

Contagem conta  
histórias de liberdade.  
Página 12

# Revista Brasileira de **saúde** da *família*



Foto: Ben Gornell

Ministério da Saúde



Programa Saúde da Família

## Expediente

Revista Brasileira da  
SAÚDE DA FAMÍLIA

Uma publicação do  
Ministério da Saúde

1ª reimpressão - março 2000

MINISTRO DA SAÚDE

**José Serra**

SECRETÁRIO DE POLÍTICAS DE  
SAÚDE

**Cláudio Duarte da Fonseca**

DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE  
ATENÇÃO BÁSICA

**Heloíza Machado de Souza**  
CONSELHO EDITORIAL DA  
REVISTA BRASILEIRA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA

Heloíza Machado de Souza

Maria de Fátima Souza

Milton Menezes da Costa Neto

Eduardo Levcovitz

Julio Strubing Muller

Luis Odorico Monteiro de Andrade

Marco Aurélio Da Ros

Ricardo Burge Ceccin

Maria José Scochi

Karina Barros Calife Batista

Ellen Márcia Peres

Carlos Krolido Piancastelli

Marco Antônio Mota Gomes

Roseana Maria B. Meira

Djalmo Sanzi Souza

JORNALISTA RESPONSÁVEL

**João Paulo Pinto da Cunha**

MTb 5091

EDITORIAÇÃO E FOTOLITO

**Autêntica Editora**

PROJETO GRÁFICO

Jefferson da Fonseca

SECRETARIA EXECUTIVA DA

REVISTA BRASILEIRA DE

SAÚDE DA FAMÍLIA

Departamento de Atenção Básica

SPS/MS

ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS

Bloco G, 8º andar

CEP 70.058-900

Brasília-DF

Fones: (61) 315-2797 e 321-3452

Fax: (61) 226-4340

E-mail: [cosac@saude.gov.br](mailto:cosac@saude.gov.br)

O Programa Saúde da Família faz parte  
das metas do Plano Avançar Brasil

# Índice



Em Sobral, cada criança é festejada e esperada com muito cuidado e informação.

Página 38

Editorial .....	3
Apresentação.....	4

## Entrevista

José Serra avalia o programa.....	5
-----------------------------------	---

## Conjuntura

O futuro tecido no presente .....	7
Atenção básica: financiamento, descentralização e equidade .....	10

## Municípios

Contagem - Todos os sentidos da liberdade.....	12
Iguatu - Água grande, muita água, água boa.....	22
Mauá - O amor faz a diferença.....	30
Sobral - Com vontade de sobra e muita garra .....	40
Verde Teresina - Alicerçando no PSF a reforma do Sistema de Saúde.....	48

## Análises

Emoções a serem compartilhadas	
Relato de cinco experiências em Saúde da Família.....	58
Cinco caminhos para não abrir espaços de transformações do ensino médico .....	59

# Editorial

O Conselho Editorial da Revista Brasileira de Saúde da Família (RBSF) apresenta à academia, aos gestores, ao pessoal de serviço e à comunidade envolvida com as ações básicas de saúde o primeiro número desta publicação. Com previsão de edições semestrais, a revista se coloca como um instrumento aberto e democrático, que venha ao encontro das aspirações de todos aqueles que, direta ou indiretamente, estejam trabalhando com Saúde da Família. Mais amplamente, a RBSF espera ser um elemento a mais na discussão e na proposição de alternativas para o sistema de saúde brasileiro, em todos os seus níveis.

A RBSF constitui-se em importante veículo, concebido com o propósito de promover a educação permanente de todos aqueles que lidam com a estratégia de saúde da família, enquanto proposta de reordenação da atenção básica em saúde. Além disso, a publicação cumpre a função de estabelecer pontes entre experiências em curso em todo o Brasil. Ou seja, haverá sempre um momento de busca de elementos criativos no fazer saúde e um retorno a estes mesmos atores, com um caudal de experiências, conhecimentos e conceitos no campo da saúde pública.

Pela natureza singular das ações que envolvem "o pensar e o fazer" em Saúde da Família, esta Revista abre espaço para artigos científicos, revisões,

atualizações, notas breves, reportagens, resumos e entrevistas que tratem de temas relacionados à atenção básica. Tais temas podem referir-se às ações que envolvam as dimensões de promoção, prevenção e recuperação - na perspectiva da prestação do cuidado -, à apresentação/discussão de questões de ordem conceitual, estratégica e/ou operacional no campo da formação e capacitação de recursos humanos ou, ainda, da articulação do setor com os outros níveis do sistema.

É intenção deste Conselho levar às instâncias formadoras, gestoras e executoras, informações que possam contribuir para promover e ampliar as discussões e ações em torno da proposta de atenção primária à saúde.

O compromisso de nossa revista é, em última instância, com as questões da saúde com as quais temos nos debatido neste final de milênio: promoção da saúde, prevenção de doenças, qualidade de vida, trabalho interprofissional, integralidade, humanização do cuidado e intersetorialidade.

Conclamamos todos para, juntos, levarmos este desafio à frente.

---

**Conselho Editorial da  
Revista Brasileira de  
Saúde da Família.  
Novembro de 1999**

---

**A RBSF espera ser um elemento a mais na discussão e na proposição de alternativas para o sistema de saúde brasileiro.**

---

---

**A publicação cumpre a função de estabelecer pontes entre experiências criativas em curso em todo o Brasil.**

---

# Apresentação

## A população em primeiro lugar

*Renilson Rehem de Souza*

Secretário de Assistência à Saúde/MS

O processo de construção do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Constituição de 1988, ao ser desenvolvido sobre os pilares da universalização, da descentralização e da integralidade da assistência, visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta dos serviços públicos de saúde à população brasileira.

O modelo assistencial ainda predominante no país caracteriza-se pela prática "hospitalocêntrica", pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e com baixa resolubilidade. Vem gerando alto grau de insatisfação para todos os participantes do processo — gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços.

Neste contexto, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, a implantação do Programa de Saúde da Família — PSF, visando, enquanto estratégia setorial, a reorientação do modelo assistencial brasileiro.

A estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada.

Propõe-se, ainda, a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade e estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um

direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida.

A efetiva implantação dessa estratégia vem possibilitar a busca da integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população.

Todo o sistema deverá estar estruturado segundo a lógica da estratégia em questão e não apenas as unidades básicas, pois a continuidade da atenção por todo o sistema deve ser garantida, através de um fluxo contínuo setorial, sem que haja solução de continuidade nesse processo. A unidade básica de saúde, sob a estratégia da Saúde da Família, deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde, mas a mudança no modelo tradicional exige a integração entre os vários níveis de atenção.

A estratégia de Saúde da Família, por ser um projeto estruturante, deve provocar uma transformação interna do sistema, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde. Esta mudança implica na ruptura da dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual, assim como, entre as práticas educacionais e assistenciais.

Apesar da experiência de Saúde da Família no Brasil caracterizar-se pela sua jovialidade, já apresenta significativa acumulação de práticas e saberes, apontando para a relevante importância de se promover um permanente intercâmbio técnico e científico entre os atores envolvidos no processo.

Já existe um acúmulo de experiências diversificadas em nível nacional que poderiam fornecer elementos de reflexão àqueles que se propõem a viabilizar o SUS em sua localidade. Há de se considerar que cada uma delas vem se desenvolvendo em uma conjuntura

específica e dificilmente poderia haver uma generalização de sua aplicabilidade. Entretanto, uma análise rigorosa de seus principais logros, dificuldades e problemas poderia ser de utilidade para a conjuntura brasileira.

---

**Apesar da experiência de Saúde da Família no Brasil caracterizar-se pela sua jovialidade, já apresenta significativa acumulação de práticas e saberes.**

---

Esta publicação, iniciada em 1996, retoma seus ambiciosos objetivos, de servir de veículo de testemunhos referentes às mudanças do modelo de atenção à saúde do Brasil. Como foi apontado pelo EDITORIAL de seu primeiro número: "Um atestado de evidência e uma peça de contribuição", propondo-se a ser um instrumento de discussão sobre o sistema de saúde em transformação.

Dessa forma, este periódico propõe-se a apresentar trabalhos e experiências referentes ao desenvolvimento de recursos humanos, ao processo de avaliação, ao processo de gestão local, às práticas assistenciais apropriadas ao novo modelo, enfim, a todos os campos que se relacionarem à nova estratégia e ao seu impacto na transformação da atenção básica à saúde e de toda a prática setorial.

Este número visa não apenas resgatar uma publicação já iniciada, mas elevá-la ao patamar destacado dos instrumentos importantes para o efetivo apoio ao processo de humanização da saúde em marcha no Brasil.

# “A diversidade é a maior riqueza”

*Como o Senhor vê o Programa Saúde da Família?*

**José Serra** – Trata-se da mais importante mudança estrutural na saúde pública no Brasil. Junto com o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde – com o qual se identifica cada vez mais – o Saúde da Família nos permitirá inverter a lógica anterior, que sempre privilegiou o tratamento da doença nos hospitais. Nós acreditamos que, ao contrário do que se fez nas últimas décadas, o fundamental é promover a saúde da população, por meio de ações básicas, para evitar que as pessoas fiquem doentes. As filas nos hospitais existem porque, nas últimas décadas, investiu-se pouco na prevenção. Queremos inverter essa lógica. É um modelo testado em vários países, com contextos culturais de diferentes dimensões e níveis diferenciados de desenvolvimento socioeconômico. O resultado desse modelo de atenção básica é que é comum: no Canadá, no Reino Unido e em Cuba, para citar três exemplos, a atenção básica resolve mais de 80% dos casos, ficando um pequeno percentual para unidades mais complexas. Além do mais, o programa permite uma forte integração entre o Ministério, as Secretarias, Municípios, a comunidade local e outros parceiros, em benefício de todos.

*O Saúde da Família é um projeto para as regiões carentes?*

**José Serra** – Durante muito tempo, até pelas primeiras experiências, identificou-se o PSF com o Norte e Nordeste do País, de uma forma preconceituosa. Estas regiões contribuíram decisivamente para o

desenvolvimento de um dos profissionais mais importantes da nova saúde no Brasil, os agentes comunitários de saúde. O programa pode ter um pouco do criativo sotaque nordestino, mas apresenta bons resultados em municípios de todo o Brasil. É evidente que o impacto sobre as populações menos assistidas é maior, mas o programa é para todos.

*Que experiências de Saúde da Família podem ser destacadas no Brasil?*

**José Serra** – São mais de quatro mil equipes em atuação – eram apenas 328, há cinco anos –, enfrentando problemas singulares, cada uma delas com muitas histórias humanas para contar. O que posso dizer com segurança é que o Saúde da Família responde às necessidades básicas de saúde da população de pequenas cidades, com pouco mais de 10 mil habitantes, até metrópoles com milhões de pessoas. O modelo garante maior vínculo e humanização da atenção básica mesmo em cidades grandes, onde a relação dos hospitais com os pacientes é fria e nem sempre resolve os problemas de quem os procura. A diversidade é a maior riqueza. Em algumas localidades temos propostas como o uso de terapias não convencionais – plantas medicinais, homeopatia, etc., em outras, organizam-se grupos de caminhada e apresentações teatrais, por exemplo,



**José Serra: parcerias garantem êxito**

mas, em todos eles, vem se buscando ações integrais e melhores soluções para a assistência.

*Como o Saúde da Família se articula com os outros níveis de atenção?*

**José Serra** – Um dos principais avanços dessa estratégia é exatamente a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações em outras com o Saneamento, Educação, Cultura, Transporte, etc. Quem fala Saúde da Família fala em ações combinadas e está pensando a partir da noção ampliada de saúde, que engloba tudo aquilo que pode levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva. No âmbito da saúde, a atenção básica pode resolver,

---

**Se o PSF ficar só na atenção básica, ele fracassa. A aposta do Brasil é no SUS, na atenção integral e em todos os níveis de complexidade.**

---

dependendo do contexto, até 90% dos problemas. Mas vida não tem percentagem e, os 10% de problemas que exigem atendimentos específicos são fundamentais. É aí que entra a capacidade de racionalizar os gastos com cuidados mais sofisticados. A tomografia, ressonância magnética ou medicamentos de última geração são uma conquista da tecnologia para toda a humanidade, não para a porção rica da humanidade. O Saúde da Família, ao encaminhar com mais garantia de referência e menos desperdício, amplia o acesso de todos a estes benefícios científicos.

Tudo começa na atenção básica, mas a continuidade da atenção por todo o sistema deve ser garantida sempre que necessário. A unidade básica de saúde, sob a estratégia da Saúde da Família, deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde e a mudança do modelo tradicional exige a integração entre os vários níveis de atenção. Se o programa ficar só na atenção básica, ele fracassa. A aposta do Brasil é no SUS, na atenção integral e em todos os níveis de complexidade.

*Quais são os desafios atuais do programa?*

**José Serra** – Existem dificuldades de ordem técnica, financeira e política. Melhor seria nomeá-las como desafios. Do ponto de vista técnico o maior desafio está na capacitação dos atuais profissionais e na formação dos futuros. O Ministério da Saúde tem apoiado a formação de pólos de capacitação, mas a história das escolas na área médica é toda ela marcada pelo modelo liberal tradicional e

especializado. A mudança tem que vir dos dois lados: o apoio à formação profissional em nível de graduação, às pesquisas e à constituição de programas de capacitação em serviço, num diálogo permanente entre as universidades e o setor público de prestação de serviços; e pela abertura de novos postos de trabalho.

O mercado é o grande incentivador. Acredito que a mudança de modelo abrirá muitas vagas neste mercado de Saúde da Família e as universidades irão seguindo esta tendência de perto. O programa veio para mudar e, tenho certeza, os jovens serão gradativamente atraídos pela proposta. Quem escolhe trabalhar na área de saúde tem o homem como objetivo e a Saúde da Família é a mais humana das práticas. No que tange aos salários, vem-se observando sua competitividade no mercado, com estímulos importantes para sua prática. À medida em que o projeto tornar-se hegemônico, tende a acompanhar o mercado.

*E os recursos?*

**José Serra** – Da parte do governo federal, estamos aumentando cada vez mais os recursos para este programa e para o de agentes comunitários. Mas um dos aspectos mais importantes da estratégia do Saúde da Família, que aponta para o êxito de sua aplicação, são as parcerias que vêm sendo firmadas entre os gestores dos diversos níveis do setor – federal, estadual e municipal. Ela vem sendo uma prioridade política de todos esses atores e, com isso, na prática, observa-se a aplicação de recursos de todos os níveis, incluindo parceiros privados e organizações não-governamentais. Quanto mais esses atores se envolverem e mais recursos vierem, mais difícil será reverter essa nova orientação.

*Como este projeto, de substituição do modelo, é condicionado à realidade*

*política dos diversos níveis de poder? Quais são os reais riscos de retrocesso?*

**José Serra** – O Saúde da Família não é um projeto político de um gestor, nem mesmo de um governo. Como já foi dito, os gestores conseqüentes devem pensar, não nas próximas eleições, mas, sim, nas próximas gerações. Dessa forma, pela maturidade dos políticos e gestores brasileiros, em todos os níveis do sistema, associada à importância e ao impacto identificados no desenvolvimento atual da proposta, pelos administradores setoriais e pela própria população, vem-se constatando a tendência de sua perenidade, garantindo o permanente avanço na melhoria do modelo de atenção à saúde dos brasileiros.

---

**Existem dificuldades de ordem técnica, financeira e política. Melhor seria nomeá-las como desafios. Do ponto de vista técnico, o maior desafio está na capacitação dos atuais profissionais e na formação dos futuros.**

---

*Qual o quadro atual de equipes em atuação no Brasil e a perspectiva de ampliação para o ano que vem?*

**José Serra** – Atualmente, já estão trabalhando 4.405 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 1.693 municípios brasileiros, vinculadas a mais de 15 milhões de brasileiros. O Ministério da Saúde e seus parceiros estaduais e municipais estão trabalhando com a meta de implantação, ainda para este ano, de 6.000 equipes e, para o ano 2002, de 20.000 equipes, o suficiente para atender a cerca da metade da população brasileira. Não se pode dizer, ao deparar-se com tais números, que é uma proposta paralela ao sistema. Ela é o próprio sistema.

# O futuro tecido no presente

*Heloíza Machado de Sousa*

Coordenadora de Atenção Básica/MS

O Programa Saúde da Família tem uma fala de apresentação: "Dá licença"? É dessa forma que os agentes comunitários de saúde, o principal elo com a comunidade, se apresentam às famílias desde o primeiro momento de seu trabalho. Uma manifestação simples, mas que mostra o resgate de alguns valores: a cordialidade, a civilidade, a inclinação ativa e o respeito. Até chegar à soleira das portas, de Norte a Sul do Brasil, o PSF se nutriu de muita discussão política, ciência, saberes e práticas. Ao entrar nas casas das famílias brasileiras os profissionais carregam toda esta história, perpassada pelo viés cultural da aposta em novos valores, velhos valores. Valores eternos. E, mesmo com os resultados que veremos a seguir, ainda pedem licença.

A desconfiança com as palavras, num setor em que continuadas experiências levaram à descrença até os conceitos mais simples, faz com que a noção de programa precise hoje ser explicada e extirpada dos vícios do intervencionismo e da verticalidade. Além disso, ao se colocar como uma frança estratégia de substituição do modelo de prestação de serviços, o PSF aliou enfrentamentos poderosos desde seu nascedouro. No entanto, talvez o que vem pesando mais na aceleração induzida da implantação do PSF seja o par cobrança social e evidência de resultados. Das necessidades vocalizadas pela população (às vezes como queixas, outras como reivindicações organizadas) ao retorno em termos concretos de resultados sanitários, o PSF se coloca hoje como o esforço prioritário do Ministério da Saúde no campo da atenção à saúde.

A estratégia do PSF é, neste sentido, uma escolha que tem fundamentos éticos, técnicos e políticos. É a partir desta inspiração básica que o Ministério da Saúde vem investindo trabalho, idéias e recursos para que a estratégia seja de fato reorientadora, no sentido mais amplo possível, do modelo vigente de

atenção à saúde. Partindo do reconhecimento dos avanços obtidos pela Reforma Sanitária brasileira, o PSF se coloca como uma etapa decisiva de tradução, na prática dos serviços, dos propósitos generosos do SUS constitucional.

Mudança de modelo sempre foi uma pedra de toque no discurso sanitário brasileiro. O diagnóstico que os anos foram aprimorando nos mostrava um modelo de saúde centrado na doença. A singeleza desta definição, no entanto, esconde todo um arcabouço de investimentos sociais e tecnológicos que nos legou a valorização extrema da estrutura hospitalar (inclusive como porta de entrada do sistema), e o jogo invencível da incorporação tecnológica. O bom senso milenar do "prevenir para não remediar", foi sendo reescrito com o abandono da prevenção e promoção da saúde em nome da tecnologia curativa em todas as suas dimensões.

A rede básica de saúde, constituída pelos postos, centros ou unidades básicas de saúde, sob esta lógica, passou a ser assessoria e desqualificada. Com isso perdeu seu potencial de resultados, alimentando a própria lógica que a excluía de antemão. A escala de valores se cindiu: de um lado um empenho tecnológico localizado nas grandes instituições (caro e seletivo); de outro os serviços básicos (despreparados e ineficientes). A contradição maior, no entanto, estava na utilização destas estruturas. O que era para ser básico se tornou descartável e o topo da cadeia de atenção se transformou em porta de entrada.

Esta situação não se consubstanciaria se não houvesse o mínimo de resultados. De fato, a população, descrente das políticas públicas por razões mais que justificadas, frente ao baixo investimento em políticas sociais durante os anos da ditadura militar, passou a nutrir a ilusão de que os problemas são resolvidos nos hospitais. Ainda que de uma forma ou de outra, recebessem algum

---

**O Programa de Saúde da Família é uma escolha técnica, ética e política.**

---

atendimento, não havia perspectiva de seguimento e nem garantia de acesso aos exames solicitados ou medicamentos prescritos. Um modelo de serviços que apresenta ainda como consequência uma incorporação crescente de custos, que não têm qualquer repercussão nos níveis de saúde ou qualidade de vida.

Perda de qualidade, sofisticação e encarecimento. E não pára por aí. O modelo, ao se organizar pela lógica quantitativa, introduziu ainda uma variável de infelicidade e irrealização no âmbito do próprio trabalho dos profissionais de saúde. A perda do vínculo com os pacientes, uma das bases da relação clínica, tem um impacto direto na qualidade da atenção. Sem falar na população, que sente literalmente na carne a falta de humanização do atendimento que recebe.

A síntese deste quadro é um modelo que é caro, ineficiente, desumano, que degrada a prática profissional e não atende às necessidades da população. Se é assim, por que esta prática persiste por tantos anos, mesmo entre pessoas de boa vontade? A imersão no modelo faz com que a lógica da atenção hospitalar, curativa ou reparadora, se confunda com o próprio conceito de saúde. Trabalhar contra a doença se antepõe, nesta visão da ética profissional, a trabalhar pela qualidade de vida.

Saúde da Família tem sido uma resposta internacional à essa conjuntura, com diferentes pontos de inflexão. Em alguns contextos ela se motivou mais pelo resgate de valores profissionais; em outros, pela capacidade de melhorar os indicadores de saúde; ainda em alguns países, como

uma estratégia ampla de completa reordenação do modelo assistencial.

A equação internacionalmente aceita e comprovada aponta para a seguinte regra: as unidades básicas de saúde, desde que funcionem adequadamente, são capazes de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde da sua população. O restante das pessoas precisará, em parte, de atendimento em ambulatorios de especialidades e apenas um pequeno número necessitará de atendimento hospitalar.

O corolário desta regra é igualmente simples. Dado que os problemas são, em sua maioria, simples e de resolução garantida no nível da boa atenção básica, o restante da rede se organiza de forma articulada e hierárquica a partir daí. Os ambulatorios de especialidades e os hospitais passam a cumprir sua real vocação e seu verdadeiro papel. Ganham todos, população, profissionais e gestores e, de forma destacada, se racionalizam e democratizam os investimentos.

---

### **Racionalizar o uso da alta tecnologia é uma forma de democratizar o acesso a esses serviços.**

---

É preciso que se atente para este aspecto de complementaridade do sistema. Ao priorizar a atenção básica o PSF não faz uma opção econômica pelo mais barato, nem técnica pela simplificação, nem política por qualquer forma de exclusão. A tecnologia, é bom que se reafirme, é uma conquista que o setor saúde entende como fundamental para o sistema, mas que vem sendo utilizada, aí sim, de forma excludente, deixando de fora boa parcela da população. O PSF não é uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os níveis. Desta forma, pelo melhor conhecimento da clientela e pelo acompanhamento detido dos casos, o programa permite ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais caros. Como dizia o filósofo inglês Francis Bacon sobre o capital, com

pouco gosto mas com muita propriedade, "dinheiro é como estreme, só é bom quando espalhado". O PSF não isola a alta complexidade, mas a coloca articuladamente a disposição de todos. Racionalizar o uso, neste sentido, é democratizar o acesso.

Os programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde já se configuram hoje como prática. Uma força atuante de equipes que atendem cerca de 40 milhões de pessoas, em todas as regiões do Brasil. Já se falou em "movimento silencioso" que congrega ação de mais de 100 mil agentes. O Nordeste do Brasil, nascerdouro de muitas experiências, não é mais limite geográfico do PSF, que mostra (a exemplo das ações canadenses e inglesas) a ubiqüidade e oportunidade dos propósitos do programa em todos os contextos.

"Sangrada, a cidade que deveria ser sagrada", escreveu com amor e raiva Hélio Pellegrino em um de seus artigos. Médico e poeta, Pellegrino sabia das coisas do mundo e do sonho, e não aceitava a sangria de vida que as grandes cidades assumiam em sua opção desmedida e burra pelo progresso a qualquer custo, mesmo o mais humano dos custos: a indisponibilidade de tempo, espaço e alegria. São cidades que se orgulham de suas riquezas e convivem com a miséria; que se armam sobre concreto e capam as árvores; que produzem a azáfama e o brilho enquanto adoecem e entristecem seus homens e mulheres.

Nestas cidades, se a geografia ou o PIB anistiam o sonho, não resolvem o sofrimento. E quando se fala, em termos de saúde, sofrimento e necessidade de humanização, o PSF tem o que dizer. Só para exemplificar, podemos citar a cidade de Curitiba (PR) com mais de 500 agentes comunitários de saúde trabalhando prioritariamente nas áreas de maior exclusão social. Ou ainda Florianópolis (SC), com 98% dos seus habitantes já sendo cadastrados pelos agentes comunitários.

Os 100 mil agentes que movimentam silenciosamente a reorientação do eixo de atenção básica à saúde, já se integram às mais de 4 mil equipes de Saúde da Família em atuação no País. A implantação de equipes de Saúde da

Família e, em caráter transicional, de agentes comunitários, significa um projeto assertivo e amplo para mudar radicalmente a organização dos serviços de saúde no Brasil. Por consequência, este esforço se traduz, de forma cotidiana, em um grande enfrentamento com interesses bem localizados na atual configuração dos serviços.

As diretrizes programáticas do PSF já são bem conhecidas. A reorganização da atenção à saúde implica numa reordenação da própria lógica de montagem de unidades. A construção de prédios, que foi por décadas a diretriz orientadora da expansão da rede física, passa a ser substituída pela criatividade e integração com as comunidades, que muitas vezes apresentam soluções melhores e mais realistas.

O parâmetro de organização técnica das equipes também já se mostra acertado para a nossa realidade, como equipes mínimas de médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada equipe passa a ser responsável pelo acompanhamento de, no máximo, mil famílias ou 4.500 pessoas que residem ou trabalham no território de responsabilidade da unidade de saúde, agora denominada "Unidade Básica de Saúde da Família". O trabalho da equipe começa com o cadastramento minucioso das famílias, levando-se em conta variáveis sociais, econômicas, sanitárias, educacionais e culturais. Um mapa feito de gente, de alegria e dor, de necessidades e possibilidades.

O planejamento das ações, partindo do conhecimento detido e vivo da realidade social e de suas dificuldades, se traduz em ações prioritárias, decididas de forma técnica (não se abre mão do saber técnico em nenhum momento do programa) e democrática (não se perde o horizonte político em nenhuma fase do trabalho). Em outras palavras, estabelece-se o vínculo de compromisso e de responsabilização entre a comunidade e as equipes de saúde, norteado pelos problemas prevalentes e pela capacidade de resolvê-los em todos os níveis. Muitos exemplos, como os que serão vistos nesta publicação, dão provas

reais do acerto desta estratégia.

A relativa novidade do modelo ainda não permite um amplo estudo de índices de impacto destas ações no quadro sanitário nacional. Já existem muitos indicadores qualitativos, medidos em pesquisas de satisfação dos usuários; e quantitativos, como o de índices de coberturas vacinais, aleitamento materno, mortalidade infantil e outros. Não é pelo seu viés humanista que o PSF deixa de ter uma grande preocupação com os números. Este empenho pode ser percebido nos inúmeros instrumentos de informação criados ou otimizados pelo programa. Em breve, também na área de estatísticas vitais, o PSF deve dar sua enorme contribuição ao conhecimento da realidade de saúde do País.

Os resultados já observados em todo o Brasil e a potencialidade do Programa Saúde da Família fez com que o Ministério da Saúde refletisse a prioridade no seu orçamento. No ano de 1998 o Programa de Saúde da Família/Agentes Comunitários de Saúde recebeu um orçamento de R\$ 218 milhões. Em 1999 este valor subiu para R\$ 380 milhões e está previsto para o ano 2000, um orçamento de R\$ 680 milhões. Estes recursos são transferidos como forma de incentivo aos municípios que implantam agentes comunitários e equipes de saúde da família.

A meta para expansão imediata do programa já foi anunciada pelo ministro José Serra e indica, para o ano de 2002, 150 mil agentes comunitários e 20 mil equipes de saúde da família. Em termos percentuais, isso representará o acompanhamento, através dessas equipes, de aproximadamente metade da população brasileira. Representa também a decisão política de iniciar pela atenção básica a substituição verdadeira do modelo de atenção à saúde.

Um dos maiores obstáculos ainda está localizado no setor de recursos humanos e qualificação dos profissionais. Para um novo modelo, novos profissionais. O papel do Ministério da Saúde tem sido o de incentivar o aparelho formador para a nova realidade, o que vem sendo respondido de forma sensível pelas faculdades e escolas de

saúde de todo o País. Já foram investidos nos dois últimos anos R\$ 12.441.000,00 para a instalação dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, e 54 instituições universitárias já estão envolvidas nestes projetos para a capacitação e formação dos novos profissionais de saúde necessários.

A própria ampliação do PSF, como expressa nas metas para 2002, indicam ainda que o mercado profissional deverá criar uma natural inclinação para o novo modelo que, afinal, atenderá quase a metade da população do país. Os pólos, neste momento, deixarão de funcionar como um elemento regulador do mercado profissional para instaurar o debate no interior próprio aparelho formador. Prevê-se, neste contexto, uma reorientação do mercado com novos focos de hegemonia em disputa com o modelo das especialidades, em convivência construtiva, como cabe ao projeto sanitário e ao espírito das universidades e centros de pesquisa.

A idéia de um modelo substitutivo nos coloca a todos imersos em um grande desafio de desmontar o passado - sem deixar de reconhecê-lo e mesmo de valorizá-lo na sua real dimensão -, e de montar, ao mesmo tempo, as engrenagens do futuro. Fernando Pessoa, pela boca de Álvaro Campos, lançou um grito metafísico e desesperado que sintetiza este dilema: "Quem escreverá a história do que poderia ter sido?" Começar o novo é sempre o caminho mais difícil, mas é a única garantia que, percorrida estrada, o olhar para trás não busca explicar o que não se fez ou que poderia ter sido, e sim aprender com a ação, para fazer do futuro uma construção diária.

Alguns anos do PSF no Brasil marcam certezas e realizações. Mas ainda há muito o que fazer e a parceria dos três níveis de governo é um imperativo para se suplantar as dificuldades e fazer avançar o sonho de levar saúde qualidade a todo o povo brasileiro. A história está sendo escrita, homens e mulheres estão conscientemente em ação, com a força do seu trabalho e o engenho de suas idéias, para fazer do que "poderia ter sido", uma realização do presente. E um compromisso com o futuro.

---

**Um dos maiores obstáculos ainda está localizado no setor de recursos humanos e qualificação dos profissionais.**

---

---

**Começar o novo é sempre o caminho mais difícil.**

---

# Atenção básica: financiamento, descentralização e equidade

Barjas Negri

Secretário Executivo do Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde, na gestão do Presidente Fernando Henrique Cardoso, tornou efetiva a prioridade para a atenção básica em saúde: aportou mais recursos, vem implementando a descentralização e promovendo a equidade.

Até 1997, os principais procedimentos da assistência básica prestados nos municípios eram financiados pelo Ministério da Saúde através do pagamento direto pelos serviços prestados. Isto é, os municípios faturavam e o Fundo Nacional de Saúde pagava ao prestadores pelos serviços prestados: consultas médicas gerais, exames de pré-natal, visitas de agentes comunitários de saúde, atendimentos de enfermagem, aplicação de vacinas, atendimentos odontológicos simples, entre outros.

No ano de 1996, o total dos valores faturados para o conjunto de procedimentos ambulatoriais básicos foi de R\$ 1,257 bilhão. Isso representava um valor de R\$ 8,00 por habitante ao ano, com grande desigualdade entre os municípios: 1.943 municípios faturavam até R\$ 5,00 por habitante/ano, com média de R\$ 3,30, enquanto 269 faturavam uma média de R\$ 22,00 por habitante/ano. Em dez estados brasileiros, mais da metade de seus municípios faturaram menos de R\$ 5,00 per capita com os procedimentos do PAB em 1996, cinco deles da Região Norte e outros três da Região Nordeste.

A partir de 1998 essa lógica foi modifi-

ANO	R\$ MILHÕES NOMINAIS	ÍNDICE 1996 = 100
1996	1.257,2	100
1997	1.571,5	125
1998	1.722,1	137
1999	1.759,8	140

cada. Criou-se o Piso de Atenção Básica - PAB, garantindo para financiamento do conjunto de procedimentos básicos o valor mínimo anual per capita de R\$ 10,00. Em 1996, ano utilizado como base para definição dos novos valores do PAB, o Paraná, estado com maior gasto com procedimentos básicos por habitante, aplicava R\$ 11,29. Esse valor é equivalente a 133% do per capita do estado com menor gasto, o Espírito Santo com R\$ 4,84. A partir da implantação dessa nova sistemática de distribuição de recursos essa relação entre o maior e o menor valor per capita caiu para 25%.

Mais que um volume mínimo de recursos, garantiu-se também o repasse mensal, regular e automático diretamente ao fundo municipal de saúde. Isso permite que o gestor municipal possa responsabilizar-se pela prestação de serviços e efetivamente desempenhar o papel de gestor.

Os recursos destinados ao PAB vêm crescendo ano a ano. Além dos recursos adicionais alocados para o estabelecimento do valor per capita mínimo, seu total

vem sendo corrigido de modo a contemplar a evolução do número de habitantes. Atualmente estão destinados ao PAB recursos anuais da ordem de R\$ 1,759 bilhão, um crescimento de 40% sobre o faturamento de 1996.

O município participante do PAB, também pode candidatar-se a outros recursos destinados à programas prioritários de atenção básica: Agentes Comunitários - PACS, Saúde da Família - PSE, Combate a Carências Nutricionais - PCCN, Assistência Farmacêutica e Ações Básicas de Vigilância Sanitária. A partir de agosto deste ano, o total disponível para financiamento desses programas de modo descentralizado foi elevado para R\$ 750 milhões anuais.

Ações antes centralizadas em Brasília, como os convênios do Programa do Leite ou as compras de medicamentos básicos, têm agora seus recursos enviados diretamente aos fundos municipais e, quando isso não for possível ou conveniente, aos fundos estaduais de saúde. Esse é o caso do Programa de Assistência Farmacêutica Básica onde,

**Distribuição dos tetos financeiros anuais para Atenção Básica, por regiões: 1999**

REGIÃO	POP. EM %	PAB, FARMÁCIA E VIGILÂNCIA		BACS E PSF		PCCN		TOTAL DA ATENÇÃO BÁSICA	
		R\$ MILHÕES	EM %	R\$ MILHÕES	EM %	R\$ MILHÕES	EM %	R\$ MILHÕES	EM %
NORTE	7	140,1	7	40,7	11	21,2	13	202,0	8
NORDESTE	28	568,9	29	187,6	49	85,7	51	842,1	34
C. OESTE	7	132,6	7	30,1	8	8,7	5	171,3	7
SUDESTE	43	828,1	42	69,2	18	36,5	22	933,8	37
SUL	15	295,1	15	51,4	14	14,2	9	360,7	14
BRASIL	100	1.964,9	100	379,0	100	166,1	100	2.509,8	100

em alguns casos, estado e município acordam que os recursos sejam depositados no fundo estadual, de modo a facilitar o processo de aquisição de medicamentos.

Parte do conjunto de ações voltadas para a atenção básica utiliza o critério populacional para alocação de recursos, homogeneizando sua distribuição e reduzindo desigualdades. É o caso do PAB, das Ações Básicas de Vigilância Sanitária e da Assistência Farmacêutica Básica. Já os programas de Agentes Comunitários, Saúde da Família e Combate às Carências Nutricionais, por outro lado, privilegiam as áreas mais carentes, destinando cerca de metade de seus recursos, por exemplo, para a Região Nordeste.

#### Número de equipes de Saúde da Família 1994 a setembro de 1999

ANO	EQUIPES
1994	328
1995	724
1996	847
1997	1.623
1998	3.116
SET 1999	4.213

Um total de R\$ 2,5 bilhões anuais está destinado à transferência direta aos fundos municipais e em menor grau aos fundos estaduais de saúde, apenas para a atenção básica. O acesso a esses recursos e sua alocação estão baseados em critérios universais, conhecidos e transparentes. É bom lembrar que, para o recebimento destes recursos, é preciso que estejam constituídos os conselhos municipal e estadual de saúde, órgãos que possibilitam a participação da comunidade na definição e no controle de sua utilização.

A evolução do número de municípios

#### Evolução da implantação do Piso de Atenção Básica Janeiro de 1998 a Setembro de 1999

MÊS/ANO	MUNICÍPIOS HABILITADOS	POPULAÇÃO ASSISTIDA EM MILHÕES	RECURSOS ANUAIS EM R\$ MILHÕES
JUN/98	4.070	117,5	1.261,1
DEZ/98	4.836	140,6	1.508,9
JAN/99	5.136	146,9	1.573,2
JUN/99	5.218	148,8	1.609,8
SET/99	5.280	151,3	1.631,9

que integram os diversos programas voltados para a atenção básica e sua distribuição equilibrada por todos os estados brasileiros, demonstram o acerto dessa política e a firmeza na sua implantação.

Os municípios que recebiam recursos diretamente do Ministério da Saúde eram 144 em 1997. A nova sistemática implantada, a partir do início de 1998, permitiu que ao final do primeiro semestre já fossem mais de 4.000. Atualmente 96% do total já estão incorporados ao PAB, fazendo com que o programa atinja 92% da população brasileira.

Os recursos destinados a municípios que por qualquer razão ainda não estão incorporados ao PAB podem ser repassados ao fundo estadual correspondente. Isso ocorre com aprovação da Comissão Intergestora Tripartite e do Ministério da Saúde, obedecendo os valores mínimos por habitante. Estão nessa situação os estados de São Paulo, Bahia, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Nos demais programas de atenção básica, os recursos descentralizados também experimentaram um crescimento significativo em curto espaço de tempo.

Desde o primeiro repasse relativo ao PAB, feito pelo Fundo Nacional de Saúde em fevereiro de 1998, o volume total desti-

nado aos fundos municipais aumenta continuamente. O valor enviado aos municípios em setembro deste ano, para financiamento de agentes comunitários, é quase 9 vezes maior que o de fevereiro de 1998. Para as equipes de saúde da família o valor é mais de 11 vezes o de fevereiro de 1998.

O Programa de Saúde da Família vem recebendo por parte do Ministério da Saúde, juntamente com a implantação de Agentes Comunitários de Saúde, especial atenção. Passando a integrar a Parte Variável do PAB esses programas experimentaram uma significativa ampliação. O número de equipes de saúde da família praticamente foi multiplicado por dez, entre 1994 e o primeiro semestre de 1999 e continua crescendo: hoje são mais de 4.200 equipes que prestam assistência a mais de 14 milhões de pessoas, atuando em 1.610 municípios de diferentes tamanhos.

Em 1999 o Ministério da Saúde viabilizou para os Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários um teto financeiro anual de R\$ 379 milhões. Para o ano 2000 estão previstos R\$ 680 milhões. A meta para o ano 2000 é termos 10.000 equipes trabalhando por todo o país. Para o ano 2002 queremos ter implantadas 20.000 equipes.

#### Evolução dos recursos mensais repassados a fundos municipais para programas selecionados: fevereiro de 1998 a setembro de 1999

MÊS/ANO	PACS	PSF	CARÊNCIAS NUTRICIONAIS	VIGILÂNCIA SANITÁRIA	TOTAL	ÍNDICE JUN 98 = 100
	R\$ MILHÕES	R\$ MILHÕES	R\$ MILHÕES	R\$ MILHÕES	R\$ MILHÕES	
FEV/98	1,9	0,7	-	0,6	3,2	25
JUN/98	6,9	2,9	0,4	2,4	12,6	100
DEZ/98	14,5	7,2	8,6	2,8	33,1	263
JAN/99	15,2	7,3	9,0	3,0	34,5	274
JUN/99	16,2	7,4	11,8	3,1	38,5	306
SET/99	16,9	8,1	11,9	3,1	40,0	317



# Contagem

## Todos os sentidos da liberdade

JOÃO PAULO CUNHA

JORNALISTA

C

*ontagem, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, é uma prova do acerto do PSF em áreas urbanas. Equilibrar a qualidade de vida no contexto do desequilíbrio socioeconômico é o maior desafio do município.*

Contagem tem o segundo maior PIB do Estado de Minas Gerais e uma das maiores populações, mas ninguém arrisca um número exato. "Em torno de 600 mil" é uma das formas mais utilizadas. Estas constatações resumem bem a complexidade do município, localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte: gente e dinamismo é o que não falta. Outra característica da cidade é a de se recriar em novos distritos e núcleos, que ganham nomes próprios e características peculiares, quase como cidades dentro da cidade, como o Eldorado, o Cinco, o Cincão e Nova Contagem.

Cerca de 8% da população empregada de Minas Gerais trabalha em Contagem, que muitos ainda chamam de Cidade Industrial. A cidade tem um parque fabril variado (química, alimentos, bebidas e metalúrgicas), com cerca de 600 indústrias, a grande maioria delas instalada a partir dos anos 70. Mas nem só de indústria se desenha a paisagem urbana do município. Contagem e seus distritos são também pouso de muitas famílias que trabalham em Belo Horizonte e outras cidades da Região Metropolitana. Cidade dormitório é o reverso da cidade industrial, que sofre, como em todo País, as conseqüências do desemprego.

Nova Contagem foi a primeira região do município a receber as



**Nova Contagem e seus morros. Ao fundo o presídio Nelson Hungria**

equipes do PSF. "Se der certo em Nova Contagem, dá certo em qualquer lugar". Este diagnóstico, que tem atravessado muitas administrações, resume tudo. Vista por todos como um problema, a região é por isso mesmo o laboratório dos sonhadores bem intencionados, embora traga em seu bojo uma forte carga de preconceitos. E a metáfora da exclusão social se alimenta ainda da vizinhança da Penitenciária Nelson Hungria, mais conhecida como Presídio de Segurança Máxima de Contagem.

Quem começa a trabalhar numa área como Nova Contagem, com 60

mil habitantes distribuídos em morros, favelas e um pequeno centro de classe média baixa, tem que enfrentar, além destes problemas, a distância do Centro de Contagem, cerca de 10 km, em estrada servida de poucos ônibus para tanta população sem outra alternativa de transporte. O quadro que vai se desenhando ao visitante não é muito animador: miséria, violência urbana, falta de rede suficiente de serviços públicos. Mas por um destes desígnios próprios das regiões de trabalhadores organizados, os sonhadores parecem que estão ganhando a disputa com os preconceituosos e mostrando

Foto: Angela Papa

que as coisas podem dar certo em Nova Contagem.

"Logo no primeiro momento, assim que foi definido que o programa começaria em Nova Contagem, a equipe concordou que não haveria como fazer conviver dois modelos distintos. Todas as unidades da região seriam transformadas em unidades do PSF", recorda Luiz Fernando Rolim Sampaio, secretário municipal de Saúde de Contagem. Com experiência em outros municípios do Estado, como Ibiá e Brumadinho, dos quais também foi secretário, Luiz Fernando avalia que o momento inicial de implantação tem que trazer, de cara, todas as diretrizes inovadoras do programa para conseguir maior credibilidade junto à população. "Até então o debate com as comunidades e com o Conselho Municipal de Saúde era direcionado para o pedido de mais médicos nas unidades convencionais. E o que as pessoas procuram nestas unidades? Controle de pressão, puericultura e outros cuidados simples. Ou seja, a idéia era mostrar que a reorganização da atenção básica iria resolver o problema sem a necessidade de ficar contratando mais médicos", avalia Luiz Fernando.

A inserção das unidades de saúde da família foi direcionada para o distrito sanitário. A área foi bem delimitada (mesmo por razões geográficas inquestionáveis, já que fica isolada do restante do município) e a cobertura de 100% da população de Nova Contagem foi programada inicialmente com a montagem de 15



Unidade de Saúde da Família do Estaleiro divide espaço com o bar do Neném

equipes, cada uma delas atendendo de 800 a 1000 famílias. O sistema se completava, dentro da lógica de assistência integral, com as unidades de referência, urgência e suporte laboratorial e de diagnóstico. Tudo muito redondinho, mas a prática é cheia de arestas, e a realidade de cada comunidade apresenta problemas que fogem aos esquemas e desafiam a criatividade. Não foi diferente em Nova Contagem.

O primeiro problema estava relacionado com a seleção de pessoal para o PSF. Em função das condições do Distrito de Nova Contagem (distância em nível sócio-econômico), os servidores da região acabaram encontrando algumas formas de burlar o desprestígio de trabalhar na região, criando alternativas informais, como a flexibilidade no cumprimento de horário de trabalho, compensações, folgas e outros artifícios. A idéia de ser

substitutivo na prática dos serviços significa uma crença na mudança, inclusive nas pessoas. Por isso, a própria lei que criou o PSF no município dava aos servidores a oportunidade de optar por integrar a equipe de saúde da família ou não, diferenciando o salário dos que optassem pelo programa.

Os salários do PSF de Contagem são os mais altos da Região Metropolitana de Belo Horizonte. A última ampliação, com novas 38 equipes, acabou retirando profissionais de outros municípios. Com todos os problemas que isso gera, em termos de desmontagem de equipes e perda de investimento em treinamento, não deixa de ser singular, no mercado de empregos públicos, ver a competição puxar o salário — e o respeito — para cima. A lei que regulamenta o PSF estabeleceu três patamares salariais, variando de acordo com a distância do distrito em relação à região central da cidade. Os médicos ganham entre R\$ 3,5 mil e R\$ 4 mil; enfermeiros de R\$ 2,4 mil a R\$ 2,8 mil, os auxiliares de enfermagem de R\$ 400,00 a R\$ 600,00 e os agentes ganham salário mínimo.

A idéia de fazer um processo de substituição natural, mesmo apoiado por lei, não funcionou na prática com a naturalidade pretendida.

## Salários em alta

Contagem tem os melhores salários do PSF da região.

<b>Médicos</b>	-	de R\$ 3,5 mil a R\$ 4 mil
<b>Enfermeiros</b>	-	de R\$ 2,4 mil a R\$ 2,8 mil

O secretário conta que alguns médicos chegaram a procurá-lo para "renegociar" a proposta do PSF, argumentando que o ganho não compensava. "Não compensava para eles, que trabalhavam, por acordos que se tornaram regra, apenas três dias por semana. Para a população e para os profissionais que estejam dispostos a aderir à proposta do PSF, o salário é competitivo em termos de mercado", garante. "Fomos claros, jogamos limpo e dissemos: Quem quiser aderir ao PSF fica, quem não quiser pode procurar a secretaria para ser lotado em outro serviço", lembra Luiz Fernando. Apenas um médico de Nova Contagem topou o desafio no primeiro momento, seguido por 10 enfermeiras. A saída foi recrutar candidatos fora de Contagem.

Tão logo as equipes se instalaram, foram revistos os encaminhamentos e nova organização de trabalho foi iniciada. "Era comum você ter um ginecologista acompanhando um pré-natal de baixo risco, sem a menor necessidade. É possível deixar o suporte de referência apenas para os casos que

exijam atenção especializada, sem perder a qualidade do atendimento", afirma o secretário.

A introdução dos agentes comunitários de saúde no sistema foi a mais trabalhosa. A primeira opção foi a contratação através de associações comunitárias, mas não havia dotação orçamentária que possibilitasse a subvenção social. A solução foi licitar uma empresa para administrar os contratos. Além da exigência de residência por pelo menos dois anos na área, os agentes precisavam de uma indicação formal de alguma associação, ONG, igreja ou outro grupo organizado. Houve também uma limitação de indicações, com o justificado temor de uma procura muito grande, o que encareceria o processo seletivo.

O treinamento dos agentes foi feito pelo município em parceria com o pólo de capacitação da UFMG. O coordenador do PSF de Contagem, Marcus Quito, lembra que foi preciso sensibilizar os envolvidos no treinamento para uma nova forma de abordagem. "Trata-se de uma outra vertente de formação, que trabalha

---

### O agente é uma nova realidade no sistema de saúde de Contagem.

---

com sensibilização, problematização e novos perfis de atuação. O agente é uma nova realidade no sistema de saúde de Contagem, mas são pessoas capazes, que têm vínculos fortes com a comunidade e se entendem como profissionais de saúde. Precisamos abordar os novos contextos a partir desta realidade", afirma Marcus Quito.

Mas de nada adianta mudar o profissional se a expectativa da população continua marcada por outra forma de oferecer serviços. "Contagem tinha mania de UAI", garante Luiz Fernando Sampaio. E não se trata de um cacoete lingüístico (que de resto não é exclusividade de Contagem, mas de todos os mineiros). As unidades de urgência do município, que atendem pelo nome de UAI, foram o projeto de várias gestões anteriores. E não se

Foto: Angélica Papa



Dalva com as filhas Daniela, Ivani, Vanessa, Vanusa e Emanuela

pode dizer que esta forma de prover serviços era privilégio de Contagem. A lógica de construir grandes unidades de atendimento de urgência foi, por décadas, a direção dos investimentos da saúde pública no Brasil. "Amenizava-se a pressão por consultas e resolvia parte das emergências. Era algo sem fim, como um vício", diagnostica o secretário. A coordenadora do Distrito Sanitário de Nova Contagem, Ângela Parrela, defende que a UAI assuma seu papel de atender urgências. "Quando se pensa no PSF, com uma clientela adscrita, acompanhada, vigiada, não se está abrindo mão do acesso às urgências, pelo contrário. O PSF tem que estar inserido na rede, e não funcionar à parte dela, como uma

---

**Contagem tem hoje uma das experiências mais extensivas e intensivas de PSF do Brasil. Já são mais de 50 equipes trabalhando nos distritos de Nova Contagem, Ressaca e Nacional, e a intenção é chegar a 100 equipes já no início do ano 2000, cobrindo 90% da população do município.**

---

ilha de excelência", analisa.

A parceria da saúde com outras áreas da administração se dá até mesmo por afinidade histórica. O secretário de Meio Ambiente já ocupou a pasta da Saúde e, hoje, a atuação conjunta é bem mais fácil já que o "jargão SUS", que praticamente introduziu uma nova língua na prática administrativa brasileira, não é problema. Nova Contagem é uma das regiões mais

violentas da RMBH. Uma das preocupações da equipe do PSF foi deixar claro para toda comunidade que o trabalho, ainda que feito a partir de informações detalhadas e da convivência direta com toda a população, não tinha nenhum enfoque policesco. "Avisamos logo: não vamos denunciar ninguém. Nosso trabalho precisa de confiança, de troca e fomos buscar isso no dia-a-dia do serviço, subindo muito morro, entrando em muita viela, cadastrando muitas casas construídas em terreno de invasão. Hoje somos aceitos e reconhecem nosso compromisso com a saúde e com a melhoria das condições de vida", afirma Luiz Fernando.

### **Daqui para o ano 2000**

Contagem tem hoje uma das experiências mais extensivas e intensivas de PSF do Brasil. Já são mais de 50 equipes trabalhando nos distritos de Nova Contagem, Ressaca e Nacional, e a intenção é chegar a 100 equipes já no início do ano 2000, cobrindo 90% da população do município. "É praticamente uma cobertura total, já que existem áreas de condomínios fechados de classe média alta totalmente independentes do SUS", afirma Luiz Fernando. O secretário faz questão de reconhecer que para chegar a este ponto, o PSF teve que deixar de ser uma opção técnica da equipe de saúde apenas para ser uma prioridade de governo. "O apoio do prefeito é incondicional. Ele banca as pressões e garante as decisões técnicas", diz.

O prefeito Paulo Augusto Pinto



A pequena Daniela recebe diariamente a visita da equipe do PSF para cuidar de suas queimaduras, no primeiro caso de internação domiciliar da equipe

de Mattos tem um discurso de sanitarista afiado e garante que o PSF tem dado resultados satisfatórios. "Estamos trabalhando na prevenção de doenças, otimizando a rede, diminuindo a procura em serviços de urgência e emergência. O PSF tem desafogado as filas, descentralizado e democratizado o acesso da população ao atendimento de qualidade", avalia. A questão dos recursos foi bem acertada entre a prefeitura e o setor saúde. A mudança de modelo não deveria interferir no gasto da prefeitura. "O que foi acordado é que o repasse municipal se manteria no mesmo patamar de 13% dos recursos do próprio Tesouro", diz Luiz Fernando Sampaio.

Para o secretário, quando se reorganiza a rede, há toda uma nova referência que precisa ser atendida. E bem atendida. Como existe uma repressão muito grande da demanda, o PSF acaba evidenciando problemas e propondo formas de atendimento. "Há, isso sim, uma otimização dos gastos. Você retira gasto do hospital e transfere para a rede", afirma. Realista, Luiz Fernando não vê possibilidade a curto prazo de redução de gastos na saúde. "Não existe muita tomografia no sistema, mas tomografia utilizada sem necessidade. O que o PSF faz é abrir o uso da tecnologia para todo mundo, de uma forma mais democrática e tecnicamente mais racional. As necessidades da população ainda são pouco conhecidas", alerta.

Quando se fala em substituição pode parecer que se instala um lapso de tempo, no qual convivem profissionais-dinossauros e sanitaristas pós-modernos, e que a extinção dos primeiros é uma questão menor, que se dará naturalmente. Mas quando se trata de gente, e de tanta gente, além de ser mais difícil há que ser respeitoso. É bom e todo mundo gosta. No

caso de Contagem, a convivência dos dois modelos não pode penalizar um dos lados, sob o risco de prejudicar a população e os profissionais. "O município não pode, de uma hora para a outra, dizer aos seus profissionais: muito obrigado por seus 20 anos de serviço mas não precisamos mais de tantos especialistas na rede. Temos que criar novas perspectivas", defende o secretário. "Trata-se de uma nova forma de relação contratual, tanto com a administração quanto com a população", sintetiza Luiz Fernando. "Os profissionais não precisam temer a Saúde da Família como algo diferente. Não estamos inventando nada em termos de medicina e saúde pública".

A preocupação com a sensibilização dos profissionais da rede não é só humanitária, mas operacional. À medida em que amplia o programa, o município precisa formar novas equipes e o mercado de profissionais de saúde da família é ainda incipiente. O

---

**Quando se fala em substituição pode parecer que se instala um lapso de tempo, no qual convivem profissionais-dinossauros e sanitaristas pós-modernos.**

---

movimento nacional e internacional em torno do PSF indica que as universidades estão atentas a este novo empregador, mas a mudança tem sido mais lenta que as necessidades.

"As dificuldades ainda são muitas, mas é bom olhar para trás e ver que estamos construindo um caminho próprio", emociona-se a coordenadora do Distrito Sanitário de Nova Contagem, Ângela Parrela.

## **Um presídio no horizonte**

O bairro do Estaleiro faz parte da região mais pobre de Nova Contagem. É uma área de invasão, com ruas de terra, topografia



Preso à cama, dona Edna recebe cuidados da agente comunitária de saúde

acidentada e casas simples. As construções parecem que são vivas, passando por estágios que começam como casas de taipa, ganham paredes de tijolos, até chegar às casas de laje, o último estágio de construção do bairro. Nenhuma casa tem acabamento externo, dando ao conjunto um tom ocre dos tijolos nus. Possivelmente a mais pobre área de um distrito pobre, o Estaleiro tem uma visão privilegiada para a mais imponente construção de Nova Contagem, a Penitenciária Nelson Hungria. Muitas das famílias do bairro se mudaram para lá para ficar mais perto de seus parentes presos. A penitenciária faz parte da paisagem física e emocional do Estaleiro.

A unidade do PSF do Estaleiro divide espaço com um botequim. Tem até uma porta que de um lado tem o cartaz de prevenção à aids e, do outro, a propaganda de uma marca de cerveja. O espaço foi cedido pelo dono do bar e depois alugado pela prefeitura. É uma unidade simples, com quatro salas e uma pequena cozinha. Como a expansão

---

**“As mulheres querem ser ouvidas, muitas vezes uma conversa é melhor que muitas consultas”.**

---

do PSF está se dando de forma muito rápida no município, as equipes têm preferido alugar e reformar casas do que esperar o processo de construção de unidades, que é mais demorado. No dia da inauguração da unidade, ao ver a casa pintada (o que é raro na região), uma moradora comemorou: “O progresso chegou no Estaleiro. Ficou da mesma corzinha dos postos de saúde do centro da cidade.”

A enfermeira da equipe do PSF do Estaleiro, Maria Célia Ferreira Danese, já trabalhou com o programa em Assis (SP) e Passos (MG). Foi ela quem preparou todo o terreno para a entrada da equipe no bairro, inclusive desenhando o primeiro e único mapa que o Estaleiro já teve. Experiente em vários terrenos, Maria Célia já foi professora universitária, trabalhou na assistência e hoje se dedica a ajudar a

organizar o distrito. Líder natural, caminha pelas ruas do bairro atendendo chamados de todos os lados, muitas vezes pedidos de conselhos pessoais. “As mulheres querem ser ouvidas, muitas vezes uma conversa é melhor que muitas consultas. Neste lugar, com todas as dificuldades, elas vivem suas alegrias e dores. E têm seus sonhos.”

Maria Célia conhece o bairro como ninguém. O levantamento da área foi feito com métodos etnográficos, reconhecimento de lideranças e registro da história oral narrada pelos moradores mais antigos. O resultado foi o retrato de um bairro sem esgoto, ônibus ou escolas, com muitas igrejas e bares. Angústia e suas curas possíveis (algumas das dores e alegrias de que falava Maria Célia). Cerca de 80% da população vêm do Norte de Minas para cima, como muitos baianos e cearenses, não se sabe porque. Muitas famílias têm parentes presos, quase sempre o marido ou companheiro. “E é neste cenário que ocorrem os grandes dramas e os grandes amores, resguardados por estas casas sempre

Foto: Angéla Papa



Maria Célia Danese: “A comunidade vive seus grandes dramas e grandes amores”

---

### **A figura do cuidador doméstico é praticamente desconhecida dos serviços de saúde.**

---

por acabar", filósofa Maria Célia. A enfermeira, talvez por sua experiência em outras cidades, sabe que o coração do PSF está com os agentes comunitários de saúde, o que não parece ser a tônica na visão de outros profissionais do município. Não é incomum na equipe se falar mais de "médico de família" do que de "equipe de saúde da família". E Cecília tem como provar seu ponto de vista, já que pesquisou junto à comunidade qual era a figura mais reconhecida pela população. "Deu 20 a zero para os agentes", contabiliza.

A enfermeira gosta de pesquisa. Sua dissertação de mestrado teve como tema "O usuário de psicofármacos num Programa de Saúde da Família e suas representações do serviço de saúde e da religião". Célia despertou para o assunto ao perceber que, faltando o suporte oficial, as pessoas tendiam a buscar o sobrenatural. A conclusão, na linha da etnoenfermagem, é que os profissionais precisavam mudar de atitude, não apenas de abordagem. Partindo da noção de cidadania, Maria Célia Danese foi atrás dos valores e dos saberes populares para ver onde estava o erro dos serviços de saúde. "Uma comunidade não é tábua rasa, ela tem uma cultura que precisa ser resgatada", defende.

Talvez, por se preocupar tanto com a cultura, Maria Célia Danese tenha encontrado tanta identificação com o PSF, já que o programa trabalha "fundamentalmente com mudanças culturais", como ela mesma sintetiza. Um exemplo típico da abertura para as mudanças, que está no cerne do PSF, pôde ser constatado na visita domiciliar a Edna dos

Santos, moradora do Estaleiro, de 45 anos, que cuida da mãe, Carmen dos Santos, presa à cama por uma série de derrames. Logo na chegada, Edna recebeu a equipe com críticas. Ela estava com o pé quebrado e se locomovia com dificuldade. Tremia muito ao derramar suas queixas, sobretudo ao médico da unidade. "Sou analfabeta, mas depois de um ano e quatro meses cuidando da minha mãe aprendi a não chamar o médico sem necessidade. Sei que dona Carmen é difícil, mas não abuso da boa vontade de ninguém".

Dona Edna seguiu reclamando muito das demoras em ter atendidos os seus chamados, dos medicamentos que não faziam mais efeito e da secura do médico com a mãe. Célia ouviu tudo e garantiu que levaria as reclamações adiante, que tudo seria averiguado. Aproveitou para examinar a paciente, conferir a medicação e dar orientações sobre a fratura de dona Edna dos Santos. "Fiz questão de mostrar este caso porque ele está sendo um desafio para nós. A figura do cuidador doméstico é praticamente desconhecida dos serviços de saúde. São mulheres que largam tudo, perdem contato com o mundo e se concentram heroicamente em cuidar de seus parentes com amor e dedicação. Hoje nosso contato com essas pessoas é diário, conhecemos seus dramas e temos que nos preparar para atendê-las bem, inclusive dar suporte emocional. É uma grande carga que elas carregam", avalia. A próxima proposta que Maria Célia vai apresentar à coordenação do PSF é um trabalho específico para o cuidador. "São, na maioria das vezes, mulheres que têm demandas que não conhecemos bem".

Maria Célia não releva as falhas. "O que disse era verdade, tudo é levado até a equipe e investigado". Mas ela garante que é preciso não ser radical e colocar em funcionamento um certo jogo de

cintura. "Já passei por muitos serviços e sei que o ritmo aqui está bom. Se tivéssemos mais instrumentos seria melhor, mas temos o básico, de boa qualidade, e a valorização da clínica é que deve conduzir a assistência. Na linha de frente a clínica é soberana", afirma. Os cursos de capacitação, na avaliação da Maria Célia, são a alternativa para os profissionais técnicos se sentirem mais seguros no trabalho.

---

### **Maria Célia é a madrinha do Esporte Clube Estaleiro, que treina num campo de várzea próximo à unidade de saúde da família.**

---

"Se estou há cinco anos no PSF, sem parar, é porque acredito nele. É a saída que vejo para saúde pública no Brasil". Sempre aberta ao novo, Maria Célia Danese parece ser a consciência crítica permanente da equipe, em busca de aprimoramento e melhor relação com a comunidade. E o reconhecimento já veio: Maria Célia é a madrinha do Esporte Clube Estaleiro, que treina num campo de várzea próximo à unidade de saúde da família.

### **Um trabalho valoroso**

O agente comunitário de saúde Fábio Rodrigues Frega tem 19 anos e já havia militado em grupos de jovens no bairro do Retiro, em Nova Contagem. Hoje ele integra a equipe de saúde da família e, juntamente com o médico Moacyr Cerqueira Junior, está acompanhando o primeiro caso de internação domiciliar da cidade. Daniela, de 7 anos, sofreu graves queimaduras de 2º grau em uma área extensa do corpo. A notícia chegou até a unidade de saúde através de uma

denúncia do Conselho Tutelar. Fábio foi até a casa de Daniela, investigou as causas e descartou a suspeita de negligência da mãe.

Depois de atendida por Moacyr Cerqueira, a mãe solicitou que Daniela não fosse internada, já que não teria como acompanhar os cuidados com a menina, uma vez que tinha outras 4 filhas para cuidar. A decisão pela internação domiciliar permitiu que a menina fosse tratada com todos os recursos, que a mãe não se afastasse das filhas e que a recuperação fosse ainda mais rápida. O clima na pequena casa de Daniela era de alegria, com as irmãs menores, Ivani, Vanusa, Vanessa e Emanuela, brincando o tempo todo ao som de um rádio que esgoelava uma canção romântica. Daniela recebe a visita da equipe todos os dias desde que foi examinada pela primeira vez há 15 dias, tem os curativos trocados e a medicação conferida.

---

**“É um processo. Com o tempo as pessoas foram aprendendo a confiar, sabiam que seriam atendidas, que os profissionais estão trabalhando a semana inteira”.**

---

A mãe das garotas, Dalva de Souza Lima, não deve ter mais de 25 anos e está grávida do sexto filho. Ela faz o pré-natal (pela primeira vez na vida) na unidade e está inscrita no grupo de

planejamento familiar. Fábio aproveita a visita para mostrar a horta da casa e contar, com orgulho, de um projeto que os agentes do bairro elaboraram sobre horta domiciliar.

“Fizemos tudo e mostramos na reunião da equipe. Todos gostaram da idéia e agora estamos em negociação com os órgãos da agricultura para conseguir sementes e assessoria técnica”, conta. Fábio faz questão de ressaltar o clima de cooperação entre todos os membros da equipe. “Aqui a gente conversa, troca idéias mesmo. Não tem aquela coisa de ‘hã hã’ e depois fica tudo igual. Nossa opinião é levada a sério”.

O médico Moacyr Cerqueira já havia trabalhado como médico de família em Brumadinho e com internação domiciliar em Betim, cidades próximas a Belo Horizonte. Por isso não se assustou quando, no começo do trabalho em Contagem, se defrontava toda manhã com filas na porta da unidade. “É um processo. Com o tempo as pessoas foram aprendendo a confiar, sabiam que seriam atendidas, que os profissionais estão trabalhando a semana inteira. Os grupos (hipertensos, diabéticos, gestantes) também, à medida que foram sendo formados, ajudaram a diminuir a pressão por consultas médicas”, lembra.

“O que o PSF propõe é uma ação mais global, holística mesmo. A exigência é maior para todos os lados envolvidos, dos profissionais ao usuário, mas os resultados

---

**“A exigência é maior para todos os lados envolvidos, dos profissionais ao usuário, mas os resultados compensam”.**

---

compensam. As pessoas estão habituadas a serem pacientes, a não participarem do processo de solução de seus problemas. Querem uma resposta pontual, tecnológica”, explica Moacyr. Para ele esta transformação não é inovadora apenas para o usuário do sistema de saúde, mas principalmente para os profissionais. “A inversão de modelo é uma inversão profissional”, compara. Moacyr é um campeão de parcerias. Tem trabalhado conjuntamente com o setor educacional, com as rádios comunitárias do bairro, com as pastorais e com as igrejas das mais diferentes confissões. Até com um grupo de capoeira local que, por iniciativa dos agentes comunitários, abriu espaço para o PSF, atraindo o público para as reuniões com rodas de capoeira e participando com a prática esportiva dos programas de combate às drogas.

Na saída da casa de Daniela, depois de uma fotografia para a qual as meninas correram para trocar de roupa e pentear os cabelos, Moacyr avalia o acerto da internação domiciliar para o caso da menina. “A recuperação foi muito mais rápida do que seria em um hospital. Além de liberar um leito para outro caso, evita-se o risco da infecção hospitalar e do hospitalismo”, avalia. O médico compara ainda a diferença de atenção: “Num hospital existe um profissional para vários casos; aqui é o contrário, a equipe inteira está voltada para uma única pessoa. Mas o principal é o lado humano; não há melhor remédio para uma criança do que o carinho da mãe e a companhia dos irmãos”. Fábio aproveita para

---

## Confira os números do presídio

---

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| ◆ 740 detentos                     | ◆ 24 alas de visitas                         |
| ◆ 12 pavilhões                     | ◆ 8 salas de aula                            |
| ◆ 36 suítes para encontros íntimos | ◆ 87 detentos têm famílias morando na região |

emendar: "O nosso trabalho muitas vezes é cansativo, subindo e descendo morro, mas é muito valoroso e tem uma troca muito grande entre a equipe e a comunidade". O valoroso Fábio Frega se despede das cinco meninas chamando todas pelo nome.

## **Famílias atrás das grades**

Uma das maiores peculiaridades do PSF em Nova Contagem é o trabalho com os presos da penitenciária de segurança máxima. Pode parecer exagero, mas esta é a clientela mais adscrita que se pode imaginar. E preso, é claro, também tem família que, no caso do presídio Nelson Hungria, mora muitas vezes nas imediações da cadeia. Segundo o cadastro realizado pela equipe do PSF, são nada menos de 87 famílias no bairro do Estaleiro que possuem parentes presos. Destas famílias, 65 têm o chefe da família atrás das grades.

A Penitenciária Nelson Hungria é uma verdadeira cidade. De acordo com dados oficiais, a capacidade inicial era de 1.020 celas individuais, divididas em 12 pavilhões, cada um destes com 85 celas. O presídio abriga infratores julgados e condenados a crimes superiores a quatro anos em regime fechado. Após a reforma da área física, transformou-se 263 celas em 36 suítes para encontros íntimos, 24 alas de visitas e 8 salas de aula e oficinas de profissionalização. Com isso, chega-se à atual população carcerária de 740 detentos. Atualmente, dois outros pavilhões passam por reformas para a instalação de um Núcleo de Saúde com 28 leitos e que deverá ser um centro de tratamento de presos portadores de doenças infecto-contagiosas.

A relação entre o PSF e a direção do presídio é mais uma obra do talento para aglutinar que Maria

Célia Danese tem. Não era possível trabalhar em paz com a visão assustadora e imponente da penitenciária tomando a paisagem a todo momento. Além disso, não é possível, para quem convive proximamente com as famílias, desconhecer a relação social, econômica, afetiva e familiar que a instituição tem com a comunidade como um todo e com as 87 famílias em particular. A primeira aproximação foi feita através da vacinação contra hepatite dos presos e dos funcionários do presídio. Logo a equipe passou a cuidar da saúde das mulheres que mantém encontros íntimos quinzenais com seus companheiros, fornecendo atestados e realizando trabalho educativo sobre DST e aids. O passo seguinte foi encampar os programas de controle da aids e hanseníase. Estão diagnosticados hoje 12 HIV positivos e 2 hansenianos, que têm sua medicação (poliquimioterapia) feita sob supervisão do PSF.

O diretor geral da penitenciária, Major Marcelo Álvaro de Toledo, diz que está abraçando "de bom grado" a atuação do PSF na instituição e em seus arredores. "O trabalho desta equipe ajuda a dar um pouco mais de tranquilidade no presídio. E isso é um bem valioso para nós", admite. O diretor diz que tem apenas um clínico geral para atender todos os presos. Ele revela ainda que a doença que mais preocupa é a psiquiátrica. A ansiedade, a depressão são os grandes males dos regimes fechados, segundo Major Marcelo. "A maioria dos detentos é artigo 12 (tráfico de drogas) e muitos já moravam nas imediações ou suas famílias se mudaram para cá depois da prisão. Quando o preso sai, a família já está esperando".

E de família o PSF entende. E por isso está presente com sua concepção libertária na menos livre das realidades.

---

**O presídio abriga infratores julgados e condenados a crimes superiores a quatro anos em regime fechado.**

---

---

**A primeira aproximação foi feita através da vacinação contra hepatite dos presos e dos funcionários do presídio.**

---



# Iguatu

Água grande, muita  
água, água boa

ANA FRANKLIN

SOCIÓLOGA, DOUTORA EM ECONOMIA  
E ACESSORA DA FCM/UNICAMP

# I

*guatu é um dos bons exemplos de integração dos serviços com o aparelho formador e com a inteligência crítica do movimento sanitário. Para grandes problemas, nada melhor que buscar saídas na valorização do saber.*

Como o nome já indica, os legítimos donos destas paragens foram os Quixelôs, índios nômades, guerreiros da raça Tapuia. Região situada no curso do rio Jaguaribe, quando ele se junta com o rio Salgado, Iguatu tem uma característica muito interessante: esse imenso rio, de águas caudalosas no inverno, é seco na maior parte do ano. Você vê a ponte enorme, mas olha para baixo e não há rio, apenas a aridez da terra. E fica imaginando que nesse mesmo local, na época das chuvas, a população nada, mergulha e festeja a água que dura pouco.

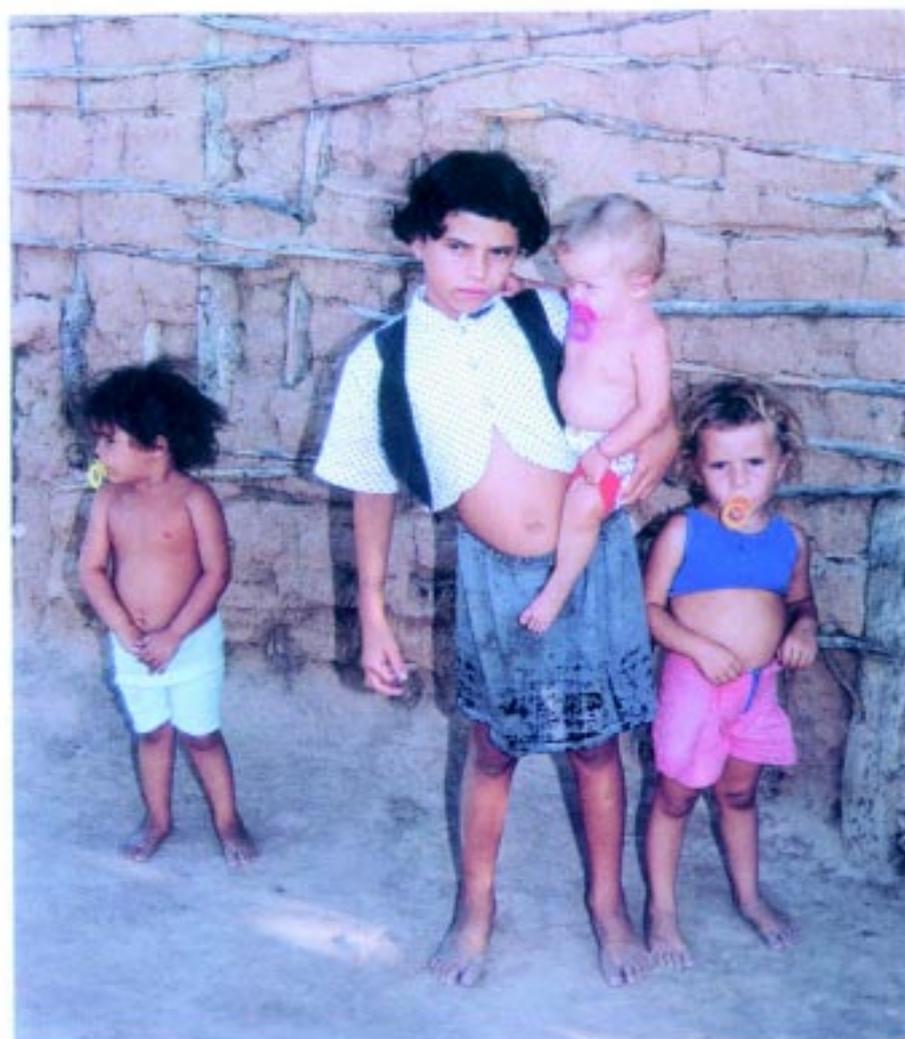
Ironia para uma cidade cujo nome, Iguatu, significa "água grande, muita água, água boa". Isso porque uma das características principais de Iguatu é ser banhada pelos dois principais rios do Ceará: o Trussu e o Jaguaribe, além de ter boa parte de suas terras banhadas pela bacia do Orós, maior açude do Estado.

E como "em terra de cego quem tem um olho é rei", a água certamente contribuiu para que o município venha se consolidando como importante pólo agro-industrial, exercendo influência na vida de pelo menos 38 municípios da região. Com uma localização privilegiada, no Centro-Sul do Estado, num ponto equidistante entre a capital e os principais centros produtivos e consumidores do Nordeste, Iguatu vem recebendo investimentos regionais, incrementando suas atividades

produtivas em meio a um cenário econômico adverso.

A maior parte da mão-de-obra é absorvida no setor agropecuário. A decadência das culturas de algodão deu lugar a novos cultivos, como o arroz irrigado, milho, feijão e banana. A cidade vem se destacando também pelo crescimento da produção pecuária leiteira e de corte, avicultura,

apicultura e piscicultura. A atividade comercial é dinâmica e a área industrial, com cerca de 80 empresas, obteve um grande impulso, atraindo investidores de varias regiões do país. O município tem uma população de cerca de 79 mil habitantes, predominantemente urbana. Acaba exercendo o papel de centro sociocultural da região, com eventos



Crianças sem tempo para a infância cuidam dos irmãos menores

que atraem multidões, como o "Carnaval Popular", que reúne os foliões no Largo da Telha, as Vaquejadas, festas típicas do sertão nordestino e as exposições agropecuárias.

Como todo o interior do Estado, Iguatu possui muitos problemas sanitários e de infra-estrutura. O município dispõe de serviço de coleta de lixo apenas na área urbana. Nas áreas rurais, as famílias aglomeram o lixo a céu aberto. É muito grande o número de casas sem banheiros. Somente 70% das residências da cidade são servidas por água encanada. Na educação, a situação ainda é triste: 10% das crianças em idade escolar estão fora da escola e a taxa de evasão é grande.

---

**Como todo o interior do Estado, Iguatu possui muitos problemas sanitários e de infra-estrutura.**

---

A desnutrição ainda se constitui num problema sério e as doenças diarreicas ainda são comuns, atingindo o pico nos meses de fevereiro e março. Também é grande o número de casos notificados de doenças infecto-contagiosas.

## **A organização dos serviços de saúde**

A municipalização da saúde teve início em 1989. Desde então, vem se desenvolvendo um processo de descentralização e reorganização do sistema local de saúde. O programa dos agentes comunitários começou em 1988 e hoje existem na cidade 129 profissionais em atuação, que dão cobertura total a Iguatu.

O município foi pioneiro no método de territorialização (1987), em trabalho realizado com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e que serviu de base para a implantação do Programa

Estadual de Agentes de Saúde. Em 1991, mais um passo foi dado em relação à estruturação da assistência básica com a implantação do Centro de Atenção Psicossocial — CAPS.

Havia em média de 60 a 70 internações psiquiátricas por mês. Isso consumia grande parte dos recursos para internações. Esse modelo era caro e pouco eficiente e foi substituído pela atenção primária, o que reduziu as internações para uma ou duas por mês. O CAPS também dá retaguarda às equipes do PSF.

O PSF foi implantado em meados de 1994, inicialmente com sete equipes, na zona rural. Hoje conta com 20 equipes, distribuídas entre a zona rural e urbana, cobrindo quase totalmente a cidade. "No início a gente fez um filme sobre as ações das equipes de saúde da família e levamos para todos os bairros, projetando em um telão. Isso facilitou muito para que não houvesse rejeição por parte da população", lembra o secretário de saúde de Iguatu, Eliade Duarte.

Em março de 1998, Iguatu assumiu a gestão plena do SUS e a administração teve como estratégia principal a implantação do PSF em toda cidade. A rede de saúde do município conta ainda com 3 complexos hospitalares, sendo um Hospital Regional, além de um hemocentro, um laboratório público, e várias clínicas particulares.

## **Uma escola voltada para a saúde**

Um dos elementos estratégicos



Paisagem típica de Iguatu: casas simples, cadeiras nas calçadas e equipe do PSF em ação

para o desenvolvimento do PSF no Brasil é, sem dúvida, a formação, capacitação e educação permanente dos profissionais, para que possam desempenhar os papéis requeridos para a construção do novo modelo de atenção à saúde. A Escola de Saúde Pública do Ceará — ESP/CE é uma das referências nacionais quando o assunto é Saúde da Família e faz parte do Pólo de Capacitação do Estado do Ceará.

---

## **A ESP alinha-se a uma rede de instituições de ensino na área da saúde.**

---

A ESP alinha-se a uma rede de instituições de ensino na área da saúde — a Network of Community Oriented Educational Institutions for Health Sciences — que direciona suas ações para responder às demandas da comunidade onde se insere. Contemporânea do mundo, a ESP tem parcerias importantes com instituições nacionais, como o SINE, do Ministério do Trabalho e a SAS do Ministério da Saúde, e com instituições internacionais, como o Department for Int'l Development - DIFDI do Reino Unido, a fundação norte-americana W. K. Kellogg, a University of Manchester /União Européia, o Center for Disease Control —

CDC de Atlanta, e outras.

A rede de contatos internacionais conta ainda com intercâmbio com o Canadá e com a University of Illinois, de Chicago (EUA), e vem desenvolvendo uma linha de cooperação no desenvolvimento educacional, inclusive no que se refere ao ensino à distância, com a Universidade de Maastricht, na Holanda.

Criada em 1993, por iniciativa da Secretaria de Saúde do Ceará, a ESP tem como principais clientes os municípios cearenses, a própria Secretaria de Estado, as

universidades e o Ministério da Saúde, a quem presta assessoria.

A visão de futuro da Escola foi construída através de um planejamento estratégico, realizado em 1995, que é periodicamente revisado e atualizado. Sua missão é a de melhorar a qualidade de vida da população do Ceará através da educação, pesquisa, suporte técnico e divulgação, promovendo o contínuo aperfeiçoamento de conceitos, métodos, instrumentos e práticas na área da saúde.

A ESP desenvolve e adota metodologias de ensino-

aprendizagem inovadoras, centradas no estudante, baseadas em problemas, que induzem o aprimoramento da capacidade de aprendizagem, em especial a aprendizagem baseada em problemas (Problem Based Learning).

"Gestão em saúde"; "Atenção à saúde"; "Comunidades saudáveis" e "Desenvolvimento educacional". Estas são as quatro frentes de atuação da Escola de Saúde Pública do Ceará. No campo da "Gestão em saúde", a instituição trabalha com diversos programas de capacitação e cooperação técnica

## Uma escola para a vida

*"Quando eu terminei a Universidade, a minha intenção era ser cardiologista, trabalhar com UTI. Ai fui trabalhar com saúde da família e comecei a me apaixonar. Passei o ano de 95 todo trabalhando em Amontada, sem vontade de voltar para a capital, quando em 96 surgiu o curso de especialização em Saúde da Família. Fiz o curso e comecei a trabalhar com a ESP a partir do ano de 1997. A lana, minha mulher, ia ser reumatologista e agora desistiu. Também faz Saúde da Família desde 1994. Temos uma preocupação muito grande com a nossa formação. A gente não via nas universidades nada bem definido na área de Saúde da Família, como se pode acompanhar em países desenvolvidos. A ESP, com a criação dos cursos, deu um impulso muito grande nessa idéia. E a gente começou a se empolgar, a se empolgar... e acabamos vindo desenvolver essa experiência aqui em Iguatu. Agora vamos fazer residência em Saúde da Família".*  
**Rogério**, médico e pesquisador da Unidade Experimental.

A ESP vem conduzindo diversas modalidades de capacitação das equipes do PSF, na tentativa de responder às necessidades mais imediatas, sem descuidar das

demandas mais estratégicas. Assim, são oferecidas diversas modalidades de cursos, para que os profissionais possam optar pelo programa que mais se adapte às suas condições.

Desde 98, a escola vem oferecendo o "Curso Introdutório em Saúde da Família", que dá aos profissionais recém contratados noções elementares para iniciarem seu trabalho. O programa é centrado nos princípios do PSF, nas funções dos membros da equipe e na organização das tarefas.

O "Curso Básico" é a segunda modalidade de capacitação, organizada a partir de uma parceria da ESP com o departamento de Medicina Familiar de Toronto, no Canadá. Esse curso procura desenvolver nos profissionais uma forma de pensar seus problemas com base em evidências, buscando capacitá-los para o desenho de linhas de conduta que orientem sua atuação.

Rogério, médico da Unidade Experimental, sintetiza bem a mudança de enfoque que o curso traz. "Você aprende a aprender. Quando você faz o curso básico, começa a ter mudanças de atitudes. Ele estimula quem está na ponta a estudar, a buscar o conhecimento. Não dá para ficar só esperando as coisas acontecerem. Quando a instituição

permite esse espaço de reflexão, faz com que o profissional se estimule. O convênio da ESP com Iguatu permitiu esse espaço. É um canal aberto de comunicação. A gente aqui é meio enzima, meio tocando a prática, meio fazendo reflexões sobre ela", teoriza.

A ESP oferece ainda, desde 1996, o "Curso de Especialização em Saúde da Família", uma modalidade de capacitação mais avançada, organizada na forma de módulos, que se desenvolvem ao longo de um ano. Esse curso utiliza a metodologia da aprendizagem baseada em problemas e aborda as principais funções do profissional de saúde da família, tanto no campo da clínica como no da saúde coletiva.

Baseado na mesma metodologia problematizadora, foi também desenvolvido um "Curso de Capacitação em Saúde da Família" para os agentes comunitários de saúde, com duração de 30 semanas. Finalmente, uma outra modalidade de curso que a ESP passa a oferecer no próximo ano é a "Residência Médica e de Enfermagem em Saúde da Família", pretendendo viabilizar a formação, em padrões internacionais, de profissionais especializados na área.

com as secretarias municipais, para apoiá-las na organização dos sistemas de saúde, com base na atenção primária e na saúde da família.

No âmbito da "Atenção à saúde", adota-se como prioridade o projeto voltado para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família que envolve, além de várias atividades voltadas para a capacitação dos profissionais do PSF, a produção e disseminação de conhecimentos necessários para o desenvolvimento da saúde da família.

As "Comunidades saudáveis" são áreas nas quais estão inseridos projetos direcionados para a promoção da saúde e construção da intersectorialidade. E, finalmente, o "Desenvolvimento educacional" se preocupa em desenvolver e utilizar abordagens avançadas e mais efetivas no campo da educação.

Em 1997 a ESP resolveu promover uma descentralização do ensino, criando um núcleo em Iguatu. Durante os programas de capacitação promovidos pela ESP, os participantes falavam da ausência de orientação para organização de seu



Atendimento na unidade: um laço humano a mais na estratégia do PSF de Iguatu

processo de trabalho. Apontavam lacunas importantes:

No planejamento das ações da equipe;

Na organização da demanda (triagem e agendamento);

No atendimento ambulatorial, incluindo linhas de conduta para os diversos momentos (espera, preparo da consulta, consulta);

Na montagem de um centro de informações para análise, coleta e utilização de dados;

Na visita domiciliar, incluindo organização e linhas de conduta;

No desenvolvimento do trabalho de equipe.

Assim, o trabalho do núcleo de Iguatu foi mostrando as necessidades a

serem trabalhadas no PSF, no sentido de aproximar o conhecimento teórico da prática. No final de 97, surgiu a idéia de montar uma Unidade Experimental para gerar esse conhecimento e desenvolver metodologias adequadas à reorganização dos serviços, com base nos princípios de Saúde da Família. Dessa forma, a ESP estaria produzindo também o conhecimento necessário para a capacitação dos profissionais em seus cursos de Saúde da Família.

A idéia de uma Unidade Experimental, de acordo com a diretora da ESP, Sílvia Mamede, permitia atender as diretrizes da Escola e casava-se com as necessidades do município. Tratava-se de uma autêntica parceria, onde todos ganham: a ESP na condução de um processo de pesquisa científica e de produção de novos conhecimentos, Iguatu com a construção, na prática, de elementos para o desenvolvimento de seu novo modelo de atenção à saúde, baseado no PSF. Com esses objetivos, a ESP firmou, em 1998, um convênio com a Prefeitura Municipal de Iguatu, para a

## Capacitação da equipe

- ◆ 90% curso introdutório
- ◆ 59% curso básico
- ◆ 17% curso de especialização
- ◆ 28% AIDPI

instalação da Unidade Experimental de Saúde da Família.

Para a instalação da Unidade Experimental foi escolhida uma zona peri-urbana do município, onde existe um Centro de Atenção Integral à Criança — CAIC, que abrigou o projeto. No início, a unidade cobria uma região composta de três bairros, com 1.200 famílias. A rápida expansão desses bairros e o vertiginoso crescimento do número de famílias (4.500) fizeram com que a área fosse redividida. A partir de 1998, a Unidade Experimental passou a ter uma área de abrangência mais restrita, atuando apenas no conjunto João Paulo, com cerca de 817 famílias. A equipe da unidade é formada por dois médicos, uma enfermeira, duas auxiliares e três agentes de saúde.

## Unidade Experimental na teoria e na prática

A Unidade Experimental faz pesquisa e implementa novas práticas, tanto na própria unidade como apoiando o desenvolvimento em outras unidades do município. Tudo começou com o planejamento estratégico, que iniciou com uma "análise de situação", concluída em junho de 1998. Em seguida, a ESP prestou assessoria na realização de mais nove análises similares, e, atualmente, outras dez estão sendo elaboradas pelas equipes do PSF de Iguatu, sob sua orientação.

Na seqüência, foram realizadas três oficinas para identificação e priorização dos problemas da área. Outras seis equipes de PSF realizaram oficinas similares em suas áreas, sob orientação do pessoal da Unidade Experimental.

---

**"Definiu-se um processo sistemático de triagem e de organização da demanda ambulatorial".**

---



Escola de Saúde Pública do Ceará, uma referência nacional em termos de PSF e Saúde Pública, assessora o programa do município

As oficinas incorporavam todo o pessoal da equipe, em clima de respeito pelos vários saberes, em suas diferentes formas.

A Unidade Experimental desenvolveu também um processo de organização da demanda. "Antes trabalhava-se com demanda espontânea. Era um caos! O povo chegando de madrugada para conseguir senha. Definiu-se um processo sistemático de triagem e de organização da demanda ambulatorial. Essas mudanças na Unidade também foram discutidas em reuniões com a comunidade, para que eles entendessem a necessidade e o sentido da triagem", lembra Iana, médica da Unidade Experimental.

Nesse processo de reorganização dos serviços, foram produzidos alguns instrumentos, roteiros e protocolos para auxiliar as equipes, como instrumento de tomada de decisão durante a triagem, de

acompanhamento semanal dos indicadores, de coleta de dados para análise de situação, roteiro para realização da visita domiciliar a puerperas, indicadores de risco nutricional, entre outros.

A ESP e a Unidade Experimental viabilizaram a maior parte da capacitação e da educação permanente dos profissionais do PSF de Iguatu, que possuem uma boa base de treinamento. Cerca de 90% já fizeram o Curso Introdutório e 59% o Básico. O Curso de Especialização, que tem uma duração mais longa, (um ano) já foi realizado por 17% desses profissionais e 28% já realizaram o AIDPI.

## Como vai o PSF de Iguatu?

Os indicadores do SIAB mostram que quase todas as gestantes cadastradas são acompanhadas (95%)

---

**A luta para redução da mortalidade infantil é uma das que mais motiva o trabalho da equipe.**

---

e estão com a vacinação em dia. Um número significativo está iniciando no primeiro trimestre (79%). O aleitamento materno, embora tenha aumentado de 36% para 51% entre 1991 e 1999, precisa ainda ser melhor trabalhado. "A gente está só começando a subir a ladeira", promete o secretário.

Mesmo com a presença da Escola de Saúde Pública, a cultura de análise de dados ainda é incipiente entre os profissionais, como reconhece o próprio secretário de saúde. "A gente usa precariamente os dados do SIAB. Nós não temos uma cultura de sentar e analisar realmente. A gente discute um pouco quando dá um pico no número de desnutridos ou na mortalidade infantil. Aí a gente senta e discute", afirma.

E não se trata de números frios. A enfermeira do PSF de Santa Rosa, Magna, diz que a luta para redução da mortalidade infantil é uma das que mais motiva o trabalho da equipe. "No Santa Rosa, a

comunidade sempre relata que, antes de existir o agente de saúde, era todo o mês aquela "fila de caixõesinhos" indo para o cemitério", emociona-se. "Com o programa melhorou muito, porque veio aquela orientação. E quando começou o PSF, aí é que melhorou mesmo, porque o agente tem um referencial para encaminhar as crianças. Em 96 foi uma morte de um recém-nascido. Em 97, duas. Em 98, nenhuma".

A Magna é uma enfermeira sensível, que faz questão de levar os visitantes ao Centro de Saúde de Santa Rosa, zona rural, para conhecer a Mariazinha, uma menina loira, muito assustadinha. Ela foi salva por uma estratégia de sobrevivência, no mínimo original, criada pela equipe do PSF, que ela mesma passa a contar: "Na visita domiciliar vi que a menina estava totalmente desidratada e encaminhei para o hospital. Dali a pouco voltou a mãe do hospital dizendo que o médico mandou dar soro em casa. Como era no mesmo dia, sabia que a mãe não ia voltar. Orientei a agente de saúde para ficar na casa oferecendo o soro e voltaríamos no dia seguinte ao hospital. No dia seguinte, a mãe estava dizendo que não tinha mais jeito, achando que a menina ia morrer, chorando. A menina anêmica, desidratada. Fui junto até ao hospital e encontrei um colega do PSF e na hora internou, fez transfusão, hidratação. E eu, apreensiva, dizia "só vai sair quando estiver bem", nem que tiver que passar um mês. Depois de 15 dias a Mariazinha saiu já bem melhor. Eu conversei muito com a mãe. São sete filhos e a menina estava precisando de uma pessoa que tivesse mais tempo para ela. Eu disse: "Vamos arrumar uma mãezinha pra cuidar dela por um tempo?" Fizemos uma reunião com a família toda. O leite dela era distribuído entre todas as crianças da casa, que passavam fome.

A Maria tomava garapa, em vez de leite. Aí a Lúcia, que é a tia, ficou com ela. Graças a Deus a mãe aceitou. O pai fez cara feia, por causa do leite. Eu arrumei mais leite para Mariazinha. Hoje ela está muito melhor. Nunca mais ela teve nem gripe. É como um mascotezinho para gente. Quando ela fez um ano fizeram um bolo, cantaram parabéns", relembra.

A mortalidade infantil está caindo e isso tem tudo a ver com a batalha cotidiana para melhorar as condições de vida e os cuidados básicos de saúde. Mas agora é necessário pensar também na mortalidade perinatal. E isso é mais complicado, porque exige que se trabalhe com as causas: a gravidez na adolescência, a falta de planejamento familiar, a qualidade do pré-natal e da assistência ao parto. "Aqui no Alencar, 10% a 20% das gestantes são adolescentes. Não há programas educativos nas escolas, nem temos opções de contraceptivos. Só tem DIU e pílulas. As DSTs estão aumentando. Era necessário ter pelo menos camisinha", reivindica Sheila, enfermeira do PSF do Distrito de Alencar.

## **Difícil opção pela vida**

O secretário de Saúde é médico, ginecologista. Ele diz que vai sair da secretaria meio frustrado, porque ainda não conseguiu implantar a prevenção de câncer, que é uma coisa da sua área. "A gente precisa pegar os dados epidemiológicos e eleger algumas ações prioritárias. Por exemplo, o grande problema meu

---

## **Alguns problemas**

---

- ◆ Número de famílias por equipe
- ◆ Rotatividade dos médicos
- ◆ Grande demanda por especialidade

---

**Mas agora é necessário pensar também na mortalidade perinatal.**

---

aqui é AVC, por falta de controle de hipertensão arterial.

Outro grande problema é o câncer de colo de útero em estado avançado. Então, prevenção tem que ser prioridade. O Município tem que eleger cinco ações de controle e dizer: essas eu vou fazer bem, 100%", propõe.

---

### **Começaram a oferecer o exame preventivo pela data de aniversário "como um presente".**

---

Mas alguma coisa já começou a ser feita: em uma das áreas do PSF, a agente de saúde catalogou todas as mulheres com vida sexual ativa. Começaram a oferecer o exame preventivo pela data de aniversário "como um presente". A ideia é que, com um ano de implantação naquela área, 100% das mulheres estivessem cobertas.

Algumas unidades estão fazendo isso precariamente. Mas há um profissional e retaguarda para fazer os exames. O que falta para funcionar?

"O que falta é a disposição para a gente sentar e botar isso para funcionar. Nem todos os profissionais estavam preparados para esse tipo de atividade. Há dois ou três meses, a Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetria veio aqui e deu um treinamento em Papanicolau. Era a partir disso que a gente ia começar a funcionar", garante Eliade.

E falta muita coisa mais, é claro, para a qualidade de vida plena em

Iguatu. Talvez falte também mais discussão com a comunidade, mais educação em saúde. Vejam o caso da dona Edith. A agente de saúde chamou a dona, Edith para fazer o Papanicolau pela data do seu aniversário. Ela não quis fazer. Com o tempo ela começou a sentir muita dor pélvica e procurou o posto por conta dessa dor. A enfermeira a convenceu a fazer o exame. Enquanto esperava o resultado, seu estado piorou. "Encaminhamos para o ginecologista, ele fez outra prevenção e a mandou para Fortaleza. Lá fizeram a biópsia e confirmaram o câncer. No início, quando piorou a dor, começou um "fuxico" na comunidade, que ela tinha adoecido por conta do exame. Muitas mulheres, quando eram convidadas para fazer o exame, diziam que dona Edith, desde que fez o seu, nunca mais teve saúde", relata a médica do PSF de Vila Neuma, Aparecida.

### **Sem medo de enfrentar problemas**

Mesmo com o pioneirismo em termos de capacitação e mesmo de organização, nota-se um vazio na Coordenação do PSF em Iguatu. Embora haja uma coordenação formal, que acumula várias atribuições, inclusive a subsecretaria de saúde, ela está mais ligada a questões administrativas. O financiamento também é um dos nós do sistema. O PAB, segundo o secretário, é insuficiente. Por outro lado, o Governo do Estado gasta cerca de 4% a 5% da receita com saúde, e o

município não mais que isso. No Ceará, os agentes comunitários de saúde são contratados e pagos pelo Governo do Estado.

Embora haja um ambulatório de referência, que só recebe demandas encaminhadas pelo PSF, ainda existem várias especialidades e alguns exames auxiliares de diagnóstico com demanda reprimida. Há necessidade de mais uma unidade de referência para dar retaguarda às 20 equipes de saúde da família. A contra-referência não funciona.

Outra dificuldade é a rotatividade dos médicos. O contrato é por prestação de serviços. Embora já exista uma equipe de médicos mais fixa na cidade, são as enfermeiras que dão a continuidade fundamental ao trabalho. Não há Conselhos Locais de Saúde e a participação da comunidade parece ser ainda muito pequena.

---

### **No Ceará, os agentes comunitários de saúde são contratados e pagos pelo Governo do Estado.**

---

O processo de territorialização não permite que todas as equipes acompanhem um mesmo número de famílias, até porque na zona rural as casas são mais dispersas e é mais difícil acompanhar muitas famílias. Enquanto as equipes de Barreiras ou Riacho Vermelho atendem de 700 a 800 famílias, no alto do Jucá e na Vila Neuma as equipes ficam sobrecarregadas, atendendo de 1.600 a 1.700 famílias.

O PSF de Iguatu mostra a todos sua cara, seus avanços e suas dificuldades. A presença e o apoio da academia deram às equipes da cidade a força para enfrentarem e resolverem problemas. E neste momento, não se trata de metodologia, mas da vida mesma, crua e direta, "sem mistificação", como queria o poeta.

---

## **Alguns indicadores**

---

- ◆ 95% das gestantes cadastradas são acompanhadas
- ◆ Aleitamento materno passou de 36% para 51%
- ◆ O índice de vacinação é de 100%



# Mauá

## O amor faz a diferença

JOÃO PAULO CUNHA

JORNALISTA

# M

*Mauá, na região do ABC Paulista, é uma cidade de trabalhadores. E tem a marca da força dos trabalhadores. A participação social intensa; a busca da melhoria das condições de vida; o sonho que nunca cessa. Não é outra a história do PSE em Mauá: participação, luta e sonho possível.*

"Os dissidentes são a honra de nossa época". Quando escreveu esta afirmação, o poeta mexicano Octavio Paz, prêmio Nobel de Literatura, tinha em mente a importância do espírito de revolta para a construção de um mundo mais humano. Mas a frase é boa demais para passar ao largo dos desafios que o setor saúde tem pela frente no Brasil. Com tantos anos de enfrentamentos e experiências, a saúde pública brasileira já tem o seu passado de honras e dissidências. Quando estes homens e mulheres que lutam todos os dias — e por isso são imprescindíveis — conseguem transformar o espírito contra a corrente em testemunho incontestável de realizações, algo de novo se aponta no horizonte. Dissidência, honra, luta e construção permanente podem ser os outros nomes do Programa de Saúde da Família. Sobretudo se tomamos como exemplo o que vem sendo feito na cidade de Mauá, no Grande ABC paulista.

Mauá está plantada em uma das áreas de maior industrialização do Brasil que achou de se chamar ABC pelo nome dos santos que batizam as cidades da região. Mas o cenário, que vai muito além dos André, Bernardo e Caetano, invade outras letras do alfabeto e não tem nada de santo. Nem de muito humano. Em meio a estradas movimentadas e poluição, o que se vê é muita miséria, casas construídas na ponta de morros, violência e uma dívida social do

tamanho do PIB do lugar. Se a riqueza faz a diferença para os ricos, "miséria é miséria em qualquer parte", como cantaram os Titãs.

Com cerca de 375 mil habitantes, Mauá praticamente se conurba com Diadema e tem, segundo dados oficiais, 43,7% de atividade industrial, 41,3% de prestadores de serviços e 14,6% no comércio. O dado fantasma que permeia as estatísticas é o do desemprego, que se traduz na paisagem urbana em homens andando pela cidade olhando para o chão, humilhados por se tornarem índices de vergonha pessoal (embora festejados por economistas que miram algarismos e passam ao largo de gente de carne e osso), e em uma rede de pequenos comércios e atividades informais, como oficinas e outros biscates.

Como a maioria das cidades do Brasil, Mauá organizou

Foto: Beto Garavito



Uma cidade que cresce em todos os sentidos, Mauá se expande em terrenos de ocupação

historicamente seu serviço de saúde através da montagem de unidades de Pronto Atendimento. E como a maioria das cidades do Brasil percebem hoje, este modelo é um

saco sem fundo que atrai recursos e profissionais na capacidade inversa dos resultados que oferece à população. Gasta muito e não resolve. Promete a felicidade e dá frustração, investe em especialidade e vê o usuário adoecer por motivos singelos, ainda que dolorosos e muitas vezes fatais.

A discriminação positiva — o empenho em tratar diferentemente os diferentes — é a equação básica do Programa de Saúde da Família. E não foi de outro modo que as coisas aconteceram em Mauá. A região escolhida para receber as primeiras equipes foi o bairro do Jardim Oratório, uma área com cerca de 28 mil habitantes e que era um grande desafio para a administração municipal. A saída foi buscada junto à comunidade através de um fórum intersetorial, em que cada secretaria apresentava uma proposta de intervenção na área. E faltava de tudo: educação, transporte, saneamento, habitação e saúde. Constituída em sua maioria por áreas de invasão, o Jardim Oratório era uma paisagem comum nas grandes cidades: morros e favelas serpenteando em ruas sem calçamento, ausência de transporte coletivo, de creches e serviços de saúde. As casas dão sempre a impressão de que foram dadas por prontas antes da hora e as ruas estão repletas de crianças imaginando em suas brincadeiras que estão em outro lugar mais humano.

Muitos projetos do município tiveram no Jardim Oratório a sua inspiração, como o Movimento de Alfabetização de Adultos (MOVA) e o Programa de

Regulamentação e Melhoria das Habitações (Habitar Legal), entre outros. No caso da saúde, a situação colocava desafios que se casavam com os propósitos que já vinham sendo desenvolvidos pelo PSF há alguns

---

**O agente comunitário é o grande transformador cultural, ele tem um potencial adormecido que só precisa de fundamentação técnica e espaço de trabalho.**

---

anos: a necessidade de agir em conjunto com outras áreas da administração, a criação de vínculos mais humanos com a comunidade e o redirecionamento cultural das pessoas para a construção de uma relação mais produtiva entre as necessidades de saúde e os serviços. Em outras palavras, uma saúde pública melhor, mais integrada à vida das pessoas, que resolvesse os problemas e as fizesse, na medida do possível, mais participativas e felizes.

A coordenadora do PSF de Mauá, a médica Karina Barros Calife

Batista, era uma das participantes do fórum intersetorial do Jardim Oratório. A percepção de que o PSF era uma boa alternativa para a região e, em seguida, para a reorganização de todo o sistema de saúde de Mauá não foi teórica. Karina Calife veio de Olinda, Pernambuco, onde trabalhou como médica de família e ajudou a organizar o sistema de saúde local, baseado no PSF. "Eu sabia o quanto isso era legal e vinha ao encontro do propósito de horizontalização e humanização dos serviços, que eram as metas colocadas pela secretaria", lembra. De janeiro de 98, quando foram selecionadas as primeiras equipes, até hoje, com um quadro de 16 equipes e 72 agentes comunitários de saúde, muita água rolou pelas ruas. Conversar com Karina Calife é perceber, pouco a pouco, as memórias tão recentes ganharem o ar de uma conquista, ainda que em processo. O orgulho, quando se volta para realizações concretas na vida das pessoas mais carentes, deixa de ser pecado para ser a mais reconhecível das virtudes: o amor ao próximo.

E amor é uma palavra que se escuta a todo momento em Mauá, sempre que se fala do PSF. A agente

João David Barros



Levantamento cuidadoso cadastrou todas as famílias do Jardim Oratório

comunitária de saúde da região do Paranavaí, Eremita Maria da Silva, se emociona ao afirmar que "amor pelo ser humano é algo que falta muito nas cidades grandes. O que faz este nosso trabalho dar certo é o calor humano. Você passa amor e recebe amor, há uma nova experiência de vida a cada dia. Você ensina e aprende." Esta percepção afetivo-ecológica de Eremita responde a alguns dos ceticismos que vinham barrando a entrada do PSF nas grandes cidades e regiões metropolitanas. Como se o amor - e a falta dele - tivesse seu nicho apenas no Nordeste do Brasil. Mas falta de bons serviços de saúde é apenas uma das faces do desamor. O PSF não é saída para todas elas. Sua cota de afeto pode até chamar a atenção, mas seu objetivo é político e profissional: ampliar a cobertura,



Mozart examina uma criança sob o olhar vigilante da agente comunitária de saúde

## Xô lombriga

Um caso que chamou a atenção da equipe de saúde em Mauá, no início da implantação do PSF foi o alto índice de obstrução por *ascaris* na população, informado pelo hospital local. O "bolo de lombrigas" no intestino era uma prova do nível de problemas que as comunidades carentes da cidade viviam. A primeira ação desenvolvida contra as lombrigas, enquanto a solução definitiva do saneamento era trabalhada, foi um espetáculo teatral, o "Xô lombriga". Apenas com atividades educativas os casos, que eram de 4 a 6 por mês, foram praticamente extintos. A técnica milenar do teatro de rua, que Karina trouxe do Nordeste e ganhou forte aceitação em Mauá, foi a tecnologia adequada para enfrentar este outro inimigo, tão milenar quanto o teatro. Morrer de lombriga em pleno século 20, "numa região com todos os recursos, era uma vergonha", indigna-se Karina.

aumentar a qualidade e resolver problemas relacionados com a baixa provisão de serviços de saúde e assemelhados. O amor, quando acontecer, vai fazer a diferença.

Para Karina Calife, o trabalho do agente comunitário de saúde é o grande trunfo do PSF. Desde sua experiência em Pernambuco, ela vem avaliando a atuação deste profissional e hoje se certifica que se trata de uma novidade no tecido participativo da sociedade brasileira. "Não se trata de participação popular no contexto político, mas de uma forma única de participação que se dá, de forma oficial e constante, no dia-a-dia dos serviços de saúde. O agente comunitário é o grande transformador cultural: ele tem um potencial adormecido que só precisa de fundamentação técnica e espaço de trabalho", avalia.

Exatamente pela importância, e relativa novidade, deste profissional, a seleção dos agentes foi o primeiro passo da equipe de saúde de Mauá. De início, foram procuradas as

lideranças locais para uma discussão franca e disseminação das propostas do PSF no Jardim Oratório. Padre Elias, vigário da igreja católica, que residia no bairro há 15 anos e conhecia de perto a situação do local, foi uma destas pessoas que ajudaram a estabelecer a ponte inicial com a comunidade. Uma ponte cética. Confiante, mas cética. Padre Elias conhecia bem as dificuldades de sua gente e os reiterados programas para acabar com elas. Os programas passavam, mas os problemas se mantinham firmes, mostrando sua cara feia a todo momento.

"Doutora, isso não vai dar certo". Era desta forma que padre Elias pontuava o início da ação do PSF local. Como seu trabalho no bairro conjugava sábia indignação com uma visão esperançosa de futuro, o padre era um princípio de realidade da equipe, ao mesmo tempo que ajudou a constituir o princípio de sonho na comunidade. Abriu espaços na igreja para discussões, ajudou no processo de seleção dos primeiros agentes e fez

## Confira os números

- ◆ Redução da mortalidade infantil em 40%
- ◆ 26 mil crianças cadastradas para atendimento odontológico

dos programas desenvolvidos pela igreja, como o de distribuição do leite, um momento para ampliar o conhecimento das propostas do PSF. "Para nós da equipe, o fato do padre Elias hoje, depois de 15 anos de muito trabalho, ter se mudado para Diadema é o melhor indicador que possuímos. Ele não é homem de abandonar a luta e, com certeza, sentiu que algo aqui foi realizado e foi tocar seu destino de combatente das injustiças em outro lugar", diz Karina. Mas se apressa em corrigir o tom: "Não que esteja tudo uma maravilha. Não está. Há muito ainda a ser feito", reconhece mostrando que o ceticismo do padre não se mudou para Diadema.

A escolha dos agentes, além destas dificuldades de natureza política, como o entendimento e aceitação do trabalho na região, trazia outros complicadores. O primeiro deles era de ordem legal. O cargo de agente comunitário de saúde não existia e não podia esperar soluções demoradas para sua concretização na prática. A saída foi contratar os agentes através das frentes de trabalho que se organizaram a partir do fórum intersetorial do Jardim Oratório. Tratava-se de uma resposta emergencial que deixava vários furos para a equipe de saúde. Em primeiro lugar o salário era baixo para a função (um mínimo) e, além disso, o contrato tinha sua duração limitada em seis meses. Para uma função que se constrói através do saber cumulativo, a limitação do tempo de contrato era uma contradição insuperável. A criação de um novo cargo na estrutura da prefeitura

também não era viável, já que o salário mais baixo da administração municipal estava numa faixa muito acima do mercado compatível com o trabalho dos agentes, além de não permitir o cumprimento da exigência de que eles fossem moradores da área de atuação. Mais uma vez, a resposta estava na própria comunidade. E na conversa, muita conversa.

"Procuramos uma ONG que atuava por ali, o Centro de Educação em Saúde (CES), e propusemos uma parceria", relembra Karina. A relação técnico-administrativa (o CES se responsabiliza pelo treinamento na área de saúde da mulher e questões de gênero e gerencia os contratos, recebendo para isso uma taxa de administração) permitiu cumprir as exigências do programa e garantir um salário que hoje está na faixa dos R\$ 270,00. Foi uma forma criativa e que está funcionando, dando aos profissionais garantias legais mínimas de carteira assinada, férias e 13º salário. "O repasse do recurso do PAB variável pelo Ministério da Saúde permite que o salário não atrase e a relação se dê em bases mais

Foto: David Bego Jr



Programa de saúde bucal é um dos diferenciais do trabalho do PSF de Mauá

profissionais", garante a coordenadora.

Mas a criatividade maior neste trabalho de escolha dos agentes está no que a equipe chama de "treinamento seletivo". Como o número de candidatos vem crescendo a cada nova equipe de PSF que se organiza, a seleção vem sendo feita em etapas. Na primeira, que é composta de provas e entrevistas, é feita uma seleção inicial, e os que são aprovados nesta fase, passam a integrar um treinamento de dois dias, que tem caráter seletivo. Vai ser no dia-a-dia dos serviços que serão avaliadas habilidades como vínculo, ética e compromisso. E os resultados parecem comprovar o acerto da estratégia de seleção. "A rotatividade é baixíssima", atesta Karina Calife.

Os agentes, até mesmo pelo potencial inovador que trazem para o sistema, rapidamente se casam com os propósitos do PSE. Neste sentido, possivelmente o maior desafio estava na mudança de abordagem dos médicos e enfermeiros no trabalho diário das equipes. Não basta que os profissionais sejam generalistas. "A grande mudança, a que realmente importa, está na forma de atender, de conversar com as pessoas. Você trabalha com o ser humano integral, localizado em uma família, comunidade, sociedade. Não é fácil

ser médica de família", avalia Karina. O diagnóstico de dificuldades vem de quem já passou por isso, mas não desanimou: "O mais gratificante é que você passa a ser controlador da qualidade de seu trabalho", sintetiza. Para a médica, um profissional que atende em unidades convencionais recebe vários casos por dia e tem, no pouco tempo de que dispõe, uma conduta padrão de diagnóstico e tratamento e, muitas vezes, não vê mais o paciente. No caso do médico de família, "o paciente retorna para você amanhã, depois de amanhã e assim por diante. Seu trabalho passa por um controle de qualidade que você mesmo avalia continuamente". Este controle pode ser percebido, por exemplo, na maior flexibilidade para marcação de consultas e no estreitamento do vínculo pessoal. "Não basta um perfil técnico, mas uma redefinição ética da abordagem profissional", garante a médica.

A área em que os profissionais de nível superior da equipe do PSF mais demonstram necessidade de aprimoramento é a da educação para a saúde. Seja pelos conteúdos, pela técnica e até mesmo pela obrigação de desvestir a roupagem segura do conhecimento científico para adotar o uniforme do respeito à cultura de cada comunidade. Uma coisa é fazer "palestrinha", outra muito diferente é

## Integrar ou complementar

Pelas características do PSE, nada melhor que possuir um assistente social na equipe. Certo? Errado. Pelo menos na visão da coordenadora do PSF de Mauá, Karina Calife. Para a médica, esta proposta tem por trás a idéia que o médico diagnostica e trata, a enfermeira organiza e o assistente social ataca as causas sociais. "A idéia de equipe não tem que ser de complementação de papéis, mas de integração de responsabilidades". A sensibilidade para o social e a preocupação com os elos intersetoriais precisam ser tarefas de todos. "É claro que em alguns momentos uma consultoria e assessoria especializada são necessárias, mas sem a necessidade de aumentar a equipe básica do PSF", pontua.

interagir de igual para igual com as pessoas e até mesmo com os outros profissionais da equipe, como o agente. "O trabalho precisa ser de mão-dupla", propõe Karina. Ela cita diversas atividades em que os médicos e enfermeiros se sentiram extremamente gratificados em trabalhar desta forma, como nos programas de aids, alimentação alternativa e saúde bucal. "Muitos ainda revelaram-se artistas em potencial na hora de representar papéis em teatros populares e outras atividades lúdicas", brinca.

Mas os resultados demonstram que o PSF em Mauá não está para brincadeira. Na região do Jardim Oratório alguns indicadores já mostram, mesmo com tão pouco tempo, resultados inquestionáveis. Um deles é a desativação de uma unidade de Pronto Atendimento que funcionava próxima à região, e para onde acorriam as pessoas necessitadas de atenção médica. A unidade, que funcionava em regime de 24 horas, com quatro médicos, tinha cerca de



Regina Bassani aposta na força humanizadora do atendimento do Programa de Saúde da Família

80% de seus atendimentos direcionados para os moradores do Jardim Oratório. Depois do PSF, o posto perdeu sua vocação tradicional, pela diminuição da procura de consultas, e foi transformado em uma unidade de referência especializada, com serviços nas áreas de saúde mental, sorologia e reabilitação. Ou seja, passou a ser um serviço de apoio não apenas ao PSF local, mas de todo o município.

Outro indicador que orgulha a equipe de saúde do município é a redução da mortalidade infantil em aproximadamente 40% e o índice de aleitamento materno exclusivo das mães acompanhadas pelo PSF, que está muito acima da média estadual. Os encaminhamentos ao Hospital Nardini (hospital público de referência da cidade) também são sensivelmente menores nas regiões onde o PSF está em funcionamento, além de serem considerados mais realistas pela direção do hospital. O encaminhamento, quando acontece, é sempre uma alternativa terapêutica.

Iniciado como uma solução emergencial para uma região carente da cidade, o PSF é hoje uma

prioridade não apenas da saúde, mas do governo. A perspectiva anunciada pela administração municipal é a de ampliar a cobertura (que hoje está na faixa de 20% da população) para 50% do município até maio do próximo ano. Para isso serão necessárias mais 40 equipes com 160 agentes comunitários de saúde. Tal volume de profissionais deixa evidente a importância do aparelho formador e das estratégias de treinamento e capacitação continuada dos profissionais do PSF. Dizer que os médicos e enfermeiros são formados para um modelo de especialização paroxística é chover no molhado. Completar que o mercado paga mais e melhor este tipo de profissional é um truísmo. Mas escancarar evidências não resolve o problema e muitas vezes só serve para construir meias verdades com cara de verdades inteiras. Uma destas falácias se refere exatamente ao mercado.

A atração pelo modelo liberal de medicina é hoje uma afirmação questionável. Os profissionais cada vez mais atendem o paciente "do hospital" e "do convênio", muito mais que seus próprios pacientes.

---

### **Humanização. Esta é a palavra-chave do PSF de Mauá.**

---

Além disso, o mercado público tem se expandido e oferecido oportunidades salariais e profissionais atraentes para um grupo cada vez maior de pessoas. Mas o descompasso com o ensino ainda vai demorar uns bons anos para fazer frente à essa realidade. "Esta é uma responsabilidade do governo estadual e federal que não pode ser adiada e que exige cada vez mais investimentos", defende Karina Calife.

"Acho que estamos num momento histórico. O PSF é uma estratégia para a reorganização dos serviços e para a implantação do SUS que está dando certo. É o resultado do trabalho de muita gente, mas que precisa de maior apoio na área de capacitação e formação de pessoal", afirma a coordenadora. Ela adverte, no entanto, que não se trata de a universidade oferecer pacotes prontos



Reuniões dinâmicas movimentam semanalmente os agentes comunitários de saúde de Mauá

e fechados. Detentora do saber técnico, a universidade precisa se abrir para a realidade dos serviços. "Nesta parceria todos ganham", completa. Karina Calife acredita que em São Paulo tenha havido uma certa resistência, "até mesmo por características históricas de elitismo da corporação médica", que hoje já estão completamente vencidas. "As universidades têm se aberto, o pólo formador já é uma realidade", comemora.

A capacitação dos profissionais de Mauá é feita de duas maneiras. Para os médicos e enfermeiros, há um projeto com a universidade, com oito horas de treinamento semanal num programa modular. Para os agentes, o próprio município banca a capacitação, num projeto que envolve aspectos técnicos, comportamentais e administrativos. Alguns assuntos, como epidemias e patologias sazonais, redirecionam sempre que necessário o treinamento, que funciona ainda como um momento semanal de reunião dos agentes para debate de questões próprias da categoria. Educação política também faz parte do programa. "Sempre batalhamos muito para um programa de alto nível para os agentes. Para exigir qualidade do atendimento, temos que garantir nossa contrapartida na capacitação. Este sempre foi um compromisso da coordenação. Mas não foi fácil chegar onde chegamos nesta área", afirma a médica.

Para Karina Calife, a universidade tem que estar presente no PSF em todos os momentos. Mas ela acredita que os serviços de saúde têm dado um retorno importante para a academia, atualizando a realidade da

---

**"Sem exagerar, muitos planos de saúde não garantem este nível de atenção".**

---

nova saúde pública que se faz hoje no Brasil. "Mas precisamos, e muito, da parte técnica, que a universidade tem por vocação, história e investimento social. Temos que ter certeza que estamos transformando a realidade dos serviços de saúde por um sistema de qualidade muito maior. Não se trata de uma aposta ideológica, mas de uma responsabilidade humana e profissional. Se não for assim, você nem dorme direito", diz.

A construção de um novo modelo de relacionamento com a universidade, através do pólo de capacitação, ainda não se refletiu totalmente em outras áreas do sistema e da corporação médica. Um exemplo é a relação entre os médicos de família e os profissionais que trabalham em hospitais. "Há alguns anos atrás existia um preconceito com o médico de família. Os colegas diziam: este não deu para nada. Se um paciente

---

**O agente é um profissional de saúde que é uma novidade no sistema.**

---

que chegasse ao hospital percebesse que seu médico era tratado assim pelos colegas, isso abalava a credibilidade", avalia Karina. A situação começa a mudar, mas vencer uma barreira cultural não se dá da noite para o dia. E esta é uma relação que precisa amadurecer, até mesmo para garantir uma maior integralidade da assistência.

Saúde da família não pode ser entendida apenas como atendimento de ponta, em unidades de saúde, atividades educativas e visitas domiciliares. "É possível que se resolva de 85% a 90% dos problemas neste nível, mas se precisar de uma ressonância magnética você tem que ter, e rápido", defende a coordenadora. Segundo ela, o PSF de Mauá vem

trabalhando com a direção do hospital público e, com grande receptividade, está estudando a abertura do hospital aos médicos de família capacitados para a realização de partos de pacientes acompanhadas por eles. As visitas hospitalares de médicos de família a pacientes internados já acontecem de forma incipiente.

O secretário de Saúde de Mauá, Jairo Altair Georgetti, reafirma que a decisão pelo PSF se liga à questão principal da saúde pública brasileira: a mudança do modelo assistencial. "Encontramos no PSF um instrumento para implantar a horizontalização e a humanização da saúde no município", defende. Jairo Georgetti destaca ainda a aliança estratégica com o Ministério da Saúde em torno do programa, o que permitiu uma linha de recursos importante, ainda que insuficiente. "Mauá gasta cerca de 26% de seu orçamento em saúde, o que é um dos maiores gastos do País. Mesmo assim, somos prejudicados nos repasses em função da metodologia baseada em uma série histórica completamente defasada", argumenta.

---

## Boa vizinhança

As normas da administração municipal não foram feitas para humilhar ninguém. Mas, cá pra nós, às vezes se apegam demais a prazos e formalidades que se chocam com necessidades imediatas dos serviços. Não é diferente com a saúde. Para garantir uma boa relação com a secretaria de finanças, a coordenadora do PSF convidou o secretário e os seus assessores para conhecerem o trabalho dos agentes comunitários de saúde. Depois de subir muito morro e se encantar com a receptividade do trabalho, eles voltaram para a repartição cansados e solidários. Hoje são, mais que nunca, parceiros e colaboradores.

Dinheiro é um problema. Se o PSF possibilitou um pouco mais de recursos, os serviços gerados pelo programa acabam afetando no total do gasto do município. O novo modelo, pelo seu potencial reorganizador do sistema, pode parecer à primeira vista como uma chave para a economia. No entanto, em função da enorme dívida social do Brasil, qualquer perspectiva de atendimento de necessidades sociais será, no primeiro momento, uma abertura para novos gastos. O PSF é também mais equitativo e, por isso, tende a distribuir mais onde mais falta, o que é a realidade básica do sistema de saúde. "No início do processo, olhando só a unidade, ele gera mais gastos. Mas percebendo o sistema como um todo, numa perspectiva de prazo mais ampliada, o PSF é racionalizador e vai dar impacto positivo na economia".

Jairo Altair afirma que defasagem da série histórica, mesmo quando reconhecida, não tem garantido uma conseqüente correção do volume dos repasses. "Dizem que não há novo dinheiro no sistema. O governo estadual não coloca em pauta esta

---

**O PSF é também mais equitativo e, por isso, tende a distribuir mais onde mais falta, o que é a realidade básica do sistema de saúde.**

---

necessidade e quem sofre com isso é a população dependente do SUS". O secretário garante que, apesar dos problemas na área financeira, a relação com os técnicos do Estado é boa no tocante ao PSF. "Temos o maior programa de São Paulo e somos sempre chamados a mostrar nossa experiência. Mesmo com as dificuldades que atravessamos, estamos sempre estimulando os outros municípios porque sentimos que se trata de algo transformador. Se os técnicos do Estado já

---

**"Mesmo com as dificuldades que atravessamos, estamos sempre estimulando os outros municípios porque sentimos que se trata de algo transformador".**

---

reconhecem isso, falta agora o reconhecimento do governo, através de uma justiça maior nos repasses. Este seria um real reconhecimento de parceiros", propõe.

A implantação do PSE, recorda o secretário, não se deu sem resistência política. Jairo Georgetti alinha como opositores do modelo exatamente os patrocinadores do atendimento superficial que se fazia nos pronto-atendimentos. "Eles se contrapuseram a nós. Diziam que deveríamos colocar o PSF sem tirar o Pronto-Atendimento. Mas essa era uma necessidade para se quebrar o círculo vicioso que se instalou em Mauá, gerando uma demanda impossível de ser atendida e, o que é pior, uma atenção desumana à população", recorda.

Humanização. Esta é a palavra-chave do PSF de Mauá. O mote está nas falas dos agentes, dos médicos e enfermeiros, da coordenação do programa e do secretário de saúde. Mas está também presente — o que é mais significativo — na boca do povo. "Satisfação da população é o nosso indicador absoluto e as pesquisas provam que as respostas para bom e ótimo, relativas ao atendimento médico, dobraram depois da implantação do PSF", afirma o secretário. Ele lembra que o setor saúde geralmente puxa para baixo as pesquisas de popularidade dos administradores. "No caso de Mauá, que tem um dos prefeitos mais populares do Estado segundo a pesquisa ISTO É — Brasmarket, tenho certeza que a saúde não atrapalhou. E o propósito de humanização não se restringe às unidades do PSF, mas se espalha, a partir delas, para todos os

braços do sistema", analisa.

Jairo Altair é um defensor do PSE, mas além do ataque firme à estrutura de repasse de recursos tem outras críticas ao programa. "O PSF veio para ficar, mas precisa estar atento ao risco da excessiva burocratização. É um alerta que faço para um setor do programa que precisa ser aprimorado no dia-a-dia dos serviços e na relação entre os níveis de governo". O secretário ressalta ainda o risco de desmobilização em época de mudança de governo. Para ele, a situação ainda não está solidificada o suficiente e permite que bandeiras contrárias à lógica do programa, como a reativação dos serviços 24 horas, sejam levantadas por candidatos nas próximas eleições.

O secretário também considera a atuação dos agentes comunitários de saúde um dos pontos mais importantes do PSF em Mauá. "Temos que entender que o agente é um profissional de saúde que é uma novidade no sistema. Seu vínculo com a comunidade o diferencia, para melhor, dos antigos visitantes sanitários e outros profissionais deste tipo. Mas o agente precisa ser abastecido de informações para cumprir seu papel de multiplicador na comunidade", defende. E conclui voltando mais uma vez à pedra de toque da humanização. "Humanizar, acolher, criar vínculo e responsabilizar trabalhadores de saúde e comunidade. Esta pode ser uma boa definição do PSF de Mauá".

A médica de família do Jardim Oratório, Sandra Regina Bassani, é um bom exemplo deste tipo de responsabilidade. Mais que isso, ela fez da responsabilidade profissional um caminho para a realização pessoal.

"Eu era médica pediatra e trabalhava com adolescentes até me aposentar. Quando vi um anúncio no jornal da região recrutando médicos para o PSF de Mauá, me interessei de imediato e vi que este era meu perfil da profissão: atender o paciente por inteiro. Era tudo que sempre sonhei em termos de medicina e que só agora, depois de aposentada, posso realizar plenamente", afirma. Regina Bassani diz que seu trabalho com adolescentes ajudou muito nos primeiros tempos de PSF, mas que a realidade exige muito mais do que ela imaginava. "Não basta você reunir as pessoas e fazer uma palestra, por exemplo. É preciso atingir o lado humano, com dinâmicas criativas e conhecimento da realidade com a qual você trabalha", explica.

A médica diz que, além da perspectiva profissional e pessoal, a preocupação com as questões sociais também contou muito na sua opção em recomeçar a carreira: "A pobreza ainda me machuca muito", confessa. Mas em meio ao trabalho com uma das regiões mais pobres da cidade, Regina Bassani exemplifica as possibilidades humanizadoras do PSF: "A paciente que eu estava atendendo antes desta nossa conversa precisava de um ultrassom urgente. Ela já saiu daqui com o encaminhamento e em poucas horas estará de volta com os resultados para o prosseguimento da consulta. Se ela não puder esperar, o hospital nos encaminha o resultado e ela recebe em sua casa, através do agente de saúde, o novo agendamento. Sem exagerar, muitos planos de saúde não garantem este nível de atenção", compara.

Outro médico de família do Jardim Oratório, Joacir Scherwz, especialista em saúde pública, define o PSF como "um resgate, uma redescoberta da medicina. É a oportunidade de tratar de toda a família e de ter, ao mesmo tempo, uma experiência humana. Mesmo considerando a tecnologia imprescindível, o PSF nos faz pensar

que a medicina é muito mais uma arte que uma ciência". Mas Joacir garante que se trata de uma arte que dá resultados, diminui a mortalidade infantil, a desnutrição e até mesmo a violência. "O fato das pessoas se sentirem chamadas ao convívio social as torna mais valorizadas". Joacir Scherwz fala baixo e pouco. Depois de pensar alguns minutos, resume sua avaliação do PSF em poucas palavras. "É um projeto extremamente digno".

Mas o comedido Joacir, quem diria, às vezes coloca máscaras e roupas de fantasia para encarnar personagens nas montagens teatrais escritas, produzidas e dirigidas pelo técnico de consultório dentário da equipe do PSF do Jardim Oratório, Celso Conceição. Depois do sucesso de "Dentinhos em apuros" e "Aids", Celso já tem uma montagem pronta sobre hipertensão, que deve estreiar em breve. "Estão todos convidados", vai falando, enquanto enumera os sucessos anteriores: "No caso dos 'Dentinhos', o melhor indicador são as chupetas abandonadas após as apresentações", garante. Celso lembra ainda que, depois de fazer um trabalho de evidenciação de placas numa escola, notou que apenas uma criança estava com os dentes brancos e sem sinal de placa. Foi tiro e queda: "O menino havia sido espectador dos 'Dentinhos em apuros' quando visitava um primo no bairro vizinho. O interesse dos colegas foi tão grande que ele acabou ajudando a desenvolver a dinâmica na sua escola, contando a história da bruxa e da fada que faz parte do teatrinho", comemora.

Sem querer quebrar a alegria do teatro de Celso Conceição, nada melhor para terminar que o depoimento emocionado do agente comunitário de saúde do bairro do Paranavaí, Givanildo Patrício: "No nosso trabalho a gente não leva só remédio. Muitas vezes levamos o ombro amigo. E choramos junto".

---

**"É preciso atingir o lado humano, com dinâmicas criativas e conhecimento da realidade com a qual você trabalha".**

---

---

**"O PSF nos faz pensar que a medicina é muito mais uma arte que uma ciência".**

---



# Sobral

## Com vontade de sobra e muita garra

ANA FRANKLIN

SOCIÓLOGA, DOUTORA EM ECONOMIA  
E ACESSORA DA FCM/UNICAMP

# S

*Sobral não espera, faz acontecer.  
Com o PSF a história se repete e  
o município prova que organização  
e ousadia não se chocam e garantem  
o avanço no sistema de saúde.*

No Centro-Oeste do Ceará, em pleno sertão nordestino, Sobral é quente e seco durante o verão e um pouco mais ameno no inverno, que é quando chove no Nordeste, de janeiro a junho. Tem cerca de 144 mil habitantes, em sua maior parte (86%) residindo na área urbana. É uma das maiores e mais desenvolvidas cidades do Estado, um pólo de desenvolvimento regional, cujo comércio, indústria e setor de serviços vêm crescendo bastante.

Mas Sobral conserva ainda aquele charme das pequenas cidades, sem nenhum prédio com mais de 3 andares, sem congestionamentos, nem poluição. Um estilo de vida onde ainda é possível se jogar conversa fora, nas esquinas, nos botecos, nas cadeiras postas nas calçadas. Muita paquera na praça e forrós animados, sem falar das grandes festas, como o Carnabral.

Seu movimento mais frenético é de bicicletas e motos, cujos donos relutam em usar capacetes, um pouco devido ao calor. Mas isso não se justifica, porque é grande o número de acidentes. No zig-zag caótico é difícil não ser atropelado por uma.

Sobral não é tão longe da capital, Fortaleza (224 km), com quem mantém intenso fluxo. Está ainda mais próxima do bellissimo litoral cearense, estando a 150 Km da famosa Jericoacora, considerada uma das dez praias mais belas do mundo.

Seu solo possui fortes restrições ao aproveitamento agrícola, requerendo o uso de práticas intensivas de conservação. As culturas predominantes são algodão,

milho, feijão, além da pecuária, herdada do chamado "Ciclo do Couro", quando toda a economia girava em torno do gado que o meio Norte criava para suprir as demandas de todo o Nordeste. Do leite desse rebanho, pode-se experimentar com prazer a ambrosia feita pela Dona Bia, doceira famosa da região, cujo melaço ao fundo do pote adoça muitas lembranças.

As principais atividades econômicas do município são os serviços (37,2%), a indústria de transformação (28,8%), o comércio (21,7%) e a construção civil (6%) (Pesquisa IDT, 1999). Sobral possui um parque industrial com grandes e médias indústrias, nas áreas de extração mineral, fiação e tecelagem, vestuário, calçados e alimentos.

A renda per capita do município é de cerca de US\$ 1.500, mas os dados do IBGE mostram que, como em todo o Brasil, ela é muito concentrada. Quase 80% dos chefes de família recebem menos de 2 salários mínimos por mês. Na zona rural, ganham menos de 1 salário. A taxa de desemprego em 1998 esteve entre 9,4% e 10%. Em função desta realidade, existe hoje uma política ativa de geração de empregos no município.

### **Um salto histórico**

Até 3 anos atrás, o governo

municipal era quase ausente na formulação e execução das políticas públicas. Essa situação era sentida em quase todos os setores da administração e de forma ainda mais acentuada na saúde. Todos os serviços de saúde eram realizados por entidades filantrópicas, privadas e pelo governo estadual. O município não havia se habilitado a exercer qualquer forma de gestão do SUS e recebia sua produção como qualquer outro prestador privado.



Cláudia Neves da Silva, de 18 anos, e seu bebê, um exemplo de atendimento do PSF de Sobral

A oferta de serviços mais especializados era inconstante, variando ao sabor dos interesses de quem ofertava e das condições pontuais de financiamento, nunca se considerando as necessidades da população. A principal forma de prestar assistência à saúde era o atendimento aos doentes nos hospitais. Desta "inversão de valores assistenciais" — o curativo se sobrepondo ao preventivo; o hospital como porta de entrada; e alto investimento priorizado no lugar da atenção primária — ficou, como uma compensação vicária, uma boa estrutura hospitalar para a assistência de nível secundário e terciário.

Em 1997, o município contava com um total de 853 leitos hospitalares, o que representava 0,85 leito para cada 1.000 habitantes. Do total de leitos hospitalares, 68% eram filantrópicos, 30% eram privados de unidades com fins lucrativos e somente 2% públicos. Desses leitos, 2/3 estavam conveniados ao SUS, sendo a maior parte (57%) filantrópicos, concentrados na Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Os três equipamentos mais importantes da rede básica eram o PAM, o centro de saúde e uma unidade mista. A assistência básica à saúde também estava concentrada nos hospitais, realizando pouco e com baixa capacidade de resolução dos problemas. Havia 18 postos de saúde municipais, quase todos localizados dentro de escolas municipais, dispondo geralmente de duas pequenas salas, sem médicos ou quaisquer condições de funcionamento.

Sobral era o único município de médio porte no Ceará que não havia municipalizado a saúde. Os outros 13 pequenos municípios que não o fizeram também eram dessa região. Possivelmente o peso da Santa Casa inibia o papel dos municípios, configurando um bolsão de atraso em matéria de política de saúde pública.

Completando este quadro, as instâncias de participação social não



Saúde na rua: Bolão dos Diabéticos no Beco do Cotovelo. Quem tiver menores taxas leva a bolada

passavam de estruturas burocráticas, e o Conselho Municipal de Saúde, criado em 1994, era uma instituição esvaziada, não realizando reuniões regulares e sem registro de qualquer sinal vital. No contexto do movimento sanitário brasileiro, com sua história de lutas e conquistas, Sobral estava engatinhando na pré-história, num período jurássico. Quem perdia era a população, não por um isolamento político ou ideológico, mas pela baixa provisão, em termos qualitativos e quantitativos, de bens e serviços públicos.

Em 1998, quando Sobral se habilita para exercer a Gestão Plena do Sistema Municipal, segundo a Norma Operacional Básica 01/96, ele dá um salto histórico, queimando etapas no processo de municipalização da saúde. Isso só foi possível através de uma forte vontade política do Governo local que, através de uma aliança partidária entre o PPS e o PT, compôs um secretariado misto e foi à luta, buscando reverter o atraso o mais rapidamente possível.

"Quando o prefeito assumiu em 1997 trazia duas prioridades na agenda: a municipalização da saúde e o PSE. Talvez ele não imaginasse a velocidade que iríamos imprimir a esse processo de organização do sistema de saúde em Sobral", lembra Odorico Monteiro de Andrade, secretário municipal de Saúde. O setor saúde apostou em um corpo técnico

competente, e para isso foi atrás de profissionais de outros municípios cearenses com boas experiências, como Quixadá e Icapuí (dos quais Odorico foi secretário de Saúde), e de outros estados da federação.

## Visão coletiva de futuro

Colocar a mão na massa e começar a construir a rede e reorganizar os serviços exigia planejamento. A elaboração de um Plano Municipal de Saúde, que refletisse as demandas da população, se colocava então como um estágio que, além de técnico, precisava ser participativo e democrático. A fórmula encontrada para que isso pudesse ser realizado, no ritmo de quem tem pressa histórica de recuperar o tempo perdido, foi a realização da "Oficina de Planejamento Estratégico do Sistema Local de Saúde de Sobral", em abril de 1997, que contou com 117 participantes. Ali foram reafirmados princípios e missões institucionais e levantados alguns aspectos do processo de planejamento das ações de saúde.

De acordo com cada situação almejada, foram estabelecidas prioridades de ação e identificados os principais obstáculos a serem enfrentados, bem como as parcerias a serem celebradas. A oficina, que reuniu muita gente experiente, foi a pedra angular na elaboração do primeiro Plano Municipal de Saúde de Sobral.

Todo o Plano Municipal de Saúde

foi traçado, buscando-se a mudança do modelo assistencial, que era baseado no conceito de saúde enquanto ausência de doença, e, por isso, marcadamente curativo e centrado na assistência hospitalar. Saúde passa a ser entendida de forma bem diferente: como qualidade de vida. A promoção da saúde passa a exigir abordagens coletivas, um planejamento de ações com base epidemiológica, a reorganização dos serviços, com a descentralização e garantia do acesso em todos os níveis. É o que é estratégico nessa reestruturação: a implantação da Saúde da Família como eixo da organização da atenção básica.

### PSF estrutura a organização da atenção básica

Nem sempre a pressa é inimiga da perfeição. No empenho de logo colocar em prática a proposta de estruturar a atenção básica a partir do PSF, Sobral não podia esperar que o credenciamento de suas equipes ficasse em compasso de espera, aguardando os trâmites do processo de municipalização. A prefeitura assumiu com recursos próprios a proa da ação do PSF e, quando o município foi habilitado como gestor do SUS, já haviam 12 equipes trabalhando.

Organização e ousadia. Ou ousadia para organizar melhor. O que importa é que, para estruturar o PSF, o município foi dividido em 21 Áreas Descentralizadas de Saúde – ADS, distribuindo as 31 equipes de modo a cobrirem 100% da população. No total são 31 médicos, 44 enfermeiros, 70 auxiliares de enfermagem e 205 agentes comunitários de saúde.

A rede básica que Sobral vem organizando sofre ainda deficiências na estrutura física e de equipamentos. Com o fechamento dos 18 postos nas escolas, que não tinham a menor condição de funcionar como verdadeiros centros de saúde, o município passou a alugar casas, lançar mão de galpões comunitários. São unidades precárias, algumas delas com condições de trabalho muito ruins. Gradativamente vão sendo construídas unidades mais bem aparelhadas. Hoje, seis delas estão em construção em Sobral.

Através do Programa de Apoio às Reformas Sociais para o Desenvolvimento de Crianças e Adolescentes – PROARES, uma parceria do Governo do Estado do Ceará com o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, foram garantidos recursos para a implementação do Programa Saúde da Família, através da aquisição de veículos, de equipamentos e materiais permanentes, reformas e construções de unidades.

Até 1996, o Conselho Municipal não era atuante. Mas Sobral acredita que “o povo sabe onde o sapato aperta” e que a solução para muitos problemas exige um esforço coletivo. Assim, vem investindo na consolidação do processo democrático, através do fortalecimento dessas instâncias de participação e decisão. A estratégia de fortalecimento do Conselho Municipal passa pela formação de Conselhos Locais em todas as suas Áreas Descentralizadas de Saúde. Para isso, foi feita uma sensibilização das equipes do PSF, que desencadearam uma série de reuniões com as comunidades. Todo este processo foi acompanhado pelo Conselho Municipal de Saúde. Hoje, são 22 Conselhos Locais já formados, envolvendo todas as Áreas Descentralizadas de Saúde. Pretende-se agora promover uma renovação do Conselho Municipal, a partir destes

novos conselhos, para que haja maior integração entre eles.

Essa foi uma iniciativa importante da Secretaria de Saúde, que se integrou com outras áreas do município, como a Ação Social. Este casamento (na realidade a secretaria de Saúde de Sobral também é de Ação Social) indica uma concepção muito avançada no desenho das políticas públicas, ao integrar áreas sociais, evoluindo para projetos coletivos de ação mais ampla. Ou seja, o desenho e execução de políticas públicas integrando propostas de saúde, educação, cultura, desenvolvimento urbano, meio-ambiente, geração de emprego e renda, assistência social. Intersetorialidade é isso aí.

A certeza de que o PSF pode ser o grande catalizador de ações como esta, fez com que o programa ganhasse um espaço destacado na estratégia política do município. Como defende o secretário municipal de Saúde, “a coordenação do PSF não se pode delegar, porque é a alma da Secretaria, o esqueleto, a espinha dorsal.”

### Desafio de um novo profissional

“Diziam que a gente não ia conseguir colocar médico na periferia, porque a lógica da cidade sempre viu



Dados completos da saúde pública de Sobral

## Especialista em vida

*"Antes de eu trabalhar como enfermeira no PSF eu fui agente de saúde durante 6 anos, aqui mesmo, no Alto do Cristo. Eu estava fazendo minha faculdade de enfermagem e mesmo formada passei seis meses trabalhando como agente de saúde. Eu sabia que ia ser implantado um PSF aqui, fiquei aguardando a oportunidade porque eu moro aqui também. Foi muito boa essa experiência como agente de saúde, porque a maioria das famílias eu conheço. Os dois trabalhos são gratificantes. Não é porque sou enfermeira que fico só dentro da unidade fazendo serviço burocrático. Eu continuo fazendo minhas visitas domiciliares, só que não é mais uma visita como agente de saúde e, sim como enfermeira do PSE"* **Marli**, 27 enfermeira do Alto do Cristo.

Ainda envolvendo este processo, iniciou-se recentemente a Especialização/Residência em Saúde da Família. Este curso, elaborado a partir de uma oficina de trabalho, ocorrida em dezembro de 1998 e que contou com todas as instituições pertencentes ao Pólo de Capacitação do Programa Saúde da Família do Estado do Ceará, tem 70 alunos: 24 médicos e 46 enfermeiros.

Definido como um curso de pós-graduação lato sensu para formação de médicos e enfermeiros especialistas em saúde da família, caracteriza-se pelo treinamento em serviço sob a supervisão de profissionais qualificados. O curso foi organizado a partir de uma parceria da prefeitura com a Universidade do Vale do Acaraú (UVA), Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Escola de Saúde Pública do Ceará. No final do primeiro ano, o aluno recebe um título de Especialista em Saúde da Família.

o médico todo de branco, dentro de um hospital. O hospital cria um escudo que protege o médico. O PSF expõe o médico", avalia Odorico. Esta, certamente, não é uma dificuldade exclusiva de Sobral, mas um dos principais desafios que o PSF enfrenta de Norte a Sul do Brasil: o desafio de formar o novo profissional, integrá-lo ao sistema e, o que talvez seja o mais difícil, promover uma reorientação cultural sobre o papel do profissional de saúde.

A clareza da necessidade de um novo perfil profissional, que responda mais efetivamente às necessidades de saúde é considerado também o maior desafio pela Secretaria de Saúde e Ação Social de Sobral. A equipe de saúde sabe que o sucesso dessa profunda reformulação no sistema de saúde depende, antes de mais nada, da capacidade desses profissionais interagirem com as comunidades, na busca de estratégias coletivas de promoção de qualidade de vida. Uma mudança de postura difícil, mas não impossível de se alcançar. Nada parece ser impossível em Sobral.

Os agentes também fazem parte deste esforço em promover novas práticas profissionais. Muitas vezes ele se programa para falar, mas sua sensibilidade lhe mostra que a população precisa é de ouvidos. "O trabalho de agente de saúde eu acho importante é bonito, porque a gente não é só agente de saúde. A gente chega nas casas para falar sobre diarreia, e, às vezes, nem fala. As pessoas começam a falar com a gente, contar os segredos delas. A gente fica calada, ouvindo, tem que ouvir!", avalia Ana, agente comunitária de saúde do Bairro de Sumaré.

A prática tem revelado uma enorme capacidade de sensibilização dessas equipes no convívio diário com a problemática social, que agora tem nome, história, endereço e vínculo. É que esse processo de reestruturação dos serviços aproxima os profissionais entre si, na missão de se co-responsabilizar pelas situações ligadas à saúde e à doença.

Na perspectiva da construção coletiva de um novo saber profissional, têm sido realizados muitos cursos. Em março de 1997 a Secretaria promoveu um programa de Atualização em Sistemas Locais de Saúde. Num processo de educação continuada, todas às terças-feiras ocorre sistematicamente uma reunião, que conta com todos os profissionais de nível superior envolvidos no Programa Saúde da Família, incluindo dentistas, assistentes sociais, psicólogos e fisioterapeutas. Constitui-se em um importante espaço que viabiliza a integração destes profissionais, a troca de experiências e, acima de tudo, um processo constante de capacitação e construção coletiva do saber.

---

### Há conflitos de ordem ideológica que muitas vezes dificultam a integração.

---

"O chique era ser enfermeiro da Santa Casa", provoca Odorico Andrade. Hoje, o chique da enfermagem já é a Saúde da Família. Está cada vez mais claro para as pessoas a inversão do modelo. A grande discussão dentro do curso de Enfermagem hoje em Sobral é o PSE. "Todo mundo quer participar, cada vez mais os estudantes de enfermagem têm trabalhado como estagiários nossos", comemora o secretário. "É como se você estivesse construindo um grande mural, feito por 15, 20 pessoas, uma pintura grande. Tem uma parte que é feita individualmente, mas ele tem uma dimensão geral que é realizada pelo conjunto", compara.

### O desafio da integração

Sobral possui uma considerável rede de hospitais. Eles constituem uma importante retaguarda para a assistência mais especializada do SUS, particularmente a Santa Casa de

Misericórdia. As relações entre o gestor do SUS e o da Irmandade não são das mais tranquilas. Há conflitos de ordem ideológica que muitas vezes dificultam a integração. Para enfrentar este problema, além da Coordenação de Controle e Avaliação e do Serviço Municipal de Auditoria, Sobral conta com uma importante aliada: a Central de Marcação de Consultas.

Inaugurada em julho de 1998, a Central é uma ferramenta importante, que ajuda a humanizar o atendimento e garante à população assistida pelo PSF um acesso ágil e organizado às consultas e exames. Acaba sendo também um banco de dados importante, que auxilia as equipes do PSF na análise do perfil das doenças da população de cada uma das áreas.

A marcação das consultas e exames só pode ser feita através de uma das 81 unidades de atenção básica de saúde cadastradas, que possuem uma senha. Isso garante a organização do sistema, fazendo com que as unidades básicas sejam efetivamente a porta de entrada, ao mesmo tempo que ajuda a estruturar um sistema de referência.

Até o início de 1997, não havia um acompanhamento sistemático dos indicadores, que permitisse visualizar a situação de saúde no município. De lá para cá, gradativamente, foram sendo implantados diversos sistemas de informações, constituindo assim o Serviço de Epidemiologia da Coordenação de Vigilância à Saúde. Estes dados consolidados permitiram a construção de uma "Sala de Situação", onde são disponibilizados todos os dados, gráficos e tabelas, que permitem o monitoramento da situação dos serviços e da saúde da população. Os dados podem ser consultados por todos os interessados através da Internet, pelo endereço: <http://www.sobral.ce.gov.br>

## Intersetorialidade, a saúde fora da saúde

Se o pressuposto de que para se ter saúde é necessário ter qualidade de

vida, então a promoção da saúde exige um esforço conjunto de toda a administração para priorizar dentro da cidade aquilo que irá ter impacto na melhoria das condições de vida. O caminho é longo. Mas isso não é desculpa para se acomodar. Um exemplo: a Prefeitura de Sobral conseguiu ampliar a cobertura do saneamento básico de 7% para 40%. Isso está diretamente ligado à promoção da saúde da população. Foram saneadas algumas áreas de risco, constituídas por três pantanais. Outra questão importante na promoção da saúde é a da água. Hoje praticamente toda a zona rural está com água potável dentro de casa. Tem mais de 95% da população coberta.

A promoção da saúde em Sobral envolve também a assistência social, que não tem uma concepção assistencialista tradicional, de ficar lidando de forma verticalizada com a pobreza. A saída são ações bem determinadas, organizadas em políticas conseqüentes. Promove-se uma política da criança, a política do idoso, a política dos deficientes. O setor atua também como fomento da melhoria da qualidade de vida, fazendo a articulação com todas as outras áreas.

Outro exemplo? O "Sobral Criança", que é uma idéia para promover a intersetorialidade, buscando a mobilização social, sensibilizando para as questões da infância no município. Esse e outros projetos tiram as questões de saúde do foco da doença e passam a considerá-la pelas lentes da qualidade de vida.

Quando se fala em resultados, nada melhor que números. Em 1994, apenas 16% dos procedimentos ambulatoriais eram básicos. Em 1998, este percentual subiu para 47%. Esses dados já evidenciam que, a partir da Gestão Plena do Sistema Municipal e da implantação do Programa Saúde da Família, está sendo possível promover a mudança no modelo de atenção à saúde, privilegiando a atenção básica.

Algumas ações materno-infantis foram muito ampliadas, chegando a cobrir quase toda a população nessa

## A madrinha da cidadania e a caderneta

Para a melhoria no nível de informação das mães em relação aos cuidados necessários durante a gravidez e os primeiros anos de vida do filho, foi criada a "Caderneta de Saúde da Mãe e da Criança". Inspirada em outras similares como a caderneta de Cuba, da França, do Japão e de Java, além, é claro, do similar cearense de Icapuí e Quixadá. Trata-se de um documento de 78 páginas, que é entregue a todas as gestantes na sua primeira consulta de pré-natal. Uma das maiores preocupações na sua elaboração foi dar acesso às mães a informações que venham diminuir a ansiedade comum no período gestacional. A linguagem é simples, com muitas ilustrações.

Quem dá a aprovação é Marilise Saboia, de 22 anos: "Achei muito interessante e gostei muito. Até o pai do meu filho leu e gostou. Porque tinha informação de coisas que a gente nem imaginava. A gente sempre tinha dúvida no caso das relações, estando grávida, se machucava o bebê. Na cartilha explicava que, pelo contrário, fazia era aproximar. Então fui lendo, me informando. Gostei muito mesmo."

Em suas primeiras páginas, a Cartilha apresenta espaço a ser preenchido com uma fotografia da criança e outra da mãe amamentando, como se fosse um álbum ou um documento do bebê. Estas fotografias são tiradas pela Marina, enfermeira da secretaria, que visita diariamente as mães e recém-nascidos, fotografando-os com uma máquina do tipo polaróide. Ela também aproveita para ver se o preenchimento da Caderneta está correto.

A Marina é também uma testemunha de um momento cívico da maior importância. Como uma espécie de madrinha da cidadania, ela entrega aos pais do recém-nascido um certificado. Esse documento é uma felicitação pública pelo nascimento da criança e a expressão de um importante compromisso da Prefeitura Municipal, de que ela se compromete a zelar pela melhoria da qualidade de vida desse pequeno cidadão.

faixa, como é o caso do pré-natal (97,8%) e da cobertura vacinal (94,8%). Houve também um aumento significativo do aleitamento materno exclusivo (65,4%). O aleitamento, sem dúvida, constitui-se num trabalho um pouco mais difícil, por depender de uma mudança de comportamento.

Através do Programa de Combate à Desnutrição tem-se conseguido uma mudança significativa. Em 1997 houve um grande aumento do número de crianças com peso abaixo do percentil 10, provocado pela melhoria do Sistema de Informação. A partir daí houve uma queda constante do número de crianças desnutridas. O coeficiente de mortalidade infantil entre agosto de 1998 e julho de 1999 é 13% menor que no período anterior, e 15% inferior ao de dois anos atrás.

Se os números são inquestionáveis, os depoimentos humanos são mais convincentes. "A gente sempre pensa que uma coisa, por ser do governo, é ruim, não vale a pena você ir. Eu fiquei surpreendida e achei que era até melhor que o médico particular", afirma Marilise Saboia. A mãe de Marilise, Guiomar Saboia, de 58 anos, mais cética, avalia: "Não que a gente seja São Tomé, mas a gente deve ver para crer e poder divulgar esse trabalho que as pessoas não

---

**Muita gente  
fazendo muita  
coisa para tentar  
melhorar um pouco.**

---

conhecem e que, muitas vezes, as pessoas beneficiadas não dão aquele valor. Eu achei assim um atendimento excelente. Não foi só uma consulta. Foi uma aula de mestre, passamos umas duas horas ali dentro. Qual é o médico particular que gasta com uma paciente duas horas, ali?"

### **"Os cinco nós do PSF" segundo Odorico**

1- Um nó crítico é o financiamento, pois o incentivo dado pelo Ministério para manter o PSF precisa ser melhorado. A gente tem que fazer um esforço enorme no financiamento.

2- Outro é a questão do processo de trabalho, que precisa ser melhorado. Acho que consolidar o processo da residência é fundamental. O processo de trabalho envolve toda uma lógica de relação dentro da

própria equipe, a definição de um objeto mais claro do Programa de Saúde da Família. Eu sempre digo que o objeto de saúde da família é um objeto em construção. Você está construindo um objeto novo, que nem é do médico, nem é da enfermagem. Então isso precisa ser muito discutido, melhor trabalhado

3- A regularização da residência em Saúde da Família está emperrada no MEC. É como se o Ministro da Saúde não conversasse com o da Educação. Nós estamos ousando. Temos que ter a liberdade de fazer com criatividade, porque é assim que a gente vai construir o novo, não é seguindo modelos preestabelecidos. A Saúde da Família mexe com todos os paradigmas até hoje existentes, então é uma coisa nova. Não adianta achar que você vai resolver, que já tem receita de bolo. Não tem! Isso é uma coisa nova.

4- A questão trabalhista também é séria. Aqui em Sobral estamos numa situação intermediária. Hoje, os médicos e as enfermeiras assumem uma coordenação, que é um cargo de confiança. Eles são nomeados. Estamos discutindo no Ceará um concurso estadual, com as prefeituras disponibilizando vagas.

5- Outro nó crítico é a medicalização, que está incorporada na cultura da população. Mas é impressionante como muda com aquelas equipes que têm mais organização, que estão mais bem estruturadas. Elas conseguem adesão e credibilidade da população. Aquelas que têm uma relação mais burocrática têm resultados piores nesta área".

### **O trabalho comunitário do Sumaré**

O Centro de Saúde do bairro de Sumaré é pequeno, uma casa simples, onde uma equipe de PSF assiste cerca de 1.400 famílias. Dizem que é um bairro mal afamado por causa do



Odorico dá a largada para o treinamento das equipes do PSF da cidade



Gestante recebe enxoval ao final do pré-natal na unidade do Alto Cristo

tráfico de drogas. Pouca gente conhece, entretanto, a vitalidade desse bairro, onde a atividade comunitária é intensa. Muita gente fazendo muita coisa para tentar melhorar um pouco. César, médico do Sumaré, é uma destas pessoas. "Sou de Belo Horizonte. Gosto muito de Saúde Pública, é o que me realiza. Estava em Minas, em um lugar em que eu ganhava mais do que aqui, trabalhava a metade, mas era um lugar que não me dava satisfação nenhuma. Eu tinha um amigo que morava em Sobral e era assessor do secretário. Ele me chamou e eu resolvi arriscar. Não me arrependi nem um pouco. Mexer com saúde no Brasil é complicado em qualquer lugar, mas Sobral, das cidades onde eu trabalhei, é a que tem o serviço de saúde mais bem organizado. Tem muitas deficiências, não é um lugar perfeito. A diferença é que tem muita gente querendo fazer direito", avalia.

Embora o bairro seja pequeno, o problema social é enorme: desemprego, fome, moradias precárias e falta de saneamento. Como não há esgoto, no "inverno", que é quando chove, o problema fica maior. O esgoto escorre dos lugares mais altos e desce invadindo as casas de quem mora nos lugares mais baixos.

Uma das marcas do Sumaré é o trabalho social da Igreja da Associação de Bairro. No início o PSF só conseguia "apagar incêndio", que eram tantos, que não dava para ter um trabalho mais estruturado. Hoje, ele vem se inserindo nos trabalhos comunitários do bairro, fazendo parcerias. A equipe tem muito respaldo da comunidade e o PSF já é reconhecido como um patrimônio.

Um exemplo dessas parcerias é o trabalho com adolescentes desenvolvido pela Sociedade Pró-Infância. Formaram um grupo de agentes comunitários adolescentes e o PSF ajuda no treinamento. A idéia é que os adolescentes identifiquem situações de risco e possam referenciá-las.

Há também um projeto de apoio aos grupos de dança e teatro.

O bairro tem ainda um grupo de idosos, superanimado, que faz teatro, dança quadrilha, forró e, como é comum no Nordeste, gosta de namorar. Mas, o bairro não tem praças ou qualquer espaço público para o lazer. Tem um museu em ruínas, que a comunidade quer reconstruir. É uma estrutura bem grande que pode ser transformada em um centro de convivência. O Sumaré é um bairro cheio de vitalidade e com certeza vai conseguir. É aí que

ninguém segura mais os velhinhos.

Um dos casos mais significativos do potencial do PSF em termos de sensibilidade social aconteceu no bairro do Sumaré. Por sugestão do médico do PSE, uma mulher presa por tráfico de drogas passou a prestar serviços no PSF, em regime de prisão albergue. Quem conta o caso é o médico César.

"Ela foi presa por uma questão de tráfico, do qual ela diz que não teve culpa. Ela tem cinco filhos e quando foi presa a família ficou totalmente desestruturada. O marido dela veio me procurar perguntando o que eu poderia fazer. Propusemos que ela fizesse trabalho comunitário aqui e entramos em contato com o juiz, dizendo que estaríamos dispostos a recebê-la. O juiz aceitou e ela está prestando duas horas diárias de serviço, em regime de prisão albergue. Melhorou 100% a questão da família, porque ela fica na parte da manhã com os filhos. Ela está há quatro meses prestando serviços ao PSF e até hoje nunca tive motivo nenhum para reclamar dela. Ela nunca faltou ao trabalho."

---

**"Esse é um país fantástico. Mas é complicado ser feliz num país infeliz".**

---

E a conclusão fica com o próprio médico, que veio das Gerais encontrar seu destino no Ceará. "Esse é um país fantástico. Mas é complicado ser feliz num país infeliz. Daria para tentar fazer isso ser assim legal para todo mundo. Eu acho que depende do esforço de cada um, independente da profissão. O que mais conta é o objetivo do profissional, se ele quer fazer esse país para poucos ou para todo mundo." César e a turma de Sobral estão dando, na prática, a resposta.



# Verde Teresina

## Alicerçando no PSF a reforma do Sistema de Saúde

ANA FRANKLIN

SOCIÓLOGA, DOUTORA EM ECONOMIA  
E ACESSORA DA FCM/UNICAMP

# T

*eresina é um mundo. Em cada região da capital há uma realidade diferente desafiando a criatividade dos profissionais de saúde. E em cada uma delas um exemplo de ação técnica eficaz e cidadania ativa. Teresina é um mundo em construção permanente.*

Teresina surpreende. A gente se prepara para um clima tórrido, calor de 40 graus, nenhuma aragem. Imagina aquela aridez nordestina, e, já no avião, sobrevoando a cidade, vê-se uma terra verdejante, banhada por grandes rios, com ruas arborizadas, à sombra das quais, com certeza, o calor se faz ameno. A cidade não tem o apelo turístico das vizinhas capitais nordestinas, nem praias, nem coqueirais. Certamente não conta com a renda que o turismo gera. O que é uma pena, pois poucos tiveram a oportunidade de presenciar a beleza do abraço entre os rios Poti e Parnaíba, no encontro dos quais é possível comer um peixe saboroso e ouvir muitas histórias dessas águas.

Diz a lenda que vaga pelos rios, na noite adentro, o "Cabeça de Cuiá". Um menino que tinha fome e recebeu da mãe um osso para comer. Irritado arremessou o osso atingindo a mãe. Esta rogou-lhe uma praga e ele deveria engravidar sete virgens para se libertar da maldição. Tendo conseguido engravidar só uma, passou a vagar seis meses em cada um dos rios à procura das outras virgens para desfazer o encanto. A lenda fala de um menino com fome e a própria escultura do menino e das virgens, que embeleza o

encontro das águas dos rios, reforça a imagem da desnutrição: um corpo franzino com a cabeça desproporcionalmente grande.

Desnutrição, que não é só física, mas tem a ver com carências mais generalizadas, de higiene, afeto, educação, conforto. A lenda fala do osso e da revolta do menino com a dieta de fome. Mas afirma a necessidade de perpetuação da espécie. O menino, metamorfoseado em homem, deveria engravidar muitas jovens, virgens, vigorosas. Fazer muitos filhos e vingar a prole. E ele vem tentando, como um fantasma vagando pelo cursos dos rios, que dão identidade à cidade.

A pobreza é o fio condutor dessa e de muitas histórias. Como a dos homens gabaritos, baixinhos e truncados, nanicos da cabeça grande, vítimas da desnutrição. São histórias tristes, mas de sobreviventes, histórias verídicas, de gente. Gente que convive com os rios, que já foi vítima da cólera e de todas as doenças que a falta de saneamento traz. Gente numa luta histórica, para comer, trabalhar, sobreviver. Gente apoiando gente, para reverter tristes recordes, como o de capital com a menor renda familiar per capita e a de maior índice de analfabetismo entre os maiores de 15 anos.

E essa luta já vem mostrando seus resultados.



Sem medo de ser criança, os idosos participam de programação de caminhadas com direito a uma parada no McDonald's

## Um olhar para a periferia

Um indicador deste esforço, que é resultado de intervenções em diversas áreas, é a queda acentuada da mortalidade infantil que, em 1992, era de quase 30 crianças morrendo antes de completar um ano de vida, em cada mil nascidas vivas. Em 1997 já eram 14, uma queda de mais de 50% em 5 anos. Com isso, Teresina já é a segunda capital com menor taxa de mortalidade infantil, num Estado onde ela é três vezes superior (49 por mil).

Teresina não foge ao padrão brasileiro de concentração de riqueza. O centro da cidade é bonito e desenvolvido. Como a beleza urbana parece ter cedido ao apelo da sereia da mundialização, belos shoppings e edifícios modernos margeiam o rio. No entorno vão se espalhando as

classes médias, que possuem alguma garantia de vínculo empregatício, uma razoável infra-estrutura urbana e acesso aos bens e serviços públicos.

Mas é na vasta periferia que se estendem as 156 vilas e favelas que só fazem crescer em função da migração vinda do interior e dos estados vizinhos. Há ainda uma zona rural muito ampla e que dispõe de poucos recursos. Para falar da vida na periferia da cidade, o melhor retrato é aquele registrado pelos agentes de saúde quando fazem o cadastramento das famílias. São cerca de 230 mil pessoas, 1/3 da população da cidade, que moram nestas vilas e favelas que circundam o centro rico da cidade.

A situação sócioeconômica dessas pessoas revela a dimensão da problemática social brasileira, com um grande número de

---

**Como trabalhar com uma família as ações de higiene mais simples, como lavar as mãos, se ela não tem sequer uma fossa sanitária?**

---

subempregados e desempregados. A maioria vive em casas de taipa (57%), que nem mesmo são revestidas (40%). Muitas ainda não têm luz (10%) e é grande o número de pessoas cujo esgoto corre a céu aberto (34%). A água poderia não ser problema, pois existe em abundância e há facilidade de encontrá-la no subsolo, mas 30% ainda não têm acesso à rede de abastecimento e 42% não realiza nenhum tratamento em casa.

"Por conta do PACS/PSE, observamos que havia um número elevado de crianças com diarreia nas escolas da zona rural. A vigilância sanitária municipal fez análise destas águas e constatou que todas estavam contaminadas, mesmo a de poços tubulares. A Secretaria de Saúde pesquisou sistemas que pudessem tratar essa água e torná-la potável e encontramos um aparelho de PVC, que é barato e faz a cloração da água. O custo médio é de R\$ 150,00 por escola. Até do ponto de vista econômico não tem nem o que se discutir. Quanto custa uma criança internada por desidratação? Há soluções simples e baratas", afirma Sílvio Mendes Oliveira Filho, secretário municipal de Saúde.

"Teresina tem um déficit de fossas sanitárias em aproximadamente 20 mil casas. Como trabalhar com uma família as ações de higiene mais simples, como lavar as mãos, se ela não tem sequer uma fossa sanitária? São questões que não podem ser discutidas, nem serão, com certeza, isoladamente, pelo setor saúde. É uma discussão que está sendo ampliada", avalia o secretário.



Vencendo mais um desafio, Carmen amamenta seu filho exclusivamente no peito

Existe coleta pública de lixo em cerca da metade das casas. Naquelas que não são assistidas por este serviço, algumas famílias (21%) estão conscientes dos riscos e queimam ou enterram o lixo. Mas 1/4 do total das casas da periferia da cidade ainda deposita o lixo em qualquer parte, alimentando toda a sorte de animais e vetores de transmissão de doenças.

Na educação, os dados dos agentes de saúde não são mais animadores. Ainda tem muito menino em idade escolar, na periferia, fora da escola (11%). E um número alarmante de analfabetos (mais de 1/4 da população com mais de 15 anos).

A situação de saúde da população também é muito precária, marcada pela convivência com a pobreza e expressão das más condições de vida. Deste quadro emergem doenças da miséria, não menos severas nem mais fáceis de resolver, como as verminoses.

---

### **A reestruturação no setor hospitalar é visível.**

---

a desnutrição, diarreias, infecções respiratórias, entre outras. Estes agravos convivem com patologias modernas como as cardiopatias e as doenças crônico-degenerativas, tornando ainda mais complexa a situação da cidade. Paradoxalmente, a miséria e o progresso se dão as mãos, para tornar ainda maior a histórica injustiça social e mais visíveis seus efeitos. Mas o diagnóstico de saúde trouxe ainda mais surpresas: as doenças de maior prevalência em Teresina foram hipertensão, deficiência física e alcoolismo.

### **Vontade de mudar**

Falar da organização dos serviços públicos de saúde vale uma conversa à parte, já que esta é uma luta na qual Teresina vem se destacando. Não



Horta comunitária da unidade de saúde do Alto da Ressurreição: regada a água e carinho

basta dizer que o secretário municipal de Saúde, Sílvio Mendes de Oliveira Filho, ocupa o cargo há três administrações e que é uma liderança nacional incontestável, tendo exercido a presidência do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. As conquistas do SUS nos últimos anos são visíveis a olho nu.

O processo de municipalização começou em 1991, com a criação do Conselho e do Fundo Municipal e com a realização da I Conferência de Saúde. Em 98 foi dado um passo decisivo, quando o município assumiu a gestão plena do SUS. A partir daí, Teresina tem vivenciado uma verdadeira revolução na organização dos serviços e na própria concepção do modelo assistencial.

Com a gestão plena do SUS municipal, Teresina chegou a consumir 68% dos recursos financeiros federais transferidos para a saúde no Estado. Mas assumiu uma folha de pagamento que cresceu 60%, além de passar a atender uma grande demanda reprimida, aumentando a despesa. Hoje a capital só tem direito a 48% dos recursos da saúde transferidos pelo Ministério da Saúde ao Piauí. Isso exige que o município gaste 22,6% da receita própria com saúde. O grande

ausente no financiamento é o Governo do Estado, que aloca, segundo Sílvio Oliveira, menos de 4% de suas receitas na saúde.

Antes de chegar ao PSE, é importante destacar as mudanças ocorridas no setor de alta complexidade, que vão se articular intimamente com as transformações do modelo como um todo. A reestruturação no setor hospitalar é visível. Instalou-se a Central do Sistema Hospitalar, que controla 8 mil internações por mês em 4.641 leitos distribuídos por 9 hospitais públicos, 2 filantrópicos e 12 particulares.

Teresina concentra ainda serviços de média e alta complexidade que são referência para todo o Piauí e estados vizinhos. O planejamento desses serviços é feito para uma população três vezes maior que a do município e, com isso, quase a metade das despesas são feitas por moradores de fora. Só os pacientes do Maranhão consomem 20% dos recursos de internações locais do SUS. Após muita negociação entre os estados do Piauí, Maranhão, Pará, Tocantins e Amapá, Teresina criou, de forma pioneira no Brasil, a primeira Câmara de Compensação Interestadual.

A história que se escreve de forma singela como uma mudança de um

quadro de longas filas até o respeito aos usuários, com consultas e exames com hora marcada, pode ser lida como uma conquista de cidadania. O retrato da assistência à saúde em Teresina até o final de 1995 era o de uma imensa fila no antigo prédio do INPS, com gente dormindo na calçada e com poucas esperanças de conseguir atendimento médico. Hoje a rede ambulatorial do SUS, que realiza cerca de 160 mil consultas médicas mensais, foi totalmente reestruturada.

As consultas básicas são marcadas diretamente nos 22 Centros de Saúde e 18 Postos da área rural do município. Eles funcionam, em sua maioria, num modelo misto, com uma parte da clientela atendida pelo Programa de Saúde da Família e a outra parcela atendida nos moldes tradicionais. As unidades de saúde acessam, através da Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados, diretamente, via telefone, cerca de 23 mil consultas por mês, em 28 especialidades e 5,8 mil exames especializados. Entre os novos serviços criados estão Centro de Diagnóstico e um serviço pré-hospitalar para urgências. Está sendo concluída a

descentralização da assistência ao parto e dos serviços de urgência, com um pronto-socorro e uma maternidade em cada um dos quatro quadrantes da cidade.

### A base de um novo sistema

O Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foram responsáveis pelas maiores mudanças no setor saúde de Teresina. O PACS começou em

1994 e hoje, com 376 agentes, cobre todas as vilas, favelas e a zona rural do município. O PSF iniciou sua atuação na cidade com três equipes em 1996, passando a 19 em 1997. Em termos de estrutura física, a rede já existia, tendo sido ampliada em mais quatro Centros de Saúde e três Unidades de Apoio.

Hoje o PSF atua com 40 equipes cobrindo 1/3 da população da cidade, cerca de 230 mil pessoas, que vivem nas áreas de risco e nas regiões mais pobres. O município pretende selecionar ainda este ano mais 30 equipes, pois os resultados positivos vêm encorajando os gestores a expandirem rapidamente o novo modelo, buscando uma cobertura total do município.

A mudança, além da área física e das diretrizes programáticas, é sobretudo uma transformação de cultura profissional. "Queremos acabar com o médico que dá 16 consultas e vai embora. Temos que ter profissionais com visão de saúde pública, com vínculos com a clientela e comprometidos com os resultados", defende Sílvio Oliveira. O secretário pontua ainda que a mudança de modelo não pode ser radical, de um

dia para o outro, já que precisam ser vencidas barreiras construídas pela lógica dos serviços, que acostumaram a população a reivindicar atendimentos tradicionais. "O PSF discute a saúde num contexto mais amplo, incluindo aí emprego e renda, educação, qualidade da moradia, a questão das drogas. Sem dúvida, essas situações vão aflorando, vão ganhando visibilidade se tornando públicas. Você trabalha com a promoção da qualidade de vida da população", define Sílvio Oliveira.

### Seleção técnica e vínculos precários

Para evitar as indicações políticas e o emprego dos amigos, a seleção dos profissionais do programa é feita por uma comissão integrada por técnicos da Universidade Federal do Piauí, Secretaria de Estado da Saúde, Fundação Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. Embora os salários sejam diferenciados dos demais profissionais da rede, estando hoje na faixa de R\$ 3 mil para médicos e R\$ 2,2 mil para enfermeiros, muitos funcionários da Fundação Municipal



Seu Francisco recebe a visita da equipe do PSF de Água Mineral

não quiseram correr o risco, devido à precariedade do vínculo empregatício.

No início, os profissionais eram contratados através de uma cooperativa que prestava serviços à Fundação. Mas essa solução inicial implicava em descontos muito grandes, que corroíam o salário, além da ausência de benefícios. Hoje os profissionais se vinculam ao sistema através de cargos de confiança. Muitos profissionais acham que ainda é cedo para investir numa carreira em Saúde da Família, seja pela precariedade do vínculo, seja porque há um mercado atraente na medicina de grupo na região. A ausência de cursos de especialização no Piauí é outro argumento que serve para afastar candidatos à carreira.

No Piauí ainda não existe Pólo de Capacitação em Saúde da Família. A Universidade colabora no processo de qualificação através de um programa de educação continuada. Depois do treinamento introdutório, são realizados treinamentos pontuais, que respondem às necessidades da prática, envolvendo as coordenações e os serviços especializados da Fundação Municipal.

## Resultados e sentimentos

Dois anos apenas é pouco para avaliar estatisticamente os resultados. Não existem ainda estatísticas definitivas. Mas já dá para fazer algumas observações sobre a forma como o PSF mudou o funcionamento dos Centros de Saúde e, o que é mais importante, a saúde da população. Antes as pessoas só queriam saber se havia médico, consulta e remédio. O

médico tinha o compromisso de atender suas 16 consultas e ir embora. Não sabia quem era o paciente, de onde vinha, por onde já havia passado e se ia voltar a procurá-lo. Para conseguir uma consulta, a população chegava de madrugada ou voltava muitas vezes para conseguir uma senha. Havia até gente que vivia de vender senhas.

Hoje, na prática dos Centros de Saúde, pode-se constatar um trabalho efetivamente em equipe com grande envolvimento em todas as ações. Nas ruas e nas casas, as pessoas reconhecem os agentes e enfermeiras, conversam e se orientam com eles e falam bem dos médicos. A população das áreas cobertas pelo PSF já se acostumou com a organização do trabalho. Há dia certo para tudo; gestantes, hipertensos, crianças, visita domiciliar, numa lógica já incorporada pela população das áreas, mesmo porque a informação e a participação popular fazem parte de todas as ações do PSF. Ninguém acorda de madrugada, ninguém fica sem atendimento.

A convivência de duas formas diferentes de trabalho, o PSF e a atenção básica tradicional, num mesmo Centro de Saúde, não se faz sem problemas. Sempre há conflitos. Os funcionários administrativos passam a ser mais exigidos e os outros profissionais tendem a se dividir na eterna dialética dos que crêem em mudanças e dos que perderam o empenho em acreditar nelas.

Para os agentes comunitários de saúde que ainda trabalhavam sozinhos no PACS, a chegada do PSF é uma bênção. Eles dizem que o

trabalho com a equipe muda sua realidade "da água para o vinho", ajudando a resolver os problemas e dando mais credibilidade junto às comunidades.

---

**Quem está lá na ponta, fritando no óleo quente do convívio, tem que inventar uma saída.**

---

Outro impacto importante do programa na realidade dos serviços é o aumento do conhecimento que a unidade de saúde passa a ter de sua área de abrangência. As barreiras ao acesso, as áreas de risco, os equipamentos sociais, as famílias e seus problemas, tudo isso passa a ser elemento fundamental no trabalho da equipe. Além disso, saber o nome e conhecer os problemas de cada um ajudam a criar uma responsabilidade maior dos profissionais com a comunidade.

A contra-referência, o fluxo de informações dos pacientes entre os diversos níveis de atenção, é um dos pontos mais críticos do PSF na cidade. Para estruturá-la é necessário que o restante do sistema de saúde conheça e respeite o trabalho na rede básica. "Esta é uma das nossas maiores dificuldades. Às vezes é necessário uma consulta especializada ou uma intervenção cirúrgica. Nós encaminhamos, mas quando o paciente volta não sabemos nada do que foi feito, não há comunicação nem respeito com o profissional que encaminhou e que é o responsável pelo tratamento da pessoa", critica a médica do PSF da região de Água Mineral.

Juntando os retratos que cada comunidade faz dos seus problemas, o PSF acabou mostrando, como um espelho, o que está acontecendo na cidade de Teresina. Além dos problemas sociais que acometem todo o Brasil, como a fome, a desnutrição, a falta de emprego, moradia e saneamento, os dados

## Gestantes em dados

- ◆ 97% cadastradas
- ◆ 90% com vacinas em dia
- ◆ 62% inicia pré-natal no primeiro trimestre

recolhidos pelo PSF mostram que esta realidade pode ser ainda mais difícil. Saúde, na prática, dá o colorido ou o tom cinza da qualidade de vida, que pode ir da felicidade produtiva ao cotidiano degradado. Entre os dados que surpreenderam os gestores está a faixa de idade das gestantes de Teresina: 1/3 tem menos de 20 anos. É grande número de hipertensos, deficientes e alcoólatras. Para aprofundar o diagnóstico de saúde, a secretaria está realizando uma pesquisa no campo das deficiências.

A coordenadora do PSF, Maria Vieira, anuncia que o próximo desafio é o controle da hipertensão. Mas ela adverte que o trabalho só terá sentido se contar com a participação da população. O objetivo de Maria Vieira é inverter a lógica do planejamento das ações e conduzir todo o processo de forma participativa. "Só depois de conhecer bem os problemas é que vamos discutir as estratégias. Vamos ter condições de medir a pressão de todas as pessoas que chegam, independente do que vieram fazer na unidade? Vamos equipar os agentes para fazerem isso de casa em casa? Nós ainda não sabemos. Nós estávamos numa casa desorganizada. Estamos começando a organizar para aí partirmos para o planejamento", defende a coordenadora.

Mesmo sem ter um planejamento mais estruturado, de baixo para cima, o mapeamento das doenças já foi decisivo para nortear algumas ações. Com mais de 17 mil hipertensos e cerca de 3,7 mil diabéticos, a equipe de saúde precisou de capacitação para colocar em funcionamento os programas de controle. "Depois que nós começamos o trabalho, praticamente não temos mais casos de AVC e diminuíram as complicações diabéticas, porque controlamos mensalmente a pressão arterial, o peso e orientamos sobre a alimentação, o uso da medicação. Além das consultas ambulatoriais, fazemos reuniões, que possuem uma participação muito maior do que na época em que iniciamos o trabalho",

anima-se a coordenadora.

O diagnóstico levou também a uma descentralização do serviço de fisioterapia, com a criação de três desses serviços nos bairros. A Prefeitura fez também uma parceria com a Igreja e com uma ONG. Mesmo com a descentralização o acesso ainda é difícil. Está em discussão a compra de um microônibus e a necessidade de somar esforços com a Comissão de Apoio ao Deficiente e Secretaria de Promoção Social para potencializar mais os resultados.

Mas os dados frios da organização do serviço não mostram o quanto o calor humano se converte, nestes casos, no maior ganho para os pacientes. Maria Nazaré Pereira, de 52 anos, diabética e hipertensa, chegou a se desesperar quando recebeu o diagnóstico. "Eu não tinha condições de me tratar. A Deus, que

é a agente de saúde, me deu muita força. Ela dizia: Não chora não minha irmã, porque aqui a gente vai ajeitar tudo. Você vai ser acompanhada, receber a medicação gratuita. Basta você tomar tudo certinho, vir às reuniões, controlar a alimentação. Hoje eu não como com sal, gordura muito pouco, não tomo nada com açúcar, não como massa, só refrigerante diet. Ela me ensina muita coisa. Até largar de fumar eu larguei. Minha doença está bem controlada e eu só tenho a agradecer a elas que me acolhem. Agora estou com dor no coração pedindo a Deus que minha doutora Danielle não saia do PSF", emociona-se.

Em relação ao alcoolismo, a Fundação Municipal, vem procurando melhorar a assistência com ações educativas e psicossociais. Mas a verdade é que esse é um problema que os Centros de Saúde



Enfermeira Rosa Milanez com a líder comunitária Rejane de Souza e uma moradora do Alto Ressurreição: trabalho conjunto

não têm ainda experiência em resolver. Mas quem está lá na ponta, fritando no óleo quente do convívio, tem que inventar uma saída. As meninas do PSF da Água Mineral souberam fazer desta procura uma história humana emocionante. Deusa, agente comunitária de saúde, relembra sua primeira experiência com Sr. José. "A conversa foi difícil. Eu tinha medo dele. Toda vez que eu o encontrava, ele estava embriagado. Conversava muito com a esposa, que ficava nervosa, chorando. Passei um ano nessa luta sozinha. Ai chegou a equipe do PSF e eu encaminhei o caso."

Considerado um caso perdido, José não perdeu no entanto a solidariedade da enfermeira Kátia, que o levou a frequentar as reuniões do AAA. "Ele entrou em abstinência e está até hoje. São 4 meses sem o álcool. E olha que foram 27 anos de alcoolismo. Ele começou a passar por uma síndrome de abstinência, mas foi encaminhado para um psiquiatra e está com medicação controlada. Orientamos e ajudamos na questão da aposentadoria. Me batizaram de 'Madrinha' do AAA na Água Mineral', orgulha-se. E o próprio Sr. José conclui: "Estou dando graças a Deus do trabalho dessas meninas. São pessoas de grande categoria. Gente que o Brasil precisa. Ah! Se não fosse elas eu não estaria aqui".

---

*"Seu Francisco tem uma doença crônica, com déficit circulatório grave. Os ferimentos não cicatrizavam e a doença foi progredindo. Ele amputou os pés, depois uma perna e agora outra. Quando ele retornou do hospital tinha uma escara generalizada. Providenciamos um colchão d'água. Era necessário fazer curativo nas pernas duas, três vezes por dia. Cicatrizou com muita rapidez, a gente até se surpreendeu. A equipe vinha uma vez por semana e a melhora dele de uma semana para outra era impressionante. As escaras foram sarando também. Nós vamos ver se é possível ele usar pernas mecânicas, porque ele tem muita vontade de andar, trabalhar."*  
Médica do PSF da Água Mineral

---

## Vitórias momentâneas e desafios permanentes

Além dos grandes desafios, como o de organizar um serviço capaz de dar resposta aos principais problemas de saúde da população, existe um trabalho cotidiano, um corpo a corpo, que a turma do PSF enfrenta para promover e acompanhar a saúde de mães e crianças. Essas ações são, sem sombra de dúvida, as principais responsáveis pela redução das taxas de mortalidade e de adoecimento dessa população.

Em Teresina, as mortes de menores de um ano caíram pela metade. Atualmente 70% dos óbitos de crianças de menos de um ano ocorrem no primeiro mês de vida, por patologias respiratórias (74%). Esse é um novo desafio, que exige, por sua vez, novas estratégias, cuja responsabilidade foi atribuída ao Comitê de Assistência Materno-Infantil.

Cada dia tem mais gente convencida da importância do pré-natal. Cerca de 97% das gestantes cadastradas são acompanhadas e 90% estão com as vacinas em dia. É crescente o número das que iniciam o pré-natal no primeiro trimestre (62%). Ganhar uma gestante para o pré-natal às vezes, é uma obra de engenharia e paciência. Mas o resultado é pura emoção, como no caso de Carmem de Souza. "Os vizinhos diziam que como eu era deficiente não podia ter um filho normal. Tive muita depressão... usava drogas...", recorda. Na primeira vez que engravidou, Carmen não quis acompanhamento médico e não seguia as indicações das enfermeiras. "Eu perdi minha criança com 6 meses."

"Na segunda gravidez, fiz tudo direitinho pra ganhar minha criança com saúde. Todo mundo dizia que eu não tinha condição de ter uma criança. Mas abaixo de Deus, o médico, e eu resolvi seguir os

---

**O trabalho educativo é lento, não se dá num estalar de dedos.**

---

conselhos dele. Fui orientada na alimentação. A equipe me falou que a criança ia nascer normal. Se não fosse por ele não tinha minha criança aí, porque eu não tinha nascido assim, tinha ficado deficiente com a poliomielite. Me falaram para não dar ouvido para conversa dos vizinhos que diziam que como eu era deficiente, o bebê também ia ser", afirma Carmem, ao lado de Francisco Carlos, de 2 meses, que ela amamenta exclusivamente no peito.

## O Rei do peito

"Eu não tinha experiência porque é o meu primeiro filho. Onde eu morava ninguém falava sobre o aleitamento materno. Mas aqui é diferente. Nós, mães de primeira vez, somos acompanhadas desde o primeiro mês de gravidez. A Graça, que é agente de saúde, me falou que até os seis meses o bebê deveria mamar só no peito, porque tudo que a criança precisa tem no leite, inclusive água. Quando tive o João Paulo passei cinco dias sem descer o leite... Minha mãe chegava para mim e dizia para eu dar comida para o menino. Meu esposo também, minha sogra. Eu chorava junto com ele, ficava nervosa, porque eu via que ele estava com fome. E fazia tudo que me ensinavam para ter leite, penteava o peito com pente, punha água morna, tomava leite com canela, caldo de cana, rapadura. E a Graça me acalmando: "Tenha paciência que você vai criar leite sim. Quando foi no sexto dia veio a vitória. Jorrou leite! João Paulo mamando só no peito. Isso fez dele uma criança especial que não adoce, não tem

diarréia nem gripe forte” comenta Fátima, de Santa Maria da Codipi.

## O pioneirismo de Santa Maria da Codipi

Através de uma paisagem verde, chega-se em dez minutos a um local que até pouco ainda era tido como área rural. Situado na Zona Norte do município, o bairro de Santa Maria da Codipi é um aglomerado de cerca de 11 mil habitantes. Uma parte, onde está o Centro de Saúde, vive em torno de um curtume, duas cerâmicas e um matadouro. Alguns moradores trabalham no comércio varejista, há empregadas domésticas e um pouco de agricultura de subsistência. Muita gente vive de biscates (23%) e há muito desemprego (42%) dos maiores de 14 anos.

Muita gente chegando, mudando dentro do próprio bairro. Da noite para o dia surgem novos assentamentos, sem qualquer organização, infra-estrutura ou saneamento. A história do PSF da Santa Maria é de pioneirismo.

---

**Eles querem o PSF, porque a comunidade conhece a diferença que isso faz na qualidade e humanização do atendimento.**

---

Começaram no escuro, foi quase um ensaio do que viria a ser o PSF. Havia o médico, enfermeira e auxiliar, mas ainda se atendia na forma tradicional, distribuindo senhas. Aos poucos foram se aproximando do trabalho desenvolvido pelos agentes de saúde, organizando a demanda em grupos. Foi mudando a estrutura de organização dos serviços. Hoje estão bem estruturados, embora o Centro de Saúde seja pequeno e a equipe do PSF trabalhe no limite da capacidade, atendendo cerca de 1.200 famílias.

Há uma proposta de ampliação do número de equipes de PSF no bairro e reforma do Centro de Saúde. Enquanto isso não acontece, colocaram um clínico para atender às famílias que não estão cadastradas no PSF. Mas eles querem o PSF, porque a comunidade conhece a diferença que isso faz na qualidade e humanização do atendimento.

Mas o pioneirismo não fica por aí. Eles conseguiram mobilizar a comunidade e reunir todas as lideranças locais para que se juntassem em torno do Conselho de Saúde. A equipe do PSF achou importante mobilizar a comunidade, porque para promover mudanças de comportamento é importante contar com os líderes da comunidade. E o trabalho de mobilização não é nada fácil, porque as pessoas e, mesmo as associações, são muito individualizadas, trabalham em separado e não percebem que juntas teriam mais força. As associações possuem um certo viés político-partidário e é difícil falar em agregar esforços no lugar de disputar espaços.

## A luta na Água Mineral

A Água Mineral é um bairro próximo e com uma infra-estrutura razoável. O Centro de Saúde é bem pequeno, porque além das 2 equipes de PSF há um clínico, um ginecologista e um pediatra, que atendem na antiga lógica, sem clientela adscrita. Eles acabam servindo de referência para as equipes de saúde da família. As duas equipes de PSF mostram que funcionar bem não se resume à disponibilidade de espaço físico. Prova maior do seu bom desempenho é que a Associação dos Moradores vem lutando para colocar PSF em todo o bairro, pois até o momento só tem sido possível assistir aos bolsões de pobreza.

O trabalho do PSF começou num esforço conjunto com os agentes de saúde na mobilização das lideranças

da área, com o objetivo de levantar e priorizar as demandas locais. As ações consideradas primordiais, a partir deste estudo, foram o acompanhamento de menores de 5 anos, gestantes, hipertensos, diabéticos, puérperas e deficientes.

Depois do PACS/PSF, o trabalho das Associações ficou mais vigoroso, porque as lideranças têm medo de perder espaço político para os agentes. Isso porque o trabalho do agente de saúde é de corpo a corpo diário, distribuem filtros, conseguem fossas para muitas famílias e o medo da concorrência faz com que os presidentes de associações se empenhem mais.

---

**Desde o começo, a estratégia da equipe do PSF foi levantar as necessidades prioritárias, envolvendo e mobilizando a comunidade.**

---

## Novos padrões no Alto da Ressurreição

O primeiro grupo de PSF do Alto da Ressurreição, a que pertence a enfermeira Rosa Milanes, muito querida no bairro, começou a trabalhar quando a área, que hoje possui mais de 3 mil famílias, não tinha qualquer infra-estrutura ou serviço público. Tratava-se de uma invasão recente, com gente vinda de outros bairros e da zona rural, em situação de pobreza absoluta. Uma parte do bairro é composta de terras ocupadas do cemitério.

Desde o começo, a estratégia da equipe do PSF foi levantar as necessidades prioritárias, envolvendo e mobilizando a comunidade, associando a questão de saúde e doença às condições de vida, que eram muito precárias.

“Na faculdade a gente não aprende a lidar com a comunidade.

O agente de saúde, por ser da própria região, não apenas sabe como fazê-lo como passa pelos mesmos problemas. Ele é uma pessoa experiente para situar a equipe na problemática da área", avalia Antônia Belo, médica do Alto da Ressurreição.

Nas moradias, se observa uma degradação total das condições de higiene e, por isso, o grupo, desde o início do trabalho no bairro, sentiu necessidade de começar pela questão educativa, partindo do mais básico dos cuidados: a higiene. Hoje se percebe uma modificação considerável nos hábitos higiênicos. A concepção de saúde já é um pouco diferente na região. Não é só aquele negócio de não ter o remédio, não ter o dinheiro, mas da responsabilidade pessoal pelos cuidados que são muitas vezes intransferíveis. "Eles me ensinaram que era para cuidar da limpeza, da higiene da casa, das crianças. Tinha a falta da água e a falta de saber como fazer. Eu não tinha filtro. Dava mingau com dedo. Não tinha orientação para dar com a mamadeira", lembra Fátima Pereira da Silva, moradora há 2 anos do Alto da Ressurreição.

Rosa Milanes, enfermeira do PSF do Alto da Ressurreição, recorda que chegou ao bairro e se deparou com esta cena, que foi o ponto de virada para a definição da prioridade em se trabalhar a educação e higiene. "Eu cheguei aqui, ela estava sentada num banquinho com um menino chorando, com o nariz todo escorrendo. No braço outro menino e ela dando o mingau com o dedo. Cuidando dos dois ao mesmo tempo. Uma cena fantástica. Foi o ponto máximo que a gente colocou da necessidade de começar a trabalhar a questão da educação em saúde nessa comunidade".

No início, não existiam muitos pontos de água, mas com a mobilização da comunidade e a organização da associação de moradores estão conquistando

muita coisa além da água, como coleta pública do lixo, creche, unidades de saúde e até feira. Muitas famílias estão também fazendo sua parte, construindo fossas. "As pessoas adquiriram consciência de que não deveriam esperar pela prefeitura para construir uma fossa. Eles mesmos estão construindo suas fossas sépticas porque começam a priorizar a higiene, com uma fossa, um banheirinho. Isso é uma vitória e mostra que já se modificou a consciência sanitária. O trabalho educativo é lento, não se dá num estalar de dedos", ensina a coordenadora Maria Vieira.

A diretora social da Associação de Moradores do Alto Ressurreição, Rejane Leda Pereira de Souza, mostra que esta nova consciência já está sendo construída na prática. "A associação tem cinco meses. Quando começamos o bairro era todo esburacado. Cada buraco que cabia um carro dentro. Hoje já está tudo plano, tem telefone e está chegando água encanada. Nossa luta é para melhorar o bairro. No orçamento popular priorizamos o asfalto na avenida principal, o colégio, lavanderia pública e a horta comunitária. O bairro está limpo porque fazemos, junto com o PSE, um trabalho de educação com o pessoal para não jogar o lixo em área verde e colocar em sacolas no local que o caminhão da limpeza passa", garante.

O exemplo de Teresina é muito animador. Mostra que vontade política, ações conjuntas entre as várias secretarias, participação popular e serviços organizados com gente comprometida, fazem muita diferença. É um diferencial que se faz ver nos resultados, mesmo quando a situação sócio-econômica é precária e as pessoas enfrentam toda a sorte de dificuldades. A verde Teresina pode ter esperanças de futuro. Sua gente está trabalhando para isso.

---

O grupo, desde o início do trabalho no bairro, sentiu necessidade de começar pela questão educativa.

---

---

"O agente de saúde, por ser da própria região, não apenas sabe como fazer seu trabalho como passa pelos mesmos problemas".

---

# Emoções a serem compartilhadas. Relato de cinco experiências em Saúde da Família

Jacobo Finkelman

Representante da OPAS/OMS no Brasil

A leitura dos relatos sobre o Programa de Saúde da Família nos municípios de Teresina, Contagem, Mauá, Sobral e Iguatu revela o idealismo e dedicação que orientam e embalam o trabalho dos agentes comunitários e dos profissionais de saúde, bem como o reconhecimento e valorização desse trabalho por parte das pessoas e das organizações sociais e políticas naqueles diferentes contextos. São histórias repletas de calor humano, onde se demonstra de forma tão evidente a dimensão transcendente da saúde, que não cabe no figurino do enfoque técnico ou nos marcos das ciências biológicas pelos quais os sistemas convencionais de serviços de saúde insistem em pautar-se.

Além disso, revelam a potencialidade e a força das mudanças que estão em curso no sistema de saúde do País, na direção dos ideais de equidade e universalidade do acesso aos serviços básicos de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Esses aspectos são muito significativos para todos nós que dedicamos nossas vidas à saúde pública, pois reforçam nossas crenças de que estamos no caminho certo e alimentam nossas esperanças pela construção de um futuro melhor e mais digno para todos.

Uma característica marcante em todos os casos apresentados, cuja importância deve ser ressaltada em primeira mão, relaciona-se à atuação multi-setorial e inter-governamental, no âmbito do poder público, associada à intensa parceria com organizações próprias da comunidade. O PSF é uma estratégia que canaliza e orienta a aplicação de recursos das três esferas de governo, compondo arranjos e modalidades de contribuição que variam conforme a situação e as possibilidades de cada caso.

A participação do Governo Federal dá-se, basicamente, mediante os subsídios para implementação PCS/PSE, previstos

pela NOB 96, ademais de outras formas de apoio, como por exemplo o incentivo para a constituição dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família. O apoio dos governos estaduais tem variado, como se depreende dos cinco casos relatados, sendo interessante ressaltar uma das formas de subsídio assegurada pelo Ceará, mediante financiamento da contratação dos agentes comunitários de saúde em todos os seus municípios.

---

## **PSF concretiza a almejada concepção da integração de esforços em prol do bem comum.**

---

Contudo, conforme deve acontecer em todo o País, é o poder local que se destaca no comprometimento de recursos que se fazem indispensáveis para a implementação da estratégia de Saúde da Família. Além dessa interação governamental, os cinco relatos comprovam o quanto tem sido valiosa a parceria com lideranças e organizações comunitárias. Os exemplos dessas cinco cidades, pela sua heterogeneidade e significados, bem ilustram o que deve ser um ponto comum na experiência dos muitos outros municípios.

Desse modo, o PSF concretiza a almejada concepção da integração de esforços em prol do bem comum.

Outro aspecto da maior relevância encontra-se igualmente comprovado nas cinco experiências apresentadas. Trata-se do enfoque holístico de saúde, que orienta a organização dos serviços e a atuação de seus agentes na busca de melhoria da qualidade de vida e não apenas da redução ou do tratamento das doenças. É isso que tem sido chamado

como o novo paradigma da saúde e que está pautando o trabalho das equipes de saúde da família. Os depoimentos evidenciam a importância desse conceito e sua aplicação prática, tanto no que diz respeito à organização do trabalho em equipe, quanto no que se refere aos resultados que vêm sendo alcançados.

A presença dos agentes comunitários de saúde constitui fator determinante nesse processo, estreitando a comunicação e o intercâmbio entre profissionais e comunidades. As equipes de saúde da família buscam formas mais efetivas e eficazes para conhecer e enfrentar os problemas que afligem as pessoas, potencializando os recursos ao alcance de cada profissional e, em muitos casos, mobilizando recursos de outras instâncias, tanto aqueles do próprio sistema de saúde como os de outros setores do governo ou da sociedade.

A integração de esforços e o conceito holístico de saúde são, portanto, os elementos fundamentais que escolhemos ressaltar, tomando-se em conta os relatos constantes nessa publicação. Em torno desses elementos centrais há muitos outros aspectos que revelam a ousadia e a grandeza das experiências de implantação da estratégia de Saúde da Família, que certamente estão presentes, em maior ou menor grau, em todos os outros municípios que estão lidando com o PSF e não apenas nos cinco considerados.

Tais aspectos foram registrados, inclusive na forma de expressivos depoimentos, pelos autores dos estudos de caso. Ao invés de discorrer sobre cada um deles, desfocando a atenção dos pontos que resolvemos destacar, recomendamos a atenta leitura dos trabalhos, esperando que todos compartilhem a emoção que os autores tão bem buscaram captar naquelas experiências.



concreta e não somente "em laboratório" ou "ambientes especiais", em todos os cenários onde se dá a prática profissional e enfrentando os problemas que se apresentam na realidade. O projeto de transformação maior e mais profunda da formação profissional se constrói também através do conhecimento e da força que se acumula através das pequenas inovações e da reflexão crítica sobre o cotidiano e as novas experiências desenvolvidas (5).

Assim, é fundamental que sejam oferecidas oportunidades para que muitos professores se envolvam/ proponham/ construam múltiplas experiências inovadoras. O foco da ação deve estar centrado no investimento no "capital humano", enquanto potencialidade para um novo processo de formação dos profissionais de saúde.

Tudo isso dá trabalho, leva tempo, consome muita energia. Mas não há mudança profunda que passe sem isso.

Um dos problemas importantes das tentativas anteriores de mudar a educação médica foi embolar conteúdos e objetivos das propostas de transformação. São muitos os temas na pauta da mudança, todos são importantes e merecem tratamento adequado. Vamos explorar dois deles:

## **2 - Tratar de maneira simplista e superficial problemas complexos.**

Concepção pedagógica e metodologias de ensino-aprendizagem são um desses temas importantes que não podem mais ser tratados de maneira não profissional. Existe muito conhecimento acumulado sobre aprendizagem de adultos que deve necessariamente ser incorporado quando se trabalha com formação profissional e educação permanente (2,10).

Aprendizagem independente, aprender com base na prática, na vida real, ser capaz de enfrentar e resolver problemas verdadeiros e de buscar a informação onde ela esteja são elementos comumente apontados como indispensáveis a um processo eficiente de ensino-aprendizagem no mundo atual (9).

Esses atributos conduzem ao terreno das metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Um terreno amplo, em

que existem diversas vertentes e propostas de operacionalização. Um terreno que deve ser cuidadosamente explorado e ao qual o conjunto dos professores deve ser exposto de maneira sistemática. Isso implica não somente em oferecer ampla possibilidade de capacitação prática em metodologias concretas, mas também na necessidade de uma revisão crítica profunda das práticas e conceitos atualmente predominantes.

Verdade que não existe apenas uma proposta ou solução adequada. Mas é importante conhecer as alternativas em profundidade e experimentá-las de maneira sistemática e criteriosa para não correr o risco de transformar a proposta pedagógica em um "monstrinho" sem consistência interna e externa.

Excesso de conteúdos, falta de integração básico-clínico e de teoria-prática são problemas freqüentemente identificados nas escolas médicas. A superação dessas dificuldades passa pela adoção/construção de um currículo integrado, em que as disciplinas deixem de existir autonomamente e passem a contribuir com conteúdos específicos dentro do processo de formação. Módulos temáticos por ciclo vital, unidades por sistemas... são várias as possibilidades de reorganização dos conteúdos. Qual a questão fundamental? Estabelecer os conteúdos indispensáveis à formação geral profissional e organizá-los de maneira articulada, rompendo os limites das disciplinas, propiciando a integração dos conhecimentos. Melhor ainda se a abordagem desses conteúdos se faz a partir de interrogantes concretos, baseando-se em sua utilização prática.

Uma mudança curricular com esses objetivos vai muito além de redistribuir carga horária e "trocar disciplinas de lugar". Implica numa mudança de poder: as disciplinas e departamentos deixam de dispor livremente de seu tempo e seus conteúdos para fazer parte de um jogo mais amplo, em que a participação de cada um está subordinada a um plano mais geral de formação, construído com base a grandes acordos coletivos e gerenciado por um comitê curricular ou similar.

Não adianta querer "simplificar" os processos. Reconhecer sua complexidade e instrumentalizar os coletivos para enfrentá-los são os passos a ser dados.

É pequena a chance de sucesso de uma proposta de transformação da

educação médica construída dentro dos limites da universidade e com a participação somente de seus atores internos. Por que? Porque sem elementos externos que ajudem a "balizar" certas disputas é muito difícil chegar a resolver satisfatoriamente certos conflitos e contradições.

## **3 - Construir a proposta de mudança dentro dos limites da universidade.**

Um exemplo disso é a definição de quais seriam os conteúdos fundamentais, indispensáveis para a formação de graduação. Um critério potente deveria ser o epidemiológico. Outro, o perfil profissional necessário para os serviços de saúde e para a população.

Um caminho interessante para ajudar a superar essa dificuldade é a diversificação de cenários. Diversificação de cenários de ensino-aprendizagem, de trabalho e de investigação. Sair dos muros da universidade e agir no cenário real, considerando que nesse outro mundo existem outros atores, com demandas e necessidades próprias, que precisam ser consideradas e trabalhadas de maneira articulada (3).

Ir aos serviços de saúde ou à comunidade com os estudantes com uma agenda definida unilateralmente pelo professor é completamente diferente de ir a esses mesmos lugares com uma agenda construída em conjunto, que leve em conta não somente as necessidades de ensino-aprendizagem, mas também os problemas identificados pelos serviços e pela comunidade.

Assim como pensar a organização dos serviços de saúde levando em conta as prioridades identificadas pela população ou suas necessidades de atenção é inteiramente distinto da prática predominante de pensar os serviços a partir de sua própria lógica de prestação.

Do mesmo modo, para a população ser objeto de uma intervenção dos estudantes ou dos serviços de saúde é completamente diferente do que participar efetivamente da eleição do tema a ser trabalhado, da definição dos objetivos, da construção e da implementação da ação.

A partir dessa interação, novos objetos de estudo e de trabalho podem

ser definidos e sua abordagem muitas vezes exige outro referencial teórico e metodológico, exige a intervenção de diversas disciplinas. As novas práticas pedagógicas e de investigação, então, passam a ser uma necessidade para enfrentar novos problemas; as inovações, então, passam a ser fruto dos desafios concretos e não simplesmente de definições teóricas feitas a priori.

Ninguém melhor que os personagens reais para defenderem seus próprios interesses e necessidades no processo de mudança da formação profissional... Quando se abrem as portas da universidade, abre-se espaço não somente para novas demandas e novos conteúdos, mas também para outras forças políticas e sociais que podem ativamente ajudar a criar e a superar obstáculos, interferindo diretamente na conformação dos núcleos de poder dentro da universidade.

A universidade não vai se tornar socialmente relevante no terreno da produção de conhecimentos, da prestação de serviços ou da formação profissional se não criar possibilidades para que os outros segmentos e instituições sociais sejam participantes ativos e efetivos de seu processo de identificação de problemas e de estabelecimento de prioridades de ação.

O Ministério da Saúde, a Coordenação da Atenção Básica (Programa de Saúde da Família) e o Conselho Nacional de Saúde (o SUS e os hospitais universitários), por exemplo, começaram recentemente a manifestar o interesse e a intenção de dizer claramente às escolas quais suas necessidades em termos de perfil profissional e de serviços prestados. Pode-se dizer o mesmo em relação às seguradoras, convênios médicos e entidades de proteção ao consumidor.

Há que trabalhar tudo isso de maneira sistemática e organizada. Mas, mais que isso, além dessas interações ao nível macro, é preciso buscar a interação ao nível local, com os parceiros existentes no cenário real dos serviços e da população.

#### **4 - Desconsiderar o impacto da residência médica na conformação do perfil profissional.**

Reconhecer que o processo de formação profissional é um contínuo

que se inicia na graduação e segue ao longo de toda a vida profissional deveria levar a universidade a pensar o processo de formação de maneira integral, revendo seu papel não somente no ensino de graduação, como na pós-graduação e na educação permanente e articulando esses processos. Isso seria muito útil para projetar o alcance e papel de cada momento da formação, elemento essencial dentro de uma proposta de mudança.

Por vários motivos, hoje em dia a Residência Médica é elemento fundamental da formação profissional médica. Existem vagas de Residência para potencialmente absorver 70% dos graduados em medicina (claro que distribuídas de maneira heterogênea pelo país e pelas áreas) e praticamente todos os estudantes de medicina buscam hoje em dia a complementação do processo de formação através dessa modalidade de especialização (7).

Considerando o impacto que a Residência Médica tem na conformação do perfil profissional, seria indispensável pensar de maneira articulada em processos de mudança envolvendo a graduação e a Residência Médica, atingindo ao menos os programas mantidos pelas escolas médicas.

E atingi-los de que maneira? Incluindo-os nas atividades que seriam alvo de revisão metodológica (do ponto de vista das metodologias de ensino-aprendizagem), revendo os conteúdos necessários à especialização em cada área e os cenários onde são desenvolvidos os programas, revendo o número de vagas necessário a cada especialidade (considerando o perfil e as necessidades do mercado).

Mudanças na Residência impactariam positivamente nas mudanças na graduação porque seus resultados se tornam visíveis mais rapidamente, porque os médicos egressos vão se inserir rapidamente no mercado de trabalho (reforçando um ou outro modelo de atuação profissional), porque os médicos egressos podem assumir papel ativo no processo de formação profissional ao nível da graduação.

Algumas das insuficiências do atual processo de educação médica residem exatamente na excessiva e precoce fragmentação dos conhecimentos, que resulta na formação não terminal

de um profissional incapaz de uma abordagem integral.

O profissional atualmente formado pelas escolas médicas é distante, incapaz de ouvir e de cuidar, incapaz de olhar o paciente como um todo, excessivamente intervencionista, desperdiçador de recursos e pouco resolutivo. Não atende nem aos anseios da população, nem às necessidades expressas pelo SUS (especialmente em relação aos médicos para o Programa de Saúde da Família, mas também para a rede de atenção como um todo), nem às demandas dos serviços privados que já identificaram a necessidade de um médico capaz de operar em um novo modelo de atenção (que articule prevenção e promoção, que use os recursos de maneira mais racional, que encaminhe aos especialistas com moderação etc.) (3,6,11,12).

Na verdade, no momento atual nem mesmo os serviços (públicos ou privados) têm a definição clara e completa do novo perfil necessário ao médico, pois esses novos modelos de atenção apenas começam a ser construídos e implementados. Por isso a construção desse perfil é em si um grande desafio a ser enfrentado conjuntamente por universidades e serviços.

#### **5 - Acentuar as contradições e a dicotomia entre as especialidades no processo de formação e na prática profissional, especialmente entre a clínica e a saúde coletiva.**

De qualquer maneira sabe-se já que algumas contradições terão que ser superadas: a subestimação da importância da clínica e da abordagem individual pela saúde coletiva, as limitações da abordagem clínica usando as ferramentas da epidemiologia clínica e do conhecimento do contexto social e sanitário; a dicotomia entre preventivo e curativo, a desumanização da atenção provocada pela desresponsabilização das equipes e dos profissionais em relação aos indivíduos e populações atendidos etc.

Tomemos como um exemplo a não ser seguido o tratamento até agora dado à formação dos profissionais para o Programa de Saúde da Família. Para a implementação desse programa é necessário um profissional que domine

conteúdos e técnicas atualmente contidos pelo menos nas cinco áreas básicas, que saiba trabalhar em equipe e que saiba comunicar-se com a população, entre outros requisitos.

Que solução vem sendo adotada para produzir respostas imediatas? Por um lado foram formados Pólos de Capacitação, que envolvem trabalho articulado entre serviços e universidades, mas que ainda não possibilitaram que se rompesse a unilateralidade das relações. Isso porque, apesar de o perfil profissional necessário dever ser construído em conjunto entre universidades e serviços, na prática a universidade continua "dando as cartas" em relação aos conteúdos e metodologias e os serviços fazem apenas as demandas em relação à população a ser capacitada.

Por outro lado, da maneira como a maior parte dos pólos está estruturado, dificilmente a demanda por um novo profissional vai entrar nas escolas "pela porta da frente", pois, apesar de a formação de um profissional de saúde da família ser um tema que deveria dizer respeito pelo menos às cinco áreas básicas de especialização médica, na maior parte dos casos a discussão continua restrita ao campo da saúde coletiva. Como chegar então a um processo de mudança da educação médica como um todo, partindo somente de uma área?

Pelo mesmo motivo os cursos de especialização em saúde da família muitas vezes repetem as insuficientes fórmulas dos currículos de especialização em saúde pública e as recém-criadas residências em saúde da família correm o risco de repetir a fórmula derrotada das residências de saúde comunitária.

A formação médica geral e a formação de um médico para a saúde da família envolvem necessariamente a articulação entre as áreas clínicas básicas e a saúde coletiva. Ao invés de criar uma nova área de especialidade, porque não redirecionar uma parte das vagas já existentes de Residência nas áreas básicas e construir um currículo que integre os conhecimentos, práticas e habilidades essenciais de cada uma delas?

Durante muito tempo os conflitos entre saúde coletiva e clínica levaram a uma quase virtual impossibilidade de relação entre os profissionais de uma e

outra inserção. Essa é uma contradição que precisa ser enfrentada claramente no processo de transformação da educação médica pois os novos modelos de atenção e formação baseiam-se em uma abordagem integral, para a qual todos concorrem.

## A modo de encerramento

No início do texto, fiz referência às possíveis explicações para o insucesso das mudanças na educação médica. Acrescentaria às já mencionadas, que houve muitas insuficiências e imprecisões conceituais nas propostas, pouco profissionalismo na condução dos processos e limitações históricas que só o tempo pode ajudar a superar.

Existem algumas experiências recentes de mudança na educação médica que tratam de maneira mais ou menos explícita dos problemas aqui apontados. A sistematização e análise crítica desses trabalhos e a criação de espaços de reflexão coletiva e troca de experiências é fundamental para que o atual movimento a favor de mudanças na educação médica leve a resultados concretos.

Menos sectarismo, menos dogmatismo, menos certezas absolutas e mais abertura à reflexão crítica e aberta serão ingredientes indispensáveis para uma transformação que só ocorrerá se deixar de ser o sonho de alguns para se transformar no projeto de ação coletiva de muitos. E a hora é agora.

## Referências bibliográficas

- ALMEIDA, M.J. Educação dos profissionais de saúde: limites e possibilidades dos processos de mudança. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1997.
- BORDENAVE, J.D. & PEREIRA, A.M. Estratégias de ensino-aprendizagem. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1977.
- CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L.C.O. (org.) Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

- DEMO, P. Conhecimento moderno sobre ética e intervenção do conhecimento. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1997.
- DEMO, P. Desafios modernos da educação. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.
- EIBENSCHUTZ, C. H. Atención a la salud y poder ciudadano: elementos clave en la articulación público/privada. In: Eibenschutz, C. H. (org.) Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- FEUERWERKER, L.C.M. Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1998.
- GARCIA, J.C. La educación Médica en la América Latina. Washington: OPS, 1972 (Publ. Cient. 255)
- JAPIASSU, H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- LÜCK, H. Pedagogia Interdisciplinar: fundamentos teórico-metodológicos. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.
- MENDES, E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L.C.O. et al. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.
- PAIM, J.S. Recursos Humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. Adsaúde, Série Temática 1, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994.
- SANTOS, B. Um discurso sobre as ciências. Afrontamento, Porto, 1987.
- SCHRAIBER, L.B. O médico e seu trabalho. São Paulo: Hucitec, 1993.
- SIEBENEICHLER, F.B. Jürgen Habermas: Razão comunicativa e emancipação. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro, 1989.

APOIO:

