligado, coloca que, entre a maioria dos casos, estão a depressão, esquizofrenia e distúrbio de comportamento. A diretoria coloca que, por vezes, o centro recebe encaminhamentos de jovens com problemas escolares ou comportamentais que não se caracterizam como patologias de problemas mentais. Segundo ela, esses casos são encaminhados para outros serviços da prefeitura, no entanto, afirma que existem casos em que a deficiência

causa déficit de aprendizagem. Nesses casos há o acompanhamento por parte do projeto pelo grupo de estimulação de aprendizagem.

Eliana enfatiza a importância de se estar atenta ao recorte social em que esses jovens se inserem, "é muito diferente de qualquer outro tipo de atendimento mental, aqui precisamos utilizar um linguajar próprio, precisamos também estar muito atentos à escuta, nossos jovens estão passando por um período de transição na vida deles, transição física, mental, cultural e essas mudanças, que nós sabemos que são difíceis para todos" por isso nosso trabalho é tão próximo das Unidades Básicas de Saúde, pois são esses os profissionais que mais conhecem as estruturas familiares e como esses jovens vivem e são tratados".



Na unidade, além do atendimento individual, com psicólogo e psiquiatra, há também, quando o caso permite, o atendimento em grupo. São realizadas oficinas como as de dança, música e, em processo de elaboração, as de sexualidade e filmes.



Para Eliana Masch Naslaucki, diretora do Tô Ligado, "há um primeiro trabalho preventivo realizado na policlínica, com os grupos operativos, para poder realmente fazer o filtro dos casos que devem ser encaminhados pra cá".



Em Santos, a Saúde da Família é tão importante para os gestores que todo um trabalho de conscientização é feito junto à população.

Para fortalecer a imagem dos Agentes Comunitários de Saúde, profissionais de ponta da estratégia, anúncios, como esse da foto, circulam na cidade. Sem dúvida, um bem-vindo suporte ao trabalho desses colaboradores.





Interação lúdica

No Senaps IV, encontra-se uma unidade mista com atendimento de paciente que fica 24 horas e aqueles do chamado Hospital-Dia, que ficam durante o dia na unidade e à noite voltam para suas casas. Nas fotos acima os pacientes participam de uma atividade de interação, na qual simulam uma radionovela.

Neste tipo de atividade, os pacientes trabalham, de forma lúdica, diversas questões, por exemplo, além da própria interação entre eles, precisam observar e respeitar a vez de cada um falar, estar atento ao seu momento de se expressar e o respeito ao colega que estiver na vez de narrar a história.

Com o tempo, a oficina traz outros benefícios como uma facilidade ao se expressar, auto-estima, aumento da capacidade de concentração.

A **Reforma Psiquiátrica** teve seus primórdios na década de 1970, sendo contemporânea ao movimento sanitário que eclodiu na criação do SUS. Essa reforma propõe uma ampla mudança no atendimento em Saúde Mental, garantindo acesso da população aos serviços e ao respeito a seus direitos e liberdade, daí seu caráter anti-manicomial.

Desde 2001, com a publicação da Lei nº 10.216, encontra-se legalmente amparada – uma conquista de mais de uma década de luta dos profissionais de SM no Brasil. Os atendimentos 24 horas, que ainda necessitam ser feitos em alguns casos, dão-se, a partir de então, nos CAPS/24h ou em Hospitais Gerais. Os Hospitais Psiquiátricos (manicômios) vêm sendo gradualmente substituídos por esse novo modelo de atenção.

É um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

Medidas Mais Saúde



Implantar em Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) unidades de apoio e referência para a Atenção Básica, ampliando a abrangência e a resolutividade das ações das Equipes de Saúde da Família e conformando a Rede de Atenção com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Especialidades Odontológicas – (CEOs), Unidades de Pronto Atendimento e Apoio ao Diagnóstico – (UPAs).

Metas

Financiar o custeio de 430 novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ao ano, a partir de 2008, passando de 1.411, em 2008, para 1.841, em 2011, ao custo médio de R\$ 180 mil por CAPS/ano.

Arte, educação e saúde

Avamar Pantoja,
diretora da Escola Municipal Alexandre de Gusmão.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, teve como tema central "Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento", reafirmando o sentido amplo do que é ter saúde. A Escola Municipal 06.25.024 Alexandre de Gusmão, no Rio de Janeiro, acredita neste conceito e, desde 1999, leva educação, arte e saúde à comunidade ao seu redor.

Compreender a realidade da Escola Municipal Alexandre de Gusmão não parece simples. Situada no Parque Colúmbia, ao lado do Rio Acari, que dá nome ao bairro, área que possui o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da Cidade do Rio de Janeiro (0,573), a escola não difere muito de outras das periferias das grandes cidades brasileiras, exceto por um movimento criado pela equipe que a compõe.

No ano de 1999, a partir do contato diário com os alunos e seus familiares, o grupo de educadores foi compreendendo que a falta, ou a existência de políticas públicas equivocadas, impediam o avanço do trabalho pedagógico. Assim como, era determinante de uma péssima expectativa de vida, individual e coletiva.

Os educadores perceberam, ainda, que pouco a pouco a escola pública havia se transformado em um dos últimos redutos onde as famílias das classes populares poderiam buscar em sua aflitiva situação, uma esperança de dignidade e ascensão social para seus filhos.

Dentro desta perspectiva e num processo de reflexão profundo sobre o papel da Escola, ela passou a ser vista como instrumento transformador de fundamental valor, mas que necessitava urgentemente expandir sua atuação para além de seus muros.

Foi proposta, então, uma união de forças, numa tentativa de reeducação do olhar daqueles que historicamente minimizam a ação comunitária, colocando-a apenas como organizadora de mecanismos compensatórios e aliviadores de tensão social.

Mesmo apreensivos quanto à escola ser ou não o lugar ideal, onde efetivamente se pode dialogar e interagir com os diversos segmentos da comunidade, inserindo na sua *práxis*, o trabalho coletivo, os profissionais se colocaram em movimento.

A partir daí, toda a equipe, comprometida com a transformação, por meio de uma interação dialógica entre a escola e os vários segmentos que compõem a comunidade buscou efetivar um empoderamento individual e comunitário por meio de uma educação popular de qualidade e realmente libertadora.

Durante a construção do Projeto Político-Pedagógico da Escola, decidiu-se por colocar a arte como norteadora do processo, pois entendiam que "o belo" traz de volta o significado mais profundo da vida, a reconquista da alegria, do prazer e da dignidade.

Ao currículo e à realidade da escola foram acrescentadas questões de saúde, e uma parceria com serviços de saúde



disponíveis até então, para realização de ações num processo real de educação para uma vida saudável.

A escola conta hoje com um elemento que tem sido decisivo para o sucesso de suas tarefas – o voluntariado. Pessoas abnegadas vivem o cotidiano doando seu conhecimento e tempo, abrilhantando as atividades desenvolvidas e tornando possíveis os sonhos de todos. Na área de saúde, por exemplo, a fonoaudióloga Nádia dos Santos Carvalho da Cruz atende as crianças com alegria e competência. Além disso, mães, se revezam, fazendo palestras sobre saúde bucal e outros assuntos ligados à saúde.

Projeto ABC & ARTE e o Centro de Ópera Popular de Acari

Para expandir o universo de experiências das crianças no que se refere à cultura, ainda em 1999 teve início o Projeto ABC & ARTE, onde, inicialmente, eram oferecidas oficinas de cavaquinho, percussão e violão para 50 crianças da Unidade Escolar.

Com o passar do tempo surgiu uma enorme demanda interna e externa. Irmãos de alunos e crianças de outras escolas passaram a solicitar o ingresso nas aulas. Daí surgiu a necessidade de busca por parceiros nas empresas próximas; que possibilitou a aquisição de instrumentos, a chegada de outros voluntários e uma expansão, já que foram acrescentadas oficinas de dança e de teatro.

Para auxiliar na gestão do Projeto e iniciar discussões sobre ações coletivas de desenvolvimento que tivessem as marcas da participação e da legitimidade, foi fundado o Conselho Comunitário do Parque Colúmbia, entidade sem fins lucrativos, inicialmente formada por cinco instituições e que hoje é composta por onze.

Durante esses quase dez anos de caminhada, histórias emocionantes redirecionaram as ações do grupo que se mantém sensível às características, demandas, sonhos e expectativas individuais e comunitárias. Com certeza, essa atenção e sensibilidade modificaram positivamente o trabalho de todos. Um exemplo foi o que aconteceu há aproximadamente oito anos, quando um simpático senhor de oitenta anos se inscreveu na oficina de cavaco, tentando convencer seu professor a ensiná-lo a tocar rabeca; como ele não se encaixava na faixa etária exigida na época para os alunos (que era dos seis aos dezesseis anos), houve certa resistência. Entretanto, aquela figura ímpar e insistentemente carinhosa conquistou a todos e passou a freqüentar as oficinas. Em um dia em que ele estava especialmente feliz, declarou que tudo o que aprendia era maravilhoso, apesar das dificuldades causadas pela visão já bastante fraca, seu sonho estava sendo realizado, pois passara a vida inteira trabalhando pelo sustento de sua família e nunca, ninguém



havia oferecido a ele aquela oportunidade. E concluindo sabiamente, afirmou que este deveria ser o direito de todos, independente da idade ou de qualquer outra coisa. Com isso, em pouco tempo, adultos e pessoas da terceira idade passaram a freqüentar as oficinas que hoje têm um brilho especial com a presença dessas pessoas.

O Projeto ABC & ARTE hoje em sua maioria, pertence à comunidade e passou a se denominar Centro de Ópera Popular de Acari, com capacidade para quinhentas crianças, jovens e adultos. O Centro oferece oficinas de balé clássico, violão, cavaquinho, contrabaixo, flauta, canto, teoria musical, bandolim, percussão, guitarra, musicalização e teatro.

Os dez melhores alunos, dirigidos pelo regente Caio Cezar, formaram a AcariOcamerata, uma orquestra de câmara composta por bandolim, cavaquinhos, violões, violas caipiras, contrabaixo acústico, percussão e flauta e com músicos de idades entre 16 e 30 anos formados no Centro de Ópera Popular de Acari. O primeiro CD, inclusive, já foi pré-indicado para o Prêmio Tim de Música deste ano e contou com a participação especial de vários músicos, dentre eles, Egberto Gismonti.

O segundo resultado artístico do Centro de Ópera Popular é o Coro da Ópera de Acari, formado por 17 integrantes dirigidos pelo regente e professor André Paiva e criado a partir dos mesmos preceitos da AcariOcamerata, fundamentado na pesquisa da música brasileira e suas linguagens. O trabalho desenvolvido aborda desde a prática de um repertório de canções populares, folclóricas e eruditas brasileiras, até as cantatas, réquiens e árias de óperas de autores consagrados da música erudita ocidental.

Outra vertente do trabalho da Escola é o Projeto Casa de Leitura, desenvolvido desde 2005, também com o apoio do Instituto C&A. Esse projeto tem como objetivo desenvolver na comunidade um movimento orgânico de valorização da leitura e da escrita que envolverá diretamente durante este ano 1.500 alunos de outras cinco escolas e creches. Nessa ação a escola é o pólo irradiador das atividades, onde acontecem oficinas, empréstimos de títulos à comunidade, pesquisas e outras ações de incentivo à leitura planejadas por dinamizadores, professores e voluntários. O projeto tem rendido resultados relevantes na comunidade, com mudança de perfil dos jovens leitores e de suas famílias – muitas vezes,



as crianças comparecem à Casa de Leitura acompanhadas por seus responsáveis que pouco a pouco se inserem nas atividades, o que fez com que a Casa passasse a disponibilizar um acervo para atendê-los.

O Conselho Comunitário do Parque Colúmbia vem estabelecendo várias outras frentes. Uma delas é a parceria com a *Youth Carrer Initiative* – um programa de inclusão social coordenado pela *Prince of Wales International Business Leaders Forum* (IBLF), organização não-governamental inglesa que prepara jovens carentes para o primeiro emprego em parceria com grandes hotéis.

Preocupados com as enchentes que atingem a escola e a comunidade, foi criado o Movimento das Águas do Rio Acari (MOVA), organização que reúne, além do Conselho Comunitário, Associações de Moradores, Creches, Escolas e empresas que têm em comum a problemática das inundações que atingem a comunidade durante o verão. A organização tem discutido, também, o problema do lixo e a fim de minimizá-lo está sendo organizado um projeto de reciclagem e campanhas educativas que envolvam a comunidade ribeirinha.

Neste momento, está sendo construída uma rede com outras comunidades e instituições para que possam otimizar o tempo na busca de soluções que muitas vezes estão fora de sua área geográfica. A comunidade mostra, enfim, que organizada, reflete e trabalha unida para minimizar seus problemas; cobrando das autoridades as soluções de maneira consciente e objetiva.

Durante estes anos, a Escola Municipal Alexandre de Gusmão ofereceu a expansão do universo de experiências e uma nova perspectiva de vida a várias pessoas. Assim, refletindo sobre o papel de cada um, todos percebem o sentido ampliado do que é ter saúde.

Como sinalizador da relevância de suas ações no desenvolvimento da comunidade local, a escola recebeu o prêmio da Organização Pan-Americana de Saúde e do Governo Vasco, em decorrência do "*Primer Concurso Iberoamericano de Buenas Prácticas en Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar*".

"Fazer trabalho voluntário na Alexandre de Gusmão faz bem a saúde e ao coração. Este voluntariado está a cada dia reforçando um sonho, que era ser fonoaudióloga e agora que sou, estou me dedicando mais e mais ao aprendizado".

Nádia dos Santos Carvalho da Cruz, fonoaudióloga

"Eu gosto muito do projeto porque é um sonho que estou realizando. Está me ajudando a tirar a timidez, a melhorar a minha postura na escola, o modo de sentar. O alongamento ajuda nas dores que sentia. Eu gosto dos amigos e desse lugar diferente".

Clara Eringer de Souza Freitas, aluna de balé.

"Apesar de podermos afirmar que houve grande impacto social com as ações que a comunidade como um todo realizou, não nos basta inventariar os resultados e dar como finalizada a nossa tarefa. Não somos ingênuos ou românticos a ponto de considerar aceitável este grau de concretude. Entretanto, para nós que trabalhamos na Escola não há mais dúvidas: reconhecemos o seu valor e a sua capacidade de desencadear reflexões/ações que tem como missão uma utopia que deixou de ser um sonho impossível e se torna cada vez mais urgente e necessária. Temos em nossas mãos as sementes desta transformação - as crianças e suas famílias, sedentas por uma vida melhor, mais justa e mais digna para seus filhos".

Avamar Pantoja, diretora da Escola Municipal Alexandre de Gusmão.

"Acreditamos na dimensão universalista e holística de educação. Na concepção de construção coletiva da sociedade que para nós deve ser inerente a educação de todos os seres humanos, que devem e podem crescer e viver como cidadãos críticos, com capacidade de reivindicar seus direitos, compreender e cumprir seus deveres, utilizando eqüitativamente o conhecimento e as tecnologias, resultados da história da humanidade".

Avamar Pantoja, diretora da Escola Municipal Alexandre de Gusmão.



Revista Brasileira Saúde da Família

Ano IX, número 17, janeiro/março de 2008

Tiragem: 50.000 exemplares

Coordenação, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Esplanada dos Ministérios, Bloco G,

6º andar, sala 655

CEP: 70058-900, Brasília-DF

Tel.: (61) 3315-2497

Fax. (61) 3226-4340

Home page: www.saude.gov.br/dab

Supervisão Geral:

Luis Fernando Rolim Sampaio

Coordenação Técnica:

Antônio Dercy Silveira Filho

Claunara Schilling Mendonça

Coordenação Editorial:

Inaiara Bragante

Redação:

Eduardo Dias

Patrícia Alvares

Diagramação e Arte-final:

HMP Comunicação Ltda

Projeto Gráfico:

Wagner Alves

Jornalista Responsável:

Patrícia Alvares (MTB – 3240/DF)

Fotografias:

Eduardo Dias; Patrícia Alvares; Condisi/PA, SMS Vitória da Conquista; Escola Municipal Anísio Teixeira; Escola Municipal Herondina Lima Cavalcante; Fabiana Vaz.

Colaboração

Fabiana Vaz; Robson Xavier; Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, Incra/RS

Tradução

Newton Sérgio Lemos Lopes

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Distribuição gratuita

Revista Brasileira Saúde da Família. – Ano 9, n. 17 (jan./mar. 2008) - . – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

v. : il. color. : 30 cm.

Trimestral

Descrição baseada em: Ano 9, n. 17 (jan./mar.2008).

ISSN 1518-2355

I. Brasil, Ministério da Saúde. II. Título.

CDU 613.9-055

ERRATA

- A RBSF/nº 15 se equivocou ao escrever o sobrenome da professora Bárbara Raupp no início do seu artigo "Uma metodologia gerencial direcionada para Unidades Básicas de Saúde: cultura e desenvolvimento organizacional".

- Diferente do publicado na matéria "Educação popular aliada aos movimentos comunitários cria novas perspectivas de saúde para a população de Fortaleza", na

RBSF/edição especial, a professora Rocieneide Ferreira é vinculada à Universidade Estadual do Ceará e não à UFCE. O Espaço Ekobê também está sediada na Universidade Estadual do Ceará. A mesma matéria traz o projeto denominado Sim à Vida, e não Sinhá-Vida, e Georgia Medeiros Paiva, também citada na matéria, é graduada em Educação Física com residência e especialização em Saúde da Família.

- Na matéria "Valorização profissional aponta caminho para o controle da hanseníase no Brasil", da RBSF/nº 16, a enfermeira Paula Brandão pertence à UBS/SF Professor Sávio Antunes, em Santa Cruz, no Rio de Janeiro e reside na cidade vizinha de Itaguaí.

A Revista Brasileira Saúde da Família pede desculpas por eventuais transtornos.

Impresso na Gráfica e Editora Brasil Ltda.
PDJK, Pólo de Desenvolvimento JK
Trecho 01 Conj. 09/10, Lotes 09/10/22
Santa Maria - DF
Brasília, maio de 2008

ISSN 1518-2355



www.saude.gov.br/dab



Ministério
da Saúde

