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

Revista Brasileira

Saúde da Família

Brasília / 2005



Sumário

Entrevista com o ministro	04
Belo Horizonte	06
Notícia Concurso Saúde da Família	20
Equipe Saúde da Família - Brasil	22
Maracanaú	23
Artigo	38
Saúde da Família - Resultados Físico-financeiros	47
Guarulhos	48
Curitiba	58
Saúde da Família - Distribuição Rescursos Financeiros *Per capita* (BR)	65
Campo Grande	66







Opinião

BOM EXEMPLO

Um ponto de convergência e concordância entre gestores, técnicos, conselheiros e profissionais da saúde, em instâncias formais ou informais, é que a Estratégia Saúde da Família, somada às experiências acumuladas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, configura-se em um caso exemplar na reorganização do modelo de Atenção Básica à Saúde no Brasil.

Esta edição da Revista Brasileira Saúde da Família se propõe a registrar exemplos de ações bem-sucedidas na reestruturação que acontece em grandes centros urbanos, com foco em municípios com mais de cem mil habitantes – uma forma de consolidar informações dispersas, apresentadas, até agora, ainda de forma fragmentada, criando obstáculos para o entendimento do que é, de fato, este novo modelo.

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são integralidade, qualidade, eqüidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando à maior resolubilidade da atenção, em que a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

O Ministério da Saúde lidera a coordenação dessa rede de atividades, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, sob a gestão do Departamento de Atenção Básica, que moldam este novo modelo institucional para o Sistema Único de Saúde (SUS) adequado à nova dinâmica que é compartilhada por estados, Distrito Federal e municípios. Cresce a participação da comunidade, intensificam-se as trocas de experiências, reproduzem-se os cursos de qualificação e profissionalização das equipes de saúde.

Ao lado das ações de sustentação do governo para implementar estas reformas, é preciso notar que há muita energia sendo mobilizada em todo o País, acima de questões ideológicas e partidárias, para a consecução das transformações necessárias, que se traduzem em melhoria da qualidade de saúde do brasileiro.

José Gomes Temporão
Secretário de Atenção à Saúde







ENTREVISTA COM O MINISTRO

Nesta entrevista à Revista Brasileira Saúde da Família, o ministro da Saúde, José Saraiva Felipe, que assumiu o Ministério no último mês de julho, fala sobre as prioridades de sua gestão, mostrando a necessidade de construção de um pacto de gestão que dê sustentação às ações e serviços do sistema público de saúde.

Revista - Neste final de governo, o que muda na Política de Saúde, que gere benefícios para a população? Neste contexto, e em função do tempo, quais são as suas prioridades?

Saraiva Felipe - Construímos uma agenda de compromissos, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), para nortear as ações da saúde. Uma das prioridades é garantir o financiamento adequado para o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da mobilização dos três entes federados e, também, trabalhar na elaboração do Código de Defesa dos Usuários do SUS.

A Estratégia Saúde da Família será fortalecida, com ênfase na sua ampliação em regiões metropolitanas. Outras prioridades são o controle da hipertensão e do diabetes, o incentivo à prática de atividades físicas, o combate ao tabagismo e ao uso abusivo de bebida alcoólica.

Também vamos implementar uma política voltada para o idoso. A população brasileira está vivendo cada vez mais e o SUS precisa estar preparado para atender às necessidades específicas desse público.

Atendendo a uma recomendação do presidente Lula, vamos avançar na expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu/192), do Brasil Sorridente e do programa de Farmácia Popular.

Para alcançar esses objetivos, contamos com a parceria dos gestores de saúde e da sociedade civil. Somente num trabalho integrado entre o governo federal, os estados e os municípios conseguiremos enfrentar as batalhas necessárias para garantir uma assistência pública à saúde com eficiência e qualidade.

Revista - É política deste governo combater as relações de trabalho precárias no SUS. Após três anos de estudos, o que ficou estabelecido?

Saraiva Felipe - Atualmente, são 2,2 milhões de empregos no SUS. Cerca de 30% desses trabalhadores estão sem garantias sociais e trabalhistas mínimas. Boa parte deles atua na Estratégia Saúde da Família.

A resposta do Ministério da Saúde a essa situação tem sido a adoção de políticas específicas para combater a precarização das relações de trabalho. Nessa busca, gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e trabalhadores de saúde formaram o Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. O objetivo é formular propostas conjuntas para melhorar as condições de trabalho na rede pública de saúde.

A situação dos agentes comunitários de saúde é a que mais preocupa. Dos 200 mil agentes que atuam hoje no país, 70% trabalham em situação precária. Por isso, o Ministério da Saúde assumiu como prioridade a desprecarização das relações de trabalho desses profissionais.

Estamos promovendo, em parceria com os Conselhos Nacionais dos Secretários de Saúde (Conass) e dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) ações para conscientizar os municípios a regularizar a contratação dos agentes comunitários de saúde, no SUS, garantindo seus direitos sociais e trabalhistas.

O Ministério da Saúde também acompanha com atenção as discussões sobre a emenda constitucional para fixar regras nacionais uniformes que assegurem, aos agentes de saúde, vínculo de trabalho formal e regime jurídico adequado à natureza de suas atividades.

Revista - O que o Ministério da Saúde tem feito para melhorar o acesso da população aos medicamentos?

Saraiva Felipe - O acesso aos medicamentos é algo primordial. Não se pode falar em atendimento universal, quando, muitas vezes, após a consulta, o paciente não consegue dar seqüência ao tratamento por dificuldades em obter a medicação prescrita.

Este governo tem investido em várias frentes para ampliar o acesso da população aos medicamentos. As ações vão desde o aumento dos investimentos nos laboratórios oficiais à criação do Programa Farmácia Popular do Brasil, passando também pelo incentivo ao desenvolvimento industrial do setor farmacêutico.

Foto: Ruben Silva



Entre 2002 e 2005, os recursos federais para abastecer com medicamentos, incluindo produtos de uso hospitalar, a rede do SUS, aumentaram em 75%, passando de R$ 2,4 bilhões (incluindo R$ 560,8 milhões de medicamentos de uso hospitalar) para R$ 4,2 bilhões (incluindo R$ 1 bilhão que deve ser gasto na disponibilização de medicamentos de uso hospitalar).

Em um ano de funcionamento, o Programa Farmácia Popular já colocou à disposição da população mais de 8 milhões de unidades de medicamentos e preservativos. Hoje, existem 57 unidades em 30 cidades, onde a pessoa pode adquirir medicamentos até 90% mais baratos. Os maiores beneficiados são pacientes que sofrem com doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e problemas gástricos.

A partir de agora, nosso objetivo é avançar na implementação de novas unidades do Farmácia Popular. Já habilitamos 329 unidades, faltando apenas uma para o cumprimento da meta prevista para este ano, que é a adesão de 330 unidades. O programa, inclusive, foi uma das prioridades que o presidente Lula me recomendou quando me convidou para assumir o Ministério da Saúde.

Mas também quero avançar em outras frentes, como na oferta de medicamentos fracionados. As farmácias já têm autorização para vender medicamentos em doses menores. No entanto, precisamos estimular os laboratórios para que ofertem uma gama maior de medicamentos fracionados. Com a possibilidade de adquirir o medicamento dessa forma, o consumidor economiza e também evita a estocagem de medicamentos em casa, desestimulando a automedicação.

A intimidade do Deputado Saraiva Felipe, com as questões da saúde no Brasil transcende no tempo, à sua indicação, agora concretizada para o importante cargo de ministro da Saúde de um governo popular.

Seus objetivos estão enfocados na distribuição de todos os benefícios que a pasta pode produzir à sociedade brasileira, cujas dificuldades ele já vinha detectando desde o início da sua brilhante carreira, como médico sanitarista, no norte de Minas Gerais, onde as contradições são bem caracterizadas.

Homem de formação humanística, altamente sensível aos problemas da sociedade brasileira, Saraiva Felipe vivenciou em vários cargos ocupados, seja na área executiva, seja como teórico e professor universitário, as mais variadas ações, que culminam, agora, com sua indicação pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva para o cargo máximo na gestão da Saúde.

Foto: Leandro Couri



Belo Horizonte MG

Histórias de vida

Um atropelamento que aconteceu há quase quatro décadas com a aposentada Maria José Soares, 83, na cidade de Santa Luzia, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, foi responsável pela limitação da mobilidade de suas pernas. Nos últimos quinze anos, com um caminhar muito vagaroso, ela já dava sinais de não resistência ao acidente, mesmo com prótese no joelho. Maria José se entregou à dor e atualmente tem dificuldades até para fazer a higiene pessoal. Um outro obstáculo para o resgate dos movimentos é o peso da aposentada, que já ultrapassa a casa dos cem quilos. Em decorrência da sua longa permanência na cama, Maria José desenvolveu uma ferida nas costas, que precisa de cuidados especiais para cicatrizar.

"Sei que minha mãe está clinicamente bem. Apesar da obesidade, ela não tem problemas com pressão ou colesterol, mas não se esforça nem para sair da cama ou tomar banho. Ela diz que sente dor até ao mudar de posição, quando está deitada", afirmou a filha Neide Maria Soares, 46, que há cinco anos decidiu se mudar com a família para assistir a matriarca no bairro Etelvina Carneiro, região norte da capital.

Palavras de motivação à Maria José não faltam para tentar reverter o quadro em que ela se encontra. A equipe 'verde' da Estratégia Saúde da Família integra a torcida para vê-la caminhar novamente. "Tem que ter força de vontade. A senhora é forte e não pode desistir", diz a auxiliar de enfermagem da equipe, Alcivani Aparecida Moreira. As visitas regulares das profissionais fizeram com que mãe e filha as considerassem como 'de casa'. "Com este contato tão próximo, elas acabam virando membros da família. Tenho confiança em contar o que se passa comigo e sei que este convívio é bom para a minha mãe. Ela escuta com mais carinho o que a equipe recomenda", disse Neide.



Do outro lado da cidade

Do outro lado da cidade, casas sem reboco delimitam ruas estreitas disputadas por gente simples, carroças, galinhas, cachorros e entulho. O caminho conduz a uma das áreas mais carentes e violentas da capital, a Vila Cafezal, localizada na região centro-sul. Estampada nas quatro direções, a miséria é o 'pano de fundo' da vida do jovem Daniel Gomes dos Santos, 23. Portador de esquizofrenia, o rapaz ficou órfão de mãe há mais de três meses, e desde então sua 'casa' mudou de endereço: para o Centro de Saúde (CS) São Miguel Arcanjo.

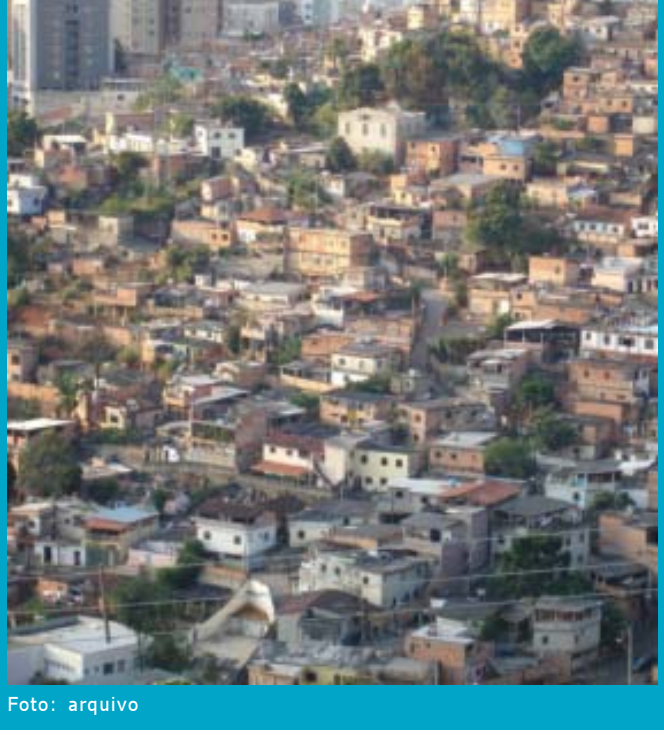


Foto: arquivo

"Se não fosse a ajuda do pessoal eu estaria perdido. Eles são a minha família". Com o falecimento da mãe, o padrasto e o irmão caçula de Daniel saíram do barracão de dois cômodos onde moravam. O jovem depende da ajuda dos vizinhos para fazer algumas tarefas do lar e sua fonte de renda são R$ 300 pagos pelo INSS, por motivo de invalidez.

Além de tratamento medicamentoso e atenção psiquiátrica, ele busca no CS um pouco de 'prosa' e um pão com café, que as funcionárias compram e compartilham com ele. Enquanto mede a pressão arterial ou vai buscar os remédios para controle da doença, Daniel faz confidências à equipe de enfermagem e revela suas aspirações. "Queria trabalhar como faxineiro de prédio ou de uma mansão. Assim não ficaria muito aqui no bairro, porque está violento demais", observou.

Com a descoberta do diagnóstico da esquizofrenia quando tinha 16 anos, a família de Daniel deu início a um acompanhamento médico com a equipe de saúde mental que atende no bairro Serra. "A nossa unidade foi

inaugurada em dezembro do ano passado, e com a regionalização dos atendimentos, ele foi cadastrado nesta área de abrangência da ESF. A maioria dos profissionais se envolveu com ele pelo seu jeito cativante e o tom educado quando vem nos desejar um bom trabalho, quase todo dia. Esperamos que ele consiga sua autonomia", afirmou a auxiliar de enfermagem do CS São Miguel Arcanjo, Elizabeth Augusta Figueiredo.

Histórias de vida como a de Maria José, Daniel e outras tantas já foram incorporadas ao 'prontuário' das equipes da rede primária de saúde, com a implantação em 2002 do Programa "BH Vida". Reformulado em 2003 como "BH Vida: Saúde Integral", trata-se de uma iniciativa da prefeitura de Belo Horizonte para a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), e tem como eixo principal a organização da atenção básica por meio da ESF e a estruturação do cuidado integral em todos os níveis de assistência. Este modelo que se orienta pela humanização do atendimento e estabelecimento de vínculos encontrou na capital mineira uma medida antecessora que contribuiria com a implementação do PSF: a definição das áreas de abrangência dos Centros de Saúde.

O Cenário da Saúde em BH antes da ESF

Duas ações ocorridas em Belo Horizonte foram essenciais para que a cidade construísse uma rede que melhor se adaptasse à Estratégia Saúde da Família: a territorialização e a gestão plena. Segundo a gerente de Assistência da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), Sônia Gesteira Matos, a noção de território foi sendo incorporada desde o final dos anos 80.

"Este conceito se refere à vinculação da assistência à saúde à área onde a pessoa está inserida. Estruturar um trabalho desta forma faz com que o Centro de Saúde tenha um papel mais ativo em vez de expectante da população. É possível criar alternativas de intervenções nas condições de vida e moradia dos pacientes", ressaltou. Os médicos e enfermeiros foram 'a campo' na época para conhecer o local onde trabalhavam, de maneira que a relação entre a equipe de saúde e os moradores fosse modificada e não ficasse limitada à prescrição médica.

Pouco depois da divisão de atendimento por território, que culminou na criação da idéia de uma referência em atenção básica para cada região de abrangência das diversas áreas sanitárias da capital, Belo Horizonte foi uma das dez primeiras cidades a adotar a gestão plena, formalizada em 1994, que concedeu à Secretaria Municipal de Saúde o direito de gerir todos os recursos destinados ao SUS. O serviço ambulatorial e os Centros



Foto: arquivo

de Saúde estaduais também ficaram sobre a tutela da administração da prefeitura. A cidade respondia por uma média de cem CSs.

Em quase uma década de intervalo entre a instituição da gestão plena (1994) e implantação da ESF (2002), a rede de atenção básica em Belo Horizonte caminhou a passos largos rumo à integralidade do sistema e seu aprimoramento. A secretaria proporcionou qualificação profissional, estruturou o sistema de informação, implantou uma central de internação e criou novos programas, como o 'Projeto Vida', no combate à mortalidade infantil.

"Foi reforçada a idéia de acolhimento na saúde. As pessoas que buscavam a unidade deviam ser ouvidas, avaliadas e terem uma resposta à demanda que traziam. Antes da chegada da ESF houve a estruturação de uma rede de urgência descentralizada ao hospital, conhecida como Unidade de Pronto Atendimento (UPA)", informou Sônia.

A rede própria de assistência à saúde do município contempla na atualidade 139 CSs, seis UPAs, seis unidades de referência secundária, duas policlínicas, sete centros de referência em saúde mental, nove centros de convivência, dois centros de referência do trabalhador e um hospital municipal.

Formatação das Equipes Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família vinha sendo debatida na cidade desde 1999, quando houve a implantação, como projeto piloto, de 22 equipes em 22 dos 129 CSs existentes na época. Os agentes comunitários de saúde (ACSs) foram os primeiros a serem mobilizados para a composição das equipes. No primeiro semestre de 2000, foram incorporados à rede 2.625 ACSs, que atingiam 70% da população da cidade, o equivalente a cerca de 1,5 milhão de habitantes. Eles foram capacitados, e até a implementação das equipes de Saúde da Família (ESF), em 2002, vinham exercendo atividades de vigilância, conscientização e promoção em qualidade de vida.

"A secretaria pretendia utilizar os recursos humanos de que dispunha na rede básica para estruturar as equipes Saúde da Família. Visando a atingir este objetivo, traçou uma metodologia de adesão dos profissionais", afirmou a assessora técnica da SMSA, Maria Aparecida Turci. Aqueles que concordassem com as alterações que ocorreriam no seu processo de trabalho, com a jornada de trabalho acrescida em quatro horas e a questão salarial, se inscreveriam para o recebimento de uma gratificação denominada "plus PSF".



Foto: Leandro Couri

O Núcleo de Apoio em Reabilitação é um projeto piloto para dar suporte às equipes Saúide da Família que atendem à região de Barreiro, composta por 20 centros de saúde.

No ano inaugural da ESF, 2002, a secretaria não logrou o êxito esperado na composição das ESFs, que conta com um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e uma quantidade que varia de quatro a seis ACSs. As primeiras equipes cadastradas, cerca de 176, foram estruturadas com uma parcela de seu quadro funcional. Depois de implantado o PSF, a prefeitura conseguiu manter uma média mensal de crescimento de 21 equipes com profissionais contratados.

Ao longo dos dois anos do programa, os médicos e enfermeiros da rede não mais aderiram à iniciativa. Os que optaram por não fazer parte das ESFs - como pediatras, ginecologistas, clínicos e enfermagem - permaneceram nas suas unidades de saúde de origem. A SMSA incentivou a criação de equipes "de apoio" para agregar o especialista ao trabalho da ESF básica.

O diferencial do trabalho anterior é que o profissional especialista é referência para a equipe básica. Portanto, a responsabilidade clínica e sanitária da população coberta seria do médico generalista e equipe; nos casos em que o núcleo de conhecimento específico do especialista é necessário, ele é acionado. Os especialistas estariam como retaguarda para as ESFs básicas, atendendo situações agudas ou mais complexas. Esses profissionais mantiveram sua carga horária original, porém passaram a receber o "plus PSF".

Um outro segmento de profissionais que não aderiram à Estratégia ficou responsável pelo atendimento da população dita como de baixo risco, nos moldes do atendimento à demanda e agendamento de consultas. "No início da ESF, existia uma visão romântica de que a equipe ia atender na casa do paciente. Não é bem assim. O agente faz a visita e identifica as necessidades de cada morador. Porém, o lugar primordial do cuidado continua sendo o centro de saúde. Existe um trabalho de promoção, prevenção e clínico com a visitação da equipe, mas que não substitui o CS", ressaltou Maria Turci.

Para montar as ESFs restantes e assim atingir a meta da SMSA de 504 equipes, foi preciso realizar concurso público de médicos e enfermeiros. Com o decorrer de um ano da implantação, em fevereiro de 2003 já existiam 389 ESFs representando 77% das equipes previstas. "O concurso cria vínculo com a municipalidade e tenta minimizar um dos grandes desafios que encontramos, a manutenção do médico no programa", ressaltou a profissional Sônia.

Territorialização

A decisão de onde seriam implantadas as equipes foi tomada de acordo com o risco de adoecimento e morte presente em cada região da capital mineira. Para identificar quais eram as áreas que mais careciam de assistência, a SMSA buscou a divisão de cada setor censitário feita pelo IBGE e formulou um índice que pudesse mensurar indicadores sociais e de saúde, que levava em consideração rede de esgoto, coleta de lixo e outros itens.

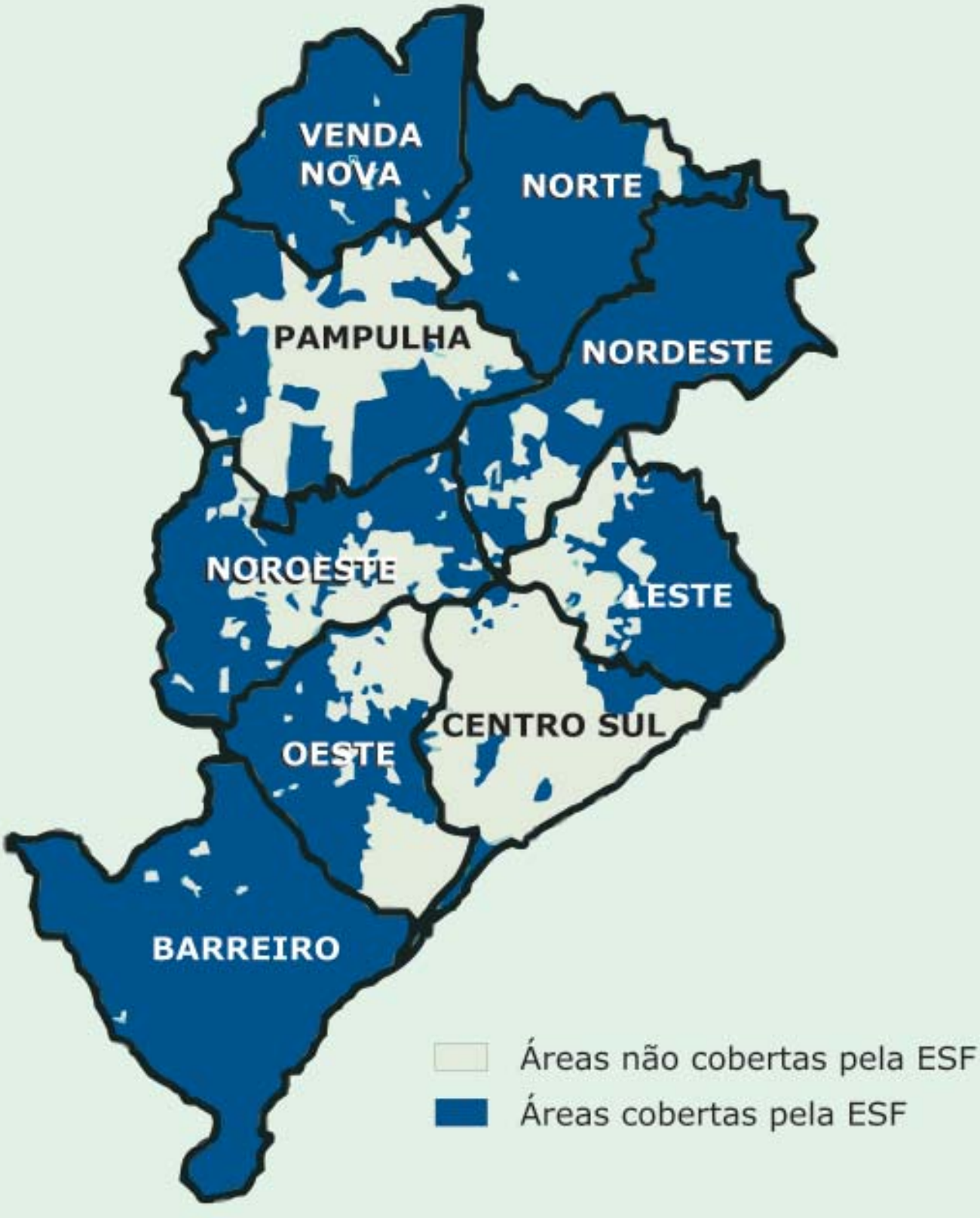
As áreas foram classificadas em quatro níveis de risco: muito elevado, elevado, médio e de baixo risco. A maior parte da população belo-horizontina (37%) vive em regiões consideradas de médio risco, seguida pela parcela residente na de baixo risco (29%), elevado (27%) e muito elevado (7%). "O critério de implantação das EFSs foi baseado na seguinte necessidade: Quem precisa mais, conta com um número maior de equipes. O estudo foi feito em 2000, a partir do censo de 1996, e refeito em 2003. Desse estudo foi retirado o cálculo de quantos ACSs eram necessários em cada centro de saúde para dar cobertura às áreas. Os agentes começaram a fazer um mapeamento do território e cadastrar a população", explicou a gerente de assistência da SMSA, Sônia Gesteira Matos. A cada censo divulgado pelo IBGE, a prefeitura terá que refazer este estudo para readequação de recursos.

Cobertura está em 75%

Atualmente, a capital mineira detém o maior percentual de cobertura da população do país em grandes centros. Em uma cidade onde residem cerca de 2,3 milhões de habitantes, 75% deste contingente está na faixa da ESF, com atuação de aproximadamente 2.200 ACSs.

Avaliação da implementação da ESF em centros urbanos

Cobertura



Em atividade na rede estão ainda 186 equipes de saúde bucal, 65 de saúde mental, 201 médicos pediatras, 110 clínicos e 142 ginecologistas de apoio.

"Os agentes comunitários ainda são multiplicadores dos grupos operativos. A cada semana é promovido um debate de assuntos afins da comunidade, e ele é um dos instrumentos de divulgação da atividade", afirmou a médica da família Emilce de Souza Pinto. As palestras acontecem em salões emprestados por igrejas ou escolas e podem abordar temas como verminoses, planejamento familiar, hipertensão, gravidez na adolescência, dentre outros.

A SMSA procurou estimular a adequação dos protocolos assistenciais da rede para a nova proposta do modelo ESF, tanto na saúde da mulher como na da criança, reafirmando o papel do generalista, explicitando as atividades do enfermeiro e definindo o papel dos médicos e profissionais de apoio. Outra medida para garantir o auxílio aos generalistas, a referência e a resolutividade das equipes foi a redistribuição nas unidades de saúde dos profissionais de especialidades básicas, tentando evitar excessos ou a falta deles nos CSs.

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde em maio de 2002, quando estavam implantadas as 176 ESFs, mapeou a situação encontrada na capital mineira. Uma das conclusões indicava que o aumento do número de ESFs por unidade básica de saúde não era acompanhado pelo crescimento proporcional do número de consultórios médicos. Havia uma média de 1,41 consultório nas unidades com apenas uma ESF; onde havia duas ESFs, a média era de 1,31 consultório; naquelas que possuíam três ESFs, a média era de 2,67 consultórios e nas unidades com quatro ESFs, a média era de três consultórios médicos. "Isto demonstra que mesmo com todo o investimento realizado, ainda há muito que ser feito em infra-estrutura para o trabalho das equipes", pontuou Maria Turci.

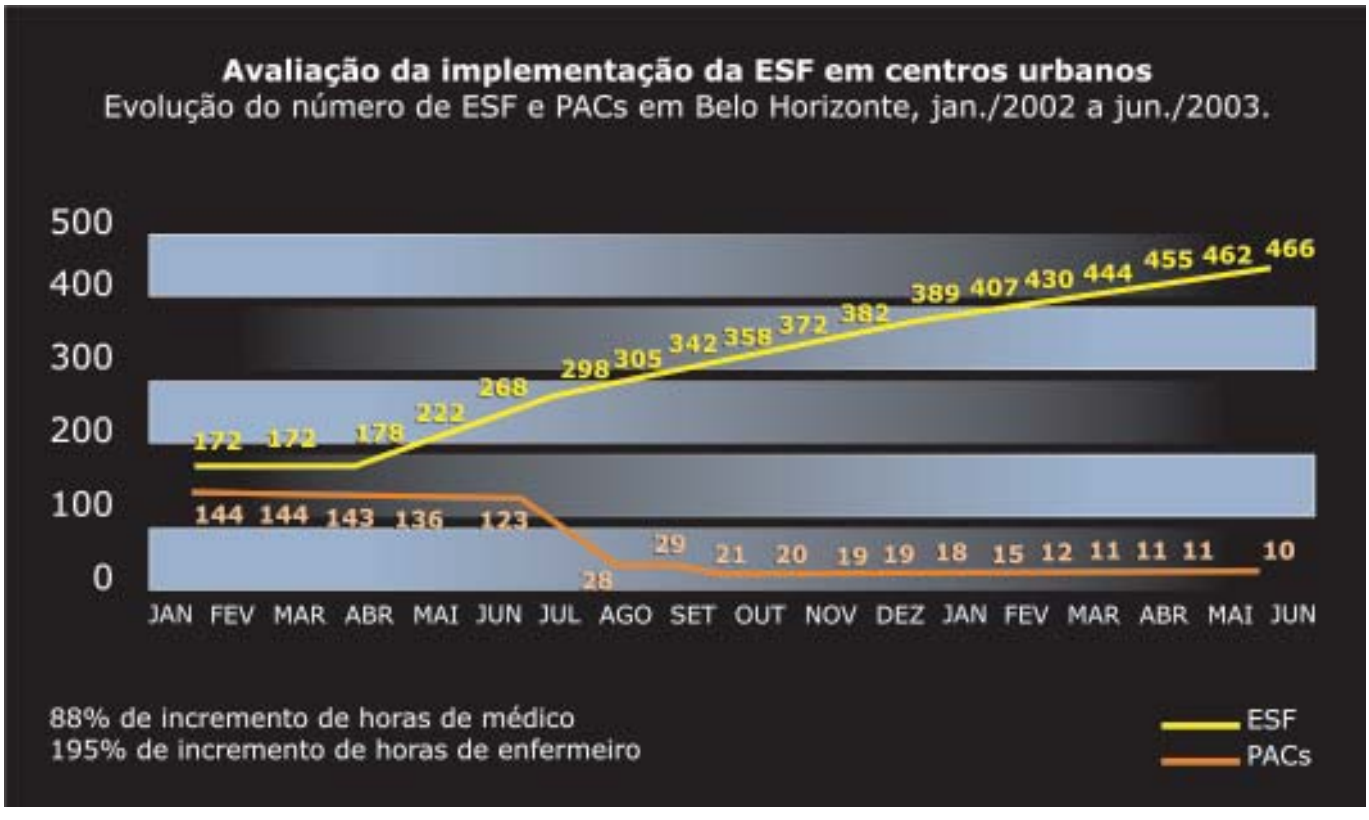
Equipe em ação

Foto: Leandro Couri



Vítima de infarto seguido de acidente vascular cerebral (AVC), Ernestina Francisca da Silva de Paula, 87, tem a saúde debilitada, e há mais de um ano é acompanhada por uma ESF do CS Etelvina Carneiro, região norte de Belo Horizonte. "Ela era atendida pelo Hospital Militar, e em maio deste ano recebeu alta. Seu quadro não apresenta progresso nem piora, mas minha mãe requer muitos cuidados porque também já teve doença de Chagas. Uma vez por mês a equipe vem a nossa casa, ou conforme a necessidade, eu agendo uma visita com intervalo menor", explicou a filha Lúcia de Paula, 49.

O patriarca da família, Osvaldo Romualdo de Paula, 90, apesar de ter sido acometido por um derrame e precisar de andador, é menos dependente do auxílio dos filhos. "É impressionante como meu pai ainda mantém uma boa memória e se reserva o prazer de comer de tudo, sem que isto atrapalhe qualquer função do seu organismo. Ele não tem nada que agrave sua saúde", disse Lúcia. Quando acontecem as visitas domiciliares, o policial reformado aproveita para medir a pressão arterial e colocar o papo em dia. E assunto não falta, são desde os 'causos' da época em que serviu à corporação, até os acontecimentos recentes, pois suas manhãs são reservadas à leitura atenta de dois jornais.



Benefício da ESF

A ampliação do acesso à saúde é, para a gerente de assistência da SMSA, Sônia Gesteira Matos, uma das maiores vantagens da ESF. "O programa chegou até uma população praticamente desconhecida dos centros de saúde, pois ela está retida no leito e demanda atenção domiciliar. Indo até a casa das pessoas, você descobre uma gama imensa de dependentes, como idosos e paraplégicos, que estão desassistidos e sem fazer jus ao seu direito à saúde." O modelo de atendimento conforme a demanda levava aos centros de saúde, principalmente, crianças com doenças agudas, gestantes, diabéticos ou hipertensos.

"O centro de saúde passa a também ter que dar conta de acompanhar uma exigência nova, a que ainda estamos nos adaptando para melhor resolvê-la. Detectamos muita necessidade em reabilitação, pacientes terminais e cuidados com feridas crônicas em um volume que as unidades praticamente não tinham. Temos de preparar o profissional para isto e colocar na rede outros insumos que antes não existiam", destacou a gerente.

Um outro ganho da população destacada por Sônia é a referência no atendimento. Com o trabalho em equipe, houve um processo de responsabilização pelo paciente que não se encerra nas visitas domiciliares. "Algumas ESFs já conhecem profundamente quem são seus pacientes. A pessoa passa a ser reconhecida pelo profissional da saúde como o que ela é de fato, oferecendo à equipe a chance de conhecer elementos determinantes que podem estar contribuindo para um possível adoecimento. Esta é uma outra perspectiva para a assistência às pessoas", afirmou.

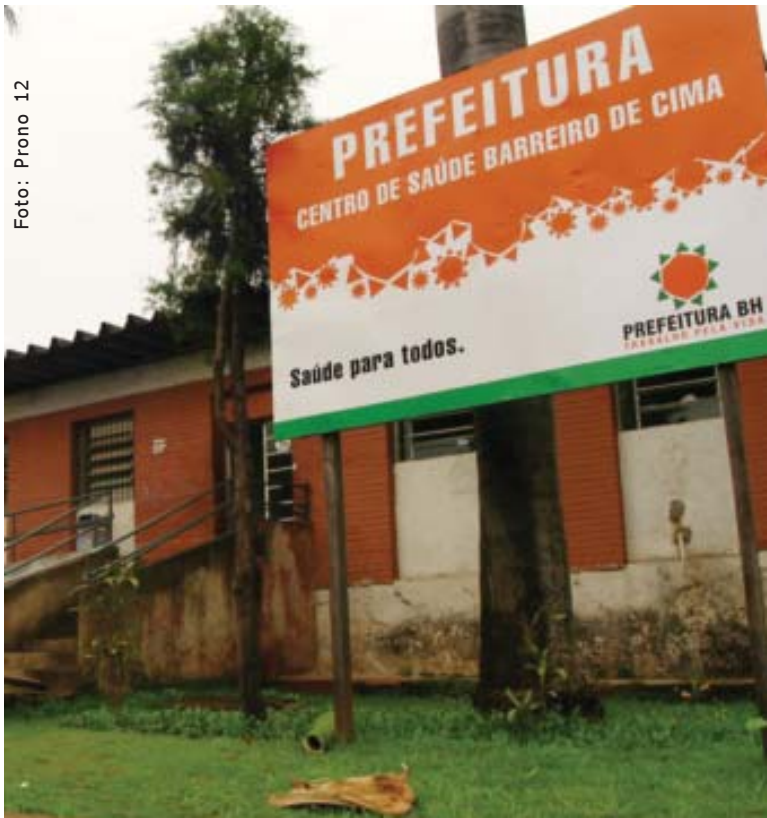


Foto: Prono 12

Desafios Saúde da Família

Apertar o parafuso da roda com o carro andando. A comparação feita pela assessora técnica da SMSA, Maria Aparecida Turci, ilustra como são vários os obstáculos que a gerência deve vencer para o aperfeiçoamento da ESF e como as soluções devem ser aplicadas e testadas em momento simultâneo ao atendimento. O secretário municipal de Saúde, Helvécio Miranda Magalhães Júnior, separou em três blocos os desafios encontrados para manutenção da rede de atenção básica da cidade.

"Nos empenhamos de forma permanente para trabalhar com a idéia de conjunto do sistema de Saúde. O esforço tem sido para garantir a integralidade e a continuidade da assistência, e de maneira que a ESF não seja algo apartado das demais unidades da rede", disse. Para entender esta dificuldade, ele citou como exemplo uma pessoa hipertensa assistida pela ESF, mas que precisa de um cardiologista. "A equipe deve acompanhar todo o ciclo deste paciente, mesmo se ele demandar internação ou outros cuidados. O trabalho dela não termina no encaminhamento. É necessário embutir na consciência da equipe que ela tem um duplo papel: o de cuidado direto e o de acompanhamento", completou.

As equipes de Belo Horizonte estão se deparando com o aumento gradativo da ampliação da infra-estrutura para a garantia da resolutividade na atenção prestada por elas. A secretaria oferece exames de patologia clínica, que são colhidos nas unidades de saúde e encaminhados aos laboratórios regionais de médio porte, com capacidade entre 50.000 a 70.000 exames ao mês. Belo Horizonte possui nove distritos sanitários e os laboratórios atendem no máximo a dois. São ofertados ainda exames radiológicos, de ultra-sonografia e gráficos, realizados na rede da SMSA e em serviços contratados pelo SUS. Contudo, a quantidade ainda é insuficiente, se comparada à demanda.

Em situações nas quais há a necessidade de consultas especializadas, elas são agendadas por meio da Central de Marcação da capital, que dispõe de 35 especialidades e consultas eletivas ambulatoriais. A central marca algo em torno de 1.250 milhão de consultas ao ano, e a maioria da demanda, cerca de 60%, é atendida em até 60 dias.

Os médicos da família encaminham para as consultas especializadas uma média de 14% dos pacientes atendidos. O acesso às internações hospitalares também é feito mediante uma central administrada pelo município. Todas as unidades de saúde contam com uma farmácia para entrega da medicação prescrita. A lista de medicamentos é composta por 250 itens, cobrindo as patologias mais freqüentes.

"Outro desafio é o financiamento para a implantação desta estratégia. O formato é muito caro e a verba que as cidades recebem ainda está aquém do que se consome", afirmou Magalhães. O custo direto de uma equipe é estimado em R$ 15 mil. O Ministério da Saúde repassa por mês R$ 5.400 e o governo estadual auxilia com mais mil reais. "É preciso sair do cofre do município R$ 9 mil mensais. Isto sem mensurar os outros gastos com exames, conseqüência de nossa alta cobertura e ampliação do acesso. Consideramos que das mais de 2,5 milhões de consultas anuais realizadas nos centros de saúde, 1/5 geram pedidos de exame", disse.

O terceiro bloco de obstáculos a serem interpostos é o perfil do profissional médico generalista. Segundo o secretário, não existe no país uma universidade que o forme com esta visão do todo, e dando-lhe noções de saúde pública. "Além de manter uma remuneração com a lógica de mercado, faremos um segundo concurso público para fixá-los na rede, fato este que também não é realidade no Brasil. Estamos dispondo de mecanismos de educação permanente para capacitá-los à função", ressaltou.

Belo Horizonte apresentou grande instabilidade das equipes de Saúde da Família no decorrer da implantação da estratégia, conforme avaliação da gerência de assistência da SMSA. Em 2003, foram descredenciados por mês das ESFs uma média de 5% dos médicos, 2% dos enfermeiros e 3% dos auxiliares de enfermagem. A saída do profissional da equipe em que estava originalmente cadastrado aconteceu, na maioria dos casos, por motivos de demissão, exoneração do cargo, pedido de transferência para outra equipe e desligamento da ESF para voltar ao trabalho na rede.

Acompanhamento nas Unidades

A SMSA traçou um planejamento estratégico na qual criou os "Grupos de Condução" para monitorar e acompanhar a ESF através da Gerência de Assistência (GEAS), em trabalho conjunto e articulado com os nove distritos sanitários. Os grupos têm a função de dar suporte técnico e gerencial às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e são constituídos por técnicos do nível central e dos distritos das diversas áreas, como atenção à saúde, epidemiologia, recursos humanos e regulação.

A partir da definição das diretrizes do modelo tecno-assistencial do município e do estabelecimento do papel das ESFs, a SMSA estabelece uma pactuação com as equipes que contempla, fundamentalmente, os aspectos do processo de trabalho, como a descrição de situações não-aceitáveis na unidade de saúde e definição de grupos prioritários para acompanhamento. A secretaria pretende iniciar um processo de determinação de metas para que seja garantida a melhoria nos indicadores de saúde relativos àquelas populações e áreas de abrangência. A matriz terá uma formatação padrão que poderá ser modificada conforme a necessidade e a realidade local, considerando a heterogeneidade das diversas ESFs em funcionamento, bem como os perfis populacionais existentes.

Soluções particulares de BH

Para suprir a lacuna criada pela ausência de profissionais generalistas necessários para compor as ESF's, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) dispõe do curso de Especialização em Saúde da Família, com 372 horas/aula, procurando atender uma demanda específica descrita pela SMSA. Segundo a coordenadora do curso e doutoranda em Saúde Pública, Veneza Berenice de Oliveira, o médico da ESF tem um compromisso maior na questão horizontalizada. "As grandes bandeiras do programa são o vínculo com a clientela e a



Foto: arquivo

UFMG

referência com a equipe médica. O profissional se torna um 'especialista em quem é o paciente' tendo a oportunidade de conhecer melhor a história de vida dele".

Em 2001, docentes e profissionais de outras áreas afins se reuniram para discutir a formação deste curso na UFMG e alinhavaram quais seriam os conteúdos e a forma que eles seriam ministrados. "A universidade não tinha experiência nesta área e vários departamentos se mobilizaram para a construção da especialização". Foram escolhidos 129 professores, dos quais 74,5% têm títulos de mestrado ou doutorado.

A primeira turma, designada como Alfa, contou com 110 médicos e 125 enfermeiros, totalizando 235 alunos. Beta, a segunda turma, teve 270 pessoas, sendo 142 médicos e 128 enfermeiros. Ambas as classes eram compostas de funcionários da secretaria e já concluíram o curso. Do total de alunos, 386 receberão o diploma em um evento sem data confirmada. "Registramos uma quantidade pequena de desistentes, foram 68 em um universo de 505 estudantes", disse Veneza. Outros 51 estão pendentes em alguma disciplina ou com a monografia.

A terceira turma, Gama, iniciou suas atividades em fevereiro de 2004, contando com 208 estudantes, sendo 104 médicos e a mesma quantidade de enfermeiros. A previsão de formatura é para o início de 2006 já que estão em processo de realização das monografias. Delta é a última turma, que entrou em sala no mês de agosto passado. Ela conta com 141 médicos e 145 enfermeiros, em um total de 286 estudantes que foram aprovados no concurso público promovido pela secretaria em 2003. Foram quase mil alunos inscritos durante toda a existência do curso.

Módulos

O tripé sobre o qual foi formado o curso consiste na reorientação do modelo assistencial, reorganização das ações da saúde e capacitação complementar e tutoria. "Na primeira fase é dada ao profissional uma visão das mudanças do modelo de atendimento na atenção básica e o trabalho é conjunto, incluindo a participação dos agentes comunitários", explicou Veneza. Nas duas turmas que finalizaram o curso, 1.761 ACSs receberam certificados de participação e outros 855, da terceira classe, também o receberão.

Há divisão de médicos e enfermeiros na segunda etapa para aprendizado de saúde da criança, mulher e adulto. Podem continuar no módulo os especialistas que tiverem o interesse neste intercâmbio de conhecimento. "Eles acabam ficando na sala para reciclagem. Os docentes abrem espaço para quem lida com a temática com freqüência, como por exemplo, o Conselho Tutelar", explicou Veneza. A totalidade da turma volta no terceiro módulo para o debate de conteúdo em imunização e saúde do idoso e produz, em duplas ou quartetos, a monografia final da especialização.

BH Cidadania

Os agentes comunitários também têm um papel fundamental em detectar outras necessidades que travam o desenvolvimento da população assistida na Vila Santa Rita de Cássia, localizada na região centro-sul da capital. Lá é um dos locais em que está sendo aplicado desde 2002 o programa BH Cidadania, que espera, por meio de um trabalho intersetorial da saúde, educação, cultura, esporte e assistência social, promover a melhoria da qualidade de vida. Em cada uma das nove regionais da prefeitura existe um Núcleo de Apoio à Família



(NAF) que conta com o trabalho de técnicos em assistência social para serem mediadores do público com as atividades disponíveis do programa.

Segundo o coordenador do NAF centro-sul, José Maurício Iglesias da Silva, há intenção de se criar um centro referência do 'BH Cidadania' a partir do ano que vem. "Na área onde atuo são oferecidos espaços para as mães poderem brincar com seus filhos, oficinas de esporte e dois grupos de convivência da terceira idade com um total de 120 participantes".

A vertente cultural contratou ainda um dançarino para lecionar, e o batuque fica por conta de alguns moradores que dominam a técnica da percussão. "Esta oficina é voltada para um público de seis a 14 anos e tem um grande ibope na região. Oferecemos também aulas de forró e ginástica, além de grupos temáticos em hipertensão ou outras patologias", disse o coordenador.

Reabilitação

Na capital mineira, a reabilitação de pacientes estava inserida na atenção secundária e havia um estrangulamento na prestação de serviço. Para melhorar este fluxo na base e estimular a promoção da saúde, a SMSA colocou em prática um projeto piloto: o Núcleo de Apoio em Reabilitação, que iniciou atendimento em março deste ano, para dar suporte às ESF em uma das regionais mais populosas da cidade, o Barreiro, que conta com 20 CSs.

Foto: Leandro Couri



São 16 profissionais, entre fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais que integram o núcleo. A equipe está lotada temporariamente no CS Barreiro de Cima, que passa por reformas de ampliação. "A estrutura física não é para assistência no local. Estamos plantando a semente da capacitação e sensibilização das equipes com trabalho *in loco*. Realizando treinamentos, que duram uma média de três meses, esperamos preparar a ESF para lidar melhor

perante situações de pacientes que carecem de reabilitação", explicou a coordenadora do núcleo, Simone de Pádua Ayres.

O núcleo se tornou referência para assistência em casos específicos e está apto a colaborar com todas as equipes SF na região do Barreiro. "Já trabalhamos em seis centros de saúde e continuaremos nosso percurso até passar por todos. O treinamento que oferecemos às equipes não exclui a oferta de nossos cuidados à população que necessita da gente", afirmou a coordenadora.

Além das visitas domiciliares para atender os acamados cadastrados previamente, existem outras três formas de operação do núcleo: os grupos operativos que debatem sobre algumas patologias e aqueles organizados pela comunidade que têm cunho lúdico ou de convivência, ação em creches e asilos junto com as ESFs e atendimento aos moradores.

"Pensamos em promover também a autonomia das pessoas para que elas mesmas cuidem de sua saúde. O modelo não precisa ser baseado na ação curativa. Podemos sugerir mudanças simples na vida dos pacientes e que têm grande eficácia para o contexto em que elas vivem", disse Simone. Um exemplo para demonstrar as possibilidades criadas pelo grupo interdisciplinar foi o desenho de um equipamento que pretende devolver a movimentação de um morador obeso que depende de terceiros para se virar na cama. O núcleo já acompanhou 171 pessoas acamadas, em quase 500 visitas.





Foto: Leandro Couri

Concurso Saúde da Família amplia e melhora saúde dos cearenses

Médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas do País inteiro estão com as atenções voltadas para o Ceará. É o primeiro estado brasileiro a realizar concurso público da Estratégia Saúde da Família. São 4.339 vagas. A prova já será no dia 18 de dezembro, com a adesão de 119 municípios. A cobertura hoje da ESF é de 58%. Existem 1.726 equipes qualificadas. Funcionando, 1.311. O concurso será realizado para resolver o problema da falta de profissionais nas equipes já existentes e ampliar o número de equipes. Todas com uma missão:melhorar a saúde dos cearenses, principalmente das famílias pobres.

Nesses 11 anos de implantação do programa no Ceará, os indicadores de saúde melhoraram. O secretário da Saúde do Estado, Jurandi Frutuoso, destaca que os resultados positivos aparecem na redução da mortalidade infantil, que hoje é de 17,9. A taxa de mortalidade infantil já foi bem maior. Em 1987, de mil crianças nascidas vivas, 107 morriam antes de completar um ano de vida. Os bons resultados aparecem também no aumento do índice de aleitamento materno e na ampliação da cobertura pré-natal.

Atualmente, todo o Estado recebe cobertura do Programa Saúde da Família e de saúde bucal — com a adesão de dentistas às equipes SF. Com o importante trabalho que esses profissionais vêm prestando à população, a forma de trabalho, sem vínculo empregatício, tornou-se uma dificuldade a ser superada. Daí a idéia pioneira do concurso surgir como solução. Além de incrementar a cobertura do programa, o vínculo empregatício dos profissionais com os municípios vai aumentar o compromisso e a segurança no trabalho e fortalecer a relação do profissional com a população.

A Secretaria da Saúde do Estado contratou uma empresa de consultoria, que junto com a Aprece e o Cosems — Conselho dos Secretários Municipais de Saúde —, ajudou na articulação das ações para o concurso, o de maior porte já realizado no País.

Atua ainda no processo uma comissão central que coordena os trabalhos, integrada por representantes de universidades, das categorias profissionais da ESF, da área de recursos humanos do Estado e da Mesa Estadual de Negociação do SUS. Há também três comissões setoriais que reúnem, cada uma, respectivamente, professores de enfermagem, de medicina e odontologia, de três universidades: Uece, UFC e Unifor. As comissões setoriais foram responsáveis pela discussão do conteúdo programático do concurso.

Os municípios que aderiram ao concurso indicaram quantas vagas destinarão para cada cargo, assim como o valor do piso que será pago aos profissionais. Essas medidas impedem que o governo estadual interfira na autonomia dos municípios, já que são eles os responsáveis diretos pela contratação dos profissionais. Os candidatos poderão escolher a cidade para a qual desejam trabalhar. O concurso será realizado para profissionais de nível superior e a carga horária de trabalho será de 40 horas/semanais.

A iniciativa de realizar um concurso como esse surgiu a partir de uma política de desprecarização do sistema de saúde adotada pelo governo do estado. Com a dificuldade dos municípios de promoverem uma ação como essa, o Estado resolveu bancar a empreitada. O resultado já está obtendo tanto sucesso, que até mesmo o Ministério da Saúde solicitou informações para que o modelo do concurso seja implantado em outras localidades do País.

Regularizando profissionais

A Estratégia Saúde da Família é uma experiência iniciada no Ceará e, hoje, implantada em todos os estados do Brasil. "A ESF é um modelo assistencial exitoso que vem melhorando o perfil epidemiológico da



população", afirma a presidente da Comissão de Coordenação Central do Concurso Público Único Estadual de Base Local, Samya Oliveira. "As pessoas estão adoecendo menos e os índices de mortalidade decrescendo", informou.

Há 14 anos não se realiza concurso público, na área da saúde, no Ceará. O crescente quadro de profissionais que atuam no setor, sem vínculo empregatício, tornou o sistema precário e oneroso, devido à utilização de modalidades informais de vínculos, como serviço prestado, terceirização, cooperativas e outras. Essas práticas são destoantes do que preconiza a Constituição Federal, que enfatiza que a única forma legal de entrada no serviço público é por meio de concurso. Assim, o governo federal passou a estimular a Política de Desprecarização do Trabalho em Saúde, estimulando a realização de concursos públicos em todos os níveis.

A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, por solicitação do governador, Lúcio Alcântara, teve a iniciativa de sensibilizar os gestores para a execução do I Concurso Público Único Estadual de Base Local/PSF, que também é uma experiência pioneira no País. O papel da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (Sesa) consiste em realizar este evento, assumindo inclusive seu custo financeiro.

Cabe aos municípios o provimento dos aprovados, de acordo com as respectivas Leis Municipais de Criação de Cargos.

A adesão dos 119 municípios é reflexo de um trabalho integrado de dois anos e de intensiva sensibilização com os gestores municipais, tendo como instituições parceiras a Associação dos Prefeitos do Estado do Ceará (Aprece), o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), o Tribunal de Contas dos Municípios (TCM) e Procuradoria Regional do Trabalho (PRT) 7ª Região.

I Concurso Público Único Estadual de Base Local/PSF

Vagas do concurso

Médicos – 1.593
Enfermeiros – 1.399
Cirurgiões-dentistas – 1.347

Evolução da implantação das equipes Saúde da Família



1998



1999



2000



2002



2003



2004



2005



Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica



Foto: Edimar Soares

CE

Maracanaú

Densidade demográfica

O município de Maracanaú fica distante apenas 20 km de Fortaleza e os seus limites já se confundem com os da capital cearense, fazendo com que ele integre a sua Região Metropolitana. O termo Maracanaú significa, em tupi, lagoa onde as maracanãs bebem. O nome foi dado à cidade em função da grande quantidade destas aves que sobrevoavam suas lagoas.

Com uma população de pouco menos de 200 mil habitantes, Maracanaú tem a segunda maior arrecadação do Ceará, e registrou uma renda *per capita*, no ano passado, de mais de R$ 11 mil. Além disso, foi o segundo município que mais exportou no Estado, ficando atrás apenas de Fortaleza.

Esses números são o reflexo da intensa atividade econômica gerada pelo Distrito Industrial, localizado dentro do município, onde mais de 80 empresas produzem artefatos têxteis, artigos para cama e mesa, biscoitos e bolachas, calçados (de couro, plástico, fibras, madeira ou borracha), fungicidas, herbicidas, defensivos agrícolas, massas alimentícias, material elétrico para veículos e medicamentos, entre outros produtos.

Apesar desses indicadores econômicos, a cidade tem ainda problemas sociais a serem enfrentados. Um deles é a falta de qualificação da mão-de-obra local, que faz com que muitos dos trabalhadores contratados para as indústrias sejam recrutados em cidades vizinhas - principalmente Fortaleza.

De acordo com Ana Maria Girão, coordenadora de Atenção à Saúde do Município, 70% da população tem menos de 39 anos de idade. Um reflexo direto disso é que álcool, drogas e gravidez na adolescência estão entre os principais problemas enfrentados pelas autoridades. Ela ressalta que Maracanaú tem, ainda, outra peculiaridade: uma grande densidade demográfica. "O bairro Timbó, por exemplo, tem a maior taxa da América Latina, com 1.952 habitantes por km quadrado", diz.

Modelo anterior *versus* Modelo atual

Foi nesse contexto que a Estratégia Saúde da Família foi implantada na cidade, em 1997. Na época, as autoridades municipais sabiam muito pouco sobre o estado de saúde da sua população. Não havia acompanhamento de tuberculosos, portadores de hanseníase nem hipertensos. O pré-natal era feito apenas em hospitais. Também não havia o acompanhamento das gestantes.

O médico Raimundo Queiroz, que trabalha há 28 anos na prefeitura de Maracanaú, era administrador da Secretaria de Saúde na época em que a ESF foi implantada. Ele lembra que um dos principais problemas da época, em relação à sua categoria, era que os médicos eram mal remunerados, o quadro de profissionais era muito reduzido e eles não permaneciam em tempo integral no atendimento.

"Os médicos ficavam, quando muito, duas horas por dia atendendo. Eram desestimulados, porque ganhavam mal", explica. Ele também recorda que existiam poucos postos de saúde, o que dificultava o acesso das pessoas e acabava sobrecarregando o hospital com problemas de baixa complexidade (escabioses e outras doenças relacionadas com falta de higiene, diarréia e desidatração, por exemplo) e, muitas vezes, de simples solução.

Ainda sobre os profissionais envolvidos, Sheila Cirino Câmara, enfermeira e gerente de uma das seis Áreas de Vigilância de Saúde (Avisa) de Maracanaú, que também acompanhou a implantação da ESF, acrescenta que o novo modelo fez com que aumentasse o compromisso deles com os pacientes, à medida que foi instituído o acompanhamento assistido das pessoas.

Aumento da procura

Um detalhe que chama a atenção nos números de atendimento do município é que, em alguns casos, o percentual de doenças registradas saltou vertiginosamente com o passar dos anos. Os diabéticos, por exemplo, eram 1.272 em 1999. No ano passado, já foram mais 2.800. No caso dos hipertensos, então, o aumento foi ainda mais significativo: nenhum em 1997 e 1998, 3.897 em 1999 e mais de 10 mil em 2004. Isso seria reflexo de pouca eficiência do programa? Raimundo Queiroz destaca que é exatamente o contrário.

"O que aumentou foi a procura dos doentes e o número de diagnósticos, de pessoas tratadas. Se a pessoa tem hanseníase, por exemplo, mesmo que no estado inicial, e não veio procurar orientação médica, o programa vai à casa dela, identifica a doença e indica e medicação adequada", diz. Ele lembra outro método que não existia antes da ESF, que é a medicação assistida. Por esse procedimento, após receitar os medicamentos, o profissional do PSF ainda tem o cuidado de visitar o doente regularmente, só para aplicá-los no dia e horário adequados. "O agente vai lá na casa do paciente, pede para ele abrir a boca e coloca o comprimido", explica.



Foto: Edimar Soares

Paciente recebe visita na Colônia



Foto: Edimar Soares

Empoderamento

Sheila usa um termo para definir a diferença entre o modelo de atendimento anterior e o da nova estratégia: "empoderamento". "Não sei se é o mais correto, mas acho que foi isso que aconteceu. Os profissionais se empoderaram da sua área de trabalho, ao se envolver mais intimamente com as pessoas, conhecer os seus problemas e os indicadores de cada região".

Segundo a enfermeira, a diferença nos procedimentos dos profissionais é a proximidade e a relação que se estabelece entre atendentes e pacientes na ESF. "A participação na vida social da comunidade ajuda no diagnóstico e no tratamento", ressalta. Raimundo Queiroz acrescenta que isso envolve até a distribuição de cestas básicas para tuberculosos e portadores de hanseníase, o que aumenta a sensação de assistência por parte dos doentes.

Com relação à gerência dos recursos, Sheila afirma que o modelo anterior, centralizado, acabava engessando os pontos de atendimento, porque estes tinham que se adequar à verba que era fornecida sem considerar as peculiaridades de cada local. Cada área, segundo ela, tem problemas e carências diferentes e por isso precisa aplicar o dinheiro de acordo com a sua realidade.

Os recursos da ESF são administrados pela Secretaria de Saúde, mas como ela acompanha o dia-a-dia de cada posto e a comunicação é mais fácil, as demandas são atendidas de forma mais eficiente. "Se você sabe que determinada área tem mais pacientes que outra, por exemplo, vai canalizar mais recursos e medicamentos para ela. O mesmo acontece com um veículo novo que vai chegar", diz Sheila.

Outro papel importante da ESF foi a definição mais precisa do papel de cada nível de atendimento. Apesar de o quadro ainda não estar completamente claro, tanto para os profissionais quanto para os pacientes, o programa foi uma ajuda importante para que isso venha a se tornar realidade, um dia.

Um caso bem ilustrativo é do pré-natal, acompanhamento feito com as gestantes. A ESF fez com que a Secretaria de Saúde pudesse orientar os profissionais dos hospitais para que esse serviço passe a ser feito apenas nos postos de saúde, já que não exige muitos recursos, não tem necessidade de uso de aparelhos sofisticados nem atendentes especializados. Com isso, os hospitais podem se dedicar apenas aos casos mais graves, otimizando o tempo de médicos, enfermeiros e alocando os seus equipamentos de forma mais eficiente.



Foto: Edimar Soares

A rede

Maracanaú tem 21 unidades básicas de saúde e 46 equipes, responsáveis pela cobertura de quase 90% da população. Em 22 dessas equipes, além da formação tradicional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e 4 a 9 agentes de saúde), também compõe o "time" um dentista e auxiliar de consultório dentário. E em cinco a população também tem um técnico de higiene dental à disposição. O município está dividido em seis Áreas de Vigilância à Saúde (Avisa).

Periodicamente, a cidade faz campanhas de prevenção de doenças e palestras enfocando o dia-a-dia das famílias. De acordo com Ana Girão, uma das peculiaridades do programa do município é a presença, desde junho deste ano, de um farmacêutico em cada unidade de saúde. A coordenadora de Atenção à Saúde do Município destaca que a principal vantagem trazida por essa iniciativa foi a redução do desperdício de medicamentos. "Cada um faz o remanejamento da sua unidade, enviando o que sobra para outros locais e fazendo os pedidos do que está faltando", explica.

Ana Girão acrescenta que existe outra particularidade na ESF de Maracanaú que merece destaque. O município criou, para cada unidade de saúde, a função de coordenador administrativo. Ele cuida da área burocrática e dos problemas operacionais, um trabalho que antes ficava a cargo dos médicos. "O coordenador permite que os profissionais de saúde possam se dedicar mais à sua função mais importante, que é atender à população", informa.

Qualidade de vida

A Prefeitura de Maracanaú cita iniciativas, algumas em caráter experimental, cujo objetivo é melhorar a saúde com o aumento da qualidade de vida dos moradores. No Núcleo de Atenção Integral, por exemplo, 80 pessoas se reúnem duas vezes por semana para sessões de relaxamento, alongamento, terapia do riso, musicoterapia e palestras educativas sobre o cotidiano.

Na área de planejamento familiar, as mulheres podem optar pelos seguintes contraceptivos: DIU, anticoncepcional oral mensal, anticoncepcional para o período de aleitamento materno, contraceptivo de emergência e injetável mensal. Após a avaliação médica, elas decidem, junto com o profissional, o método mais conveniente.

Os 80 detentos da Cadeia Pública de Maracanaú têm, quinzenalmente, atendimento médico e odontológico, além de participarem de palestras sobre prevenção de doenças - de modo especial as sexualmente transmissíveis. Eles têm direito



Foto: Edimar Soares



Foto: Edimar Soares

à consulta médica, vacinação, exames laboratoriais, preservativos e medicamentos.

A Secretaria de Saúde do Município financia projetos voltados para a prevenção da AIDS junto à comunidade, especialmente os jovens, que representam a maioria da população. Vinte e cinco deles se inscreveram e participaram de oficinas de capacitação sobre saúde sexual e reprodutiva, e estão repassando os conhecimentos para estudantes da rede de ensino municipal.

Já o Núcleo Municipal do Projeto Amor à Vida, em parceria com o Governo do Estado, é formado por 10 técnicos de diferentes secretarias e tem como principal função capacitar médicos, enfermeiros, agentes de saúde, professores e grupos teatrais que trabalhem com jovens e acompanhem as suas ações. Além disso, integrantes do núcleo também mantêm atividades com o público-alvo do projeto, por meio de encontros nas escolas.

Novo modelo é desafio

Um dos problemas enfrentados pela ESF de Maracanaú, de acordo com Ana Girão, é o hábito que muitos pacientes ainda têm de procurar sempre o hospital do município, em vez de se dirigir ao posto de saúde. "As pessoas ainda não se acostumaram com a idéia de que o posto não é só para emergências", esclarece. Outro detalhe lembrado por ela é que os moradores do município querem ser atendidos em qualquer hora, não aceitam o agendamento de consultas.

Esse é, de acordo com os representantes da prefeitura de Maracanaú ouvidos pela reportagem, o maior desafio na transição do modelo anterior para o modelo atual. Ana Girão acrescenta que os profissionais da ESF registram um comportamento bastante comum entre os atendidos: "muitos não estão acostumados com o acompanhamento dos agentes e só querem ir ao hospital buscar remédio", complementa.

Um exemplo bastante ilustrativo dessa realidade é o fato de que cerca de 300 pré-natais ainda são feitos no hospital do município. Isso pelo simples fato de que as gestantes mostram essa preferência e muitos profissionais acabam atendendo-as, em vez de mandá-las para o posto de saúde.

O médico Raimundo Queiroz ressalta ainda uma realidade que, na sua visão, é bem própria de Maracanaú. As carências são tantas, de boa parte da população, que

muitas pessoas vêem o atendimento da ESF como uma forma de pedir ajuda para questões não relacionadas diretamente com a saúde, como desemprego e desestruturação familiar. "A população é tão carente, que se tiver uma dor de cabeça vai ao posto", afirma.

Ana Girão, no entanto, acredita que esses desafios não são uma realidade apenas de Maracanaú, mas de vários outros municípios brasileiros. E que são naturais de um modelo de atenção à saúde que ainda está em fase de implementação. "A ESF, no Brasil, tem pouco mais de 10 anos. Ainda vai demorar um pouco para conseguir mudar a consciência da população", avalia.

Saúde para todos

A família de dona Guilhermina Pontes Roque, 64 anos, é uma das 46.708 famílias atendidas pela ESF em Maracanaú. Ela e os três filhos, Mirna, Mardônio e Mirtes, são assistidos pela equipe da Colônia Antônio Justa. A história dela com Maracanaú começou em 1989, quando ela descobriu ser portadora de hanseníase e que teria de se separar dos filhos. Aos 48 anos, mudou-se de Fortaleza para Maracanaú, mais precisamente para o Hospital-Colônia Antônio Justa, antigo local de tratamento dos portadores de hanseníase do estado do Ceará, que era isolado por muros.

Em 1995, recebeu alta da doença, mas a essa altura, os muros da colônia já haviam sido derrubados e o sistema estava sendo desativado. "Quando as irmãs (freiras que ajudavam com os pacientes) iam sair da Colônia, pedi para ficar com essa casa (em frente à unidade de saúde)". E continuou morando no que se tornou o "bairro Colônia". A casa cheia de fotos de família, lembrancinhas de aniversário e uma máquina de costura velha no canto fazem lembrar o passado. Mas dona Guilhermina garante que não sente saudade de tempos atrás e confessa não gostar muito de ir ao médico.

Porém, como ela adquiriu úlcera de pé plantar (seqüela da hanseníase) necessita fazer curativos diários. O material e os curativos são responsabilidade dos profissionais da ESF da Colônia. Já as filhas passaram a fazer prevenção familiar depois que foi implantada a ESF no bairro, em 2003.

De acordo com a enfermeira que assiste a família de Guilhermina, Marisângela Dutra, o atendimento aos moradores da Colônia começou a ser feito em 1998 por uma equipe da unidade de saúde João Pereira de Andrade. "A família toda é atendida. Quando precisamos de medicamento, falamos com o pessoal do posto, que fica ao lado. Isso facilita muito", diz dona Guilhermina.

Segundo Marisângela Dutra, no bairro são atendidos 898 famílias, mais 272 famílias que foram abrigadas por um mutirão próximo. "Antes, o hospital (mantido pelo estado para o controle da hanseníase) atendia apenas à população que morava na Colônia. Com a ESF, abrigou toda a área", ressalta a enfermeira.

Os atendimentos são padronizados para todas as áreas e abordam ações de saúde da criança, da mulher, do idoso e do adulto, controle da hipertensão, da tuberculose e do diabetes melitus, eliminação da hanseníase e ações de saúde bucal. "Ou seja, promoção e vigilância à saúde", destaca a enfermeira.

Novo posto do Planalto Cidade Nova

Inaugurado em 15 de junho deste ano, o posto Fernandes Távora é o mais moderno da ESF de Maracanaú e já se tornou um modelo para as demais unidades. Segundo Alexandra Araújo, gerente da Avisa IV e responsável pela unidade, são atendidas 2.200 famílias do bairro Planalto Cidade Nova.

Ela explica que das oito horas da manhã ao meio-dia os atendimentos são feitos por demanda livre, ou seja, sem marcar consulta. Já no período da tarde, funcionam os programas estabelecidos pela ESF.

Entre os atendimentos aos usuários estão prevenção de câncer de colo uterino, pré-natal, acompanhamento de pacientes com hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase, puericultura (acompanhamento de crianças menores de dois anos), planejamento familiar (controle da natalidade), acompanhamento a idosos,

cerca de 22 atendimentos diários de saúde bucal, além da visita domiciliar a pacientes acamados ou impossibilitados de se dirigir ao posto de saúde.

A unidade conta com duas equipes. Ao todo, são duas médicas, duas enfermeiras, uma dentista, dois auxiliares de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde. Segundo Alexandra Araújo, além do atendimento médico, o posto ainda disponibiliza medicamentos para a população. "Assistimos adolescentes grávidas e, após o parto, cedemos anticoncepcionais e preventivos de DSTs (doenças sexualmente transmissíveis) como o DIU, camisinha, comprimidos e anticoncepcionais injetáveis. Isso serve, inclusive para esclarecer as meninas", avalia.



Foto: Edimar Soares

A gerente da Avisa IV cita programas freqüentes da unidade de saúde como forma de aproximar a população das equipes. "Temos uma boa adesão da comunidade". Entre os serviços estão a vacinação de crianças e adultos e o aferimento de pressão e de glicemia. "Não podemos esquecer que prestamos também cuidados primários, como atendimento ambulatorial, nebulização (aerosol) e hidratação oral".

Sobre a equipe de saúde bucal, Alexandra reforça que o trabalho não se restringe ao posto de saúde. A dentista da unidade, Marta Machado, junto com a equipe do PSF, visita escolas e realiza palestras educativas, faz aplicação de flúor e escovação. Além disso, no posto é feita prevenção do câncer de boca, principalmente em idosos. A dentista explica que durante a consulta, são retiradas as próteses dentárias para ver se não há nódulos. De acordo com ela, o trabalho preventivo evita que ocorram casos mais graves.

Alexandra Araújo complementa que até o atendimento de saúde bucal é feito em conjunto, embora seja realizado pela dentista e pelo auxiliar de consultório dentário. "Na consulta, o médico pergunta ao paciente se há algum problema e já o encaminha. Se o paciente não quiser marcar a consulta dentária na hora, tem a opção de vir para a demanda livre".

Capacitação dos profissionais

A seleção e a capacitação das equipes da Estratégia Saúde da Família são realizadas em várias etapas. Os profissionais são avaliados pela aptidão, disponibilidade e experiência no ramo, como cursos em saúde da mulher, da criança e do adulto. A coordenadora de atenção à Saúde Ana Girão explica que, para capacitar os profissionais que foram selecionados anteriormente e que não tiveram a oportunidade de fazer os cursos básicos, existem os pólos de educação permanente.

Para os que já têm os cursos básicos no currículo, são ofertadas atividades complementares. "Na próxima semana, um grupo de profissionais vai fazer curso de atenção à saúde do adolescente", esclarece.

Foto: Edimar Soares



A coordenadora acrescenta que alguns profissionais são escolhidos, já que não se pode retirar todos do trabalho ao mesmo tempo. "Senão ia parar tudo. Quem já fez curso sobre diabetes nessa primeira turma não vai, mas se aparece outro curso que aquele profissional não tenha feito, ele é escolhido. É por sistema de rodízio, mesmo".

Para se ter o controle na hora da escolha, Ana Girão explica que no início do ano foi feito um levantamento em que todos os profissionais enumeraram os cursos que gostariam de fazer e de quais participaram. "A gente também vê as afinidades do profissional. Por exemplo, se há somente duas vagas para um curso sobre hanseníase, nós observamos quais profissionais são apaixonados pelo assunto, porque eles podem se tornar uma referência naquele setor para os demais profissionais, e assim por diante. Atendemos às necessidades do programa e do profissional".

A proposta do pólo de educação permanente é de que todas as equipes de saúde recebam cursos básicos para a Estratégia SF. A coordenadora afirma que recentemente todos os profissionais passaram por uma atualização em tratamentos de tuberculose e hanseníase.

Para o próximo ano, estão previstos cursos de capacitação para todos os profissionais da ESF em saúde mental e uma reciclagem em saúde sexual e reprodutiva. "E o município ainda está tentando, mediante convênios, capacitar todos os setores da área médica em coleta em citologia, para realizar prevenção de câncer ginecológico", diz. Sobre os agentes comunitários, Ana Girão informa ainda que até o final de 2006, todos os agentes comunitários terão curso técnico em agente de saúde, por meio de curso ofertado pelo município, que já começou a ser realizado este ano.

Segundo Ana Girão, a avaliação é feita por meio de relatórios semanais dos agentes comunitários e reuniões mensais com os coordenadores das unidades de saúde. Para ela, a capacitação dos coordenadores administrativos também é importante para o resultado final. "Tivemos que nos reunir para unificar as ações e mostrar qual o papel deles (administradores), porque hoje eles fazem o controle das unidades de saúde, que antes era feito pelos médicos, que já tinham de se preocupar com seus pacientes".

Além disso, Ana Girão informa que está sendo realizada uma pesquisa no município com os agentes de saúde, utilizada em dois sentidos: avaliação pelo trabalho e produtividade, equipes, resultado das regiões visitadas e relacionamento interno e um questionário em que o profissional responde sobre o treinamento que recebeu. "Não é para cruzar os braços e achar que está tudo feito, não. É trabalhar cada vez mais", ressalta a coordenadora.



Foto: Edimar Soares

Mais perto da comunidade

Os funcionários acordam cedo. Cada unidade faz seu próprio planejamento. Esse é mais ou menos o cotidiano da unidade do bairro Alto Alegre II, pertencente à Avisa IV.

O local está com instalações renovadas. Inaugurado em julho de 2005, o prédio da Unidade Básica de Saúde Enfermeira Isabel Bonfim - nome dado em homenagem a uma profissional de destaque na cidade, votado pelos próprios moradores - oferece uma estrutura de atendimento mais adequada aos pacientes. E a mudança já mostrou alguns resultados. O trabalho dos profissionais se tornou mais ágil, os pacientes têm mais comodidade e o atendimento está mais eficiente.

Um auditório para palestras, seminários e reuniões foi instalado, com capacidade para cerca de trinta lugares. A aquisição de uma nova cadeira odontológica possibilitou a contratação de mais um dentista, totalizando dois profissionais. Isto beneficia, agora, o dobro de pessoas atendidas no local. O Cantinho da Criança foi construído em benefício dos menores. Lá, os pequenos irão usufruir dinâmicas com terapeutas ocupacionais.

De acordo com o gerente administrativo da unidade, Marten Rabelo, não apenas a estrutura física melhorou com o prédio novo, mas a própria dinâmica de trabalho do local.

Ele conta que os funcionários estão se mobilizando e se empenhando para que o serviço seja mais eficaz e possa atender a todos com qualidade e comodidade. "A unidade é para abrir, todos os dias, às oito horas, mas o nosso atendimento começa mais cedo. Por volta das sete e meia, nosso funcionários já estão a postos, prontos para distribuir as senhas e adiantar o atendimento".

A unidade possui duas equipes, cada uma delas formada por um médico, um odontólogo e um enfermeiro, atendendo um total de 180 pessoas todos os dias. Os pacientes são distribuídos por área. Os médicos atendem 80 pessoas; os enfermeiros, 60; e os odontólogos, 80 pacientes. No período de um mês, cerca de 720 moradores da comunidade de Alto Alegre II são atendidos. Além disso, há os pacientes que sofrem de hipertensão, diabetes, tuberculose ou que necessitam de aerosol, que são atendidos como casos de emergência, não requerendo consulta marcada.

Saúde Bucal

Outro destaque é o chamado Escovódromo, inaugurado em outubro último. O nome parece estranho, mas a intenção é dar destaque a uma atividade muito presente no nosso cotidiano, no entanto precisa ser enfatizada entre as crianças da cidade: escovar os dentes. Aulas de escovações e campanhas de higiene bucal ganham uma nova cara quando isto é feito na prática. A técnica em higiene bucal (THD) Nair Alcoforado conta que auxilia os dentistas na isodontia, após as consultas.

Além disso, são realizadas campanhas nas escolas, convidando as crianças a conhecer o local e passar a ver que a escova de dente não é um "bicho papão". "A maioria das pessoas não escova os dentes. Elas precisam perceber que a escovação é uma medida de prevenir as cáries. Não adianta vir ao dentista apenas quando possui algum problema. Quando se tem uma boca limpa, a visita ao dentista já melhora. O resultado é bem melhor", comenta.

Na segunda-feira são atendidos os pacientes que sofrem de diabetes, pela manhã, e hipertensão, no período da tarde. A terça-feira é dedicada à puericultura – tratamento para o desenvolvimento de crianças, desde a gestação – , pela manhã, e prevenção ginecológica à tarde. Já na quarta-feira, os pacientes fazem o pré-natal de manhã e planejamento familiar à tarde. A quinta-feira de manhã atende, novamente, pacientes para a puericultura e, à tarde, é a vez do grupo de verminose, como os próprios



Foto: Edimar Soares

profissionais costumam se referir. O último dia da semana é dedicado às visitas às famílias da região, no início do dia, e à reunião com todos os agentes de saúde, no turno da tarde.

Em casa

As visitas domiciliares são feitas nas casas dos pacientes que não podem se dirigir às unidades de atendimento. Os casos são os mais diversos. Os pacientes podem ter ou estar com problemas motores, ter idade muito avançada ou estar na puerpra, popularmente conhecido como resguardo, período em que a mulher se recupera do parto. Nestes casos, os encontros acontecem mensalmente, geralmente realizados por equipe de um enfermeiro ou médico, juntamente com a agente de saúde. Todos os encontros são antecipadamente agendados com as agentes, que ficam em permanente contato com as famílias. Os casos mais graves, como gestantes com hemorragias ou



Foto: Edimar Soares

crianças desidratadas, são rapidamente encaminhadas ao hospital.

Segundo a enfermeira Lívia Mesquita, que faz parte da equipe SF desde fevereiro deste ano, a colaboração das famílias é muito importante para este acompanhamento acontecer, e a consciência da prevenção como forma de cuidar da saúde já está fazendo parte da maioria das famílias. "Tem muita gente que pensa: 'para que eu vou ao médico se eu não estou doente?'. E isso está errado. O tratamento precisa ser feito para prevenir problemas mais graves. Muitas das famílias daqui possuem este compromisso", avalia

Aliás, esta sensibilização para o tratamento preventivo é uma das prioridades da comunidade. Reuniões e palestras nas escolas no bairro são realizadas, alertando os moradores e criando espaços para a troca de experiências. A agente de saúde Márcia Passos de Sousa, na atividade há nove anos, conta que visita 208 famílias todo mês, cerca de dez por dia, entre gestantes, hipertensos, diabéticos e crianças menores de dois anos. Ela conta que distribui panfletos para divulgar os eventos que discutem a saúde da população.

As palestras acontecem uma vez ao mês e abordam temas como tuberculose, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis (DST). Além disso, ela orienta sobre o aleitamento materno, mede as taxas de glicemia e dá dicas de alimentação. "As famílias nos recebem muito bem. Eu sou muito apegada a todos eles. Meu trabalho é na comunidade e é uma atividade que eu gosto muito de exercer", comenta.

Uma pessoa do interior

Natural do município de Ubajara, na Serra Grande, Ceará, dona Ubelina Máximo da Silva, como ela mesma diz, é "uma pessoa do interior" e já perdeu as contas de quanto tempo mora em Maracanaú. Com 95 anos de idade, ela sofre de hipertensão, perdeu a visão de um olho e lamenta não poder fazer tudo o que tem vontade. "Eu queria trabalhar, mas não me deixam. Tem coisa melhor do que trabalhar? Agora eu só passo o dia assistindo TV, nem fazer crochê eu posso mais". Morando numa casa pequena, mas que comporta dez pessoas, entre filhos, netos e bisnetos, ela conta que recebe as visitas da equipe SF "com muito gosto". "Elas



conversam comigo, me dão comprimido. Eu faço tudo o que elas me pedem".

Um dos netos de dona Ubelina, o ambulante Flávio Márcio Pereira, 29 anos, conta que, mesmo sendo muita gente na família, todos se consultam nas unidades de saúde periodicamente. "A primeira preocupação é com as crianças e com a avó. Mas eu e minha mulher sempre vamos também. Só meu irmão que dá trabalho para ir. Nós chegamos ao posto às cinco horas da manhã para pegar as fichas e sermos atendidos logo. O bom é que a unidade fica próxima de casa, apenas dos minutos de bicicleta".

O olhar dentro de casa

Dormindo numa rede, na varanda de casa, Elias Soares Moura espera a visita da equipe da ESF. Nascido no início de outubro de 2005, o bebê é acompanhado periodicamente desde que ainda estava na barriga da mãe, a vendedora Erilene Julião Soares, 27 anos. "Ele não estranha a presença da enfermeira, da médica ou da agente de saúde. Quando ele nasceu, pegou uma infecção e precisou tomar antibiótico durante dez dias, mas foi tratado direitinho. Além disso, minha mãe também me ajuda. Ele está crescendo rápido".

Mãe de primeira viagem, ela conta que foi todos os meses à unidade de saúde para fazer o pré-natal com o maior cuidado e afirma que, com as visitas, o acompanhamento só fez melhorar. "Além de mim e do meu filho, há meus pais, que sofrem de hipertensão. Antes da ESF, nem no posto a gente era atendido, imagine em casa. É bem diferente dos outros (tratamentos)".

Durante a visita, a enfermeira Lívia Mesquita avalia a região genital do bebê, ouve o coração e os pulmões e verifica se não há manchas na pele ou gânglio na área do pescoço. Ela também orienta sobre cuidados ao dar banho no bebê e na amamentação. "Olhar dentro de casa é importante para observar como é o dia-a-dia, principalmente quanto à higiene e ao ambiente no qual a criança vive. Aliás, se a gente não for na casa das famílias, elas nos cobram. Este tipo de encontro possibilita um vínculo muito maior. A mesa de um consultório afasta este envolvimento, não é a mesma coisa".



Foto: Edimar Soares

Saiba mais sobre a ESF de Maracanaú

O município foi o único do Ceará, além da capital, Fortaleza, a ter aprovada a oferta de vagas pelo Ministério da Saúde para residência médica. Serão seis vagas formatadas pela Universidade Estadual do Ceará. A Universidade Federal do Ceará também está organizando um projeto para que o município seja campo de residência médica.

A ESF em Maracanaú atende todos os internos da Cadeia Pública. Eles recebem atendimento médico e odontológico a cada 15 dias. Quando é necessário, o detento é encaminhado ao centro de especialidade em odontologia. Por visita são 20 internos. Nesse atendimento são cedidos medicamentos e aplicação de vacina. Também são feitos exames laboratoriais e doação de preservativos.

Em Maracanaú, a saúde mental está sendo trabalhada na atenção básica. O Centro de Apoio Psico-Social (Caps) vai ser inaugurado ainda este ano e deverá atender transtornos médios e graves. A atenção básica será a responsável pelos transtornos leves.

A equipe SF da Colônia Antônio Justa realiza palestras e oferece cursos em datas comemorativas. No último Dia da Mulher, por exemplo, foram ofertados cursos de cabeleireiro, maquiagem e manicure para as moradoras do bairro.

Foi o segundo município do Brasil a disponibilizar um farmacêutico por Área de Vigilância à Saúde (Avisa). Também é o único do Ceará que tem gerentes para as Avisas. Eles têm a função de fazer o elo entre a Secretaria Municipal de Saúde e as equipes, além de controlar o abastecimento dos postos.

Também está sendo realizado no município um trabalho com jovens multiplicadores em saúde sexual e reprodutiva. Esses jovens levarão informação para as escolas.

Uma das metas do programa é implantar aparelhos de eletrocardiograma e uma ultra-sonografia por Avisa. Em vez de a população se deslocar até o hospital, terá o serviço próximo de casa, a exemplo do que já acontece na coleta de exames laboratoriais.



Foto: Edimar Soares

Como funciona a rede

A rede de Saúde de Maracanaú, na Estratégia Saúde da Família, é dividida em Áreas de Vigilância à Saúde (Avisa), que coordenam as Unidades Básicas de Saúde. São 46 equipes que fazem o acompanhamento da comunidade, distribuídas em 21 unidades, que são coordenadas por seis Avisas.

Relação das Equipes por Unidade Básica de Saúde da Família (Ubasf)

AVISA	UBASF	EQUIPES / SIAB
AVISA I	João Pereira de Andrade 1	03, 04, 56
	João Pereira de Andrade 2	02, 33
	Enfermeiro Vicente Severino Lima	05
	Olho D`Água	38
	Colônia Antônio Justa	40
AVISA II	Elias Boutala	08, 10, 12
	Almir Dutra	13, 14, 15
	Carlos Antônio Costa Pessoa Martins	09, 11,52
AVISA III	Pajuçara	16, 17, 19
	Jardim Bandeirante	18, 43
	João Batista dos Santos	20, 36, 39
AVISA IV	Fernandes Távora	21, 22, 35
	Alto Alegre II	23, 44
AVISA V	Juarez Isaías Araújo	24, 25, 26, 42
	Aparício Bezerra	01, 37
	Parque Piratininga	06, 07
	Maracananzinho	41
AVISA VI	Tenente Ivaldo Silva	27
	Mucunã	28
	Jaçanaú	29
	Alarico Leite	30, 31, 32, 34

Metas Saúde da Família para o triênio 2005-2008

- Fortalecimento e expansão da atenção básica, com cobertura populacional igual a 100% e paridade de 1 equipe da ESF para uma equipe de Saúde Bucal
- Fortalecimento dos hospitais conveniados através de parcerias e do Hospital Municipal, visando à conclusão da reforma de sua estrutura física, aquisição de equipamentos, insumos e recursos humanos
- Controle da dengue: assumir o desafio de tornar o município com índice de infestação menor que 1%
- Controle das doenças crônicas como hipertensão, diabetes mellitus, asma e câncer de colo de útero
- Realizar ações de promoção à saúde
- Fortalecer ainda mais o Conselho Municipal de Saúde, órgão que tem a participação de setores da sociedade na avaliação da ESF
- Reduzir as taxas de mortalidade materna e mortalidade infantil, os casos de AVC, os óbitos gerais e o índice DCPO (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados);
- Erradicar o tétano neonatal e a raiva humana
- Controlar a hanseníase, a AIDS, a tuberculose, a leishmaniose e as doenças diarréicas
- Instalar um aparelho de ultra-sonografia e um de eletrocardiograma em cada Avisa

"A Estratégia Saúde da Família ganhou força a partir da busca de um novo modelo de organização da atenção à saúde para o país, capaz de superar o modelo curativo que se firmou a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social."

Especialização em Saúde da Família: uma estratégia para o apoio à expansão da Atenção Básica nas grandes cidades

Francisco Eduardo de Campos
Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

RESUMO

O presente artigo trata da necessidade atual de capacitação para trabalhadores de nível superior da área de saúde para a expansão da Estratégia Saúde da Família nos grandes municípios do país, abordando as modalidades de pós-graduação *lato sensu* comumente utilizadas para a obtenção de especialização em Saúde da Família, ou em Medicina de Família e Comunidade, e discorrendo sobre as suas peculiaridades diante do perfil desses profissionais. Ante o desafio de se capacitar por meio de iniciativas de qualidade, um significativo volume de profissionais para a expansão prevista pelo Ministério, este artigo tenta analisar as dificuldades encontradas e as estratégias pensadas, pelo Ministério da Saúde, para combatê-la: a criação de uma Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família nas Grandes Cidades (Rede MAES).

Palavras - chave

Saúde da Família; Residência Médica; Residência Multiprofissional; Especialização; PROESF

1. Saúde da Família, graduação e pós-graduação

Há onze anos surgia, no país, o Programa de Saúde da Família (PSF). Apesar de se apresentar inicialmente como um programa periférico, dissociado dos serviços de saúde vigentes até então, essa iniciativa ganhou força a partir da busca de um novo modelo de organização da atenção à saúde para o país, capaz de superar o modelo curativo que se firmou com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966.


Foto: Márcia Pinto
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
GUARULHOS

Em 1997, o Ministério da Saúde formalizou a Saúde da Família como a estratégia norteadora da reorganização da atenção à saúde em todo o território nacional, de forma a tentar se aproximar daqueles princípios[1].

Alguns obstáculos à consolidação do PSF são descritos na literatura. Um deles é a falta quantitativa e qualitativa de profissionais adequadamente preparados para lidar com as novas atribuições exigidas pelo novo modelo[2,3]. O ensino das profissões de saúde no Brasil e em significativa parte do mundo - sobretudo o da medicina - está baseado no chamado modelo Flexneriano, que privilegia a formação de especialidades, sendo ministrado em cenários que reproduzem com maior fidelidade o antigo modelo, como enfermarias e hospitais[4]. Do médico e do enfermeiro de família, contudo, cobra-se uma formação generalista, que deve proporcionar a capacidade de transitar - com desenvoltura - pelas áreas de saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso. A mesma destreza deve ser garantida para o manejo de instrumentos de abordagem do coletivo e de diagnóstico da comunidade - competências pouco desenvolvidas em um ambiente hospitalar.

"Do médico e do enfermeiro de família, contudo, cobra-se uma formação generalista, que deve proporcionar a capacidade de transitar - com desenvoltura - pelas áreas de saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso."

As mudanças nos cursos de saúde são lentas e heterogêneas, pois não acontecem da mesma forma em todas as instituições. Além disso, hoje muito se discute acerca de sua terminalidade: a partir do momento em que profissões como a medicina se fragmentam cada vez mais em especialidades e incorporam tecnologias sofisticadas, a graduação torna-se insuficiente para a apreensão do conhecimento acumulado e a aquisição de habilidades motoras para os inúmeros procedimentos que hoje compõem o rol das práticas clínica e cirúrgica[5]. O preparo oferecido pelos cursos de saúde para o exercício da Saúde da Família não é diferente. Como já se viu, tanto a falta de relação com a realidade experimentada na Atenção Primária quanto a crescente insuficiência da graduação exigem uma formação no âmbito de pós-graduação para o exercício competente das práticas usuais dessa área.

"As mudanças nos cursos de saúde são lentas e heterogêneas, pois não acontecem da mesma forma em todas as instituições."

Existem, pelo menos, três tipos de pós-graduação *lato sensu* para a especialização, sendo que um deles é exclusivo para o profissional médico: a residência médica, que se caracteriza por treinamento em serviço,

supervisionado por profissionais médicos e em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, sejam elas universitárias ou não. Esses programas têm duração mínima de um ano, e devem possuir pelo menos 1800 horas de atividades, compreendendo o mínimo de 4 horas semanais de sessões de atualização, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, sempre com a participação ativa dos alunos[6].

Outra possibilidade de pós-graduação - aberta a vários cursos de saúde - encontra-se nos cursos de especialização *lato sensu*, cujos padrões são também regulamentados pelo Conselho Nacional de Educação. Segundo a resolução 1/2001 da câmara de Educação Superior desse conselho, esse tipo de curso deve ser ofertado por instituições de ensino superior ou credenciadas para tal fim, embora a oferta não dependa de autorização ou reconhecimento por parte daquela Câmara. É necessário que o corpo docente de cursos dessa natureza seja constituído de, pelo menos, 50% de professores portadores de título de mestre ou de doutor, e que eles tenham duração mínima de 360 horas, excluindo o tempo de estudo individual ou de grupo sem assistência docente e aquele reservado para a elaboração de trabalho de conclusão de curso[7].

É cada vez mais freqüente, também, a oferta de Residências Multiprofissionais para a especialização dos diferentes trabalhadores de nível superior da saúde. Essa modalidade foi impulsionada com a criação do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho e criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), em junho de 2005[8]. Em novembro do mesmo ano, os ministérios da Saúde e da Educação, através de uma portaria interministerial[9], instituíram a Residência Multiprofissional em Saúde no âmbito das duas instituições. Essa modalidade é definida como pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço, destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica, desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial.

2. A expansão do PSF nas grandes cidades e a capacitação de seus profissionais

A qualificação dos profissionais de nível superior da Saúde da Família - seja mediante cursos de especialização, residência médica ou multiprofissional - é um fator necessário para a expansão dessa estratégia no país. Por esse motivo, deve-se comentar brevemente sobre as tendências atuais dessa expansão. Em primeiro lugar, ao longo dos últimos anos, observou-se uma expansão significativa da saúde da Família no Brasil, principalmente em municípios de médio porte. Atualmente os esforços governamentais se dirigem à sua expansão nas grandes cidades, onde se encontra a maior parte da população brasileira.

Segundo a pesquisa Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil realizada em 1999, apenas 31% dos médicos atuantes no PSF moravam em capitais naquele ano[10]. Além disso, cerca de 70% dos municípios brasileiros contemplados com equipes de PSF possuíam menos de 50 mil habitantes à época do estudo. No ano seguinte, já havia dez mil equipes trabalhando em cerca de três mil municípios brasileiros. A cobertura alcançada, contudo, foi de apenas um quinto da população brasileira: 38 milhões de pessoas[11]. Esses dados mostram a pouca inserção da estratégia de Saúde da Família nos grandes municípios brasileiros, a despeito do atual caráter majoritariamente urbano do país.

Para aumentar a cobertura da estratégia, a sua expansão e consolidação nas grandes cidades brasileiras passou a ser imperativa. Por esse motivo, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), com apoio financeiro do Banco Mundial, lançou o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf). Esse projeto, cujo montante é de 550 milhões de reais, está voltado para a expansão e consolidação da Saúde da Família em municípios com mais de cem mil habitantes, e tem sua execução dividida em três componentes: a) desenvolvimento de infra-estrutura, b) capacitação de profissionais para a Saúde da Família e c) avaliação e monitoramento da Atenção Básica[11].

> **"É cada vez mais freqüente, também, a oferta de Residências Multiprofissionais para a especialização dos diferentes trabalhadores de nível superior da saúde. Essa modalidade foi impulsionada através da criação do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho e da criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), em junho de 2005."**

Conforme se pode apreender a partir do segundo componente, é imprescindível que haja ofertas de residências e de cursos de especialização de qualidade nesses municípios, de forma a apoiar a expansão desejada e minimizar problemas como a alta rotatividade de alguns profissionais de saúde. Duas questões devem, entretanto, ser respondidas: há uma modalidade de pós-graduação mais adequada a esse desafio? E as iniciativas pensadas, estão conseguindo dar resposta a ele?

3. Atenção primária à saúde: Residência ou Especialização?

A residência médica é a modalidade de pós-graduação vista como o "padrão-ouro" para a especialização do profissional médico, segundo o Ministério da Educação. Ela se baseia na aprendizagem em serviço através da preceptoria, exigindo tempo integral e concedendo, para isso, auxílio financeiro sob a forma de bolsa. Por essas características, os programas de residência são uma opção natural para os egressos das escolas de medicina.

Entretanto, os profissionais que já contam com mais anos de formação, ou que constituíram família, possuem dificuldades em realizar esse tipo de treinamento. É importante destacar que os potenciais candidatos a uma vaga de residência em Medicina de Família e Comunidade, via de regra, já se encontram inseridos no mesmo mercado de trabalho a que pleitearam após cumpri-la. Essa situação torna a residência pouco atrativa do ponto de vista econômico, uma vez que a titularidade não fará diferença na procura de um emprego.

Diferentemente de outras especialidades, a Medicina de Família e Comunidade não possui um mercado de difícil acesso: ao contrário, uma vez que a Saúde da Família se encontra em franca expansão, e devido à intensa rotatividade dos médicos inseridos na atenção primária, não é difícil para nenhum egresso ser contratado. Além disso, uma vez que o mercado de trabalho para as especialidades básicas se encontra saturado nas grandes cidades, é comum encontrar médicos de família que possuem outra especialidade: a pesquisa O Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família, publicada no ano 2000, demonstrou que 37,4% dos

médicos envolvidos nessa modalidade de cuidado possuem alguma residência médica. Desses, 20,5% são pediatras, e 14,2%, ginecologistas[10]. Soma-se a isso o fato de haver ainda poucas vagas para a residência nessa especialidade, que não acompanha o ritmo de expansão da Saúde da Família no país.
Em um trabalho publicado em 2005, foram comparados os profissionais que cursavam programas de residência multiprofissional e cursos de especialização[12]. Concluiu-se que havia significativa diferença de perfil entre os profissionais médicos que procuravam uma ou outra modalidade de pós-graduação: os profissionais que cursavam a primeira eram mais jovens do que aqueles que freqüentavam a segunda, e possuíam maior inserção profissional na Saúde da Família: 79,5% trabalhavam em equipes de PSF, enquanto, entre os residentes, apenas 26,2% integravam uma equipe[12].

Por esses motivos, ainda que a residência médica seja considerada a melhor forma de treinamento para esses profissionais, provavelmente ela não será a modalidade majoritária em médio prazo - e dificilmente o será, um dia, entre os profissionais mais antigos, recém-convertidos. É preciso que haja um investimento constante no aumento de vagas de residência médica e residências multiprofissionais para que se aumente a qualificação de todos os trabalhadores de nível superior envolvidos com a Saúde da Família. Por outro lado, é necessário também que haja uma estratégia intermediária de qualificação para apoiar a sua expansão, facilitar o processo de conversão laboral dos profissionais que já são especialistas e evitar a dissociação entre quantidade e qualidade de trabalhadores.

Uma alternativa para esse problema passa pela articulação entre as instituições responsáveis pelos programas de residência médica e/ou multiprofissional e os gestores municipais. A possibilidade de treinamento em serviço na própria rede de atenção primária, apoiado financeiramente pela bolsa de residência e, ao mesmo tempo, por remuneração profissional – uma vez que os residentes, nesse caso, já se encontrariam integrados à Saúde da Família – pode ser atrativa para os diferentes profissionais de nível superior envolvidos com a Saúde da Família. Essa opção esbarra, contudo, na capacidade limitada de expansão de bons programas de residência, sejam eles de residência médica ou multiprofissional.

Outra alternativa é o investimento em cursos de especialização, visando a garantir a formação de uma massa crítica de profissionais aptos a apoiar o processo de expansão da Saúde da Família. Essa estratégia é mais viável em larga escala do que o credenciamento, a curto prazo, de vários programas de residência disseminados pelo país, devido ao menor custo e à possibilidade de se usarem tecnologias como a Educação à Distância (EaD).

4. Capacidade de resposta dos programas de capacitação à expansão do PSF nas grandes cidades.

Apesar da existência de recursos financeiros do Proesf para a capacitação dos profissionais da Saúde da Família – tanto de nível técnico quanto superior –, observam-se dificuldades em sua execução. Em 2003, a recém-criada Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação para a Saúde (Sgetes/MS) definiu que os Pólos de Educação Permanente (PEP) seriam as instâncias responsáveis pela discussão e deliberação de atividades de educação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. Entretanto, eles teriam que se submeter a processo de licitação internacional para a execução, e por esse motivo a Sgetes acordou, com o Banco Mundial, a transferência de recursos financeiros do componente II para os componentes I e III, prontificando-se a financiá-lo com recursos próprios do Tesouro Nacional, que seriam pagos de acordo com as diretrizes definidas para os Pólos de Educação Permanente - assegurando-se, contudo, o respeito ao conjunto de metas físicas e avaliação[13].

Um relatório sobre a execução desses recursos entre janeiro de 2003 e junho de 2005, elaborado pela Sgetes/MS, demonstra que houve execução de 47,72% do montante empenhado no Tesouro Nacional até o final de 2005 para o componente II[14]. Muitas são as causas dessa dificuldade de execução, como a inexistência de projetos de qualidade em algumas localidades e a baixa capacidade de proposição por parte de alguns pólos. Independentemente das dificuldades inerentes

"A definição da Saúde da Família como uma estratégia de trabalho em equipe exige um tratamento educacional das áreas de intersecção entre profissões e ocupações diversas - o que deverá tornar os cursos de especialização mais complexos, metodológica e operacionalmente, do que aqueles destinados a clientelas homogêneas."

aos trâmites burocráticos e à improdutividade resultante de embates entre os atores de algumas dessas instâncias, constatam-se dificuldades de articulação para a oferta de iniciativas de capacitação no volume necessário para a expansão pretendida pelo Ministério da Saúde, assim como a necessidade de um direcionamento maior, por parte dessa instituição, para a resolução da questão - sob a forma de estímulos à articulação entre pólos, gestores municipais e instituições acadêmicas. Ademais, constata-se que municípios isolados não têm condições suficientes de ativação de cursos ou residências em larga escala.

Por esses motivos, o Ministério da Saúde, por meio da Sgetes, lançou recentemente a Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família nas Grandes Cidades (Rede Maes), com o objetivo de promover o apoio mútuo e favorecer arranjos locais entre gestores do SUS e escolas da área de saúde[15].

5. A especialização multiprofissional para a Saúde da Família como estratégia da Rede Maes

Por trás da proposta da Rede Maes, há um pressuposto: o de que o trabalho necessário para a operacionalização dessa empreitada é volumoso, demandando processos de cooperação - e não de competição, como visto em algumas instâncias.

Pelos motivos expostos anteriormente, a Rede Maes se propõe a favorecer, especificamente, os arranjos necessários ao desenvolvimento de cursos de especialização de forma mais capilarizada, embora se reconheça que o investimento constante nas residências médicas e multiprofissional seja essencial. O propósito imediato seria apoiar as demandas de capacitação por meio de: (1) intercâmbio de experiências, (2) difusão do conhecimento desenvolvido em experiências já realizadas com êxito, (3) cooperação direta consorciada entre processos de capacitação, (4) credenciamento compartilhado entre experiências pela cessão de capacidade docente; e (5) estímulo à criação e uso de consensos e protocolos nacionais na área da atenção básica.

Tais estratégias podem ser conseguidas facilitando-se a articulação tanto entre gestores e instituições acadêmicas, através de *website* para exposição de necessidades e possibilidades de oferta, como entre instituições acadêmicas, mediante eventos ou outros dispositivos, em um processo que deverá se auto-sustentar com o passar do tempo.

Ao se adotarem os cursos de especialização como o foco da iniciativa, deve-se ter em vista que uma boa especialização nessa área necessitará seguir os seguintes preceitos, além do pressuposto indiscutível de qualidade:

a) Deverá haver uma formatação de práticas desejáveis, e não apenas reprodução de práticas consolidadas, o que demandará o desenvolvimento de novas competências docentes que valorizem a abordagem integral, em vez da especializada;

b) As instituições acadêmicas ofertantes deverão inverter a lógica predominante de elaboração de programas dessa natureza. Na maioria das vezes, elas lidam com processos em que não são as necessidades de saúde que determinam as competências, uma vez que há o predomínio, no início dessa cadeia, de determinantes do mercado de trabalho que são conformados por interesses corporativos, da indústria de insumos tecnológicos ou dos esquemas de financiamento dos sistemas de saúde. Essas instituições deverão, portanto, basear-se nas necessidades da comunidade local, dos serviços de saúde e dos trabalhadores. Ademais, o seu processo educacional deverá ser integrado ao processo de trabalho, viabilizando a própria estratégia de Saúde da Família como um todo. É indispensável que esse processo se dê o mais rapidamente possível e que seja acessível a todos simultaneamente, buscando combinações entre momentos de concentração das atividades de aprendizagem e momentos de atuação nos próprios serviços. Esse mesmo processo deverá, posteriormente, adaptar-se para atender à contínua demanda de atualização do conhecimento e evolução tecnológica, perfazendo uma transição para um verdadeiro processo de educação permanente para a equipe de saúde.

c) Por se tratar de especialização de profissionais que já se encontram em serviço, é necessário que a oferta educacional tradicional os acolha, levando em conta a necessidade de compatibilidade de horários e de uma forma diferenciada de seleção, que não se baseie em mérito apenas acadêmico - alheia às especificidades de condições dos pleiteantes. Há necessidade de uma proposta diferenciada, dirigida a clientelas fechadas, definidas pelas instituições que já possuem os profissionais em seus quadros funcionais.

d) Essas especializações deverão levar em conta que a heterogeneidade dos profissionais-estudantes não se restringe ao aspecto da multiprofissionalidade, uma vez que, ao início do processo de implantação da Saúde da Família, o programa costuma se basear na reconversão de profissionais que se encontram já absorvidos pelos serviços e que se formaram diferentemente uns dos outros, segundo o enfoque da segmentação do processo de trabalho.

e) A definição da Saúde da Família como uma estratégia de trabalho em equipe exige um tratamento educacional das áreas de intersecção entre profissões e ocupações diversas - o que deverá tornar os cursos de especialização mais complexos, metodológica e operacionalmente, do que aqueles destinados a clientelas homogêneas.

f) Por fim, as instituições ofertantes deverão se preocupar em estabelecer estratégias operacionais para garantir a oferta de cursos de qualidade em ampla escala - seja pelo estabelecimento de parcerias com outras instituições sob a forma de consórcios que promovam a cooperação, seja pelo investimento em educação a distância.

Ressalta-se que o cumprimento de um curso de especialização é importante para consolidar a Saúde da Família como prática profissional legítima, uma vez que a ausência de pós-graduação no currículo de profissionais de nível superior na saúde não costuma ser vista com bons olhos pelos colegas. Essa legitimação é importante para aumentar a identificação com essa estratégia, pois o profissional que nela trabalha - e agora nela se encontra especializado - terá a sua escolha profissional avalizada por uma instituição de ensino superior e, conseqüentemente, por sua categoria profissional.

Referências Bibliográficas:

1) BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde da Família:* uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

2) CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. Programa de Saúde da Família e os Desafios para a Formação Profissional e a Educação Permanente. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 5, n. 9, p. 133-141, ago. 2001.

3) ARRUDA, B.K.G. (org) *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: IMIP, Ministério da Saúde, 2001.

4) FERREIRA, J.R. O médico do século XXI. In: ARRUDA, B.K.G. A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: IMIP, Ministério da Saúde, 2001. p. 27-47.

5) FEUERWERKER, L.C.M. Educação Médica na América Latina. In: _____. *Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec / Rede Unida, 1998. p. 51-95.

6) BRASIL. Leis etc. Lei 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília, 1981.

7) _____. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução n.º 01, de 3 de abril de 2001. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação. Brasília, 2001.

8) _____. Leis etc. Lei 11.129, de 30 de Junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, 2005.

9) _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Portaria Interministerial n.º 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2005.

10) MACHADO MH. *Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Relatório final).

11) BANCO MUNDIAL. LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN REGION. BRAZIL COUNTRY MANAGEMENT UNIT. HUMAN DEVELOPMENT SECTOR MANAGEMENT UNIT. Appraisal Document on A Proposed Loan in the Amount of US$ 68 Million to the Federative Republic of Brazil in Support of the First Phase of Family Health Extension Adaptable Lending Program. Rio de Janeiro: Banco Mundial, 2002. Disponível em: < http://www.obancomundial.org/index.php/content/view_projeto/515.html >. Acesso em: 22 nov 2005.

12) GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, mar/abr. 2005, vol. 21, Nº 2, p. 490-498.

13) BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. *EducarSUS*: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Período de janeiro 2003 a janeiro de 2004. 1. Ed, 1ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

14) BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. Relatório do progresso de execução do componente II do PROESF - janeiro de 2003 a junho de 2005. Brasília, 2005 (no prelo).

15) BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. Rede multicêntrica de apoio à especialização em saúde da família em regiões metropolitanas: Seminário sobre experiências municipais - Contextos e processos de cooperação em rede (Termo de Referência). Brasília, 2005.

Atenção Básica e a Saúde da Família







Foto: Márcia Pinto

SP

Guarulhos

Cidade-problema

Guarulhos, em 2003, já se apresentava como uma cidade com o perfil de regiões problemáticas, no tocante ao acesso à saúde. Contabilizava uma população de 1.132.651 habitantes - a segunda maior do Estado de São Paulo, só inferior à capital paulista em número de pessoas - , ambientes urbanos complexos e acentuadas desigualdades sociais e de renda.

A cidade desenvolveu-se sem a organização mínima necessária para garantir a qualidade de vida dos moradores. Os inúmeros núcleos de favelas abrigavam, e abrigam ainda hoje, cerca de 240 mil pessoas. A posição geográfica dessas ocupações irregulares dificulta a promoção da saúde básica, pois a maioria delas está localizada em fundo de vales, sujeitos a alagamentos, ou em áreas mais altas, sujeitas a deslizamento de terra.

O desemprego também já era fator de dificuldade na promoção da saúde. Essa população desocupada, sem renda fixa, utilizava-se apenas do trabalho eventual para composição do orçamento doméstico.

Modelo ineficaz

Para tratar da saúde dessa população, o modelo tradicional de atenção básica à

saúde se mostrou ineficaz. De acordo com os dados do IBGE, no ano de 2002, Guarulhos contava com 187 estabelecimentos de saúde, e desses apenas 69 eram públicos. O número de equipamentos públicos com internação era ainda mais deficitário: dos 13 instalados, apenas três estavam disponibilizados para a população carente da cidade.

A Estratégia Saúde da Família foi intensificada no município de Guarulhos, no estado de São Paulo, em 2003, a partir da criação e adesão ao Proesf (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família) - uma iniciativa do Ministério da Saúde que tem por objetivo a universalização da saúde, na forma de apoio aos municípios com mais de 100 mil habitantes, para implantação do novo modelo de organização da atenção básica.

Esse modelo pretende substituir o padrão convencional de atendimento à saúde, provocando a proximidade e o vínculo dos profissionais de saúde com a população. A nova organização de atendimento também pretende o envolvimento de todas as secretarias dos municípios na solução dos problemas cotidianos dos moradores; a proposta é a intensificação de ações conjuntas que previnam as doenças. Saneamento básico, higienização da região, moradia adequada, cuidados com o meio ambiente, oferta de esporte, lazer e educação para a população são apenas algumas das ações que, quando executadas, melhoram a qualidade de vida e viabilizam a saúde.

O modelo adotado para o tratamento de doenças prendia-se aos sintomas, sem considerar o combate às causas, como as condições de vida e moradia da população, explica Eneida da Silva Bernardo, coordenadora da Atenção Básica, da Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos. "A atenção básica tradicional que é dada por Unidade Básica de Saúde é sempre muito centrada no curativo. É uma assistência individual centrada no médico, no indivíduo e na doença. Ele (o médico) vai tratar a doença sem tentar entender os seus motivos". Ela esclarece que a lógica da Estratégia Saúde da Família está pautada em trabalhar mais a questão da promoção e de prevenção à saúde e assistência, intervindo no meio para que as pessoas não adoeçam e para garantir o controle da enfermidade dos que já estão doentes. A coordenadora acrescenta que o novo modelo considera todos os aspectos da vida do paciente, como as situações sociais, culturais, de moradia que, em desequilíbrio, podem levar a enfermidades e dificultam, quando não inviabilizam a cura.

Na ótica da ESF, só a participação dos vários setores da prefeitura é capaz de garantir a eficácia na oferta da saúde. Essa participação das muitas secretarias municipais no combate às causas das moléstias é chamada de intersetorialização e quer resolver ou, pelo menos, minimizar as causas das enfermidades, permitindo a eficácia da saúde básica e dos tratamentos especializados, quando necessários. "Para uma pessoa ficar saudável, depende de uma série de questões, não depende apenas da Secretaria de Saúde. Existem determinantes sociais que interferem no processo de saúde e doença da pessoa". A coordenadora explica que a ESF considera os tipos de moradia, fornecimento de água e esgoto tratados, emprego, renda e escolaridade como fatores determinantes na promoção da saúde.



Foto: Márcia Pinto

Atendimento em domicílio

O atendimento domiciliar é uma característica da Estratégia Saúde da Família necessária para garantir o seu sucesso na prevenção e assistência à saúde. Na impossibilidade de locomoção do paciente - o que geralmente ocorre com acidentados, idosos e pessoas que se encontram no período pós-cirúrgico. Essa necessidade é constatada nas visitas dos agentes às famílias atendidas e levada para discussão pelas equipes. Decidido o atendimento domiciliar, os médicos, enfermeiros e agentes comunitários determinam dias específicos da semana para os atendimentos na casa dos pacientes, para medição da pressão arterial, temperatura e verificação das suas condições gerais de saúde.

A Unidade Saúde da Família, no Jardim Belvedere, na periferia de Guarulhos, é gerenciada pela Regional I. Nessa unidade há quatro equipes que saem às ruas do bairro para prestar atendimentos aos acamados, impossibilitados de locomoção.

São muitos os pacientes que se encontram nessa condição. Regina Rita do Nascimento, uma idosa de 80 anos, é visitada semanalmente. Ela não sai da cama há 7 meses por conta de uma cirurgia no fêmur, que em virtude da idade tem a regeneração dificultada, impossibilitando-a de andar. O atendimento na sua casa tem por objetivo verificar a pressão arterial, a temperatura, e se não está apresentando doença crônica grave. As visitas também pretendem verificar se Regina não está desenvolvendo doenças originadas pela sua permanência na cama. As mais comuns são tosse, devido ao acúmulo de secreção nos pulmões e ferimentos no corpo, que podem ser provocados pela circulação sanguínea dificultada em função da pressão do corpo sobre a cama. "A dona Regina é bem cuidada pela família, ela não tem sinais de escaras", esclarece a médica da equipe, Valquíria Bastos. Ela informa que a orientação à família é seguida com o devido cuidado e por isso o estado de saúde da paciente não deve se complicar.



Foto: Márcia Pinto

Mesmo com a certeza de que as orientações são seguidas, a equipe não descuida na visita e os exames periódicos. Mas não é a presença e os exames solicitados pelos médicos que mantêm a saúde dos pacientes acamados em equilíbrio. Segundo a observação do filho da paciente, Antônio José do Nascimento, 50 anos, balconista, a atenção e carinho do médico, enfermeiro e agentes comunitários são igualmente importantes. Ele afirma que se sente tranqüilo e seguro para tomar os cuidados com a mãe e consigo próprio, ao sentir a receptividade e atenção dos membros da equipe. "Eu revezo com minhas irmãs (os cuidados com a mãe) e gosto muito quando sou eu que estou aqui quando a equipe vem examinar a minha mãe", afirma o filho, que também utiliza os serviços Saúde da Família, mas na Unidade.

ESF, ferramenta potente

O secretário de Saúde do município de Guarulhos, Paulo Capucci, acredita que a Estratégia Saúde da Família é a ferramenta mais potente já criada para intervenção em assistência, prevenção e promoção de Saúde no Brasil. Ele acredita que a nova estratégia tende a levar ao equilíbrio de despesas, uma vez que "com o incremento na atenção básica, teremos maior eficácia no conjunto de gastos e, conseqüentemente, nos impactos e nos resultados, incluindo maior acesso e melhor qualidade aos serviços".

Considerando as características de Guarulhos, ele defende a sua intensificação. "Em ambientes urbanos complexos como é a situação de Guarulhos, maior município depois da capital da maior região metropolitana do país, temos que continuar evoluindo com seu desenho original e agregar o modelo territorialização". Ele explica que é necessário oferecer à população local os recursos de assistência à saúde em seu próprio território, na sua própria Unidade Básica de Saúde e entorno.

Embora considere a ESF o melhor modelo na sua totalidade, o secretário não alimenta a perspectiva de economia em curto prazo. Ele esclarece que atualmente o município gasta R$ 60 milhões por ano com assistência hospitalar – considerando os custos diretos e repasse a hospitais conveniados. Esse montante equivale a 25% do orçamento. Com a Saúde da Família, o gasto é de R$ 24 milhões, 10% do orçamento. "E não há economia a fazer".

Na sua avaliação, o principal benefício da Estratégia Saúde da Família não está na economia ou redução de gastos, mas na organização do sistema de atenção a partir do nível básico, favorecendo ações de maior impacto e resolutividade no sistema todo. E isso pode ser aprimorado com expansão das funções do agente comunitário de saúde em direção às ações ambientais e de autocuidado em sua área de abrangência, como a questão do lixo e do controle de zoonoses, intervenção nos espaços de trabalho e saúde do trabalhador, no suporte às ações intersetoriais de desagravo à violência urbana e desenvolvimento de atividades de promoção à saúde.



Foto: Márcia Pinto

O secretário de Saúde de Guarulhos, Paulo Capucci, acredita que a Estratégia Saúde da Família é a ferramenta mais potente já criada para intervenção em assistência, prevenção e promoção de Saúde no Brasil.

Conselho Municipal de Saúde - pesquisa e ação

As experiências iniciais da Estratégia Saúde da Família, no município de Guarulhos, em São Paulo, chamou a atenção do Conselho Municipal de Saúde, que foi implantado timidamente em 2001, em apenas um bairro.

O pioneiro é o Jardim Fortaleza, bairro pobre da cidade, com inúmeras dificuldades, na ocasião, com a promoção e assistência à saúde. O óbito de crianças com menos de um ano era freqüente e não havia equipamentos de saúde em número suficiente para resolver a questão.

Foto: Márcia Pinto



O Conselho, então, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, decidiu experimentar a nova estratégia na região. "Foi um trabalho duro e exigiu muito de todos nós, mas os resultados foram muito positivos. Verificou-se a redução da mortalidade em crianças no bairro", afirma a presidente do conselho, Nair de Oliveira.

Os conselheiros estavam convencidos de que o modelo seria o caminho mais curto para solução dos problemas de saúde enfrentados pela população carente da cidade. Coincidentemente, em 2003, o Sistema Único de Saúde (SUS) recomenda a Guarulhos a implantação da Estratégia. Conselheiros e Secretaria de Saúde passaram a pesquisar sobre os aspectos e necessidades para implantação da ESF. Cidades que já tinham o novo modelo de promoção, assistência e prevenção à saúde foram visitadas e as informações trazidas para o município. "Nós fomos para Cuba, inclusive, para trazer a experiência SF para Guarulhos", contam os conselheiros. "O projeto nasceu em Cuba".

O conselho participou da organização da cidade para implantação da ESF. A cidade foi dividida em quatro regiões e, no início de 2005, cada uma das Regionais assume a responsabilidade de gerenciamento da sua área de atuação.

O trabalho do conselho permanece e é contínuo. Juntamente com o poder público municipal, ele compõe a Comissão da Estratégia Saúde da Família, encarregada de acompanhar de perto o trabalho e os avanços SF. É essa Comissão que colhe os resultados e verifica as dificuldades encontradas pelas equipes e população. Os conselheiros observam que o problema que impede o funcionamento pleno da ESF hoje é a falta de espaço para a instalação das unidades e a contratação de médicos da família. "Os médicos têm que ser capacitados pelo município para trabalhar como generalistas e como médico da família", esclarecem.

A saúde vai à população carente

A população de Guarulhos em 2003 era de 1.132.651 pessoas, ocasião em que o município firmou parceria com o Ministério da Saúde e com o Banco Mundial para implantação da ESF. A meta acordada é a cobertura de 50% dessa população até 2007 e, para isso, são necessárias 165 equipes.



Foto: Arquivo

Atualmente, são 92 equipes estruturadas que acompanham 342.144 pessoas - o equivalente a 30% da população contabilizada naquele ano, o que permite ao município acreditar que a meta será atingida no tempo estimado.

Desses casos acompanhados, 85% são resolvidos sem encaminhamento para internação ou tratamento com especialista, contabiliza a Coordenação de Saúde Básica do município.

Esse resultado é atribuído ao atendimento particularizado às famílias, principalmente às que vivem em situação de dificuldades sócioeconômicas, residentes nas regiões periféricas, em situações de risco à saúde, muitas delas distantes dos equipamentos de saúde da cidade, como hospitais, pronto-atendimentos e postos de saúde.

As equipes são formadas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde que trabalham o nível primário de saúde de crianças, adolescentes, adultos e idosos.

A ação dos agentes comunitários de saúde é fator determinante nos resultados obtidos, acredita a coordenadora de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos, Eneida da Silva Bernardo. Eles têm a função de visitar mensalmente os atendidos pela ESF, o que lhes permite o estabelecimento de um vínculo forte com cada uma das famílias. Essa proximidade possibilita que estejam sempre bem informados sobre as condições em que os seus visitados estão vivendo: se há adoecidos na casa, se há desemprego na família, ruptura familiar. Nas visitas periódicas, eles conseguem verificar as condições de moradia, se há novo morador na residência - um parente ou amigo migrante -, e outros pontos que podem modificar o estado de saúde. Colhidas as informações, eles a levam às equipes que discutem cada caso e determinam a necessidade de intensificação das visitas ou mudanças no atendimento.

Foto: Márcia Pinto



Organização da rede

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o Conselho Municipal de Saúde são os grandes responsáveis pela organização da rede para implantação da Estratégia Saúde da Família. Juntos, eles determinaram a divisão da cidade em quatro Regionais, que contemplam todos os bairros e são responsáveis pelo gerenciamento da Saúde Básica.

A necessidade de implantação imediata da ESF, assim como o número de equipes atuantes, estão diretamente vinculados às condições básicas de vida dos moradores de cada região. Essas condições foram constatadas na análise do risco epidemiológico e demográfico de cada região.

A primeira região em população é a Regional I, com população estimada em 368 mil habitantes. As 10 equipes acompanham 40.771 pessoas que vivem em situação sócioeconômica mais vulnerável.

A Regional II tem 300 mil moradores. Desse total, 176 mil são atendidos por 46 equipes da Estratégia Saúde da Família.

As Regionais III e IV somam 566.161 moradores. Juntas, elas têm 60 equipes para atender 234.517 pessoas. Essas duas regiões recebem atenção especial da Secretaria de Saúde e da Estratégia Saúde da Família por terem o maior percentual de população carente de recursos e situação sócioeconômica ruim. A Regional III gerencia a maior área geográfica e com o menor número de equipamentos de saúde.

Foto: Márcia Pinto



A arte como fator de prevenção a doenças

Síndrome do pânico: Agda da Silva Barros

As complicações de saúde podem estar diretamente ligadas a fatores emocionais, que por sua vez podem ser resultado de uma situação financeira difícil ou insatisfação pessoal provocada pela baixa qualidade de vida ou falta de perspectivas profissionais, culturais ou financeiras.

É nessa perspectiva que a Unidade de Saúde da Família (USF) do Jardim Aracília, periferia de Guarulhos, trabalha a medicina preventiva. Além do atendimento de rotina realizado pelos médicos e enfermeiros dentro da Unidade e das visitas domiciliares feitas pelos agentes comunitários, a USF oferece vários cursos de artesanato, como crochê, tricô, vagonite, porcelana fria (biscuí) e pintura em tecido para a comunidade local, cadastrada e acompanhada pelas equipes SF. A proposta é ocupar o tempo das mulheres desempregadas ou que não trabalham. "Muitas dessas mulheres ficavam em casa sozinhas, ociosas. Algumas sofriam de depressão, e muitas vezes a depressão era ocasionada pela falta de renda", conclui a chefe da USF, Desdemona Cagnone.

A dona-de-casa Claudinete Galdino da Silva é um dos casos atendidos pela médica da USF. Ela sofria de depressão e síndrome do pânico e, por conta desses problemas, passou a manifestar complicações na pele e já estava desenvolvendo diabetes. Ela conta que sentia muita tristeza e medos, dos quais não conseguia saber a origem. Essas emoções eram guardadas para si, pois não as revelava nem mesmo ao esposo. "Ocupar o tempo foi o remédio que precisava". Hoje, Claudinete é professora voluntária de artesanato em porcelana fria da USF Jardim Aracília. Ela conta que, além do artesanato, tenta passar para as alunas, que considera amigas e companheiras, a experiência adquirida durante o tempo de enfermidade. "Nós não podemos ficar desocupadas, temos de ocupar o nosso tempo de forma produtiva".

A professora de artesanato vê na aluna Agda da Silva Barros a repetição da sua história. Agda também sofre da síndrome do pânico e passou a tratar da doença na USF. "Eu tomava calmante e antidepressivos, quando a médica me disse que só os remédios não resolveriam o meu problema e me indicou a oficina de artesanato da Unidade".

A dona-de-casa seguiu as recomendações médicas e há dois meses passou a integrar o grupo de mulheres que faz aulas de biscuí. Já parou de tomar o calmante e já está diminuindo a dose diária de antidepressivo. "Isso é uma vitória para mim. Eu não conseguia sair de casa. Eu tinha muito medo, tinha medo de tudo...eu tinha medo até de olhar no espelho, mas a pior sensação era o medo de sentir medo, porque eu sabia que ficaria paralisada e me trancaria de novo dentro de casa". A dona-de-casa diz que os remédios estancam a crise, mas é o artesanato que tem funcionado como uma "terapia" que a mantém equilibrada.

Agda, hoje, aparenta tranqüilidade, alegria. Com as peças que produz, ela decora a própria casa e pretende gerar renda e participar ativamente no orçamento doméstico. "Eu ainda me sinto insegura. Eu não sei se as pessoas vão gostar das peças a ponto de comprar", questiona. Ela sabe, no entanto, que essa insegurança deve ser trabalhada aos poucos.

Hipertensão

A hipertensão também pode ser controlada com a ajuda da arte manual. É o que mostra o grupo de alunas de pintura em tecido. Muitas delas sofrem dessa enfermidade, mas mantêm a pressão arterial sob controle.

No relato de Suniko Nagahiro, os benefícios da "terapia ocupacional" são facilmente constatados. A dona-de-casa de 71 anos já teve uma crise na qual sua pressão arterial chegou a 22 x 17. "Hoje a minha pressão fica em 14 x 7. Eu me sinto muito bem e acho que melhorei depois que comecei a fazer o curso de pintura em tecido, que ocupa meu tempo e me dá alegria", relata.





Foto: Márcia Pinto



Foto: Michel Willian

PR

Curitiba

Cotidiano

O casal Iolanda e João Falcão recebe pelo menos três vezes ao mês a visita da equipe Saúde da Família da US Bom Pastor, do bairro Cascatinha, região norte de Curitiba. Dona Iolanda, 73 anos, é diabética, e João, 66, deficiente visual, trata de um câncer de próstata. Há 48 anos estão casados e são pais de seis filhos.

As visitas seguem uma rotina: medir a pressão, providenciar exames e outras avaliações da saúde do casal. Mas nunca falta tempo para uma boa conversa. "É como se eles fossem velhos amigos ou parentes que vieram para o café da tarde", resume dona Iolanda. "Esse pessoal é tão bom que, mesmo quando não é dia de visita, se eu precisar, eles vêm", acrescenta.

Se não fossem as visitas, lembra dona Iolanda, ela não teria conseguido curar, há três anos, uma ferida na perna, que, por causa da diabetes, estava difícil de fechar. "Foi devagar, mas com a ajuda deles fazendo curativos, eu consegui sarar".

A proximidade entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e a comunidade é grande.

A confiança vem sendo conquistada desde 1991, quando Curitiba iniciou um projeto piloto na área de medicina da família. Depois de quase 14 anos desenvolvendo um trabalho de atenção integral, contínua e humanizada, os resultados são visíveis.

Bons Indicadores

O secretário municipal da Saúde, Michele Caputo Neto, credita aos profissionais do programa muito do sucesso dos bons indicadores de saúde da capital. "Em especial a queda da mortalidade infantil, cujos índices são os menores da história da cidade", ressalta. A mortalidade infantil baixou de 14,73 mortos por mil nascidos vivos, em 1999, para 11,2 em 2004. A transmissão vertical de Aids praticamente foi zerada no município, caindo de 9% para 0,6% no mesmo período.

"São indicadores que comprovam a eficiência da equipe da rede municipal da saúde", diz Caputo. "As equipes da SF identificam na comunidade e fazem o acompanhamento necessário de gestantes ou bebês que apresentam risco, além de idosos, diabéticos, hipertensos ou portadores de transtornos mentais", acrescenta. Outro avanço apontado pelo secretário está no programa de controle da dengue. Ele lembra que Curitiba foi a primeira cidade do país a integrar agentes comunitários no combate à dengue. "Por isso, temos focos do mosquito, mas não a doença na cidade".

Resultados igualmente relevantes foram obtidos na área de saúde bucal. Curitiba foi pioneira ao incluir dentistas entre os profissionais da equipe de Saúde da Família e até hoje é um dos poucos municípios a adotar essa prática. No Brasil, a participação de dentistas e técnicos de higiene dental no programa só foi determinada pelo Ministério da Saúde em 2000.

Todas as 45 Unidades de Saúde da Família de Curitiba têm equipes de Saúde Bucal. Graças a essa atenção, desde 1997 a cidade registra um índice de dentes com cárie na faixa dos 12 anos bem abaixo do 3,0 recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Atualmente, o índice da capital paranaense é de 1,27.

O grande desafio agora, afirma Caputo, é a expansão. "Temos uma cobertura populacional de 27% e queremos ampliá-la. Todas as nossas outras unidades de saúde já foram habilitadas pelo Ministério da Saúde para serem transformadas em unidades Saúde da Família, e até 2008 queremos converter 50% delas", complementa.

Ferramentas

No trabalho cotidiano, os agentes, enfermeiras, médicos e profissionais de saúde bucal que compõem as equipes SF podem até não tomar o café da tarde nas casas que visitam, mas com certeza ouvem muito, conhecem bem todas as famílias e seus problemas. E não apenas os relacionados à saúde.

A amplitude de conhecimento, aliás, é uma das características da ESF de Curitiba, sendo uma das particularidades que o diferencia dos demais municípios. Desde o início da sua implantação, a cidade optou por trabalhar com as mesmas ferramentas usadas pelos canadenses no estudo e diagnóstico das famílias. Criadas pela Universidade McGill e


Foto: Michel Willian

adaptadas pelo município, elas oferecem uma visão completa da estrutura do grupo e das suas características individuais.

"Além dos exames, curativos e acompanhamento de um tratamento, as visitas visam a conhecer a fundo as famílias, saber onde e como elas vivem, quais as suas expectativas, o histórico e as possibilidades de doenças de cada um de seus membros", explica o coordenador do Programa de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Ademar Cezar Volpi.

A cada contato domiciliar, a equipe SF registra novos dados. Uma das ferramentas usadas é o ciclo de vida, ou seja, situações corriqueiras como casamento, nascimento de filhos, aposentadoria, velhice e morte que podem ter conseqüências na saúde, causando somatizações, depressão, etc.

Outra é o genograma, um retrato gráfico da família em que são identificados todos os seus integrantes, com informações sobre doenças, hereditariedade, hábitos, além do perfil social e econômico do grupo.

A equipe SF também procura conhecer o relacionamento entre os membros da família e acompanhar de perto situações que possam desestruturá-la, tais como acidentes graves e morte súbita. É o conjunto dessas informações que permite escolher a abordagem, definir o atendimento e, sobretudo, antecipar e prevenir problemas.

Competência e sensibilidade

"Os profissionais da Saúde da Família têm que desenvolver competência e sensibilidade para compreender cada núcleo familiar e poder atuar sobre as informações colhidas e apreendidas", diz Volpi. Além disso, têm de se adequar ao conhecimento generalista de medicina exigido pelo programa. Por isso, entre os principais pilares da SF em Curitiba estão a capacitação dos profissionais e a formação das equipes.

No próximo ano será iniciado um curso de educação permanente, no qual serão formados grupos de profissionais de cada uma das 45 unidades de Saúde da Família distribuídas na cidade. O objetivo é discutir problemas e promover treinamentos específicos para as questões levantadas pelos profissionais.

Em Curitiba não são freqüentes as mudanças nas equipes, permitindo o desenvolvimento de um trabalho a longo prazo. Contribui para isso o fato de todos os profissionais em Saúde da Família serem concursados. "Ao contrário de outros municípios, aqui não existe contrato temporário. Todos os integrantes das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal foram aprovados em concurso público, mostraram interesse em trabalhar na área, fizeram um exame específico para isso, foram aprovados e passaram por treinamento", destaca Volpi.



Foto: Michel Willian

Novo comportamento

Deixar a cadeira do posto de saúde e ir até o paciente exige estrutura, planejamento e até mesmo mudanças de comportamento.

Em 1997, a médica Rogéria Ribas Prestes, da equipe da US São Paulo, trocou o trabalho como pediatra no interior do Paraná por uma vaga de médica da ESF em uma unidade de saúde recém-inaugurada. Logo no início, ela percebeu que, além do conhecimento da medicina convencional, precisava aprender muito sobre as pessoas. "É preciso desenvolver as habilidades, abandonar a posição de distanciamento e fazer parte do processo, saindo da postura onipotente do médico. Trabalhar com famílias exige de quem se propõe a fazê-lo uma aprendizagem diferenciada do modelo tradicional de compreensão do ser humano", conta.

Para a auxiliar de enfermagem Maria de Lurdes Oliveira, da US Trindade, quebrar a rotina normal do atendimento no posto de saúde é o grande obstáculo a vencer.

Maria de Lurdes diz que antes da implantação da ESF na sua unidade, em 1996, o atendimento era mais fácil e tranqüilo. Os profissionais de saúde priorizavam as atividades programadas. "Atendíamos quem nos procurava na unidade e não nos envolvíamos tanto com os problemas da população. Hoje procuramos resolver tudo o que é possível e os problemas nos envolvem a ponto de querermos ajudar na busca de soluções: realmente nos tornamos fonte de recurso para nossa comunidade", observa.

A auxiliar de enfermagem Anita Rubczynski, da mesma US Trindade, observa que é preciso paciência para vencer a desconfiança e ganhar o respeito das pessoas. "Antes eles nem sequer gostavam de receber nossas orientações, mas hoje confiam na equipe. Isso é reflexo de uma relação que foi sendo construída dia após dia, desde que passamos a nos envolver mais com as pessoas e seus problemas", analisa.

Os problemas também mudaram, acrescenta a colega da unidade de saúde Luciclê Augustin, também auxiliar de enfermagem.

Foto: Michel Willian



"Continuamos enfrentando os antigos problemas, hoje não tão graves, como a desnutrição, mas temos agora novos problemas, bastante complexos, como a gravidez na adolescência e o uso de entorpecentes".

Há quatro anos, a auxiliar de enfermagem Sebastiana Rabelo sai todos os dias com a equipe SF da US Bom Pastor e não tem dúvida sobre como definir o seu trabalho: "Nós somos a ponte entre a comunidade e o gestor da saúde", avalia.

Apesar disso, sabe que nem sempre a recepção é positiva. As situações podem ser as mais variadas: gratificantes, quando um casal se integra ao programa de planejamento familiar ou uma mãe amamenta seu bebê corretamente, ou frustrantes, quando há recusa persistente no atendimento.

A lição, em todos os casos, é saber usar bem as ferramentas aprendidas com os canadenses. "É preciso conhecer o perfil das famílias, para não errarmos na abordagem", acrescenta Sebastiana, que para aliviar o estresse faz aulas de dança de salão aos sábados.

A agente comunitária Amélia Ilhós, que acompanha Sebastiana no trabalho, tem uma palavra especial para cada um dos pacientes que visita. Todos os meses, ela passa três a quatro vezes na casa de "seu" Pedro de Paulo Neto, 83 anos, paciente de saúde mental. Assim que ele abre a porta, Amélia sorri e elogia o seu aspecto. Viúvo há 30 anos, seu Pedro mora sozinho, no bairro Cascatinha, e toma dois tipos de remédios

controlados. Apesar da dificuldade de falar, ele deixa claro que se sente melhor com a visita das "amigas", como ele mesmo as chama.

"Seu Pedro colabora conosco, só não conseguimos ainda fazer ele largar o cigarro", lamenta Amélia. A auxiliar de enfermagem Sebastiana lembra de outra história: "Seu Pedro não gosta de hospital nem de ir até a unidade de saúde. Mas uma vez precisou ser internado e disse que só estava lá por minha causa".

Foi o conhecimento da comunidade e a boa relação construída pelas equipes da ESF no Bairro Novo que garantiram a forte cobertura nas campanhas de vacinação, nesta que é uma das áreas da cidade com maior crescimento populacional na última década. O trabalho das equipes, junto com a Vigilância Sanitária, provocou até mudanças no comércio. "Conseguimos a reestruturação de todas as sorveterias da região", lembra o cirurgião dentista Antonio Dercy Silveira Filho, hoje coordenador da Gestão da Atenção Básica no Ministério da Saúde, que foi o supervisor e responsável pela implantação do Distrito Sanitário do Bairro Novo nos moldes da ESF, em 1995.

Resultados surpreendem

Alguns resultados do trabalho chegam a surpreender a própria equipe. Um ano após o início do funcionamento da Unidade de Saúde Santos Andrade, localizada em uma área de risco social, no Distrito Sanitário de Santa Felicidade, a então autoridade sanitária da US e presidente da Sociedade Paranaense de Saúde da Família, Elisete Maria Ribeiro, e a então enfermeira e supervisora do Distrito Sanitário, Cleide Aparecida de Oliveira, compararam o perfil epidemiológico do local antes e depois da ESF.

"Após um ano de implantação da ESF não houve registro de caso de morte infantil", relataram. "Existe melhoria nos índices de controle do câncer de colo uterino, na assistência de pré-natal e aos nascidos vivos, e cooperação das pessoas em tratamentos domiciliares. Houve implementação de proposta para tratamento da dependência química em alcoolismo e drogadição, através da desintoxicação ambulatorial e domiciliar, com impacto positivo nas relações interpessoais e familiares e comunitárias, observado através de grupos de auto-ajuda em saúde mental e terceira idade".

O mesmo tipo de relato foi feito pelos profissionais que trabalhavam na US São José, a segunda experiência de Curitiba na Saúde da Família. A unidade foi criada em 1993, para atender à população do extremo oeste, moradores de uma área de preservação ambiental localizada em região limítrofe a Campo Largo, município da Região Metropolitana. "Os resultados apareceram logo. A mortalidade infantil diminuiu, aumentou a adesão aos programas de hipertensos e diabéticos, de gestantes e lactentes, e os casais tiveram acesso ao planejamento familiar", conta a Dra. Ana Maria Sant'Ana, segunda médica generalista a integrar a equipe do programa em Curitiba.

Na US São José, os dados de saúde bucal apontaram avanço impressionante. Em 1994, as crianças de 12 anos apresentavam índice de cárie de 4,7. Em 2001, ele já havia baixado para 1,27. Na faixa de 6 anos a queda foi ainda maior: de 5,6 para 1,26. O trabalho de prevenção de mordida aberta, realizado na Creche Municipal São José, reduziu pela metade o comprometimento o problema. Outros indicadores de progresso: em 1994, 50% das crianças nascidas na região foram consideradas de risco. Cinco anos depois, 23% dos nascidos vivos foram enquadrados como risco. As gestações planejadas subiram, no mesmo período, de 30% para 50%.

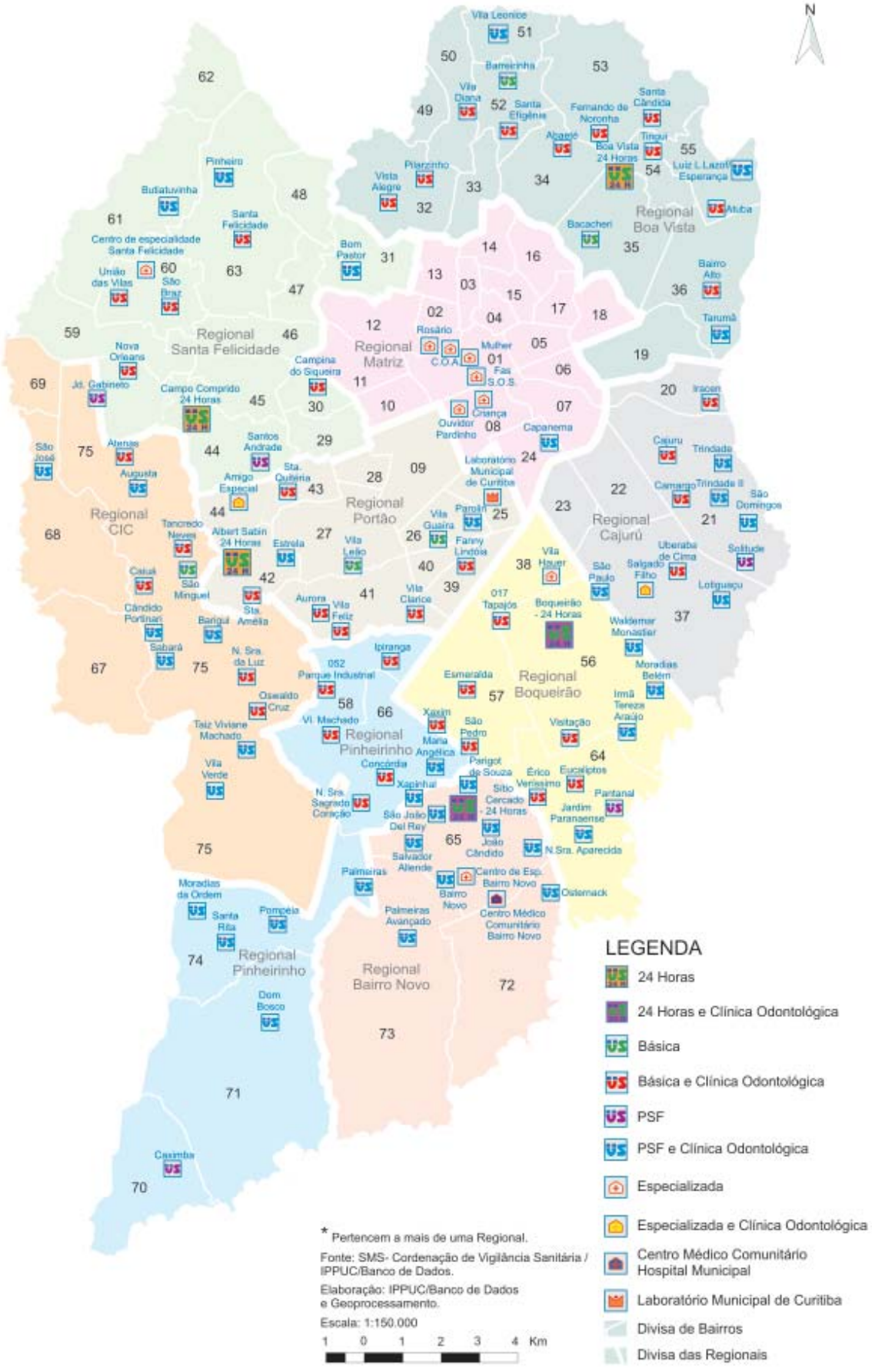
Na US Vila Verde, na região sul de Curitiba, o número de hipertensos acompanhados pela saúde do município subiu de 12% para 70% após a implantação da ESF. Antes, 30% das gestantes faziam o pré-natal, e hoje 100% das inscritas têm o acompanhamento adequado. O risco ao nascer caiu 50% depois da implantação e funcionamento do programa.

"Os indicadores mostram uma melhora clara na saúde da população, mas nós podemos dizer que a ESF também ofereceu um aumento de qualidade do atendimento", afirma o coordenador da Secretaria Municipal da Saúde, Ademar Volpi. "Graças à atenção básica oferecida no município, as pessoas estão sendo mais bem encaminhadas, e o fluxo do atendimento e a organização do serviço também melhorou".

Unidades Municipais de Saúde por Divisão dos Distritos Sanitários em Curitiba - 2005

BAIRROS

01 - Centro
02 - São Francisco
03 - Centro Cívico
04 - Alto da Glória
05 - Alto da Rua XV
06 - Cristo Rei
07 - Jardim Botânico
08 - Rebouças
09 - Água Verde
10 - Batel
11 - Bigorrilho
12 - Mercês
13 - Bom Retiro
14 - Ahú
15 - Juvevê
16 - Cabral
17 - Hugo Lange
18 - Jardim Social
19 - Tarumã
20 - Capão da Imbuia
21 - Cajuru
22 - Jardim das Américas
23 - Guabirotuba
24 - Prado Velho
25 - Parolim
26 - Guaíra
27 - Portão
28 - Vila Isabel
29 - Seminário
30 - Campina do Siqueira
31 - Vista Alegre
32 - Pilarzinho
33 - São Lourenço
34 - Boa Vista
35 - Bacacheri
36 - Bairro Alto
37 - Uberaba
38 - Hauer
39 - Fanny
40 - Lindóia
41 - Novo Mundo
42 - Fazendinha
43 - Santa Quitéria
44 - Campo Comprido*
45 - Mossunguê
46 - Santo Inácio
47 - Cascatinha
48 - São João
49 - Taboão
50 - Abranches
51 - Cachoeira
52 - Barreirinha
53 - Santa Cândida
54 - Tingui
55 - Atuba
56 - Boqueirão
57 - Xaxim
58 - Capão Raso
59 - Orleans
60 - São Braz
61 - Butiatuvinha
62 - Lamenha Pequena
63 - Santa Felicidade
64 - Alto Boqueirão
65 - Sítio Cercado
66 - Pinheirinho
67 - São Miguel
68 - Augusta
69 - Riveira
70 - Caximba
71 - Campo de Santana
72 - Ganchinho
73 - Umbará
74 - Tatuquara
75 - Cidade Industrial*



IPPUC Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba - SIN - Banco de Dados
:: Rua Bom Jesus, 669 :: Cabral :: Curitiba :: Paraná :: CEP 80035-010 :: Fone (41) 250-1414 :: Fax (41) 254-8661 :: E-Mail ippuc@ippuc.org.br ::

A opção pela prática baseada nas evidências

Quando o Ministério da Saúde criou a Estratégia Saúde da Família, em 1994, Curitiba já tinha alguma prática na área. A primeira experiência foi em 1991, na US Pompéia. Ainda tateando um modelo, mas já tendo optado por uma estratégia que abrangesse a família, visando à prevenção e não apenas os cuidados da saúde do paciente, a cidade logo estendeu a iniciativa para a US São José e, em três anos, contava com equipes em funcionamento em cinco unidades de saúde. O modelo adotado na capital paranaense inovou com a inclusão de equipes de saúde bucal atuando junto com equipes de Saúde da Família.

Curitiba também adotou um sistema de investigação domiciliar baseado em experiência conduzida no Canadá. Com base nas evidências registradas nesta investigação, as equipes conseguem antecipar problemas, conduzir campanhas educativas nas comunidades ou sugerir mudanças em hábitos que fatalmente desencadeariam ou agravariam doenças.

A regionalização da saúde iniciada no começo da década de 90 facilitou muito todo o processo de expansão da ESF na capital paranaense. Com a divisão em microáreas, cada unidade de saúde passou a ter responsabilidade sobre um território. "Essa estrutura foi fundamental para a implantação do Programa Saúde da Família", avalia o coordenador de Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde, Ademar Volpi. "Em muitos outros municípios foi preciso, primeiro, fazer a estrutura física para só depois montar a unidade de saúde da família".

Em 1996, Curitiba aderiu à Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde. Com o repasse regular de recursos foram implantadas, de uma só vez, 18 novas equipes em todos os distritos sanitários da cidade. Em 2000, um novo passo: Curitiba criou o Distrito Sanitário Bairro Novo, uma das primeiras experiências do Brasil de um distrito sanitário operado integralmente sob a lógica da ESF.

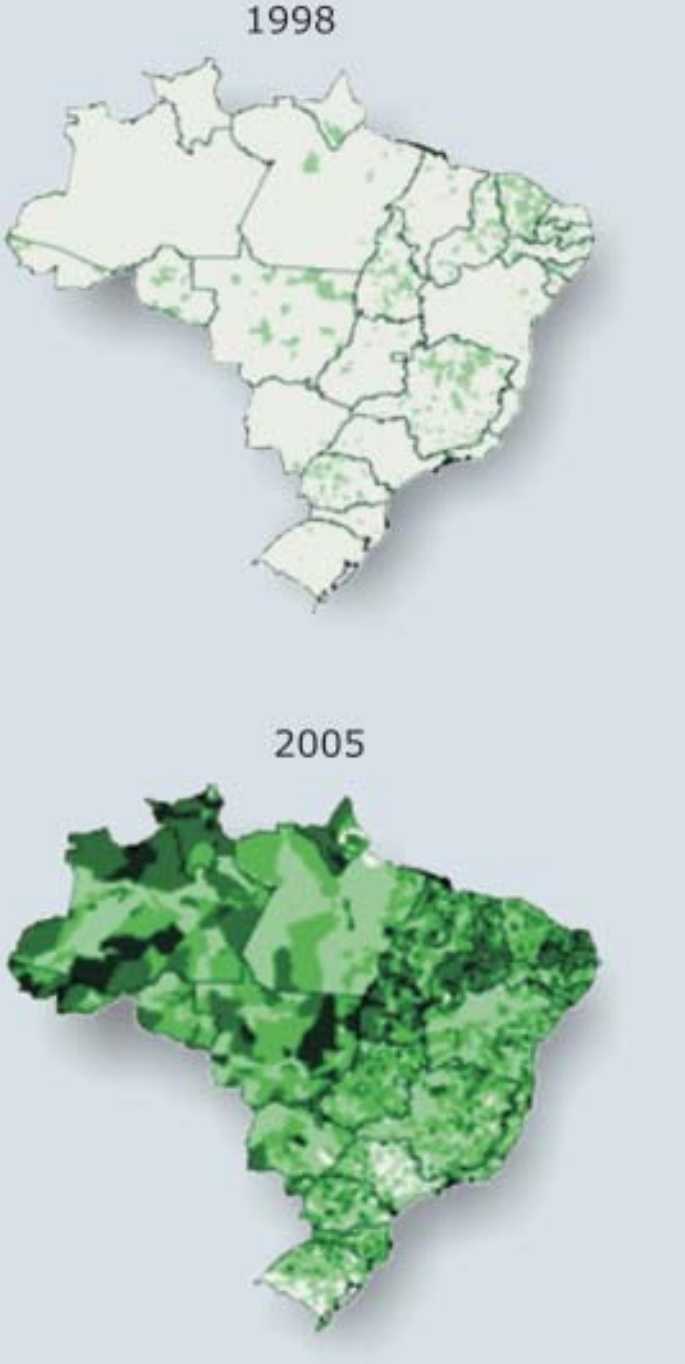
Hoje, o município conta com 125 equipes completas de Saúde da Família, compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários, e 114 equipes de Saúde Bucal, com um dentista, um técnico de higiene dental e dois auxiliares de consultório dentário.

Todas as 45 Unidades de Saúde nos moldes da ESF possuem equipes de saúde bucal. Cada uma é responsável por uma população de 2.400 a 4.500 pessoas. A cobertura populacional é de 27%, o que significa 465.750 pessoas atendidas. A meta de Curitiba é converter 50% das 108 unidades convencionais de saúde do município em unidades SF até o final de 2008.



Foto: Michel Willian

Distribuição per capita dos Recursos Financeiros da Atenção Básica Em reais/hab/ano



Fonte: DATASUS



Foto: Arquivo

Campo Grande MS

Cidade que tem pressa

Campo Grande é chamada por seus habitantes de "cidade morena". Seus moradores acreditam que o apelido é atribuído às lindas morenas que povoam a cidade. Imaginário à parte, "cidade morena" é uma referência às nuvens de poeira que cobriam a cidade quando não existia asfalto. Mas Campo Grande cresceu, modernizou-se, ganhou asfalto, ampliou suas avenidas e respira novos ares, sem poeira e conservando grande beleza natural. Acolhe hoje 749.770 habitantes, um caleidoscópio de índios, brancos, negros e miscigenados. E, como quem tem pressa, a cidade morena anda a largos passos em suas mudanças, principalmente, no atendimento à saúde de sua população.

A forma convencional no atendimento à saúde perdurou por muitos anos, tempo em que a rede de acesso da população abrangia os postos de saúde, as unidades de saúde e os hospitais. O conceito sobre saúde, tanto para os profissionais da área quanto para a população, centrava-se na relação saúde-doença. No entanto, para solucionar os problemas do setor, a Secretaria Municipal de Saúde vem investindo gradualmente na conversão da rede de saúde desde 1997, iniciando com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Este programa, além de trazer uma nova concepção de saúde, também surge como estratégia transitória para a implantação e expansão do novo modelo de atenção básica em saúde, com a Estratégia Saúde da Família.

Cobertura alcança 76,30%

A Estratégia Saúde da Família propicia hoje uma cobertura de 572.082 pessoas, correspondendo a 76,30% da população do município. Surge para mudar não apenas a forma de atendimento, mas, principalmente, a percepção e o conceito de saúde a partir de novas práticas de atenção, nas quais a população passa a ser sujeito ativo do processo atuando, também, como responsável pela sua saúde e qualidade de vida. As equipes Saúde da Família desenvolvem a percepção crítica e cidadã da população no sentido de melhor cuidar de sua saúde.

A conversão da rede de unidades de saúde, no município, tem início em julho de 1997, com o mapeamento da cidade e a realização da primeira seleção de Agentes Comunitários de Saúde, para cobrir 127 microáreas distribuídas em cinco áreas. Em outubro de 1998 já existiam 29 equipes. A meta era uma cobertura da zona urbana em 70% com a atuação de 759 ACS, ainda naquele ano. Os antigos postos e unidades de saúde foram, aos poucos, sendo reestruturados e transformados em Unidades Básicas de Saúde, e incorporando-se às equipes. Quando em 1999, o município aderiu à Estratégia Saúde da Família, foi transformando progressivamente as equipes dos agentes comunitários de saúde em Saúde da Família e, atualmente, conta com 44 equipes SF, referenciadas em 22 Unidades de Saúde da Família e três equipes em Unidades Mistas. Dados de 2004 mostram que a cobertura em Campo Grande pela ESF é hoje de 17%, correspondendo a cerca de 124.879 pessoas atendidas, do total de uma população de 719.362. Já o Programa Agentes Comunitários de Saúde cobre 58,5%, totalizando um atendimento de 420.852 cidadãos.

Nova lógica de atenção à saúde

Uma das metas para 2007 é a instalação de todas as equipes SF em unidades específicas da Estratégia Saúde da Família, garante Andréa Lucia Dornelles, coordenadora geral da ESF, evitando deixar as equipes em unidades mistas, complementa. Para ela "não tem porque as equipes da SF conviverem com profissionais que trabalham com outra lógica de atenção à saúde porque isso gera conflito entre os profissionais". Por outro lado, a população fica confusa em compreender esse trabalho, comprometendo



Foto: Arquivo SMS

inclusive o sistema e a forma de atendimento. Quando esta população está sendo atendida por uma unidade mista, elas se pergunta: por que tenho de ser atendido por um generalista se aqui tem um clínico, um ginecologista e um pediatra?

Desta forma, com a implantação das Equipes de Saúde da Família, as Unidades Básicas de Saúde foram sendo adaptadas, reformadas ou construídas de formas adequadas para comportar as equipes SF que, pela sua especificidade, exigem uma estrutura física que responda à demanda da população de maneira acolhedora, prática e eficiente. Neste sentido, a "cidade morena" já conta com quase todas as equipes em unidades específicas, modalidade conhecida como UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família, com exceção das unidades mistas que dão cobertura à população de dois bolsões de pobreza na Mata do Jacinto e no Jardim Aeroporto, situação que está sendo revista.

As práticas profissionais

Apesar das diretrizes do Ministério da Saúde quanto ao perfil e formação das equipes SF, os municípios as preparam de acordo com a realidade local de cada área de atuação. De forma habitual, o ACS visita todas as famílias cadastradas, pelo menos uma vez por mês. A freqüência da visita domiciliar, ainda não estabelecida em termos ideais, está relacionada à incorporação de hábitos saudáveis, à elevação dos padrões de higiene e às condições de saúde da população. Este acompanhamento pontua a tendência de mudança dos padrões do modelo assistencial, bem como o enfoque de promoção da saúde que deve ser trabalhado, segundo esclareceu a coordenadora local, entendendo que a ESF deve privilegiar ações de promoção e prevenção, de forma que as visitas domiciliares sirvam para mapear o desenvolvimento da população neste sentido. Para cada profissional da equipe existe um roteiro, com critérios, para realização da visita domiciliar.

Durante 2004, foram trabalhados nas equipes os critérios para "visitas domiciliares-fim", que têm o objetivo de atuar com uma ação concreta de finalização do problema, e para a "visita domiciliar-meio", que tem a finalidade de realizar uma busca ativa, ações de prevenção ou de abordagens estratégicas com a família. A visita domiciliar privilegia o princípio da eqüidade, buscando detectar as famílias de maior risco, sem perder a qualidade da atenção às famílias de menor risco.

Orçamento incrementado

Além de receberem incentivos do governo federal, que reajusta os incentivos para municípios com população acima de 100 mil habitantes, e dos incentivos relacionados à formação da equipe de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde, o governo do estado do Mato Grosso do Sul também incrementa o orçamento das equipes do PACS e da Saúde da Família. O governo do estado reconhece que a Estratégia Saúde da Família é uma equipe composta por multiprofissionais que atuam de forma integrada e não duas equipes atuando em conjunto. Outra novidade nas equipes SF é a atuação do assistente social, com 19 profissionais, explica Eliete Antônio Rodrigues, assistente social técnica da Coordenação Geral do PACS/SF.

Dia a dia

O acompanhamento e a atenção à mulher no pré-natal, com atenção para o cartão de vacinação, estado nutricional, entre outras ações de acompanhamento é uma prática habitual das equipes. Em 2004 nas áreas de PACS e SF, 82,3% das gestantes inscritas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. O trabalho de conscientização com relação à gravidez precoce tem sido um trabalho constante das equipes nas escolas. As crianças e idosos também são grupos preferenciais acompanhados pelas profissionais da SF, além dos portadores de diabetes, tuberculose e hanseníase.



Foto: Arquivo SMS

O atendimento ambulatorial é outra prática destes profissionais médicos, dentistas e enfermeiros desenvolvida em paralelo aos atendimentos e visitas domiciliares.

No atendimento específico de odontologia, no ano de 2004, houve um considerável avanço no atendimento às crianças de 0 a 36 meses na SF, atendendo em torno de 6.676 crianças cadastrados. No geral, cerca de 8.025 crianças passaram por algum tipo de atividade de controle de risco, que detectou cárie em 799 crianças. Tal indicativo está sendo merecedor de observação por parte da Secretaria Municipal de Saúde. Entre as ações odontológicas, está a distribuição de 1.740 kits gestantes, compostos de escova, creme dental e fio dental. Em 2004 já havia um total de 38.647 famílias cadastradas, o dobro do ano anterior, das quais foram atendidas 27.333 pessoas.

Além das práticas desenvolvidas nas unidades básicas de Saúde da Família e na comunidade, as equipes mobilizam ainda outras instituições, formando parcerias e integrando todos os setores existentes. Em se tratando de ações específicas de saúde, a equipe também busca a interface com outros profissionais da saúde, como forma de complementar o atendimento realizado na comunidade e na unidade SF quando necessário, cumprindo seu papel de porta de entrada para o sistema de saúde como um todo, seja na média ou alta complexidade.

Um bom exemplo é o atendimento fisioterápico domiciliar. Em princípio este serviço tem o objetivo de acompanhar e avaliar o paciente que apresenta redução na capacidade funcional do seu organismo seja por distúrbio no sistema neurológico, respiratório ou esquelético-muscular, e que precise apenas da realização de um programa de cuidados e ou atividades que possam ser realizados no próprio domicílio, desde que prescritas por profissional habilitado. Os casos mais complexos, em que a recuperação dependa dos recursos tecnológicos de serviços especializados, o profissional fisioterapeuta poderá ser solicitado para avaliar a necessidade de acompanhamento em unidade de referência especializada.

Outro serviço disponibilizado pelas equipes SF é o de Psicologia do Serviço dos Centros Regionais de Saúde, que oferece assistência ambulatorial em psicologia aos usuários do SUS nas unidades básicas. Os psicólogos atuam em forma de plantão inclusive nos feriados, sábados e domingos, para facilitar o acesso dos usuários-trabalhadores. A escolha do serviço de psicologia depende da patologia identificada e do interesse da pessoa. O atendimento pode ser individual, para a formação de grupos terapêuticos, atendimento de casais e família, bem como para aconselhamentos, em alguns casos. O atendimento pelas equipes SF não se limita apenas ao domiciliar e ambulatorial, pois toda a interlocução com as demais instâncias do sistema também faz parte das atividades cotidianas destas equipes. Afinal, a ESF é a porta de entrada de todo o sistema de saúde.

Produção de Dados

Como o trabalho das equipes Saúde da Família tem o objetivo maior de tratar pessoas, controlar doenças, diminuir a solicitação de exames desnecessários e, principalmente, racionalizar os encaminhamentos para os serviços de maior complexidade, reduzindo a procura direta aos atendimentos de urgência e hospitalares, a Estratégia Saúde da Família tem gerado uma quantidade significativa de dados apresentados por meio de relatórios. Este instrumento busca apresentar informações que possibilitem uma avaliação real da qualidade do trabalho, perfil epidemiológico e de qualidade de vida da população, para que a equipe possa readequar o planejamento das ações. O primeiro instrumento utilizado neste sentido é o Sistema de Informação da Atenção Básica - Siab, que permite o registro de informações de interesse das equipes, dos gestores, bem como do Ministério da Saúde. A partir do Siab se pode fazer um diagnóstico sobre a saúde da população coberta e das atividades executadas pelas equipes Saúde da Família.



Integração ensino-serviço-comunidade

O Programa de Integração Ensino-Serviço Comunidade se desenvolve por meio de uma parceria entre a Prefeitura Municipal e a Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal, com o objetivo de dar apoio à formação de profissionais da área da saúde e a organização das comunidades, articulando uma prática pedagógica inovadora que traga reflexos na redefinição da atenção à saúde e das práticas sociais, em direção à promoção da saúde e à qualidade de vida.

Neste processo, 13 Unidades de Saúde da Família e da Atenção Secundária, no município de Campo Grande, são disponibilizadas para efetivar o desenvolvimento deste programas de ensino, para que os professores e alunos dos cursos de medicina e psicologia possam participar da rotina da assistência à saúde no âmbito do município. Neste sentido, a ESF termina por ser um centro articulador de uma prática pedagógica que busca aprimorar a formação dos graduandos para o desenvolvimento de futuras práticas profissionais, contextualizada nas reais necessidades da população.

Educação Permanente

O termo investir, aplicado na conversão de redes de saúde, extrapola o simples sentido de passar de um modelo de atenção à saúde para outro, ganhando uma concepção ampliada do conceito da saúde. Desta forma, investir na estratégia SF é, antes de tudo, investir na formação continuada dos profissionais para a compreensão de um novo conceito de saúde e, conseqüentemente, de uma forma diferenciada de atuação junto à comunidade. Neste sentido, a educação permanente objetiva gerar práticas de saúde que possibilitem a integração de ações individuais e coletivas, utilizando o enfoque de risco como reflexões impulsionadoras de método de trabalho que favoreça o aproveitamento ideal dos recursos e a adequação destes às necessidades apontadas pela população.

Nesse novo contexto, os profissionais são impulsionados a aprender a ouvir; respeitar a diversidade sóciocultural das realidades que se apresentam na comunidade; desenvolver

habilidades de comunicação; de observação; de indagação; de reflexão e da ação transformadora da realidade; conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase em suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco às quais a população está exposta; promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados; trabalhar em equipe com criatividade e iniciativa; estarem predispostos para o trabalho comunitário e em grupos; construir visão ampla e generalista de promoção da saúde. Outra forma encontrada em Campo Grande para estimular a troca de experiências e a construção de conhecimento das equipes foi a realização de Mostras Municipais de Trabalhos em Saúde da Família, com todas as equipes.

Recursos humanos: quanto custa?

Membro da equipe	Valor Salário
Médico	4.434.68
Enfermeiro	2.444,07
Auxiliar de Enfermagem	789,48
Odontólogo	3.884,68
ACD	679,48
THD	808,87
ACS (6 por equipe)	498,39
Total por mês (Equipe módulo I)	15.982,15
Total por mês (Equipe módulo II)	16.791.02

Enfrentando dificuldades

Mesmo com a Estratégia Saúde da família apresentando desenvolvimento e qualidade no atendimento à população em Campo Grande, alguns obstáculos ainda se apresentam. Para a coordenação municipal da ESF, um dos maiores problemas enfrentados, ainda, é a falta de entendimento deste novo modelo de assistência por parte dos profissionais mais tradicionais. Isto implica a falta, principalmente, de médicos para compor novas equipes. A questão salarial também é outro fator ponderado por muito médicos que, além de tudo, não têm formação generalista, o que significa ter de investir mais na formação dos novos profissionais que aderem ao programa.

Na busca de solucionar tais questões, foram realizadas várias tentativas de contratação de médicos para o programa. A primeira delas foi utilizar os profissionais médios já existentes na rede municipal de saúde, o que não foi possível porque o quadro do município só trabalha vinte horas semanais, e o trabalho na ESF exige quarenta horas. A tentativa foi fazer um contrato adicional e complementar das vinte horas faltantes. Todavia, sem resultados concretos.

A tentativa foi frustrada por diversos motivos, um deles a forma de contratação, que só poderia ser feita por um tempo determinado. Mesmo assim, quando o profissional tirava férias no município, não poderia tirar férias por conta do contrato na SF. A solução foi abrir concursos públicos para novos médicos, com carga horária de quarenta horas semanais. Hoje, todos os médicos da equipe SF, bem como todos os profissionais de nível superior e médio, são estatutários com carga de 40 horas semanais. Apenas o ACS é contratado no regime de CLT.

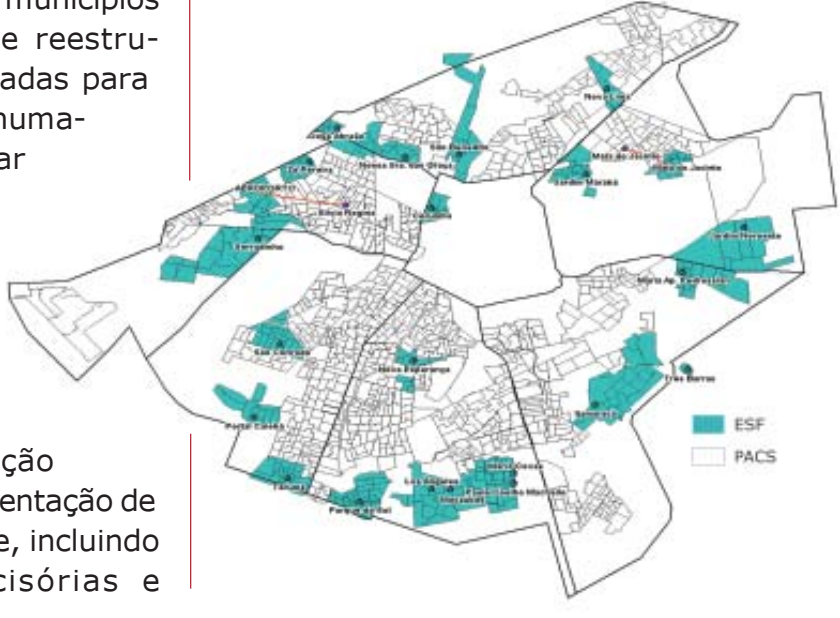
Expansão nos grandes centros urbanos

O município vem executando seu Planejamento de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família com previsão para ser concluído no ano 2012. Este ano, 2005, o aumento da cobertura populacional em Campo Grande deve alcançar 22%, que corresponde à inserção de mais 161.000 novas pessoas na ESF. A expansão e a consolidação vêm recebendo apoio e financiamento do Ministério da Saúde.

O Programa de Expansão Saúde da Família visa a contribuir para que os grandes centros urbanos superem os desafios colocados para o fortalecimento da Atenção Básica no País e para a expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família. O programa surge na perspectiva de ajudar os municípios de grande porte a ampliarem e reestruturarem as várias iniciativas voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos, incrementar recursos, apoiar respostas mais ágeis na educação continuada e iniciativas de mudanças na formação dos profissionais bem como na sua fixação nas equipes.

Campo Grande desenvolverá as seguintes ações: a) modernização institucional: elaboração e implementação de projetos de reorganização da rede, incluindo a criação de instâncias decisórias e operacionais estratégicas do SUS local; b) adequação da rede de serviços: investimentos que possam ser caracterizados como reformas essenciais de área física nas unidades da rede; c) fortalecimento dos sistemas de avaliação e informação: desenvolvimento e/ou adequação em instrumentos de monitoramento, estudos e projetos de avaliação e planejamento; d) desenvolvimento de recursos humanos: atividades de capacitação, treinamentos e de atualização em geral, direcionadas especificamente para os momentos iniciais de transição, alcançando os trabalhadores existentes ou que estejam se incorporando à rede.

Abrangência da ESF até junho de 2005



Metas de expansão até 2012

			Cobertura		
Ano	População	ESF no ano	%	População	SB no ano
2005	749.770	(alcançada)	22%	161.000	01
2006	764.765	30	35%	266.000	30
2007	780.060	19	43%	332.500	19
2008	795.661	24	52%	416.500	24
2009	811.574	13	57%	462.000	13
2010	827.805	17	63%	521.500	17
2011	844.361	27	73%	616.000	27
2012	861.248	18	79%	679.000	18