REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA 25

Publicação do Ministério da Saúde - Ano XI - janeiro a março de 2010 – ISSN 1518-2355

SaúdedaFamília

FINANCIAMENTO DO SUS: A LUTA PELA SAÚDE DO BRASILEIRO



E MAIS:

Mato Grosso do Sul usa os meios legais para reforçar a APS

Compromisso com a saúde orienta as ações de Maringá

Artigo

A comunidade cresce ao redor do Varal de Idéias da Vila Dique

Encarte

Caixinha do Idoso reune comunidade, estudantes e eSF em Rio das Flores

Aerto, o cadeirante: "ser um ACS deficiente é uma guerra constante"

Revista Brasileira Saúde da Família
Ano XI, número 25, jan/mar 2010

Coordenação, Distribuição e informações

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Edifício Premium SAF Sul – Quadra 2 – Lotes 5/6 Bloco II – Subsolo
CEP: 70.070-600, Brasília - DF
Telefone: (0xx61) 3306-8044
Home Page: www.saude.gov.br/dab

Diretora do Departamento de Atenção Básica:
Claunara Schilling Mendonça

Coordenação Editorial:
Edson Almeida
Elisabeth Susana Wartchow
Nulvio Lermen Júnior
Patrícia Chaves Gentil
Patricia Sampaio Chueiri
Patrícia Tiemi Cawahisa
Victor Nascimento Fontanive

Equipe de comunicação:
Alisson Fabiano Sbrana
Antônio Ferreira
Davi de Castro de Magalhães
Déborah Proença
Fernando Ladeira de Oliveira
Kenia Marcia Meira dos Santos
Radilson Carlos Gomes
Renata Ribeiro Sampaio
Pedro Rezende Teixeira
Thiago Mares Castellan
Tiago Grandi Chabude
Tiago Santos de Souza

Diagramação e Arte Final
Artmix

Projeto Gráfico
Artmix Studio de Criação

Jornalista Responsável/ Editor:
Fernando Ladeira de Oliveira (MTB 1476/DF)

Revisão:
Ana Paula Reis

Fotografias:
Radilson Carlos Gomes*, Departamento de Atenção Básica, SMS de Maringá, SMS Rio das Flores, Gilson Carvalho, Ailma Barbosa e Déborah Proença. *Capa:* Radilson Carlos Gomes

Colaboração:
Elias Jorge, Gilmara Lúcia dos Santos, Karine Cavalcante da Costa e Marcelina Zacarias Ceolin.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Distribuição gratuita
Revista Brasileira Saúde da Família - Ano XI, n 25 (jan/mar, 2010), Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Trimestral,

ISSN: 1518-2355

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

SUMÁRIO

CAPA 12 Financiamento do SUS – um cobertor curto



CARTAS 4

EDITORIAL 5

ESF EM FOCO 6 Saúde da Família no mundo virtual

ENTREVISTA 9 Gilson Carvalho

EXPERIENCIA EXITOSA 27 Boa prática de financiamento no município

31 Incentivos estaduais em atenção primária somam na reordenação do SUS

PERFIL 38 Cirurgiã dentista - Ailma de Souza

ESPAÇO GALERIA 42 Um olhar sobre a APS

PELO MUNDO 44 Dois Olhos Negros

ARTIGO 49 Encontros diálogicos entre gestantes e profissionais de saúde partindo de um Varal de Ideias

PUBLICAÇÕES 57 Atualize-se

SaúdedaFamília

Departamento de Atenção Básica – DAB
Edifício Premium -SAF Sul- Quadra 2 –
Lotes 5/6 –Bloco II –Subsolo
Brasília- DF – CEP – 70070-600
Fone: (61) 3306-8044/ 8090

Revista Brasileira
Saúde da Família
Nº 25

CARTAS

Acho que o agente comunitário de saúde (ACS) tem sido personagem importante, realizando a integração da Atenção Primária à Saúde e a comunidade. Meu município ainda tem muitas áreas sem a cobertura de ACS, e gostaria de saber o que o município deve fazer para começar a receber o incentivo financeiro pelo Ministério da Saúde. Amanda Paiva, por e-mail.

Prezada Amanda,

O município começa a receber os recursos após ter seu projeto de implantação aprovado no Conselho Municipal da Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite e cadastrar os ACS no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Ele recebe os recursos referentes ao número de ACS implantado e informado no sistema, mas é importante lembrar que, para a manutenção dos recursos, é preciso alimentar mensalmente os sistemas nacionais de informação.

• • •

Trabalho na gestão de um município que tem intenção de expandir o número de equipes de Saúde da Família, mas para isso precisaríamos investir na aquisição de equipamentos para as UBS, que já temos. Há alguma possibilidade de auxílio do Ministério da Saúde nesse sentido? Fernando Borges de Almeida, por e-mail.

Prezado Fernando,

A aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a atenção básica pode ser financiada pelo Ministério da Saúde, mediante transferência de recursos federais fundo a fundo para ações e serviços de saúde na atenção básica para Estados, Distrito Federal e municípios.

O Departamento de Atenção Básica (DAB) orienta os Estados, Distrito Federal e municípios a realizarem os pedidos de aquisição dos equipamentos e materiais permanentes sob a forma de "Proposta de Projetos", e os respectivos gestores devem cadastrar a proposta no Sistema de Cadastro de Proposta Fundo a Fundo no *site* do Fundo Nacional de Saúde. Os gestores devem realizar o acompanhamento da proposta via sistema, e todos os documentos necessários devem ser inseridos diretamente no programa, como descreve a Portaria GM/MS nº 2.198, de 17 de setembro de 2009.

• • •

Trabalho na gestão municipal e a realidade do meu município, e de grande parte dos municípios vizinhos, são de Unidades Básicas de Saúde em casas alugadas ou em péssimas condições. Penso que seria importante que o Ministério da Saúde auxiliasse os municípios na estruturação de sua rede básica. Há alguma ação planejada para isso? Bernardo Teixeira, por e-mail.

Prezado Bernardo,

Considerando a necessidade de aprimorar a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Ministério da Saúde criou, em 2009, o Plano Nacional de Implantação de novas UBS. Tem a finalidade de promover o melhor desempenho das ações das equipes de Saúde da Família (eSF) e a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), com o aumento da cobertura populacional.

O município interessado, além de atender aos critérios do Plano Nacional de Implantação de UBS, precisa cadastrar proposta no Sistema de Cadastro de Proposta Fundo a Fundo, no site do Fundo Nacional de Saúd**e (www.fns.saude.gov.br).**

Após a análise das propostas cadastradas, o Ministério da Saúde publica uma Portaria de habilitação, que nada mais é do que a lista com os municípios contemplados. O repasse dos recursos financeiros para investimentos é realizado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao Fundo Municipal de Saúde, de forma regular e automática.

A primeira parcela equivale a 10% do valor total aprovado, a segunda parcela equivale a 65% do valor total aprovado, e a terceira e última parcela equivale a 25% do valor total aprovado.

Mais informações podem ser obtidas em consultas ao *site* do DAB (www.saude.gov.br/dab).

• • •

Quais são os incentivos financeiros federais repassados para os municípios para implantação e custeio das equipes de Saúde da Família e como aderir a essa Estratégia? Vanessa Lara Cavalcante, por e-mail.

Prezada Vanessa,

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo adotado pelo Ministério da Saúde como prioritário para a estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS), porém cabe à gestão municipal a decisão de aderir à Estratégia em seu território. Para ser habilitado ao recebimento dos recursos referentes à Saúde da Família, o município precisa ter um projeto de implantação aprovado no Conselho Municipal da Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite e, então, cadastrar equipes no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

De acordo com a modalidade de equipes de Saúde da Família (eSF), definida pela Portaria GM/MS nº 648, de 28 de janeiro de 2006 – na qual o município ou a equipe se enquadre –, os incentivos serão repassados do Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao Fundo Municipal de Saúde. O incentivo para implantação é de R$ 20.000,00 (vinte mil reais) por equipe, enquanto que o incentivo mensal de custeio por eSF é de R$ 9.600,00 (nove mil e seiscentos reais) para a Modalidade I e de R$ 6.400,00 (seis mil e quatrocentos reais) para a Modalidade II.

• • •

Esta seção foi feita para você se comunicar conosco. Para sugestões e críticas, entre em contato com a redação: revista.sf@saude.gov.br

A Revista Brasileira Saúde da Família reserva-se ao direito de publicar as cartas editadas ou resumidas conforme espaço disponível.

EDITORIAL

22 anos depois...

Em 1988, novos sentimentos afloraram nos brasileiros. A Constituição Federal da República Federativa do Brasil, aprovada naquele ano, trouxe esperança no presente e no futuro. Despertou a fé em nós mesmos e nos que estão ao nosso redor – próximos ou não –, de que poderíamos conseguir melhorar as nossas vidas e obter mais saúde, trabalho, dinheiro, alimento em quantidade e qualidade e uma convivência harmoniosa. A Carta Magna nos deu a certeza de que estamos solidificando a cidadania, o orgulho de sermos brasileiros.

Entre os presentes que nos demos está o Sistema Único de Saúde (SUS), que garantiu a universalização da saúde, a extensão dos direitos a serviços médicos e tratamentos – o que não representou a perda de privilégios para aqueles que contribuíam por meio dos descontos em seus contracheques em empregos formais. Evidenciou, isto sim, a extensão da garantia de direitos a serviços essenciais que permitam a todos nascer e crescer e tornarem-se homem e mulher em pé, com autonomia e individualidade para contribuir na vida e desenvolvimento da nação Brasil.

O SUS virou lei em 1990 e aos poucos foi projetado e desenvolvido em todos os recantos do País, sob a responsabilidade dos governos federal, estaduais, distrital e municipais. Se, até 1988, apenas a população economicamente ativa – 40% dos então 120 milhões de habitantes – tinha a garantia de atendimento médico, a mudança de paradigma fez com que dispuséssemos a mesma garantia a todos os atuais 195 milhões de cidadãos.

No entanto, passados mais de 20 anos, cá estamos nós, em 2010, ainda enfrentando um entrave para a universalização da saúde: o financiamento do SUS. Apesar da aprovação da Emenda Constitucional nº 29, em 2000, ainda é necessária a mobilização de todos por sua regulamentação, estacionada no Congresso Nacional. Enquanto isso, o financiamento do sistema é ajustado por meio da Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, sem que esteja resolvido o problema do subfinanciamento da saúde pública.

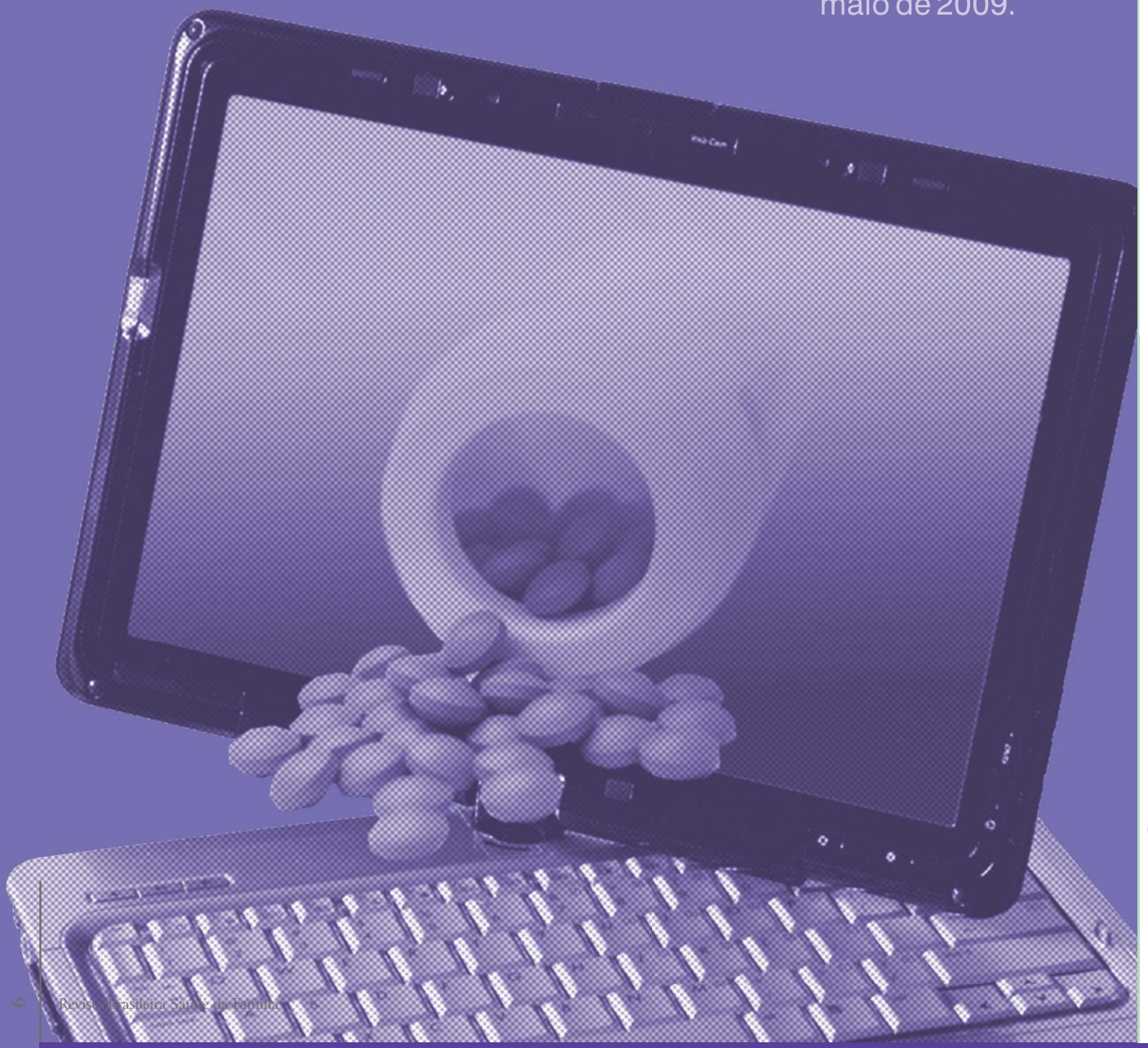
O tema "Financiamento do SUS" é o último de uma série de reportagens que aborda as cinco diretrizes da Atenção Primária à Saúde no Brasil. A série foi iniciada na edição 22 da Revista Brasileira Saúde da Família, e diluída em três outras edições publicadas em 2009. Abordou a valorização e reconhecimento social; o fortalecimento da gestão descentralizada; a qualificação do processo de trabalho das equipes; a formação profissional e educação permanente; e, agora, financiamento. São apresentados os casos do Estado de Mato Grosso do Sul e do município de Maringá, cujas administrações definiram como prioritária a Estratégia Saúde da Família. Nas próximas edições de 2010, faremos uma avaliação da Saúde para o período 2003-2010, além de apresentar a situação da Rede de Pesquisa, e os resultados positivos na redução da mortalidade materno-infantil.

Nesta edição, você vai conhecer a trajetória profissional e pessoal da dentista-sanitarista paraibana Ailma Barbosa, que integra uma das Equipes de Saúde da Família de João Pessoa. Será também apresentado ao agente comunitário cadeirante Aerto Brito, do Distrito Federal. E vai viajar ao município fluminense de Rio das Flores, onde agentes comunitários de saúde e estudantes de Medicina conseguiram a adesão de idosos analfabetos aos tratamentos para hipertensão e diabetes pelo uso da Caixinha do Idoso. Não para por aí. Há ainda as crônicas e o artigo técnico dos membros das equipes de Saúde da Família.

O mais importante é a sua participação, seja na leitura seja no envio de sugestões, questionamentos e críticas à revista, por e-mail (revista.SF@saude.gov.br) ou pelo correio. Assim, podemos somar pontos na melhoria dessas edições, que visam mantê-lo informado e presente neste esforço de todos em prol da saúde da população. Boa leitura e procure se qualificar, sempre!

Saúde da família no mundo virtual

A Revista Brasileira Saúde da Família (RBSF) destaca, desta vez, o trabalho do médico de Família mineiro Fábio Castro, criador do blog "Informática Médica no PSF", em maio de 2009.



Fábio é especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais desde 2003, atua na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Belo Horizonte desde 2001 e sempre gostou de tecnologia – já escreveu para outras home pages, bem como para revistas vinculadas a outras áreas.

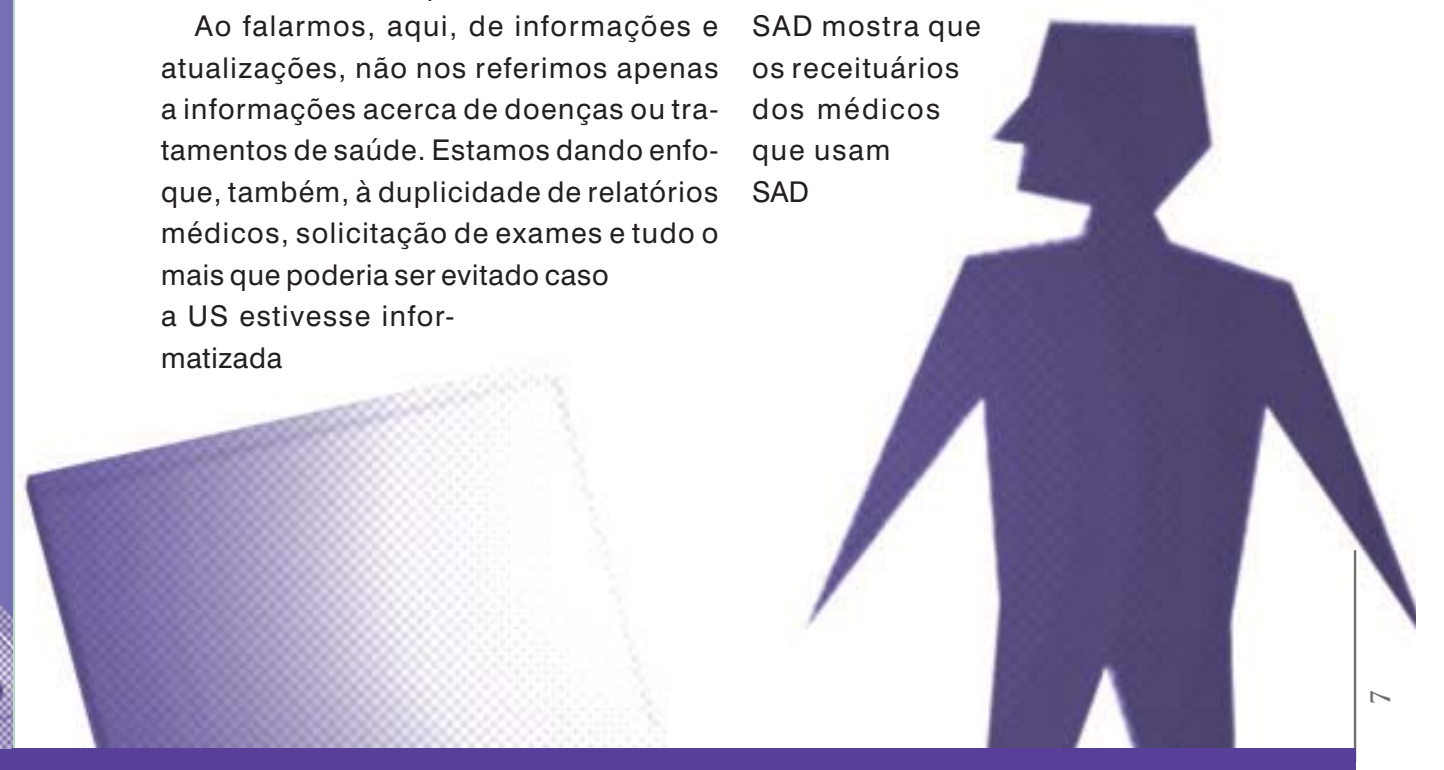
Ele conta que resolveu criar o blog porque, além de sempre ter tido interesse pelo assunto, percebeu que a Informática Médica era um tema um tanto "nebuloso" entre seus colegas. "Nem consigo conversar sobre o assunto, parecendo um patinho feio", confessou.

Qualquer Unidade de Saúde (US) é, antes de mais nada, um repositório de informações sobre a saúde de um paciente. Na Era da Informática, é difícil manter uma unidade de informação sem informatização. Sem internet? Afinal, como é possível se modernizar sem acesso à rede, em pleno século XXI, em que as informações são atualizadas a todo o momento e por diferentes atores?

Ao falarmos, aqui, de informações e atualizações, não nos referimos apenas a informações acerca de doenças ou tratamentos de saúde. Estamos dando enfoque, também, à duplicidade de relatórios médicos, solicitação de exames e tudo o mais que poderia ser evitado caso a US estivesse informatizada – e, claro, os profissionais também usufruíssem essa informatização.

No primeiro post, Fábio introduz brevemente o tema: "A informática médica é 'um campo de rápido desenvolvimento científico que lida com armazenamento, recuperação e uso da informação, dados e conhecimentos biomédicos para resolução de problemas e tomada de decisão'". No mesmo texto, ele fala sobre o Registro Eletrônico de Saúde (RES) – mais conhecido como prontuário eletrônico – e também sobre os Sistemas de Apoio à Decisão (SAD), pois, segundo ele, "com um SAD, um médico não especialista, como no caso da maioria dos médicos trabalhando na ESF, pode acertar os diagnósticos com a mesma precisão dos especialistas".

Fábio enfatiza os ganhos em diagnósticos mais rápidos e assertivos para médicos e pacientes, além da economia que os governos teriam caso adotassem sistemas informatizados nas US: "um estudo britânico sobre SAD mostra que os receituários dos médicos que usam SAD



são, em média, acima de 4 dólares mais baratos (em medicação). Na nossa realidade, um médico da ESF que realize mais de cinco mil consultas por ano estaria economizando mais de 20 mil dólares no mesmo período".

A ideia do blog é de discutir o tema informática médica dentro da ESF, cuja falta de informações, ou mesmo informações equivocadas, trava uma discussão que é muito bem-vinda para profissionais, de modo geral, carentes desse tipo de conhecimento.

As atualizações do blog respeitam os horários disponíveis do médico – geralmente, acontecem uma vez por semana, mas não há periodicidade fixa. Os temas são variados, contudo o mais recorrente, com 17 publicações, é Prontuário Eletrônico. Em seguida, com quatro, vem Prevenção Quaternária (detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo e sugestão de tratamentos alternativos).

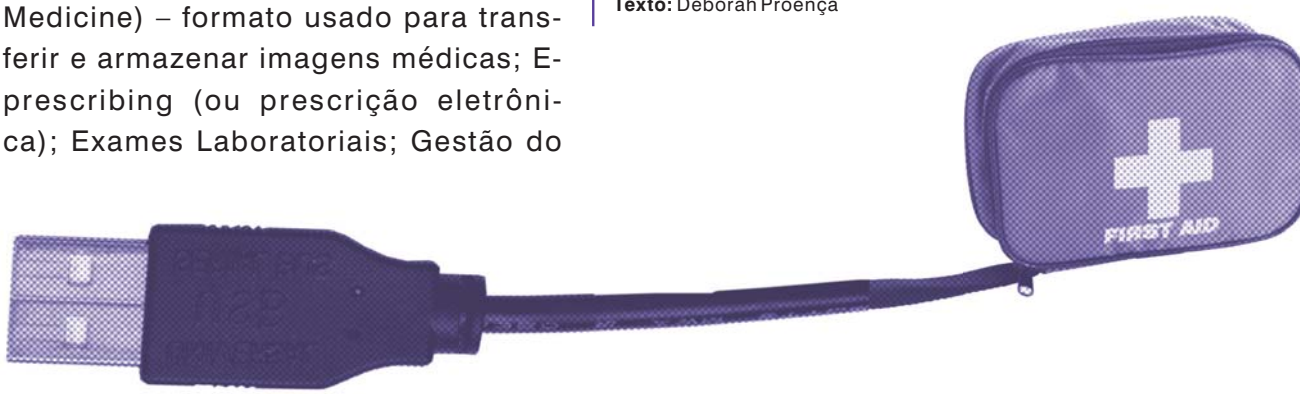
Entretanto, é possível encontrar textos sobre Biometria; Continuidade do Cuidado; CPOE (Computerized Physician Order Entry) – muito usado na prescrição eletrônica junto com os SAD, para diminuir os erros médicos; DICOM – RIS (Digital Imaging and Communications in Medicine) – formato usado para transferir e armazenar imagens médicas; E-prescribing (ou prescrição eletrônica); Exames Laboratoriais; Gestão do Conhecimento; PALM TOP [ou Personal Digital Assistant (PDA ou Handheld)]; POP (Prontuário Orientado para o Problema); Prontuário Pessoal de Saúde; Segurança de Informações; Sistemas de Apoio à Decisão; e Sistemas de Informação.

Os agentes comunitários de saúde também são pauta. Aliás, a primeira, depois da apresentação do blog. Os agentes e o uso dos PALM TOPs. É interessante ver a relação que o autor faz entre a informática médica e a Estratégia Saúde da Família.

Fábio dá várias dicas de como o uso do computador pode facilitar a vida do médico – e dos pacientes. Ele ensina como utilizar os programas disponíveis em casos de emergência, ou mesmo como "quebra-galhos" –, é o caso do Wordpad em detrimento de um prontuário eletrônico ruim.

Desabafos, críticas, elogios e sugestões estão sempre pautando os textos do blog, com elegância e sutileza. Informática Médica no PSF é um blog que se distingue ao colocar em cheque o pensar tecnológico dentro da Estratégia Saúde da Família, expondo, sob o ponto de vista dos usuários – profissionais e pacientes –, as dificuldades enfrentadas no cotidiano e propondo soluções alternativas.■

Texto: Déborah Proença



GILSON CARVALHO



O pediatra **Gilson de Cássia Marques de Carvalho**, *64 anos, é mestre e doutor em Saúde Pública pela USP e iniciou a vida profissional como técnico em pesquisa na área de Recursos Humanos em Saúde do Ministério da Educação, no Rio de Janeiro. Após formado, pela Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, desenhou carreira voltada à saúde da população em diversos cargos até chegar ao de Secretário de Saúde de São José dos Campos (SP), ou o de Coordenador Regional de Vigilância Epidemiológica no Vale do Paraíba pelo Estado de São Paulo. A atuação direta no governo federal veio a partir do Governo Itamar, Já vinculado, diretamente, ao SUS, Secretário Nacional de Assistência à Saúde e, depois, membro e consultor do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Atualmente, é conferencista sobre Sistema de Saúde e presta consultoria a municípios, Estados e Conselhos. Escreve, periodicamente, artigos sobre a temática na retranca Domingueiras, do site www.idisa.org.br.*

RBSF: Levando em conta sua experiência e participação junto à área de saúde, como avalia o sistema de financiamento à saúde existente hoje no Brasil?

Gilson Carvalho: O financiamento da saúde no Brasil, e em todos os países, sai diretamente do bolso dos cidadãos. Somos nós que financiamos o sistema de saúde, público e privado. No sistema público, temos a contribuição dos cidadãos de forma direta (contribuições sociais) e indireta, por meio dos impostos gerais – federais, estaduais e municipais. O financiamento da saúde pública é responsabilidade das três esferas de governo, sendo que a União tem maior responsabilidade financeira, pois foi a esfera de governo que, tradicionalmente, podia e pode arrecadar dinheiro para o financiamento da saúde. Estados e municípios destinam recursos gerais de impostos.

> ".. Os Estados precisam cumprir a legislação, aplicando 12% de suas receitas de impostos, o que daria um aporte anual de mais de cerca de R$ 3,5 bi. Os Municípios, em geral, já cumprem a emenda.."

Desde 2000, com a EC-29, a União deve aplicar em saúde o mesmo que no ano anterior, aplicada a variação nominal do PIB.

Estados devem aplicar, no mínimo, 12% de sua receita de impostos e os municípios, no mínimo, 15%. Lembrando que esse é

um valor mínimo, piso, e não teto.

RBSF: A implementação desse financiamento é desigual, por Estados e municípios, apesar de haver, hoje, adesão mais ampla, mas não total. Quais as dificuldades e/ou resistências para essa adesão?

Gilson Carvalho: A desigualdade na distribuição de recursos de saúde acompanha a injustiça geral e histórica entre as várias regiões e Estados e sua renda per capita. O dinheiro de Estados e municípios varia conforme o desenvolvimento socioeconômico de cada região. O dinheiro federal busca uma quebra da desigualdade, mas, mesmo assim, continua distribuído de forma injusta. Os fundos de Participação dos Estados (FPE) e de Participação dos Municípios (FPM) são recursos federais arrecadados nos municípios e Estados pela União e que voltam a eles (cerca de ¼ para cada um deles) por critério de correção de injustiças. Estados e cidades que mais arrecadam não recebem esse mesmo recurso de volta. Já aqueles que menos arrecadam recebem proporcionalmente mais recursos.

Na saúde, não. Os recursos federais são distribuídos de forma injusta e, quando muito, de forma igual, que pode significar aproximação com a equidade. Os recursos federais da saúde são ainda distribuídos, em grande parte, segundo a produção de serviços e sua complexidade (decorrente da forma histórica da previdência – INAMPS – distribuir recursos). Estados e cidades com mais serviços, mais hospitais, mais equipamentos, mais leitos, mais especialistas recebem mais dinheiro. Também têm os serviços de mais complexidade, os melhores remunerados e atraem mais pacientes de outros Estados.

RBSF: E o que são os elementos facilitadores a essa adesão?

Gilson Carvalho: O facilitador da adesão foi a oportunidade de implantação da atenção básica, em que cada cidadão passou a ter o equivalente a um mesmo valor per capita denominado de Piso da Atenção Básica Fixo, desde o ano passado fixado em R$ 18 reais/habitante/ano. E o outro foi a possibilidade igual de que municípios pudessem receber recursos para constituir equipes de agentes comunitários de saúde, depois de Saúde da Família e, mais recentemente, de Saúde Bucal. Aqui os recursos tiveram um peso de busca do equilíbrio, quando municípios em piores condições de IDH ou em determinadas regiões e de porte pequeno, ou com assentamentos, populações indígenas ou quilombolas – que têm 50% a mais que o valor básico para cada equipe.



RBSF: A legislação para o financiamento da saúde está incompleta, pois falta a regulamentação da EC-29 que não foi aprovada, ainda. No entanto, mesmo quando havia a CPMF, as verbas para o setor não eram aplicadas plenamente. O que é/seria necessário para o uso e investimento adequado dos recursos para a saúde do brasileiro?

Gilson Carvalho: Não é bem assim. Na verdade, a EC-29 de 2000, ao mesmo tempo em que pediu uma regulamentação a cada cinco anos, diz textualmente que, se não houver essa regulamentação, devem permanecer os mesmos percentuais de gastos com a saúde. O PLP (306) da regulamentação não deveria trazer a definição de o que são e o que não são ações e serviços de saúde. Essa foi uma



necessidade que surgiu depois da polêmica criada pelos Estados, que passaram a usar os recursos da saúde para despesas indevidas. A definição do que são e não são ações e serviços de saúde já existe nos artigos 196, 198 e 200 da CF-88 e nos artigos 5 e 6 da Lei nº 8.080.

Já a questão da CPMF é sempre mal entendida. Primeiro, o desconto de 20% como DRU (Desvinculação de Recursos da União) de toda a CPMF, que passou a ser retido pela União para despesas diversas da saúde, teve a autorização do Congresso Nacional mediante emenda constitucional. Os recursos da saúde não foram desviados para previdência, nem assistência social. O que houve foi uma majoração dos recursos arrecadados e que assim o foram, mediante decisão do Congresso, para contemplar as duas áreas além da saúde: previdência e assistência social (saúde 0,20% da CPMF; previdência 0,10%; e assistência social 0,08%).

Outra questão, aí sim crucial, foi que em lugar nenhum o Congresso Nacional determinou que os recursos da CPMF que viriam para a seguridade social chegariam como um dinheiro a mais. Esse "pulo do gato" possibilitou que a União colocasse na saúde os recursos da CPMF e retirasse outras fontes que já a financiavam. Deu com uma mão e retirou com a outra.

"... em lugar nenhum o Congresso Nacional determinou que os recursos da CPMF que viriam para a seguridade social chegariam como um dinheiro a mais.."

RBSF: Ainda, na questão de legislação, os dispositivos constitucionais em vigor, mais a EC-29 e a hipotética regulamentação pelo PLP 306 já são suficientes para regrar o sistema de financiamento da saúde, ou considera que seriam necessários outros regramentos?

Gilson Carvalho: O objeto de desejo na saúde é a aprovação do PLP presente, já aprovado em primeira votação no Senado e que garante mais dinheiro da União para a saúde: a União deverá aplicar em saúde no primeiro ano, após aprovado, 8,5% de sua receita corrente bruta (hoje cerca de 7%), no seguinte, 9%, no seguinte 9,5%, e, finalmente, 10% nos posteriores. Isto deve ser capaz de trazer à Saúde mais R$ 15 bi de recursos federais.

Os Estados precisam cumprir a legislação, aplicando 12% de suas receitas de impostos, o que daria um aporte anual de mais de cerca de R$ 3,5 bi. Os Municípios, em geral, já cumprem a emenda, e aqueles que não o fazem poderiam trazer, aproximadamente, mais meio bilhão de reais por ano, se cumprirem a lei. O grande desafio é que União, Estados e Municípios cumpram a lei.

RBSF: Apesar dos limites de verbas para a saúde brasileira, como o senhor avalia estar o acesso do cidadão a esse serviço essencial? Tem havido melhorias, crescimento? Ou não? Em que?

Gilson Carvalho: Estou na Saúde há 48 anos, e como médico há 36 anos. Tenho sempre dito que em meio a todas as dificuldades a saúde melhorou muito. Já fazemos mais do que deixamos de fazer. As melhoras foram evidentes nesse período, pois antes de 88 havia duas classes de cidadãos com acesso a sistemas públicos: os previdenciários e os indigentes. ■

Financiamento do SUS – um cobertor curto



Era uma vez um pequeno reino, com 100 habitantes, dos quais apenas 40 tinham trabalho certo e diário e podiam pagar, ao rei e aos nobres da corte, taxas e impostos. Em troca, quando doentes ou envelhecidos e com menos forças, recebiam cuidados e proteção. Os outros 60 viviam de seus trabalhos não remunerados no campo ou informalmente na vila e, quando enfermos, contavam com a caridade, com as benzedeiras e suas ervas ou com a esperança em uma vida eterna. Na velhice confiavam na sorte. Todos os 100, no entanto, estavam subordinados às regras do reino.

Um belo dia, não se sabe de onde nem quando, o céu foi se fechando; e grupos de moradores foram se formando em todo o reino, com medo do amanhã e da falta de esperança. Pressionaram os nobres para que todos os habitantes fossem protegidos na doença e na saúde, na vida e na morte. Reunida, a corte reconheceu que um futuro melhor atingiria a todos e formalizou um édito que garantia proteção na saúde e na vida, até o fim. O sol, antes oculto e desanimado, reapareceu sorridente.

A alegoria acima representa, de forma tímida, o antes e o depois da ação da Assembleia Nacional Constituinte, que em 5 de outubro de 1988 promulgou a nova Carta Magna brasileira, com modernos parâmetros ajustados à vida de todos, agora cidadãos – quando antes quase pareciam não ser.

Até então, o sistema em vigor e desenvolvido desde o século XIX era o da proteção social por meio de cooperativas e montepios (pagamento, por cotas,



que assegura pensões aos herdeiros), ou depois pelo chamado preceito de seguro social – a cobertura dos riscos de invalidez, doenças e morte – personificado nas Caixas de Aposentadorias e Pensões, regulamentadas em 1923 pela Lei Eloy Chaves, e que marcou o início da Previdência Social brasileira.

Surgiram depois os Institutos de Aposentadorias e Pensões até que, em 1966, foram fundidos na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Oito anos após criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, para atendimento aos mesmos previdenciários. Portanto, se a População Economicamente Ativa equivale a 40 por cento da população total, até 1988, quando havia no Brasil 120 milhões de habitantes, apenas 48 milhões, aproximadamente, teriam direito a assistência médica irrestrita e centrada em áreas das regiões com economias mais ativas: Sul e Sudeste. Os poucos hospitais beneficentes e Santas Casas de Misericórdia, os chás, benzedeiras e o destino dariam conta do restante da população.

No caso específico da saúde dos brasileiros, um novo paradigma foi estipulado com a Constituição Federal (CF) de 88, pois, dos nove títulos constitucionais, o oitavo, Da Ordem Social, determinou a obediência a regras recém-criadas para o atendimento à população, em especial o acesso de todos aos serviços de saúde, de aposentadoria (previdência) e de assistência social. Assim, o conceito de seguro, de cobertura apenas ao contribuinte direto, mudou para o de cobertura a todo cidadão, para acabar com a exclusão do processo econômico formal e da cobertura contra os riscos sociais.

A CF criou o Sistema Único de Saúde (SUS), universal, e, nos artigos do Título VI – Da Tributação e do Orçamento – o financiamento da saúde em 30 por cento do Orçamento de Seguridade Social (OSS, também uma novidade constitucional), 10 por cento para a Assistência Social e o restante para a Previdência Social. Dividiu, ainda, em consequência, a responsabilidade pelo financiamento, com a definição das fontes (ver Tabela 1), e o fornecimento dos serviços de saúde em sistema tripartite, entre a União, Estados, Distrito Federal e municípios, e instituiu a participação da sociedade na fiscalização do sistema.

Tabela 1

Arrecadação de impostos, por esfera de governo

União	Estados e Distrito Federal	Municípios
Imposto sobre importação	Imposto sobre a transmissão causa mortis e doação de quaisquer benes ou direitos	Imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana
Imposto sobre exportação	Imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestação de serviços de transporte interestadual e intermunicipal de comunicação	Imposto sobre transmissão intervivos
Imposto sobre renda e proventos de qualquer natureza	Imposto sobre propriedade de veículos automotores	Imposto sobre serviços de qualquer natureza
Imposto sobre produtos industrializados		
Imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro ou relativas a títulos ou valores mobiliários		
Imposto sobre propriedade territorial rural		

Destacando-se entre as principais fontes de financiamento (Tabela 2) a Folha de Salários (Fonte 154), o Faturamento (Contribuição para Financiamento da Seguridade Social – COFINS, Fonte 153) e o Lucro (Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL, Fonte 151), além de recursos fiscais provenientes de impostos e taxas (Recursos Ordinários do Tesouro, Fonte 100).

Tabela 3

A composição do OSS

COFINS – Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade.
CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido.
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (1997 / 2007).
Concursos prognósticos.
Contribuições previdenciárias – regimes próprio e geral da Previdência Social.
PASEP – Contribuição para a Formação do Patrimônio do Servidor Público.
PIS – Programa de Integração Social.
Receita próprias.
Outras receitas (por exemplo, resultantes de bens apreendidos).

"O descumprimento da destinação original dos recursos do Orçamento da Seguridade Social foi institucionalizado com a criação do Fundo Social de Emergência..."

Manutenção de velhas práticas

No entanto, faltou combinar com as autoridades fazendárias o respeito a essa determinação nas Leis Orçamentárias Anuais (LOAs) de 1991 a 1993, pois a partir de 1992 os 25% de aporte da Fonte 154 para a Saúde secaram para 15,5% em 1993 e sequer foram repassados pela Previdência Social, criando grandes dificuldades para as ações do Ministério da Saúde. Foi depois retirada da composição de recursos do setor. Também a Fonte 100 passou a ser destinada para pessoal e encargos sociais.

Em 1994, o veto presidencial ao Orçamento da Seguridade Social atingiu a própria LDO, e o dispositivo passou a ter uma função figurativa na peça orçamentária dos anos seguintes. O descumprimento da destinação original dos recursos do Orçamento da Seguridade Social foi institucionalizado com a criação do Fundo Social de Emergência (FSE), criado nesse mesmo ano, renovado em 1997 com a denominação de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, depois, em 2000, com a formalização da Desvinculação das Receitas da União (DRU). Mecanismos criados para dar liberdade na utilização das verbas orçamentárias e utilizados, em parte, para a criação de superávits fiscais e para pagamentos das dívidas externa e interna. Independentemente da criação do Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), em 1993, ou da sua substituta, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1997, que deveriam garantir recursos de financiamento do Ministério da Saúde, mas funcionaram como uma mão que entrega as verbas enquanto a outra a retira por meio do FSE, do FEF ou, finalmente, da DRU.

A instabilidade experimentada para o cumprimento constitucional de 30% dos recursos orçamentários entregues à saúde levou a sociedade organizada (técnicos do setor saúde, de gestores e organizações civis) a buscar garantir a entrada e repasse de verbas por meio de emenda constitucional a partir de 1993, negociada junto ao Congresso Nacional. Projetos diversos (Tabelas 3 e 4) propuseram desde 30% do OSS mais 10% de impostos, e 100% da COFINS e CSLL, até a 3% e 5% do Produto Interno Bruto brasileiro (PIB), até que o amadurecimento da proposta fechasse com a aprovação da Emenda Constitucional 29, em 2000, que garantiu o valor empenhado pelo Ministério da Saúde no ano anterior acrescido da variação nominal estimada do PIB.



Tabela 3

Propostas de regulamentação do Art. 198 da CF, quanto aos gastos da União em ASPS

Período	Proposta de gasto em ASPS pela União	Descrição
Período	Proposta de gasto em ASPS pela União	Descrição
1988 a 1992	Artigo 55 do ADCT	30% do orçamento da Seguridade Social
1991	Plano Plurianual	25% da fonte 154
1993	Lei Orçamentária Anual	15,5% da fonte 154
1993	Projeto de Emenda à Constituição nº 169, de Eduardo Jorge, Waldir Pires e outros 140 deputados	30% do orçamento da Seguridade Social e 10% de impostos para a saúde
1995 a 1996	Projeto de Emenda à Constituição nº 82/95, do Deputado Federal Carlos Mosconi	100% da COFINS e 100% da CSLL
	Projeto de Emenda à Constituição do Deputado José Pinotti	5% do Produto Interno Bruto
	Projeto de Emenda à Constituição do Deputado Rafael Guerra	3% do Produto Interno Bruto
1996 a 1999	Valor fixo per capita	Per capita de 160 reais
	Atualização pelo IPC-A	Valor per capita corrigido pela variação do IPC
2000	Emenda Constitucional nº 29	Valor empenhado pelo Ministério da Saúde, corrigido pela variação nominal do PIB

Tabela 4

Simulação de valores de gasto federal – propostas de regulamentação do art. 198, da CF

Proposta	Descrição	Valores (milhões de reais)
Artigo 55 do ADCT [1]	30% do orçamento da Seguridade Social	127.656,13
PEC nº 169 [1]	Gasto de 30% do orçamento da Seguridade Social + 10% de impostos	156.363,98
PEC nº 82 [2]	Gasto de 100% da COFINS e 100% da CSLL	164.339,40
PEC Dep. Pinotti	Gasto de 5% do PIB de 2009	157.150,75
PEC Dep. Rafael Guerra	Gasto de 3% do PIB de 2009	94.290,45
PLS nº 156 [1]	Gasto de 18% da Receita Corrente Líquida	93.240,99
PLS nº 121 [1]	Gasto de 10% da Receita Corrente Bruta	90.847,04
EC nº 29	Despesa empenhada do exercício anterior corrigida pela variação nominal do PIB	60.950,73
Per capita de 160 reais [3]	Valor fixo per capita	30.641,08

[1] Baseado em valores contidos na Lei nº 12.214, de 26/01/10

[2] Em valores de 2009

[3] Estimativa de população residente em 2009, para o TCU



SUS

A primeira Conferência Nacional de Saúde no Brasil foi realizada em 1941, com a promessa de se repetir anualmente, o que, obviamente, não ocorreu. Tanto é assim que a 8ª Conferência foi realizada em 1986, durante o governo Sarney, e suas reivindicações junto à Assembleia Nacional Constituinte incorporavam propostas concretas da Reforma Sanitária, movimento inclusivo e amplo para a proteção do cidadão e garantidor do direito à saúde integral. A reforma também foi um movimento reativo ao regime militar, que, finalmente, já terminara.

As três principais proposições, acatadas no espírito da Constituição Federal, foram:

- A saúde como direito de todo o cidadão, independentemente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão do acesso à assistência pública a saúde;
- As ações de saúde garantirem o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema; e
- A descentralização da gestão, tanto administrativa quanto financeira, de forma a que se estivesse mais próxima da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde.

"Até 1993, portanto, o processo de implantação do Sistema Único de Saúde contou com a estrutura e apoio do antigo INAMPS..."

Do artigo 194 ao artigo 200, do Título VIII, da Ordem Social, portanto, a CF 88 estabeleceu a nova orientação para a saúde do brasileiro e a determinação de criação do Sistema Único de Saúde (art. 198) que ocorreu, finalmente, em setembro de 1990, por meio da Lei 8.080. No entanto, devido aos vetos presidenciais a artigos que definiam o controle social por meio de conselhos de saúde nas diversas esferas, nova lei foi aprovada em novembro de 90, a Lei nº 8.142, por meio da qual foram discriminados os elementos de controle social e financiamento do SUS.

Até 1993, portanto, o processo de implantação do Sistema Único de Saúde contou com a estrutura e apoio do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (braço direito de assistência à saúde do Instituto Nacional de Seguro Social – INSS). Com o fim do INAMPS, também as verbas do Fundo Previdenciário foram retiradas (Tabela 5), o que obrigou a saúde a recorrer a empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

TABELA 5

Participação da Seguridade e do Tesouro no Financiamento da Saúde

Fontes	1992	1993	1994	1995(*)
Recursos Ordinários do Tesouro (100)	12,1	18,0	0,6	0,0
Títulos do Tesouro e Operações de Crédito (144)	0,3	10,7	3,3	10,0
Receitas Próprias (150)	0,0	0,0	1,9	0,7
Contribuições sobre o Lucro de Pessoas Jurídicas (151)	1,4	15,8	17,0	27,4
Finsocial/Cofins (153)	30,2	38,1	27,5	44,4
Contribuição sobre a Folha de Salários (154)	55,9	17,4	0,0	0,0
Recebimento de Depósitos Judiciais do Cofins (198)	0,0	0,0	13,4	0,0
Fundo Social de Emergência (199)	0,0	0,0	33,2	14,9
Outros	0,1	0,0	3,0	2,6
Total	100	100	100	100

Fonte: COF/MS
(*) janeiro a junho

Com a reforma constitucional que veio em seguida retirou-se o vínculo solidário entre a previdência, a assistência social e a saúde, e essa última passou a negociar seus recursos diretamente com o Tesouro Nacional, cujas sólidas crenças no equilíbrio fiscal do Estado não tornam fáceis as negociações por recursos sociais, especialmente se a clientela não tem poder de barganha. Não houve falta de apoio para a mudança, uma vez que o discurso utilizado foi o de responsabilizar a saúde pela suposta "quebra" previdenciária e reclamar a volta ao antigo preceito de seguro social. E os constituintes buscaram, na composição do Orçamento de Seguridade Social, estabelecer fontes que blindassem o financiamento da política social contra as flutuações da economia, além das alíquotas de impostos e contribuições terem sido majoradas após a promulgação da Carta Magna.

De qualquer forma, a disputa por recursos orçamentários para a saúde ganhava mais força e adeptos. A experiência de descentralização promovida pelo SUDS desde 1987, somente no Estado de São Paulo, levou a um crescimento na cobertura do atendimento preventivo à saúde da população de 130%, com economia progressiva dos recursos aplicados. Chegou a atingir, ainda, no mesmo período, a 86% dos municípios paulistas, evidenciando a necessidade de acabar com a centralização dos serviços sanitários promovida pelo governo federal nos últimos 40 anos e a mudança de paradigma, baseado, até a nova Constituição, no sistema curativo e privado da saúde. Houve, nesse período pós-instalação do SUDS, melhoria nos investimentos em saúde, antes estagnados em, aproximadamente, 1,6% (Tabela 6) do Produto Interno Bruto brasileiro, chegando a 2,6% do PIB aplicados na saúde dos brasileiros. Com a entrada em vigor do SUS e a retirada de recursos, o percentual disposto em relação ao PIB retrocedeu aos níveis abaixo de 2%.



De qualquer maneira, da década de 70, quando a União aplicava, aproximadamente, uma média de 1,5% do Produto Interno Bruto ao ano em saúde, sua responsabilidade sobre o financiamento do setor era de 75%. Após a promulgação da Constituição e até os últimos anos, mantém-se alocando cerca de 1,8% do PIB e reduzindo sua participação no financiamento para os 50%, deixando para Estados e municípios a responsabilidade pelo restante.

TABELA 6

Evolução dos Gastos Federais com Saúde em Relação ao PIB e Per Capita Brasil, 1980-1992

Anos	Gasto Federal (US$ milhões de dezembro de 93)	PIB (%)	Per Capita (US$ 1,00)
1980	8.221,3	1,75	67,8
1981	7.650,1	1,74	61,7
1982	7.985,5	1,75	62,9
1983	6.384,2	1,55	49,2
1984	6.654,8	1,60	50,2
1985	7.661,0	1,60	56,5
1986	8.201,8	1,56	59,2
1987	11.867,2	2,33	83,9
1988	11.183,4	2,31	77,4
1989	12.623,1	2,52	85,6
1990	10.539,0	2,32	70,1
1991	8.750,4	1,97	57,1
1992	7.327,7	1,67	46,9

Vascularização do Sistema

Entretanto, se por um lado os velhos costumes e preceitos levavam as autoridades de saúde à necessidade de um novo aprendizado de negociação com a equipe econômica, por outro se davam os passos para a criação, instalação e instituição de novos modelos de atendimento à população e mecanismos de controle social. Assim, em 1990 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, na Região Nordeste, que resultou no Programa Saúde da Família, lançado em 1994. Até 1990, por exemplo, o Brasil contabilizava uma taxa de mortalidade infantil de 52,04 crianças por mil nascidas, e chega a 2010 com uma taxa de 19,88/1.000. À época, também, menos de 5% da população feminina tinham acesso a um programa eficiente de prevenção ao câncer cervico-uterino. O aleitamento materno ou o controle do Diabetes mellitus ou da hipertensão eram pouco divulgados ou sequer chegavam ao conhecimento dos cidadãos.

Para um melhor controle dos recursos aplicados na saúde, a partir de 1993 iniciaram conversações entre o Conselho Nacional de Saúde e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, que resultaram, em 1999, na portaria que definia a implantação do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). O SIOPS é um banco de dados, alimentado pelos governos federal, estaduais, distrital e municipais, com o objetivo de apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde. Atualmente, funciona de forma plena em sistema eletrônico, sendo as informações alimentadas pelos órgãos de saúde do todo o País por meio da internet.

Nesse mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde propôs ao governo federal transformar o Imposto Provisório sobre Movimentações Financeiras (IPMF) em Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), como meio de resolver o problema de financiamento da saúde, destinando 0,20% de todas as movimentações financeiras do País para a saúde nacional. A CPMF foi aprovada em 1997 e, posteriormente, teve a alíquota elevada para 0,38% (além do percentual da saúde, outros 0,10% para a previdência social e 0,08% para o Fundo de Erradicação da Pobreza). Da verba prevista para as ações e serviços de saúde apenas 42% chegavam ao destino, pois o restante era repassado ao Fundo

"..1993, o Conselho Nacional de Saúde propôs ao governo federal transformar o Imposto Provisório sobre Movimentações Financeiras (IPMF) em.. CPMF..."



de Emergência Fiscal (FEF) e, posteriormente, à Desvinculação das Receitas da União (DRU).

A crise do financiamento da saúde levou alguns deputados federais, entre 1993 e 97, a proporem Projetos de Emendas Constitucionais (PEC) (Tabelas 3 e 4), com o objetivo de garantir à saúde entre R$ 90 bilhões e R$ 157 bilhões. Um oásis, no entanto, se interpôs, em 1995, quando em início de nova gestão – e a secura de recursos previdenciários e do Tesouro chegou a zero (Tabela 5) – o governo se viu impelido a aplicar recursos mais pesados e emergenciais do FEF, COFINS (44%) e outras rubricas que levaram o financiamento da saúde, pela primeira vez desde a promulgação da Constituição Federal, a 22% do Orçamento da Seguridade Social: R$ 86,5 bilhões. Verba igual nunca mais foi vista pelo setor de saúde no País.

Com a entrada em vigor da CPMF, em 1997, uma média de R$ 8 bilhões (Tabela 7) foi garantida de receitas nos três primeiros anos, o que levou o Legislativo federal a consolidar em uma PEC as propostas anteriores, devidamente filtradas, que garantiria à saúde recursos da ordem de R$ 61 bilhões, aproximada e inicialmente, por ano. A Emenda Constitucional – EC-29 foi aprovada em 2000, fortalecendo às propostas da CF 88 de um Sistema de Saúde Único, universal, igualitário, descentralizado e regionalizado, e com controle social.

TABELA 7

Arrecadação da CPMF em % das Receitas Administradas

	CPMF		Receitas Administradas		
Ano	Valores correntes	Valores constantes (IPCA – julho 2007)	Valores correntes	Valores constantes (IPCA – julho 2007)	Participação da CPMF nas receitas administradas em %
1994 [1]	3.699,10	13.557,23	45.883,89	170.355,61	8,06%
1995	162,11	418,1398519	80.939,80	190.127,42	0,20%
1996 [2]	0	0	91.656,54	185.615,00	0,00%
1997 [3]	6.909,35	13.053,01	107.064,71	202.695,74	6,45%
1998	8.118,06	14.903,62	117.781,56	216.256,17	6,89%
1999 [4]	7.955,92	13.728,26	142.557,13	249.254,37	5,58%
2000	14.554,64	23.798,22	166.182,66	271.630,18	8,75%
2001	17.197,01	26.282,21	188.459,87	288.342,21	9,13%
2002	20.367,61	28.697,14	232.711,15	328.197,79	8,75%
2003	23.047,18	28.366,80	259.574,48	319.343,60	8,88%
2004	26.432,33	30.479,57	300.354,99	346.508,14	8,80%
2005	29.273,31	31.559,49	346.955,18	405.071,46	8,44%
2006	32.090,26	33.244,61	372.305,71	385.853,04	8,62%
2007 [5]	20.535,41	20.704,49	239.887,62	241.885,78	8,56%
Variação	98/06	295,29%	123,06%	216,10%	78,42%

Fonte: Secretaria da Receita Federal do Brasil
Elaboração: Departamento de Estudos Técnicos do Unifisco Sindical
Notas em relação à arrecadação da CPMF
1. Refere-se à arrecadação da CPMF
2. Não houve arrecadação
3. No mês de janeiro não houve arrecadação
4. Não houve arrecadação no período de março a maio
5. Arrecadação até julho/2007

EC 29: novidades e consequências

Apesar dos baixos índices de crescimento da economia brasileira na década de 90, entre 1% e 2% do PIB, avanços na reestruturação, autonomia e reorganização dos poderes federal, estaduais e municipais estavam sendo obtidos. Parcela desses resultados, certamente, pode ser atribuída à redistribuição dos recursos da Federação por meio dos Fundos de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM), determinada pela Constituição Federal, como meio de reduzir as desigualdades regionais.

Antes de 1988, por exemplo, 10% das receitas do Imposto de Renda (IR) eram destinadas ao FPE e, com a nova ordem constitucional, aumentaram para 21,5% da arrecadação líquida do IR e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). Outros 22,5% do IR e do IPI são repassados ao FPM, e os municípios ainda recebem 50% do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e 25% do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) arrecadados pelos Estados.

A compensação para a perda desses recursos motivou a criação, pelo governo federal – nesse mesmo período –, dos Fundos Social de Emergência (FSE) e de Estabilização Fiscal (FEF), institucionalizada em 2000 com a criação da Desvinculação das Receitas da União (DRU) por meio de emenda constitucional que garantia 20% das receitas da saúde para uso livre da União.

Conforme análise do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 2003, no entanto, 97% dos municípios brasileiros até 1999 já assumiam responsabilidades na gestão do sistema de saúde e eram responsáveis por 62% dos estabelecimentos de saúde brasileiros, predominantemente direcionados a prover serviços de atenção primária. O CNS constatava, desde a aprovação das leis orgânicas de saúde (8.080 e 8.142), em 1990, uma série de avanços:

- Estadualização e municipalização da gestão, com a criação das Comissões Intergestores (Bipartite e Tripartite), que geram Normas Operacionais Básicas (NOB) e aumentam a velocidade de respostas às demandas da população;
- Criação e crescimento da modalidade de repasse de recursos fundo a fundo;
- Criação e funcionamento dos Conselhos de Saúde nos Estados, Distrito Federal e na maioria dos municípios do País, favorecendo o controle social e a gestão participativa;
- Fortalecimento da rede pública de saúde em todos os níveis de atenção, especialmente da atenção primária ; e
- Aumento da cobertura de serviços, com ênfase na



"...Conforme análise do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 2003, no entanto, 97% dos municípios brasileiros até 1999 já assumiam responsabilidades na gestão do sistema de saúde e eram responsáveis por 62% dos estabelecimentos de saúde brasileiros, predominantemente direcionados a prover serviços de atenção básica..."

atenção primária por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia de Saúde da Família.

São realizadas uma série de outras ações como o crescimento da cobertura vacinal, o controle da aids, a maior cobertura às gestantes e crianças, promovendo a redução da mortalidade infantil. Há também um aumento – de 25% para 42% - da participação de Estados e municípios no financiamento do SUS.

Com base neste contexto é que acontece a aprovação da EC 29, em setembro de 2000. As principais novidades que ela trouxe são:

- Inclui a saúde, assim como já era a educação, como política pública objeto de aportes de recursos mínimos obrigatórios;
- Torna constitucionais o Fundo e os Conselhos de Saúde;
- Define as fontes (impostos, contribuições, taxas) sobre as quais incidirão os percentuais da saúde para Estados e Municípios, a chamada "base vinculável";
- A União, no primeiro ano (2000), deveria aportar para a saúde, o mínimo, igual ao empenhado em 1999 com correção em 5%, e de 2001 até 2004 deveria ter um gasto mínimo do montante empenhado no ano, imediatamente, anterior, corrigido pela variação nominal do PIB;
- Os Estados e municípios deveriam, em 2000, destinar o mínimo de 7% de suas receitas para as ações e serviços de saúde. Até 2004, os Estados deveriam elevar as aplicações a 12% e os municípios a 15%;
- Até 2005 obter a aprovação de Lei Complementar para regular os critérios de rateio dos recursos para a saúde, entre União, Estados e municípios, definir a forma de fiscalização e normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União (que ficou em aberto na EC 29);
- Dispõe que as determinações da EC 29 continuam válidas enquanto não houver

"...A União, no primeiro ano (2000), deveria aportar para a saúde, o mínimo, igual ao empenhado em 1999 com correção em 5%, e de 2001 até 2004, um gasto mínimo do montante empenhado no ano..."





a aprovação e entrada em vigor da Lei Complementar a ser criada.

Frente a esse prato feito, disparam os movimentos para alimentar, de forma profunda e vascularizada, o Sistema Único de Saúde, ainda em formação e em busca de sua consolidação. Já em 1996 havia sido editada a Norma Operacional Básica - NOB 96, que definia o município como área principal para as ações de saúde, com apoio financeiro e técnico dos Estados e da União, e também os instrumentos de gerência para permitir que Estados e municípios se assumissem como gestores do SUS. Ampliaram, progressivamente, as transferências de recursos fundo a fundo, e novos elementos foram trazidos para acompanhar, controlar e avaliar o Sistema.

Em janeiro de 2001, o Ministério da Saúde publica a portaria de instituição da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2001, que amplia as responsabilidades municipais, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecer a capacidade de gestão do SUS, e atualiza os critérios de habilitação de Estados e municípios. As duas, a NOB 96 e a NOAS 01/2001, em conjunto, são consideradas importantes para o movimento de aprofundamento e vascularização do SUS.

Enquanto se aguarda a Lei Complementar à EC 29, o Conselho Nacional de Saúde consegue a aprovação ministerial para a Resolução 322/2003. A chamada “322” detalha a base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde, quais os percentuais e montantes mínimos de vinculação a serem alcançados ano a ano pelos Estados e municípios, e define o que são e não são ações e serviços públicos de saúde (ASPS) para alocação das receitas públicas. Deixa claro, por exemplo, que não são ASPS o pagamento de aposentadorias e pensões, a merenda escolar, a limpeza urbana e o saneamento básico, entre outros utilizados pelos gestores estaduais e municipais para completarem as cotas percentuais mínimas, respectivamente, de 12% e 15%.

A Resolução dispõe ainda como diretriz que os dados do SIOPS serão utilizados como referência para acompanhamento, fiscalização e controle da aplicação das verbas do SUS, e que os Tribunais de Contas poderão, a qualquer momento, pedir a Estados e municípios que retifiquem informações no SIOPS, que sempre deverão ser divulgadas junto aos órgãos de

controle e fiscalização, públicos ou de caráter social.

Após três anos de discussões e negociações entre o MS, o Conselho Nacional de Secretários (Estaduais) de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o Ministério da Saúde baixa a Portaria 698 que efetiva a criação do Pacto pela Saúde 2006. Ela define a forma de transferência dos recursos federais para custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento, vista como uma forma de reduzir as desigualdades macrorregionais e interestaduais. Nesse último item, promoveu a alteração da forma de financiamento do SUS, que tinha mais de 100 modalidades de transferências de recursos, reduzindo-as para apenas cinco blocos: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS.

A aplicação progressiva de recursos na saúde, desde a promulgação da CF 88, permitiu ao Conselho Nacional de Saúde, em 2005, divulgar números das ações e serviços do Sistema Único de Saúde, que atingiam, aproximadamente, 100 milhões de brasileiros. Inimagináveis, certamente, antes da restauração do Estado de Direito no Brasil, responsável pela inclusão social por meio do acesso aos bens de saúde:

1,3 bilhão de atendimentos básicos; em
64 mil unidades ambulatoriais
1,1 bilhão de procedimentos especializados
600 milhões de consultas
11,6 milhões de internações em 5.900 hospitais
360 milhões de exames laboratoriais
10 milhões de ultra-sonografias
1,2 milhão de tomografías
213 mil ressonâncias
9 milhões de seções de hemodiálise
23.400 transplantes de órgãos e tecidos
importantes avanços no desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias em áreas críticas (imunobiológicos, fármacos, informação, gestão descentralizada e outras)
152 milhões de vacinas
Controle da AIDS, ações de vigilância em saúde e outras.

"...Deixa claro, por exemplo, que não são ASPS o pagamento de aposentadorias e pensões, a merenda escolar, a limpeza urbana e o saneamento básico entre outros utilizados pelos gestores..."

As verbas orçamentárias federais para a saúde, entre 2000 e 2004, deram ao setor, ano a ano, R$ 22 bilhões, R$ 21,18 bilhões, R$ 24 bilhões, R$ 26,52 bilhões e R$ 31,79 bilhões. De 2005 até 2010, o orçamento da saúde atingiu os R$ 62,47 bilhões. Apesar dos recursos da União e da maior participação dos Estados e municipios no financiamento da saúde (Tabelas 8 e 9) considera-se que o SUS ainda está subfinanciado.

Tabela 8

Participação das esferas de governo no gasto público em saúde no país

Esfera	1980	1990	1992	1993	2002
Federal	75%	73%	86%	72%	58%
Estadual	18%	15%	14%	12%	20%
Municipal	7%	12%	18%	16%	22%

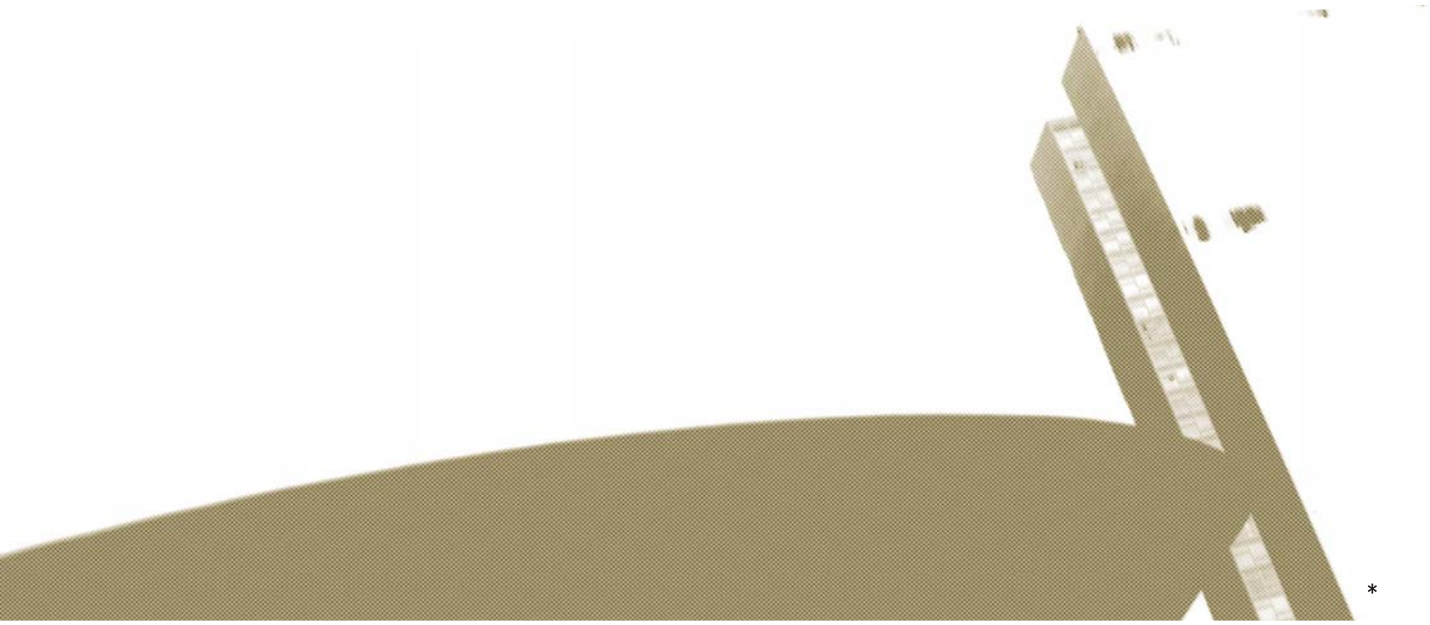
Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)

Tabela 9

Gastos do SUS por entes federados em valores de 2005 em bilhões de Reais, corrigidos pelo IPCA. Período 2000/2004

Ano	União	Estados	Municípios	Total
2000	30,8	9,5	11,1	51,5
2001	31,8	11,7	13,1	56,7
2002	32,3	13,1	15,6	61,1
2003	30,9	15,0	15,4	61,4
2004	34,9	17,9	17,1	70,0
Variação	11,8	46,7	34,8	26,4

Fonte: Ministério da Saúde; DECIT/SIOPS, In: CONASS (2006)



6,5% do PIB

"A meta é de se chegar a 6,5% do Produto Interno Bruto em recursos do setor público para a saúde", afirma dr. Elias Antônio Jorge, Diretor de Economia da Saúde e Desenvolvimento da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Ele confirma, no entanto, que a participação das três instâncias de governo tem oscilado nos 3,5% do PIB (Tabelas 10 e 11) e mesmo que cumpram rigorosamente a proposta do Projeto de Lei Complementar – PLP 306, relatado pelo deputado Pepe Vargas (PT-RS), ainda faltariam 2,5%, mantendo-se a saúde subfinanciada.

Tabela 10

A evolução do PIB e das Despesas do Ministério da Saúde, 1995 a 2005

Ano	PIB (Referência 2000)		Despesas da União – MS		
	R$ Milhões	Variação Nominal	Despesas empenhadas do MS (R$ Milhões)	Despesas em Ações e Serviços de Saúde (ASPS (R$ Milhões)	ASPS x PIB
1995	705.641		14.937	12.257	1,74
1996	843.966	19,60	14.377	12.407	1,47
1997	939.147	11,28	18.804	15.464	1,65
1998	979.276	4,27	19.324	15.245	1,56
1999	1.065.000	8,75	20.338	18.353	1,72
2000	1.179.482	10,75	22.699	20.351	1,73
2001	1.302.136	10,40	26.136	22.474	1,73
2002	1.477.822	13,49	28.293	24.737	1,67
2003	1.699.948	15,03	30.226	27.181	1,60
2004	1.941.498	14,21	36.538	32.703	1,68
2005	2.147.944	10,63	40.794	37.146	1,73
2006	2.322.818	8,14	44.315	40.751	1,75

Tabela 11

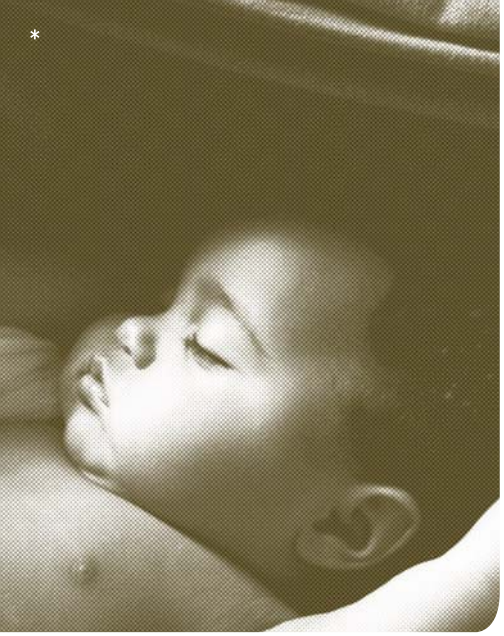
Despesas com ações e serviços públicos de saúde, como proporção do PIB – Brasil Período: 2002 – 2008

Ano	Federal		Estadual		Municipal		Total	
	Despesa (em R$ mil correntes)	% PIB	Despesa (em R$ mil correntes)	% PIB	Despesa (em R$ mil correntes)	% PIB	Despesa (em R$ mil correntes)	% PIB
2002	24.736.843	1,67%	10.278.420	0,70%	12.029.372	0,81%	47.044.635	3,18%
2003	27.181.155	1,60%	12.144.792	0,71%	13.765.417	0,81%	53.091.364	3,12%
2004	32.703.495	1,68%	16.028.249	0,83%	16.408.719	0,85%	65.140.463	3,36%
2005	37.145.779	1,73%	17.236.138	0,80%	20. 281.227	0,94%	74.663.144	3,48%
2006	40.750.155	1,72%	19.798.770	0,84%	23.555.008	0,99%	84.103.933	3,55%
2007	44.303.497	1,66%	22.566.270	0,85%	26.368.683	0,99%	93.238.450	3,50%
2008	48.670.190	1,62%	27.926.885	0,93%	32.267.633	1,07%	108.864.708	3,62%

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento/ Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS (Gasto Estadual e Municipal); SPO/SE e Fundo Nacional de Saúde - FNS (Gasto Federal) e IBGE (PIB). Tabela elaboração própria.

Notas: 1. O efeito da inflação não foi eliminado; 2. Os dados estaduais são os obtidos pela análise de balanços estaduais realizada pela equipe responsável pelo SIOPS; os dados municipais são os declarados ao SIOPS;

3.Os valores do PIB não são os originalmente publicados, porém não contêm a série toda reavaliada.



O PLP 306/2008 é resultado da consolidação de projetos na Câmara de Deputados e no Senado Federal. Por meio dele cria-se a Contribuição de Seguridade Social (CSS), em alíquota de 0,10% sobre o valor das movimentações financeiras do país. "Apesar de estar sendo tratado como um imposto novo, a CSS é uma substituição à CPMF, perdida em votação do Senado em 2007 e que provocou perdas de, aproximadamente, R$ 40 bilhões ao ano para o setor saúde", afirma Elias Jorge. A saída da CPMF estava atrelada à manutenção e constitucionalização da DRU, que, desde 2000, retira recursos da seguridade social para outros fins, e equivalem, nesse período, à formação de reservas cambiais de US$ 200 bilhões.

O diretor de Economia da Saúde espera que o PLP 306/2008 seja apreciado até o final de 2010, levando em consideração que se a proposta da CSS passar, a saúde conseguirá manter o que tem em recursos, mas se for rejeitada sofrerá redução em verbas. Lembra ainda que o projeto embute duas situações, no artigo 6º. No parágrafo 1º dá mais quatro anos para os Estados atingirem o mínimo de 12% aplicados em saúde, e que representariam no período menos R$ 9 bilhões. No parágrafo 2º, determina-se a exclusão de 12% dos recursos da seguridade para o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (FUNDEB). Somente este último parágrafo pode ser suprimido pelo Senado, pois foi introduzido como alteração na Câmara dos Deputados, ou o Senado Federal rejeita integralmente o projeto e ressuscita proposta apresentada, anteriormente, pelo senador Tião Viana (PT/AC).

Elias Jorge considera ainda que, além da esperada regulamentação da EC 29, há uma situação preocupante para os recursos da área social. "É a reforma tributária, que deve acontecer com força em 2011 e já foi proposta ao Congresso Nacional com base em decisões do Conselho Nacional de Política Fazendária (CONFAZ). Elas comprometem todo o sistema de proteção social brasileiro – educação, trabalho, saúde, assistência e previdência social –, conquistado com a Constituição Federal de 1988", afirma.

A proposta acaba com as contribuições sociais criadas na CF 88. Seu fim é defendido, especialmente, pelos Estados com economias mais desenvolvidas. As articulações pelo fim ou manutenção das contribuições seguem acontecendo, mas essa proposta de reforma tributária conseguiu algo antes impensável: a reação contrária das sete centrais sindicais brasileiras, que a consideram um retrocesso nas conquistas de 88 para o bem-estar da população brasileira. A mobilização e a luta pela aprovação do PLP 306/2008 e por recursos para um financiamento pleno da saúde não tem deixado de acontecer e fazem parte de documentos firmados por Conselhos de Saúde nas diversas esferas de decisão e pelas Conferências Nacionais de Saúde. Se não há, ainda, garantia de vitória nas batalhas pelos direitos sociais, e da saúde, especificamente, há a certeza de que o espírito de luta por uma vida melhor para todos permanece e tem vigor.■

Texto: Fernando Ladeira

Fotos: Radilson C. Gomes



Maringá/PR

Boa prática de financiamento no município



O município de Maringá, situado na região noroeste do Estado do Paraná e equidistante – aproximadamente 430 quilômetros – da capital, Curitiba, e da turística Foz do Iguaçu, está entre alguns dos 5.564 do País que decidiram ir além dos "gastos" com a saúde e aplica, desde 2004, mais do que o mínimo de 15% de recursos de taxas e impostos locais previstos na EC-29 para o bem-estar da população. "A saúde é uma prioridade da prefeitura, que a tem apoiado com investimentos anuais pesados, entre 20% e 20,4% dos recursos municipais, ou seja, 5%, em média, acima da previsão da emenda constitucional 29", informa o Secretário de Saúde da cidade, Antônio Carlos Nardi.

Ao todo, em 2009, os recursos para a saúde dos cofres municipais totalizaram R$ 144,351 milhões, dos quais R$ 45,279 milhões são referentes aos 15% obrigatórios previstos na emenda constitucional 29, e 14,340 milhões aplicados além da EC-29. A soma fecha com outros R$ 84,730 milhões, provenientes dos R$ 545 milhões do orçamento do município, que no conjunto foram aplicados em pessoal (R$ 62,394 milhões), custeio da saúde (R$ 77,304 milhões) e investimentos (R$ 4,651 milhões).

Da parte do Ministério da Saúde para a Atenção Primária, em 2009, Maringá contou com R$ 5,8 milhões do PAB Fixo e outros R$ 5,8 milhões do PAB, que resultaram em R$ 11,6 milhões para as diversas ações promovidas no município. Praticamente, um quarto dos R$ 44 milhões aplicados nos serviços de média e alta complexidade do município, pelo Ministério da Saúde.



Origens e ações

Cidade formada, a partir do final da década de 1930, por migrantes. Inicialmente, descendentes de italianos, paulistas e nordestinos, que ajudaram na construção dela. Aos poucos, a entrada de mineiros, japoneses, libaneses e portugueses foi moldando a característica de um município mais voltado aos setores de comércio e serviços do que rural. A renda per capita de Maringá, de acordo com dados do IBGE, de 2007, é de 18,9 mil, e ela está situada na 67ª posição entre os 100 municípios com melhor renda.



Atualmente, Maringá tem 336 mil habitantes (IBGE) e é um município majoritariamente urbano, com apenas 2,52% da população em área rural, sendo sede da 15ª Região –na divisão de regionais pelo Estado do Paraná –, que congrega

30 municípios no entorno. Das 26 Unidades Básicas de Saúde, apenas duas estão no campo e as restantes na área urbana, que atendem 75% da população. “A área central, apesar de hospedar a secretaria central e as centrais de marcação de consultas, de auditoria e de imunobiologia, praticamente, não é atendida pela rede pública, uma vez que conta com outros serviços e a população nela tem bom índice de renda”, afirma Nardi.

O Secretário informa que o município conta com 60 equipes de Saúde da Família, das quais uma atende a área rural. “Após o período de adaptação e planejamento, advindo da EC-29, em 2000, demos início às ações e execução de programas junto à população, precisando, ainda, vencer resistências e reticências ao novo sistema de atendimento generalista”, afirma. Pelo sistema anterior, o atendimento era dado por ginecologistas, pediatras e clínicos gerais.

> “...As escolas e outros estabelecimentos da comunidade serão, ainda e a longo prazo, palco da campanha Maringá Saudável, que, por meio de ações educativas nos colégios e cursos de culinária para a população, vai ser estimulado o consumo de frutas, legumes e verduras...”



Entretanto, com o tempo, pôde-se implantar, em Maringá, além do atendimento familiar, série de programas voltados aos cuidados à saúde. As Academias de Terceira Idade – equipamentos de ginástica em praças públicas –, as Unidades Amigas da Amamentação – equipes para promover a amamentação infantil até os seis meses de idade –, a Hora do Chá – da Farmácia Verde Vida, com farmacêuticos e bioquímicos que orientam a fazer chás e infusões para o controle da diabetes, bronquite e hipertensão, entre outros –, e as campanhas antitabagismo.



Também são desenvolvidas as Hortas Comunitárias – para a produção de frutas, verduras e legumes, com retorno financeiro aos participantesda diabetes, e, junto às escolas, as ações de antiobesidade infantil. As escolas e outros estabelecimentos da comunidade serão, ainda e a longo prazo, palco da campanha Maringá Saudável, que, por meio de ações educativas nos colégios e cursos de culinária para a população, vai ser estimulado o consumo de frutas, legumes e verduras, levando em conta o custo-benefício da mudança de comportamento alimentar.

Para Antônio Nardi, a Atenção Primária à Saúde requer foco especial no uso das verbas municipais, devido à complexidade das ações e ao amplo espectro da população atingida: famílias, crianças, idosos, mulheres, doenças e problemas específicos (hipertensão, diabetes, obesidade, reeducação alimentar), além dos investimentos na qualificação dos profissionais que atuam na área. “A atenção básica precisa ser priorizada, pois esses cuidados inseridos no cotidiano da população vão se refletir no desafogo do sistema de média e alta complexidade (ambulatorial e hospitalar), adverte o secretário. ■

Secretaria de Saúde de Maringá
Av. Prudente de Morais, 885 - 87020-010 - Maringá/PR
F: (44) 3218.3100
http:/saude.maringa.pr.gov.br



Saúde com a gente

Saúde da Família

Publicação do Ministério da Saúde - Ano XI - janeiro a março de 2010 - ISSN 1518-2355

OLÁ, ACS!

Este é um cumprimento, no mínimo, necessário a todos nós que, tendo iniciado 2010, precisamos de saúde para tratar a saúde dos que estão à nossa volta. E paz é necessária para darmos conta da vida atenta, agitada e comprometida com as equipes e as comunidades. Além, é claro, para respirar fundo e ter um tempinho para ler a revista.

Neste Saúde com a Gente, dedicado a você, trazemos a experiência da Caixa de Remédios para Idosos de Rio das Flores, Rio de Janeiro, que, talvez, possa ser aplicada em seu município. A experiência corajosa do agente cadeirante Aerto Brito, no Distrito Federal, pode resgatar sua determinação, caso ela esteja em baixa. E, ainda, você terá a chance de avaliar a importância do trabalho em equipe na crônica que relata vivências experimentadas em Belo Horizonte.

Bom proveito!

As caixinhas que educam e trazem saúde

"Esse bando de gente vai perguntar muita coisa, eles só querem saber coisa da vida gente", expressou um dos moradores de Manuel Duarte, distrito do município de Rio das Flores (RJ), em reação à presença dos 11 estudantes de Medicina, do Centro de Ensino Superior de Valença. Durou pouco, no entanto, esse sentimento frente ao trabalho que desenvolveram junto à equipe de Saúde da Família (eSF), entre março e junho de 2009, bem próximos aos agentes comunitários de saúde (ACS) e, especificamente, com os idosos hipertensos, diabéticos e analfabetos do Manuel Duarte.

Ao final, desenvolveram um inovador e simples método da caixinha (de medicamentos), que ajudou esses pacientes a baixarem a pressão arterial e a glicose no sangue. O gosto que ficou foi de "quero mais" e "eu também quero".

A aproximação do grupo de estudantes foi promovida pela Faculdade de Medicina, para conhecerem, no quinto semestre, a saúde pública e o Sistema Único de Saúde (SUS), colaborando no trabalho de Saúde da Família.

Após levantarem dados do município, habitantes e ambientes familiares, os estudantes perceberam a deficiência dos idosos em manterem seus tratamentos médicos devido a deficiências físicas da idade e, especialmente, ao analfabetismo.

Para atingirem esse público, eles contaram com os agentes comunitários de saúde, como Sabrina Vieira de Carvalho, contratada em 2001 pelo município e uma das 12 agentes em ação em Manuel Duarte. Ela atende 111 famílias, das 490 do distrito, e conduziu o grupo a contato com os 207 idosos de Manuel Duarte. Desses, 18 – com hipertensão e/ou diabetes – foram selecionados.

"No início, na Unidade Básica de Saúde (UBS), achei que não daria certo, pois não sabia como atuariam comigo e a comunidade, mas com a prática passei a achar bem interessante", afirmou Sabrina. Ela já tentava um método próprio de separar os medicamentos em vidros. A adesão e os resultados aos tratamentos não eram satisfatórios.

Os estudantes complementaram a idéia e veio a solução: dividir os medicamentos em caixas de papelão com orientação visual, individuais, para aqueles com dificuldades de leitura ou que faziam confusões com medicamentos e horários. A primeira caixa, da manhã, com o desenho de um sol; a segunda, para o horário de almoço ou tarde, com o desenho de talheres; e, para a noite, a caixa com o desenho de uma lua. O material foi obtido por doações dos comerciantes do município.







Os idosos foram chamados à UBS e lá tiveram explicações das doenças e dos medicamentos que devem usar para controlá-las e, especialmente, da importância do uso correto da medicação para manterem a saúde e a qualidade de vida. E, mais importante, que os agentes comunitários de saúde estariam acompanhando a todos. "Levamos os remédios nas casas e distribuímos nas caixas conforme o tratamento do idoso, e eles já esperam com as caixas na sala", conta Sabrina.

Três meses depois da implantação do método, o grupo de estudantes voltou a Manuel Duarte e constatou que, dos 18 pacientes, só um não manteve a adesão ao método, e um segundo tinha dificuldades. Até o final de 2010, o grupo voltará ao distrito para checar a continuidade e validade do método.

Rio das Flores

Pequena e eficiente
Distritos: Rio das Flores, Abarracamento, Manuel Duarte (1.712 hab) e Taboas
População: 8.787 habitantes (IBGE 2010)
IDH: médio – 0,7390
Infraestrutura e serviços: coleta de lixo (88,89%), abastecimento de água (90%), iluminação pública, asfaltamento, correio, telefonia pública, escolas, hospital (15 leitos SUS), policlínica e laboratório de exames, e exames por imagem. Casos complexos são encaminhados para Valença, Volta Redonda ou Rio de Janeiro.
ABS: Gestão plena, com quatro equipes de Saúde da Família (médico, enfermeira, técnico de enfermagem, dentista e agentes comunitários). Especialidades suplementares: pediatria, nutricionista e fisioterapeuta.

Fonte: Coordenadora de Atenção Básica, enfermeira Cíntia Galdino.

4,4 milhões de analfabetos

Alguns números e percentuais do analfabetismo
Brasil: 14,1 milhões de analfabetos, de 15 anos ou mais de idade.
Região Nordeste: concentra 52% desse grupo.
Não letrados: 40,1% têm mais de 60 anos de idade; e 36,5% têm de 20 a 59 anos.
Áreas rurais: iletrados em áreas rurais são três vezes maiores do que nas cidades (23,3% e 7,6%).
O Estado do Rio de Janeiro tem 4,4% da população de analfabetos e 14,1% do grupo de analfabetos funcionais. É o terceiro Estado com maior número de alfabetizados, junto a Santa Catarina.

Fonte: Síntese dos Indicadores Sociais, IBGE, 2007.

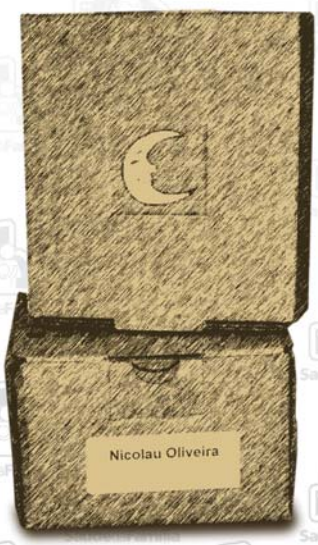






Alyssa M. Françoso – Ana Carolina Nascimento – Ana Carolina Vieira – André Diniz – Denise Monteiro – Duanne Souza – Eliane Cruz – Ilana Oliveira – Juliana Yost – Paulo Ricardo Souza – Ranieri Lima

Aprendendo a participar e contribuir



No início de 2009, alunos do quinto semestre de Medicina, do Centro de Ensino Superior de Valença, iniciando os estudos de saúde pública, foram acionados pela professora de Atenção Básica Integrada, Dra. Sônia Leidersnaider, e divididos em oito grupos para ações no município de Rio das Flores, a 40 km de Valença. Dois foram para o distrito de Manuel Duarte: um para atuar com alcoólatras, familiares e escolas, e outro com idosos diabéticos, hipertensos e analfabetos.

A dificuldade dos idosos em identificar os medicamentos e manter seus quadros clínicos ajustados levou os estudantes a pensarem em como atingir a esse público. O método da caixinha é uma ideia simples, moderna e visual, para identificar os horários em que os medicamentos devem ser ingeridos. O resultado foi a adesão de 94,44%, ou seja, 17 dos 18 participantes, e desses apenas um sentiu bastante dificuldade em aderir ao sistema.

Para a professora, o importante foram eles lidarem com pacientes que vão passar a atender, depois, cotidianamente, e que não basta prescrever ou dar remédios, pois têm que se preocupar com a "adesão, horários, múltiplos

medicamentos, e como administrar isso, especialmente com os que não sabem ler ou são analfabetos funcionais".

Além disso, afirmou a Dra. Sônia, com a atividade, os estudantes descobriram a importância de planejar e trabalhar em uma equipe multidisciplinar , que não é área forte na graduação de Medicina. "Eles ficaram menos protegidos e entenderam melhor o campo de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS)", enfatizou.

Há quase um ano da implantação do método da caixinha, os estudantes foram convidados a escrever suas impressões a respeito do trabalho em Manuel Duarte, apresentadas a seguir:

"Tivemos a oportunidade de visitar uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no distrito de Manuel Duarte, Rio das Flores, entre março e junho de 2009. É um distrito meio 'isolado', com baixo nível socioeconômico e oferece pouco em lazer, educação e cultura.

Na Faculdade de Medicina de Valença, tivemos várias matérias para aprendermos o funcionamento da Estratégia Saúde da Família (ESF), e a ação de saúde em Manuel Duarte foi justamente uma iniciação à prática em saúde coletiva, quando nos foi proposto fazer visitas domiciliares para descobrir seus principais problemas.

Fomos bem recebidos, o que permitiu que nos inseríssemos, rapidamente, no ambiente. Observamos que a maioria dos idosos não tem, em casa, alguém capacitado para cuidar deles. Isso desperta preocupação nos ACS, que os acolhem e visitam mais vezes que normalmente o fariam, para verificar se tomam os medicamentos corretamente.

Constatamos que parte da população idosa era analfabeta, e os ACS diziam que eles tinham dificuldade para tomar as medicações no horário correto. A partir daí, tivemos a ideia do método da caixinha de medicamentos.

No dia da implementação do método, comparecemos em peso a UBS. E, por ser um método simples – com símbolos –, não houve resistências na adesão. Facilitou o trabalho dos ACS, que ficaram com a responsabilidade de distribuir os remédios, mensalmente, entre as três caixinhas (manhã, tarde e noite).

Esse trabalho foi uma novidade para todos. Para os ACS, por fazerem, pela primeira vez, uma ação com pessoas de fora da comunidade. Para nós, estudantes, que aprendemos sobre medicações, posologia e horários, e que os pacientes vão muito além de suas doenças e necessitam de atenção e de alguém que os escute. O entrosamento do grupo foi um facilitador, pois sempre fizemos todos os trabalhos juntos.

Não foi difícil obter o material, por meio de doações, porque os comerciantes da região ajudaram prontamente.



De qualquer forma, todos se sentiram realizados pela oportunidade de ajudar.

Vivenciamos de perto o atendimento humanizado e percebemos seu impacto na população idosa, que necessita, muitas vezes, de cuidados especiais.

Por fim, consideramos que analisar as carências de uma comunidade, organizar uma ação e criar um método, em conjunto com os ACS e para o bem-estar da população, foi gratificante e mostrou que, com boa vontade e dedicação, um pequeno gesto pode fazer a diferença na vida de muitos, como fez e está sendo feito em Rio das Flores – e ainda pode ser feito em outras UBS do Brasil."



Aerto Rocha Brito



BATE PAPO COM ACS

Aerto Rocha Brito, 39 anos, nasceu na cidade de Central, interior da Bahia, numa época em que as campanhas de combate à paralisia infantil não atingiam a todos os municípios com a rapidez necessária. Com oito meses de vida, Aerto foi diagnosticado com a doença, que o deixou paralisado da cintura para baixo. O que pareceria um empecilho fortaleceu sua garra e determinação para vencer desafios, como sair, anos mais tarde, da Bahia e superar o preconceito aos deficientes físicos.

Aos cinco anos, convenceu seus pais a matricularem-no em uma escola pública da região, e o resultado não foi fácil, pois era preciso que seu irmão o levasse de carona na bicicleta, e depois que alguém o carregasse até a carteira escolar. A falta de estrutura na escola e na vida não o desanimou, nem a ninguém que o conhecia. Todos estavam encantados com o garoto que queria estudar, apesar dos pesares. Fizeram um bingo e arrecadaram dinheiro suficiente para comprar uma cadeira de rodas. Pronto! Foi apenas o início de um longo e belo caminho, porém difícil, que o levou a se formar em magistério e prestar concurso para se tornar agente comunitário de saúde de São Sebastião, cidade satélite de Brasília, em 2003.

"Sempre tive que conviver com obstáculos, discriminação, preconceitos e todo tipo de barreiras, mas nunca desisti (...) sou um cidadão, tenho que ter um tratamento igual a qualquer outro cidadão. Isso é o pleno exercício de cidadania..." – Aerto Rocha Brito.

RBSF: Por que escolheu essa profissão? Em algum momento se arrependeu?

Aerto Brito: O concurso seletivo para o preenchimento de vagas de ACS, para trabalhar na Fundação Zerbini, responsável pela prestação de serviço terceirizado na área da saúde no DF, surgiu como uma oportunidade de trabalho qualquer para mim. Após ter feito o concurso, atingi a nota que me garantiu a vaga na segunda colocação. A aceitação na equipe foi difícil. Achavam que eu tinha ocupado a vaga da ex-colega de trabalho; eu não tive uma boa aceitação.

Passaram-se quase seis anos de convívio com os três colegas ACS, e nos respeitamos não somente como colegas de trabalho, mas como amigos.

Hoje, com muita experiência, não me sinto arrependido pela escolha da profissão, gosto da profissão que exerço, me sinto feliz e recompensado em uma visita quando, com minha intervenção, eu torno a vida de um paciente melhor. Muitas vezes uma simples orientação melhora a saúde de uma pessoa, isso é mágico. O ACS é uma espécie de voz amiga que, com muita experiência, educa e leva ao cidadão o conhecimento necessário em saúde pública, que o faz viver melhor, com mais qualidade de vida. Somos uma grande legião representando o Estado, em cada domicilio deste país, em busca do mesmo objetivo comum: melhorar a saúde da população brasileira.

RBSF: Você considera a Estratégia Saúde da Família importante?

Aerto Brito: Sim, porque trabalha a prevenção, que é a raiz do problema. É um programa que assiste a uma população de perto, agindo e interagindo na busca de solucionar seus problemas de saúde mais comuns. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é como se fosse os olhos, ouvidos e voz do Ministério da Saúde, representado por milhões de agentes comunitários de saúde e demais profissionais da ESF em muitos lugares deste país.

RBSF: Quais as vantagens – para a comunidade – em ter um ACS que vai até a casa da população?

Aerto Brito: O ACS assiste aos pacientes como um todo, em seu contexto social, conhece a realidade em que vive a população onde atua. O fato de ser um morador da área de sua abrangência faz do ACS o único conhecedor real dos problemas em contexto globalizado daquela localidade adstrita.

RBSF: Dê exemplos do que você já aprendeu com a comunidade.

Aerto Brito: Valorizar o saber popular; ouvir, respeitar e valorizar a opinião individual e coletiva da comunidade; lutar pelos direitos individuais e coletivos onde moro; avançar quando é possível e recuar quando necessário em nosso trabalho diário. E, ainda, que o diálogo tem poder transformador em uma sociedade.

RBSF: Para você, quais são os principais desafios da profissão?

Aerto Brito: A valorização da profissão de agente comunitário de saúde. Que todos os ACS tenham o curso técnico. Que nos organizemos em sindicatos. Devemos lutar pelos interesses da categoria. Que o Estado consiga, de fato, valorizar o ACS como um elo entre a comunidade e o SUS.

"O ACS é uma espécie de voz amiga que ... educa e leva ao cidadão o conhecimento necessário em saúde pública.."

RBSF: Conte-nos alguma curiosidade que aconteceu no exercício da sua profissão.

Aerto Brito: Em uma visita domiciliar, deparei-me com uma cena engraçada: ao entrevistar uma família, escrevi na Ficha A do ACS os dados da mulher e, ao perguntar pelos dados do rapaz, ali presente, me referi a ele como sendo filho dela. Meio constrangida, a mulher relutou: – Você quer saber a data de nascimento do meu marido, moço?

RBSF: Algum fato emocionante? Descreva...

Aerto Brito: Toda vez que a gente vê um recém-nascido na área a gente se emociona, pois sabemos que para ele chegar até os braços da mãe teve um pouquinho do trabalho de toda a equipe, inclusive as nossas visitas somaram para que a mãe tivesse a assistência de um bom pré-natal.

Quando o hipertenso, o diabético melhora seu quadro de risco, nos enchemos de orgulho. Sabemos que a nossa parte foi feita.

RBSF: Fale sobre a sua experiência como ACS e portador de deficiência física.

Aerto Brito: Ser um ACS, em si, já é um grande desafio. Ser um ACS deficiente é uma guerra constante, no que diz respeito aos direitos humanos. A luta que vive hoje, a nível mundial, o deficiente [físico], pode ser comparada à luta dos negros e escravos no passado, dos índios, dos seguidores de Martim Lutero... A luta parece a mesma, apenas com outros





personagens. Não estamos na vida por acaso. A cada um de nós foi confiada uma tarefa, um desejo de igualdade. Justiça e fé em Deus são a mola propulsora que nos fazem acreditar que todos os homens são iguais na Terra.

RBSF: Faça uma breve comparação da comunidade antes e depois da ESF...

Aerto Brito: As mudanças são gritantes. No começo do Programa, as pessoas tinham muita infecção intestinal, anemia, diarreia e a ideia de que apenas o remédio era capaz de melhorar seu estado de saúde. Hoje, muitos sabem que, se não houver higiene com alimentos, higiene com as mãos, com o corpo, com a limpeza da casa, não existe garantia de um quadro estável de saúde. Os quintais estão mais limpos, as pessoas andam mais asseadas. Não se apavoram mais com ameaça de epidemias como a dengue, hantavirose, leishmaniose... talvez a segurança de ter uma equipe lhes assistindo traga tranquilidade.

"... ser um morador da área de sua abrangência faz do ACS o único conhecedor real dos problemas em contexto globalizado .."

RBSF: Dê exemplo de uma rotina fundamental para o exercício da sua profissão.

Aerto Brito: Planejamento e visita domiciliar são o nosso verdadeiro instrumento de trabalho.

RBSF: O que você julga fundamental para o sucesso de uma equipe de Saúde da Família?

Aerto Brito: Profissionais capacitados, que se respeitem mutuamente, que gostem de lidar com pessoas, que saibam trabalhar em grupo, que iluminem com sua estrela a estrela do outro e que jamais um apague a luz do colega a seu lado para que a sua brilhe.

RBSF: O que você acha que a comunidade atendida julga fundamental para a melhoria da saúde?

Aerto Brito: Direito ao acesso igualitário à saúde, como um todo do indivíduo

RBSF: Qual é o maior desafio da profissão?

Aerto Brito: Capacitar a comunidade para a identificação de seus problemas de saúde, e para saber como e onde resolvê-los.

RBSF: Mande seu recado para os ACS leitores da Revista Brasileira Saúde da Família.

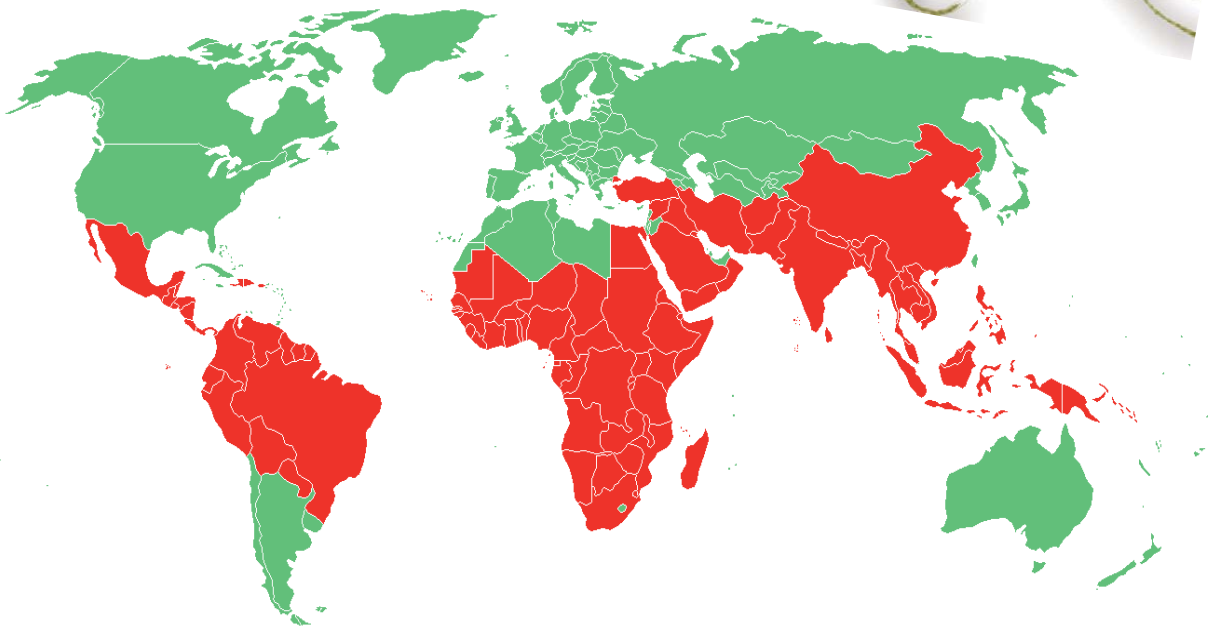
Aerto Brito: O ACS só terá seu valor reconhecido quando ele se organizar para lutar pelos seus direitos. Devemos nos organizar por meio de sindicatos, de associações, para sermos reconhecidos e respeitados no valor do papel do ACS frente à Estratégia Saúde da Família.

Que cada ACS exija um tratamento igualitário dentro da sua área de atuação. Cada um na sua função busca o mesmo objetivo dentro da equipe, portanto somos todos iguais, temos os mesmos direitos. Somos um a continuidade do outro, dependemos do bom funcionamento de todos na equipe. ■

Tome Nota

MALÁRIA

Texto: Tiago Souza



A malária é um grave problema de saúde pública no mundo. É a doença tropical que mais problemas sociais e econômicos provoca, atingindo quase 40% da população, em mais de 90 países e territórios . Tem-se a estimativa, da Organização Mundial da Saúde, de 300 a 500 milhões de novos casos e 860 mil mortes por ano, principalmente entre crianças menores de cinco anos e mulheres grávidas do continente africano. Também conhecida por impaludismo, ou paludismo, é uma doença infecciosa causada por protozoários parasitas do gênero *Plasmodium*, transmitidos de um ser humano a outro pela picada dos mosquitos *Anopheles*. Foi o italiano Giovanni Maria Lancisi que, em 1717, notando que os habitantes dos pântanos eram os que mais sofriam da doença, renomeou o paludismo de malária, que significa maus ares.

Fale com a Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária

Esplanada dos Ministérios,
Bloco G
Ministério da Saúde
Edifício Sede, sala 143
Brasília/DF - CEP: 70058-900
Telefone: (61) 3315-3277

A região amazônica é considerada a área endêmica do Brasil para a malária. Em 2008, aproximadamente, 97%, dos 500 mil casos anuais de malária, se concentraram em seis Estados da região amazônica: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia e Roraima. Os outros três Estados dessa região, Maranhão,

Mato Grosso e Tocantins, registraram menos de 3% das ocorrências da doença no País. A maioria dos casos ocorre em áreas rurais, mas há registros em áreas urbanas (ao redor de 15%). Mesmo nas áreas de risco, a chance de contrair a doença não é uniforme. O Ministério da Saúde registra a Incidência Parasitária Anual (IPA), que serve para classificar as áreas de transmissão em alto, médio e baixo risco, de acordo com o número de casos por mil habitantes. No Brasil, não chega a 0,1% o total de mortos pela enfermidade.

Transmissão

Os insetos transmissores da malária pertencem ao gênero *Anopheles*, que compreende cerca de 400 espécies, das quais 60, aproximadamente, estão no Brasil. São popularmente conhecidos por "carapanã", "muriçoca", "sovela", "mosquito-prego" e "bicuda". O principal vetor da malária no País é o *Anopheles darlingi*, que é, entre as espécies brasileiras, a mais encontrada no interior e nas proximidades das residências.

Os mosquitos têm maior atividade no período da noite, do crepúsculo ao amanhecer. Contaminam-se ao picar os portadores da doença e são o principal vetor de transmissão entre as pessoas. O inseto se desenvolve em regiões onde as temperaturas médias sejam entre 20-30°C e tenham a umidade do ar alta, por isso os principais registros da doença ocorrem em países e áreas próximas à linha do Equador. Só os mosquitos fêmeas picam o homem e alimentam-se de sangue. Os machos vivem de seivas de plantas. As larvas se desenvolvem em água parada.

Infecção

No homem, os protozoários se direcionam até o fígado, dando início a um período de incubação que dura, aproximadamente, seis dias para *P. falciparum*, oito dias para a *P. vivax* e 12 a 15 dias para a *P. malariae*, reproduzindo-se assexuadamente até destruírem as células deste local. Depois, espalham-se pela corrente sanguínea e invadem os glóbulos vermelhos (hemácias), até essas terem o mesmo fim, causando anemia no indivíduo.

A malária causada pelos protozoários *P.falciparum* (mais agressivo) e *P.vivax* caracteriza-se, inicialmente, por sintomas como dor de cabeça, fadiga, febre e náuseas, que



podem durar vários dias. Depois acontecem os acessos periódicos de calafrios e febre intensa, que coincidem com a destruição maciça das hemácias e a descarga de substâncias imunogênicas tóxicas na corrente sanguínea, ao fim de cada ciclo reprodutivo do parasita. Essas crises, mais frequentes ao cair da tarde, iniciam com o aumento da temperatura corporal até 39-40°C. Em seguida, palidez da pele e tremores violentos, pelo período de 15 minutos a uma hora.Depois dos tremores, duas a seis horas de febre a 41°C, que terminam em vermelhidão da pele e muito suor. Após essa sucessão de mal-estares, o doente sente-se perfeitamente bem, até a crise seguinte, dois a três dias depois.

A malária apresenta sintomas adicionais mais graves, como problemas circulatórios, desmaios, convulsões e delírios. A morte pode ocorrer a cada crise da doença. E é por meio da *P. falciparum* que pode se desenvolver a chamada malária cerebral, que causa a obstrução de vasos sanguíneos no cérebro, pelos eritrócitos infectados, e leva ao coma seguido de morte ou dano cerebral irreversível. Lesões renais e hepáticas graves podem ocorrer pelas mesmas razões. As formas causadas pelos outros protozoários são, geralmente, apenas debilitantes e, raramente, levam à morte.

Os intervalos entre as crises são diferentes para cada espécie. Para as espécies de *P. falciparum*, *P. ovale* e *P. vivax*,o ciclo da invasão de hemácias por uma geração, multiplicação interna na célula, hemólise (rompimento da hemácia) e invasão pela nova geração de mais hemácias dura 48 horas. Assim, normalmente, há acessos de febre alta e tremores no primeiro e segundo dias, fechando essas 48 horas, e ainda em um terceiro dia, razão pela qual é classificada como malária terçã . Em caso de haver um quarto dia com acesso de febre e tremores a malária é denominada quaternária, Em qualquer formato, se não diagnosticada e tratada a malária pode evoluir rapidamente, levando ao óbito.



Diagnóstico e ações nas ESF



Desde 18 de dezembro último, por meio da portaria Nº 3.238, o Ministério da Saúde favoreceu a ampliação das Equipes de Saúde da Família para acirrar as ações em combate à malária no país, especialmente nas áreas mais afetadas pela doença. A portaria define critérios para a inclusão de microscopista – técnico habilitado a coleta de material para exames clínicos e análise por meio de uso de microscópio - na Atenção Primária . O objetivo é de realizar, prioritariamente, ações de controle da malária junto às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS e/ou às Equipes de Saúde da Família – ESF.

O técnico tem por obrigação fazer a coleta de material biológico, receber material coletado e conferir o pedido e condições da amostra, preparar o material em lâminas para o método do esfregaço delgado – se indicado -, aplicar corantes, saber ajustar e fazer a manutenção do equipamento e realizar os exames conforme os protocolos técnico-científicos. O microscopista deverá, ainda, administrar o setor organizando seu fluxo de trabalho juntamente com a Equipe de Saúde da Família, efetuar um trabalho com segurança e qualidade, além de comunicar-se com pacientes, médicos e ESF quanto aos casos e conhecimentos ou na confirmação de novos infectados junto aos órgãos competentes.

Os Testes de Diagnóstico Rápido (TDRs) que fazem uso do princípio da imunocromatografia estão se tornando uma alternativa viável para o exame microscópico de distensões sanguíneas finas/espessas. Os testes atuais disponíveis para malária empregam antígenos de três parasitas detectáveis distintos.

Evolução do Cuidado

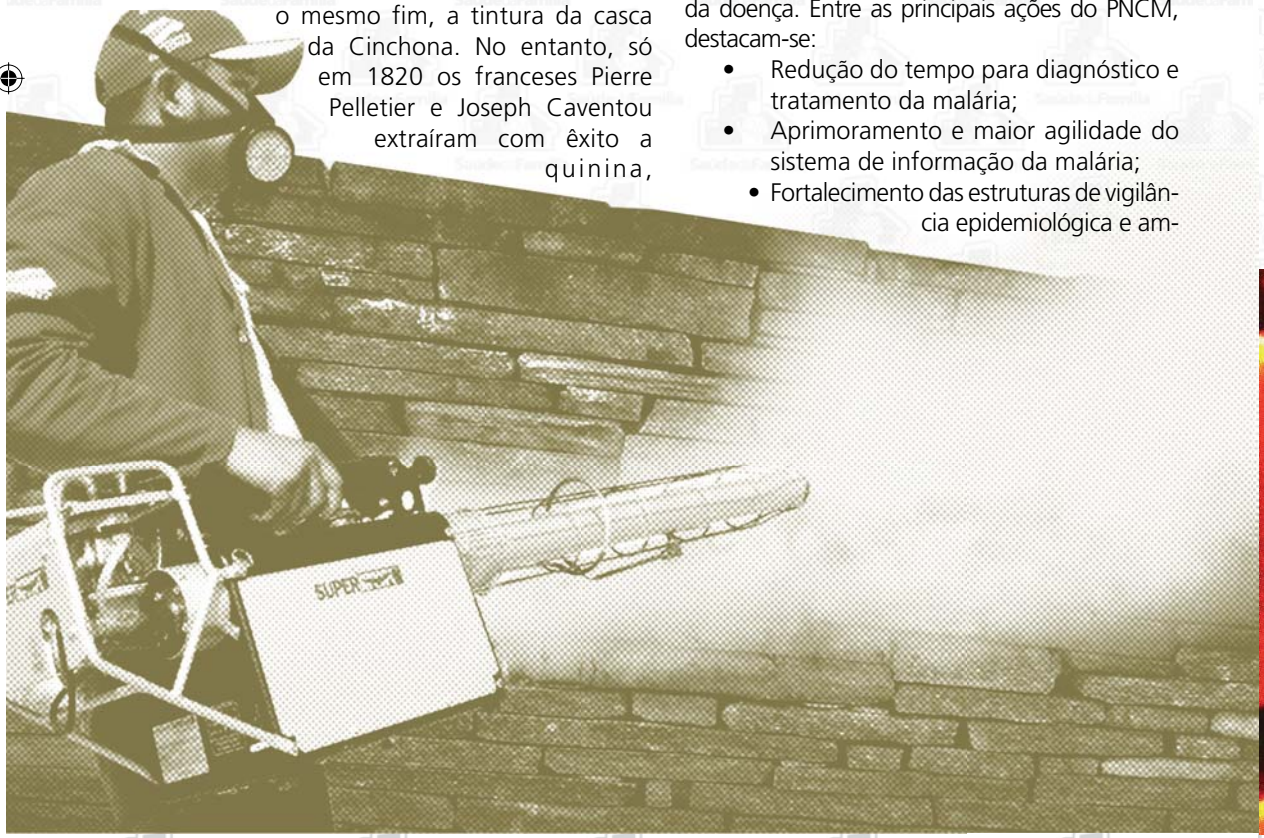
Os seres humanos são infectados pela malária há 50 mil anos. O baixo número de casos em humanos, em comparação com os elevados índices em outros animais, indica que os mosquitos que se alimentam de outras espécies eram muito mais numerosos que o *Anopheles*, que prefere o sangue humano. Só com o início da agricultura, há 10 mil anos, aliado ao crescimento populacional e à destruição dos ambientes naturais – desses outros animais e seus mosquitos–, é que as populações de *Anopheles* explodiram em número, iniciando a grande ocorrência de casos a que se chegou atualmente. A malária, por exemplo, foi uma das doenças que mais fortemente atingiram o Império Romano.

As populações nativas da América do Sul usavam a casca da árvore da Cinchona para o tratamento da malária, assim como os chineses utilizavam a Artemísia. Em 1640, o espanhol Huan del Vego usou,com sucesso, para o mesmo fim, a tintura da casca da Cinchona. No entanto, só em 1820 os franceses Pierre Pelletier e Joseph Caventou extraíram com êxito a quinina, o princípio ativo antimalárico, da tintura. Em função do mau uso da quinina, ao longo dos séculos, o protozoário se tornou resistente a ela.

No Brasil, desde 2000, o SUS intensificou as ações de controle da malária na Amazônia Legal e alcançou resultados positivos. Comparando 2004 com o ano de 1999, houve redução de 27,8% no número de casos da doença. Também pôde ser percebida a redução dos municípios considerados de alto risco, assim como as internações e óbitos resultantes da malária.

Mesmo com os avanços alcançados, a incidência da doença continua alta. E, para diminuir ainda mais o número de casos e os danos causados por ela, o Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM) firmou uma estratégia em que o diagnóstico precoce e o tratamento imediato aparecem como prioridade. O programa também dá grande atenção às intervenções para controle do vetor e à detecção imediata de epidemias. Além disso envolve as esferas estadual e municipal para execução das medidas de controle da doença. Entre as principais ações do PNCM, destacam-se:

- Redução do tempo para diagnóstico e tratamento da malária;
- Aprimoramento e maior agilidade do sistema de informação da malária;
- Fortalecimento das estruturas de vigilância epidemiológica e am-





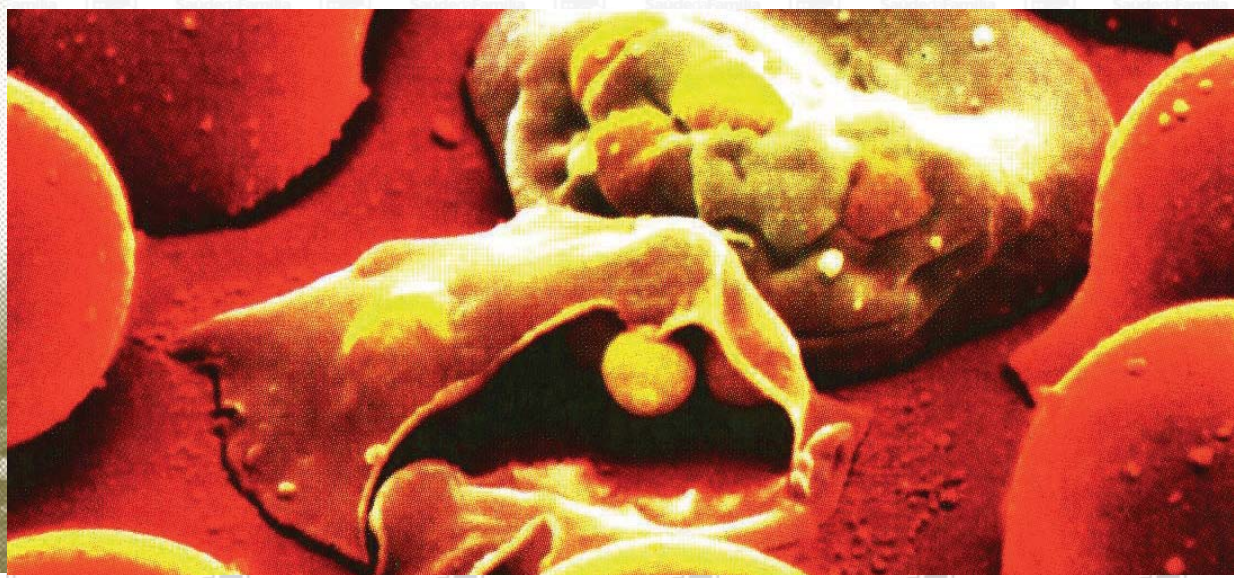
biental nos Estados e municípios;
- Definição e desenvolvimento de estratégias de informação, educação e comunicação;
- Capacitação de profissionais do SUS e da Estratégia Saúde da Família nas ações de diagnóstico e tratamento da malária; e
- Ampliação das ações de controle da malária na Atenção Primária à Saúde.

Tratamento

Diversos medicamentos (mefloquina, artemisina, quinina, cloroquina) estão disponíveis para tratar da malária com sucesso, especialmente quando iniciado precoce e adequadamente à espécie infectante. O retardo do tratamento ou a terapêutica direcionada para a espécie de *Plasmodium* incorreto pode ter consequências graves.

Em áreas não endêmicas, a confirmação é importante para a adoção de medidas que reduzam o risco de reintrodução da doença. A comprovação do diagnóstico de malária não afasta a possibilidade de febre amarela, uma vez que as áreas de transmissão, em geral, são as mesmas. Pelo mesmo motivo, a confirmação do diagnóstico de febre amarela não exclui a possibilidade de malária.

Fontes e créditos das imagens: Ministério da Saúde, Fiocruz, Brasil Escola e Sociedade Brasileira de Análises Clínicas e Wikimedia.org ■



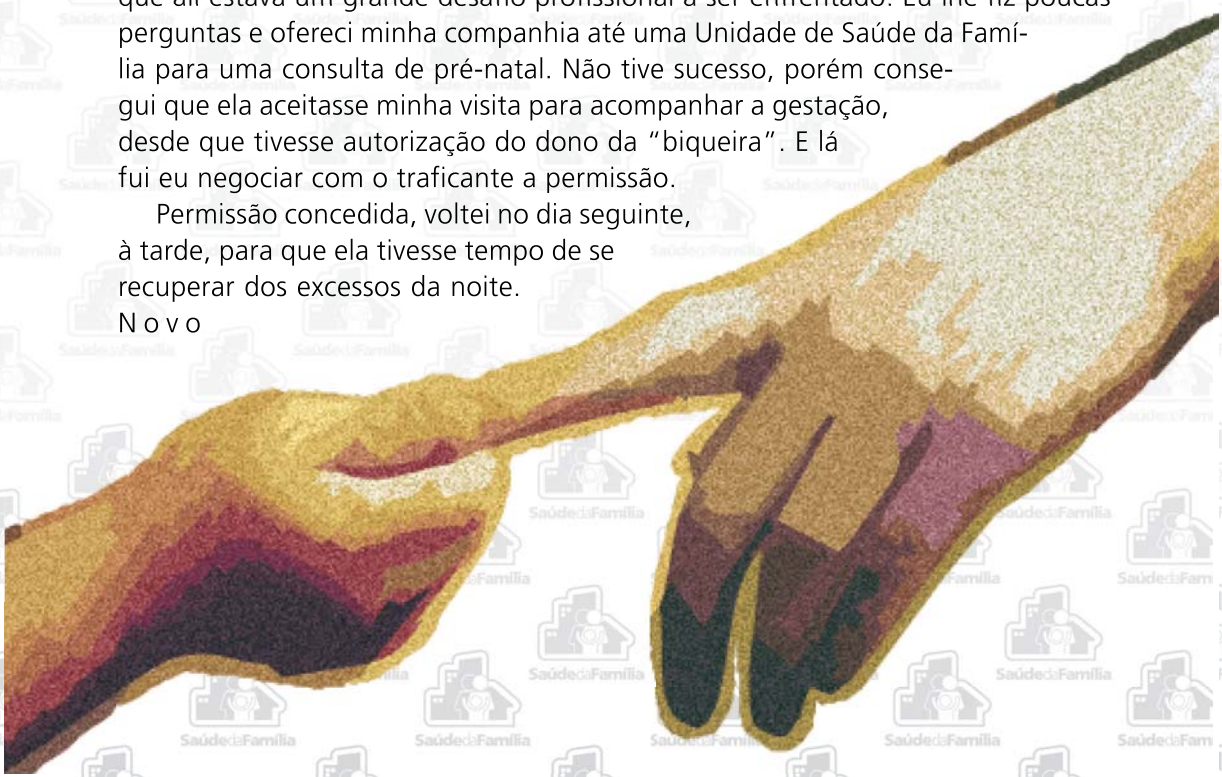
Crônica da Saúde | Caso perdido

Cátia Auxiliadora Ribeiro

Este poderia ser apenas mais um relato de um caso perdido, como tantos outros que nos deparamos nos noticiários sensacionalistas. E foi essa a impressão que tive quando fiz a primeira visita domiciliar a uma mulher grávida em uma "biqueira" (casa de prostituição e consumo de drogas), na favela em que atuo como agente comunitária de saúde. Foram cinco visitas até o meu primeiro contato direto com ela, que me recebeu em trajes íntimos, ainda sob o efeito das drogas e do álcool consumidos durante a noite de trabalho às margens da rodovia em que fazia programa. Ostentava uma barriga que sugeria aproximadamente cinco meses de gestação de mais um filho sem pai, filho da Raposo Tavares, como elas mesmas definem as crianças que são concebidas nos programas feitos na rodovia.

Foi com muita compreensão e carinho que a abordei, pois já sabia, por intuição, que ali estava um grande desafio profissional a ser enfrentado. Eu lhe fiz poucas perguntas e ofereci minha companhia até uma Unidade de Saúde da Família para uma consulta de pré-natal. Não tive sucesso, porém consegui que ela aceitasse minha visita para acompanhar a gestação, desde que tivesse autorização do dono da "biqueira". E lá fui eu negociar com o traficante a permissão.

Permissão concedida, voltei no dia seguinte, à tarde, para que ela tivesse tempo de se recuperar dos excessos da noite.





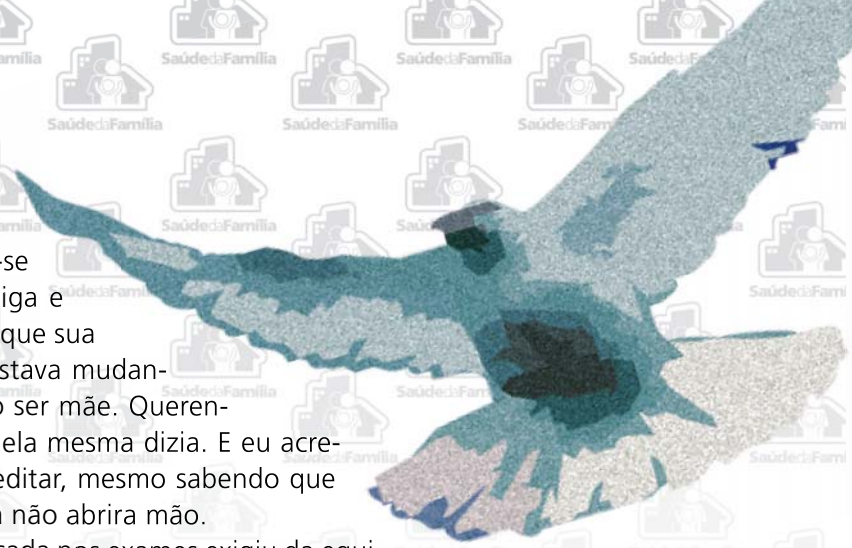
convite, desta vez, uma resposta positiva. Um lampejo de esperança. Apesar de não saber exatamente o tempo da gravidez, ela queria ouvir o coração do bebê, e eu me apeguei nesse desejo para levá-la à unidade.

Às duas horas da tarde do dia seguinte, estava em seu portão com duas sacolas na mão. Uma de comida e outra de roupa, pois ela se queixava de fome e de não ter o que vestir para ir à consulta. Depois de um banho no vizinho e de comer o pão que eu havia levado, ela se vestiu e saímos sob o olhar curioso de toda uma rua que acreditava ser ela um caso realmente perdido.

Ouvimos o coração do bebê e essa história poderia começar daqui, pois foi nesse exato momento que eu tive a certeza de que ela mudaria. Foi atendida pela enfermeira e revelou, enfim, seu verdadeiro nome. Nascia ali uma cidadã brasileira. Aceitou que agendássemos os exames. Sentiu-se grávida pela primeira vez desde que concebeu aquela vida.

Na manhã seguinte, colheu sangue dentro da "biqueira". Eu estava lá, na hora marcada e com a autorização do traficante, que não me via como uma ameaça aos seus negócios. Também cheguei cedo no dia em que eu a levaria para fazer a primeira ultrassonografia, mas ela foi mais rápida e já me aguardava no portão. Foi a primeira vez que não precisei chamá-la, ela já esperava por mim. Naquele dia choramos juntas quando vimos as imagens, que mais pareciam borrões na tela do aparelho de ultrassom. Maria Vitória chupava o dedo dentro da barriga pontiaguda do meu "caso perdido". Foi esse o nome escolhido no momento em que descobrimos que uma menina viria ao mundo em mais ou menos 13 semanas.

Comprei pão e a levei de volta à "biqueira", não tínhamos outra opção. Mas eu sentia que dentro dela algo havia mudado e não seria ali que teria sua filha.



Por isso não me surpreendi quando, na manhã seguinte ao ultrassom, instalou-se na casa de uma amiga e permaneceria lá até que sua filha nascesse. Ela estava mudando, estava querendo ser mãe. Querendo ser gente, como ela mesma dizia. E eu acreditava, tinha de acreditar, mesmo sabendo que das drogas ela ainda não abrira mão.

A sífilis diagnosticada nos exames exigiu da equipe ação imediata, porém não foi fácil convencê-la a receber o tratamento doloroso para combater a doença, e o parto aconteceu antes que esse tratamento fosse concluído. O que obrigou a tratarmos Maria Vitória de sífilis congênita por 14 dias. Foi difícil convencê-la a permitir que seu bebê permanecesse hospitalizado para receber o tratamento, mas o instinto de mãe é soberano. Então ela o acompanhou até o dia da alta, de onde saíram direto para uma Casa Abrigo Municipal.

Dez dias depois, mãe e filha, portando todos os documentos providenciados pela Assistência Social, entraram em um carro do Conselho Tutelar e partiram. Não me despedi delas, não pude. Mas a alegria em saber que estavam a caminho de casa, para reencontrar a família deixada há muitos anos por causa das drogas, ainda guardo no coração. Meu caso não era mais perdido. Hoje, nove meses depois, mãe e filha moram em uma cidadezinha no Estado do Paraná e estão lutando com a vida. Estão se saindo bem.

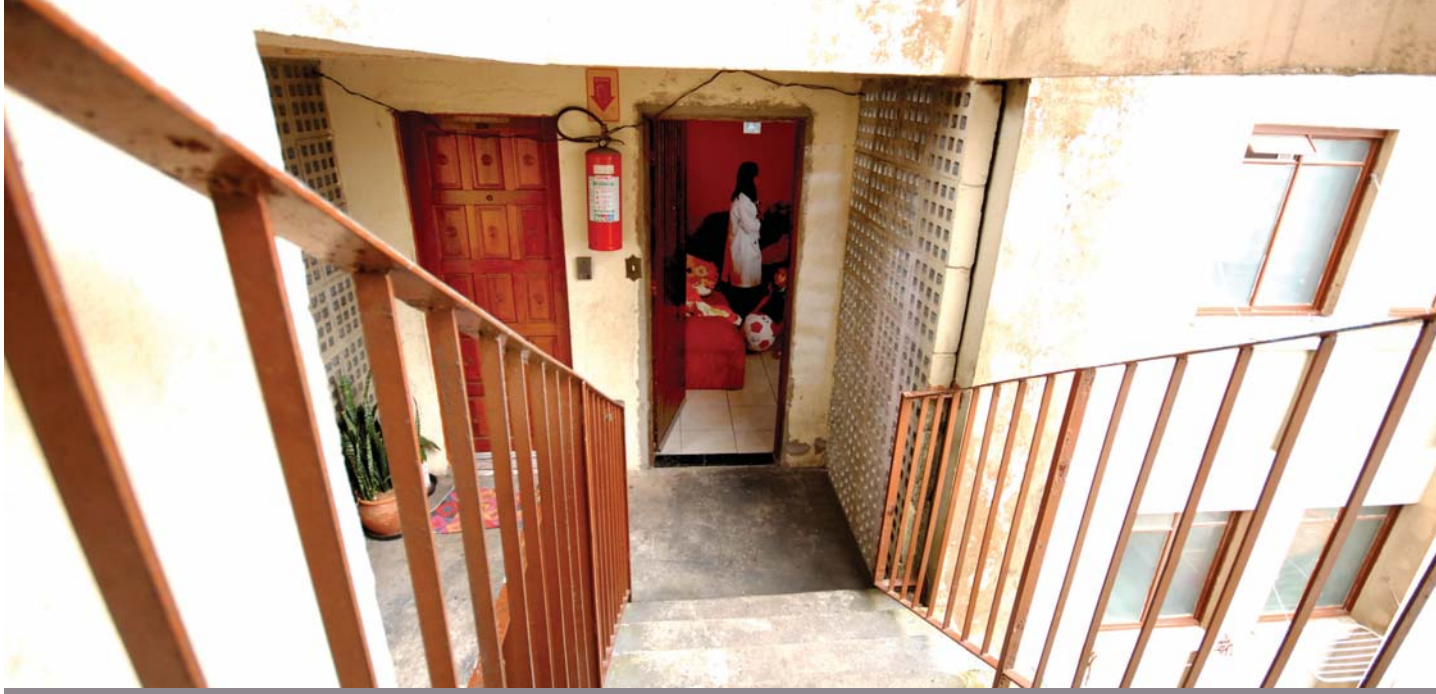
Ela está aprendendo a ser mãe da Vitória. Não usa mais drogas, não se prostitui, cuida de seu bebê, que cresce como toda criança deve crescer. E eu aprendi com elas que não existem casos perdidos enquanto acreditarmos que com muita paciência, perseverança e muito trabalho nós, agentes de saúde, podemos fazer Saúde da Família.

** Cátia Auxiliadora Ribeiro é agente comunitária de saúde, da ESF Progresso, da Secretaria Municipal de Saúde de Assis, São Paulo.*

Você faz a crônica, elabora textos técnicos, escreve artigos ou conta contos? Mande para nós. Esta seção foi feita para você se comunicar conosco!

Envie também sugestões de matérias, entrevistas para a revista, ou suas críticas.
Entre em contato com a redação: revista.sf@saude.gov.br

A Revista Brasileira Saúde da Família reserva-se o direito de publicar as cartas editadas ou resumidas conforme espaço disponível.



Incentivos estaduais em atenção primária somam na reordenação do SUS

Duas décadas após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu sistema de financiamento tripartite, previsto pela Constituição Federal de 88 como o novo mecanismo de corresponsabilidade para tratar da saúde da população, dezenove Estados brasileiros se adequaram, completa ou progressivamente, ao novo formato. Co-financiamentos efetivos foram criados e dão suporte aos municípios para a execução das ações e serviços que permitem por em prática a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2006) com base na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Dos sete Estados restantes, Piauí e Paraíba buscam suporte com o governo federal para se incluírem nesse esforço de reordenamento da rede de saúde com base na Atenção Primária à Saúde (APS). Amazonas e Pará (N), Maranhão e Rio Grande do Norte (NE) e Espírito Santo (SE) ainda não. Este raio-X do financiamento estadual é apresentado no estudo "Painel nacional sobre os mecanismos de financiamento estadual para a atenção básica" feito pela técnica Marcelina Ceolin para o Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS-MS), até julho de 2009.

Marcelina alerta que o aumento dos repasses federais e também os estaduais para a atenção primária, em especial para a ESF, apesar de insuficientes permitem "forte indução para a ampliação do número de equipes SF e Saúde Bucal (SB) em atividade e a qualificação dessas". Somente em 2009, do orçamento do Ministério da Saúde, para a atenção

primária foram executados R$ 9,071 bilhões, dos quais R$ 3,357 bilhões com o Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), recursos depositados, regular e automaticamente, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e do Distrito Federal. A parcela orçamentária majoritária, de R$ 5,714 bilhões, foi destinada para o PAB Variável.

O PAB foi criado em 1996, por meio da Norma Operacional Básica (NOB-96), e acabou com o pagamento por procedimento em ações e serviços de saúde, substituindo-o pela distribuição per capita. Dividido em PAB Fixo e Variável, no fixo cada município receberia o valor definido no ano pelo Ministério da Saúde (R$ 10 em 96) multiplicado pelo número de habitantes, com atualização anual da população feita pelo IBGE. Esse mecanismo reduziu as desigualdades, já que no formato anterior eram beneficiados os municípios com melhores e maiores estruturas físicas e humanas para fornecer os serviços e ações em saúde para suas populações.

Já o PAB Variável não é distribuído indistintamente a todos os municípios. Ele é formado por recursos que, atualmente, tem como objetivo estimular as estratégias nacionais de reordenação do modelo de atenção à saúde, que são Saúde da Família (SF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Saúde Bucal (SB), Compensação de Especificidades Regionais, NASF (Núcleo De Apoio à Saúde Da Familia) e outras ações. Complementarmente ao recurso federal entra a participação dos Estados, uma vez que o financiamento da atenção primária é uma das competências estaduais na composição das contas tripartite.

EC-29 e PNAB

A década de 90 esteve, praticamente, dedicada a ajustes estruturais da economia, e a busca pelo equilíbrio das contas federais, estaduais e municipais (menos do que as duas outras instâncias) propiciou o aparecimento de empecilhos que dificultaram que a saúde obtivesse os recursos esperados para sua manutenção. Em 2000, no entanto, obteve-se a aprovação da Emenda Constitucional 29, que determinou aos governos estaduais e municipais a aplicação mínima de, respectivamente, 12% e 15% de seus orçamentos em saúde pública. Aqueles que estivessem investindo mais do que esses percentuais não poderiam baixá-los, e os que estivessem abaixo deveriam atingir, progressivamente, os pisos definidos.

Na EC 29 a União não teve definido um piso de financiamento, mas a partir da nova gestão, iniciada em 2003, promoveu o reajuste do PAB Fixo de R$ 10 para os atuais R$ 18, e os recursos orçamentários para a atenção primária de R$ 3,23 bilhões para R$ 9,07 bilhões. Devido ao crescimento de atuação e importância no reordenamento do SUS, o Programa Saúde da Família, que já atende a 97,9 milhões de brasileiros, passa a Política Nacional de Atenção Básica, em 2006. Por ela, o PAB Variável que já havia ultrapassado o valor do





PAB Fixo no orçamento do Ministério da Saúde, passa a ganhar mais importância para as ações de financiamento tripartite, com maior envolvimento dos Estados. O desenvolvimento das estratégias nacionais de reordenamento do modelo de atenção, citadas anteriormente, dependem de planejamento, acompanhamento, controle e avaliação da execução das ações não apenas por parte dos municípios, mas também dos Estados. A liberação de recursos, por sua vez, é feita pelo Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Além disto, com a determinação de aplicação mínima de 12% do orçamento, os Estados também devem instituir seus incentivos para os municípios, para que, solidariamente, todos se envolvam na construção da Atenção Primária à Saúde.

A partir dessa lógica o governo federal definiu os valores de PAB Variável que disponibilizaria para suas estratégias nacionais, conforme os valores atuais discriminados abaixo:

- Implantação de equipe SF: R$ 20.000, para o município em duas parcelas de R$ 10.000, com duas modalidades de incentivos financeiros e que atendam aos seguintes critérios;

. ESF 1, implantadas em municípios: com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7, e população de até 50 mil habitantes (Amazônia Legal) e de até 30 mil habitantes (demais Estados); que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde; que atendam a população remanescente de quilombos e de assentamentos rurais: R$ 9.600/mês por equipe;

. ESF 2 – implantadas em todo o território nacional, não enquadradas na modalidade 1: R$ 6.400/mês por equipe;

- implantação de equipe de Saúde Bucal, R$ 7.000, com duas modalidades de incentivos, conforme os critérios abaixo:

. ESB 1 – no mínimo 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário: R$ 2.000/mês por equipe;

. ESB 2 – no mínimo 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico de higiene dental: R$ 2.600/mês por equipe.

Financiamentos por Regiões

Das cinco regiões brasileiras, apenas duas tem todas as suas unidades federativas completamente envolvidas no financiamento da APS, a Sul e a Centro-Oeste. A Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná) e a Região Centro-Oeste (Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás). O Distrito Federal não é contabilizado por ter caráter e funções de município e Estado ao mesmo tempo, e efetua financiamento da Atenção Básica com atributos de município.

Na Região Sul, o Rio Grande do Sul e o Paraná têm formas definidas para os incentivos com critérios para que sejam recebidos pelos municípios. No RS, eles são voltados às equipes de SF e para as que estão em áreas de maior vulnerabilidade, para equipes de SB e ACS (único pago anualmente), e os municípios devem atender metas de cobertura vacinal, de acompanhamento de gestantes a partir do primeiro trimestre. Já o Paraná estipulou um teto mensal de R$ 10 mil por município, quando somados todos os incentivos, em cálculo que leva em conta o número de equipes SF e de SB qualificadas e atuantes. Os valores variam conforme o IDH dos municípios, mas precisam ter equipe de SF cadastrada, não pode estar inscrito no PROESF, e tem que atender aos indicadores de Atenção Básica e outras metas. Santa Catarina, por sua vez, define anualmente a execução de recursos, levando em conta a inclusão no Plano Estadual de Saúde. Pela mesma deliberação estabelece os critérios para habilitação dos municípios.

"...Co-financiamentos efetivos foram criados e dão suporte aos municípios para a execução das ações e serviços..."

Na Região Centro-Oeste, Mato Grosso do Sul criou três modalidades de incentivos financeiros: para a ESF (equipes SF, SB e ACS), para os Centros de Atenção Psicossocial, e para os Núcleos de Apoio a Saúde da Família



(NASF). No caso dos incentivos para a ESF, levando em conta a cobertura de saúde, o Estado aumenta os valores por faixas populacionais atingidas, que ainda sofrem acréscimos se houver o atendimento bucal nas modalidades I e II. Caso os municípios cumpram indicadores de saúde estabelecidos pelo Estado ainda recebem um adicional, no ano, de 17% por equipe.

Mato Grosso já trabalha com quatro tipos de incentivos, para implantação das ESF, das ESB, de ACS em Assentamentos Rurais (ACSR), e o Programa de Incentivo ao alcance de metas dos indicadores de Atenção Básica, todos repassados mensalmente aos fundos municipais. Para tanto, devem ter equipes completas, implantadas e com cumprimento de carga horária de 40 horas semanais.

Já Goiás definiu como incentivo o repasse financeiro de 25% do valor do PAB Variável federal para as equipes SF, SB e ACS, em pagamento mensal para as equipes SF e SB implantadas e ACS informados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Para que recebam, os municípios devem atender os critérios de estrutura mínima das Unidades Básicas de Saúde, formação mínima das equipes SF e SB, e dados atualizados no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, entre outros.

Na Região Nordeste, Paraíba e Maranhão não estabeleceram financiamento estadual para a atenção primária, e Piauí e Rio Grande do Norte estão discutindo a implementação do co-financiamento. A Bahia está em transição do sistema de critérios de certificação estabelecido anteriormente para o incentivo estadual da PNAB. Alagoas criou o Programa de Fortalecimento da Atenção Básica com oito itens de financiamento aos quais terão direito os municípios que aderirem ao Pacto pela Saúde 2006, e os valores financeiros, assim como metas a serem atingidas, serão pactuados, anualmente, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Pernambuco repassa R$ 1.200/mês por equipe aos municípios que apresentarem equipe SF completa, com equipe de SB, e desenvolverem atividades durante a semana em carga horária de 40 horas. Finalmente, Sergipe não possui um incentivo regular mas está financiando a construção, ampliação e reforma das UBS, em todos os 75 municípios do Estado, com o compromisso de equipar as unidades.

Na Região Norte, os dois maiores Estados: Amazonas e Pará não têm qualquer regulamentação estadual de incentivo à atenção primária. O Amapá, no entanto, regulamentou o Pacto Estadual de Gestão para Reorganização do SUS, que garante R$ 1,80/hab para municípios com mais de 100 mil habitantes, e de R$ 3,80/hab para os com menos de 100 mil habitantes. Rondônia efetuou um pacto estadual com o compromisso de repassar R$ 5 milhões



aos municípios no período de três anos (25%, 50%, 25%) até 2011, definindo critérios para avaliação e monitoramento da aplicação da verba. Roraima já tem legislação para incentivo aprovado pelo CIB, que ainda não foi implementado.

Nos dois últimos Estados da Região, Tocantins estabeleceu a cessão de profissionais de saúde para atuação na atenção primária, contratando profissionais para as equipes SF, além de financiar a seleção dos ACS nos municípios. O Acre deu incentivo para 20 dos 22 municípios em 2008. Os dois maiores, Rio Branco e Cruzeiro do Sul, ficaram de fora. Para 2009 fechou convênio com o Banco Mundial para o financiamento, em 100% dos municípios, às ações de adequação da ESF, compra de equipamentos para ESF Móvel (carros e barcos), aquisição de filtros para populações isoladas, e pagamento por serviço realizado em cuidados materno-infantis.

Por último a Região Sudeste, a mais rica e populosa do país. São Paulo tem algumas modalidades de investimentos e custeio para as ações e serviços da atenção primária voltadas para alguns municípios do estado, entre os quais os programas QualiMais, Sorria São Paulo e o de incentivo ao tratamento de tuberculose. Além da Assistência Farmacêutica Básica e outros investimentos em infraestrutura e recursos humanos. Faz o acompanhamento regionalizado das transferências e execução dos recursos.

Minas Gerais instituiu o incentivo para os municípios que implementarem as equipes do Programa Saúde em Casa e do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Primária à Saúde, pela ESF. Para tanto devem possuir a equipe em funcionamento e os recursos deverão ser alocados em conformidade com as definições estaduais e com o cumprimento de metas como a cobertura vacinal de crianças até um ano de idade, entre outras.

O Rio de Janeiro criou fatores de alocação de recursos financeiros para atenção primária, além de criar o Programa Saúde na Área para ampliar o acesso e qualificar as equipes do programa. As unidades de saúde devem atuar conforme as diretrizes e princípios da PNAB. E, finalmente, o Espírito Santo, que tem um projeto de Expansão e Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como contrapartida no financiamento da APS, para reordenar os serviços locais.

De acordo com Marcelina Ceolin, é necessário registrar que o acréscimo dos incentivos estaduais aos repasses federais possibilita a indução da ampliação do número de equipes em ação e a qualificação das mesmas. Observa, no entanto, que é necessária mais atenção e estudos sobre os resultados e as mudanças, e impactos, que essa alocação de recursos pode estar trazendo a todo o país na produção de serviços primários de saúde.

Mato Grosso do Sul

Co-financiamento estadual: com boa vontade e organização, se vai longe



A Estratégia Saúde da Família encontra, a cada dia, mais adeptos e incentivadores. Mato Grosso do Sul está entre os estados brasileiros que se enquadram no exemplo, tendo mudado seu paradigma e privilegiado a ESF como porta de entrada da rede pública de saúde.

O Estado possui 61,62% de cobertura ESF, e está entre as cinco unidades da Federação com maior número de equipes de Saúde da Família (ESF) por população implantadas no Brasil, segundo informações da coordenadora estadual de Atenção Básica, Adriana Tobal. Entretanto, ao se inserir a capital, essa cobertura cai para 58,9%. Assim como outras capitais brasileiras, Campo Grande encontra dificuldades para a fixação de médicos no Saúde da Família. Mesmo assim, Mato Grosso do Sul tem inúmeros casos de sucesso.

Embora a Estratégia Saúde da Família tenha sido implantada no Estado em 1998, foi no ano 2000 que o governo a estabeleceu como prioridade e modelo estruturante da rede de atenção à saúde – na época, os recursos eram repassados mediante assinatura de convênio das Secretarias Municipais de Saúde com a Secretaria Estadual de Saúde.

Mato Grosso do Sul estipulou um co-financiamento estadual para todos os municípios que quisessem aderir à Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal, por meio da publicação do decreto 9.914/2000, que instituiu o repasse direto de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, destinados às ESF. Manteve-se o valor de R$ 12.000,00 por equipe/ano, na área urbana, e R$ 15.000,00 equipe/ano, na área rural. Ademais, agentes comunitários de saúde, independentemente de estarem dentro das ESF ou não, também recebem incentivos estaduais.

No ano seguinte, em 2001, com o credenciamento das equipes de Saúde Bucal, os municípios começaram a receber, anual e respectivamente, mais R$ 5.400,00 (pela modalidade I), ou R$ 7.200,00 (pela modalidade II). Os investimentos do Estado na Estratégia Saúde da Família representaram R$ 1.921.713,08.

Ainda em 2001 alteraram-se os valores dos incentivos aos municípios com ESF, promovendo-se a elevação das coberturas populacionais. Municípios fronteiriços tiveram um estímulo adicional de R$ 24 mil e os demais R$ 20 mil. Além disso, todos receberam um acréscimo, que variava de 20% a 40%, do total de recursos financeiros repassados, de acordo com a cobertura populacional do município.

A partir de 2004, o Estado se reestruturou organizacionalmente, o que possibilitou a implantação de novas equipes, novas composições, e a buscar o aprimoramento de trabalho das já existentes com expansão, qualificação e capacitação. Efetuou mudança nos indicadores estaduais e nos valores repassados, entre outras propostas de fortalecimento da Estratégia no Estado.

O financiamento em Mato Grosso do Sul é feito por meio de Emendas Parlamentares (estadual e federal), convênios (recursos do próprio tesouro) e do Fundo Estadual para o Fundo Municipal de Saúde. Todos os decretos assinados pelo Governador são pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e transferidos fundo a fundo.

Nos três primeiros anos, a ESF cresceu mais de 100% em número de equipes implantadas.

Depois de 2000, além dos números em ascensão, também as metas para a Estratégia Saúde da Família continuaram sendo superadas.

Os números se mostram positivos. Hoje, 55 dos 78 municípios sul-matogrossense possuem entre 70% e 100% de suas populações atendida por equipes de Saúde da Família. Apenas nove municípios apresentam cobertura de Saúde da Família inferior a 50%. Outros números confirmam a efetividade da ESF: a taxa de óbitos por diarréia em crianças com menos de 1 ano de idade caiu de 17,65% em 1999 para 5,81% em 2009 e a porcentagem de internações de crianças com menos de 5 anos por desidratação caiu de 4,25 para 0,77, conforme dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB.

Vale ressaltar que, a partir de 2004, foi estabelecido pelo Decreto 11.684 que em todas as equipes de Saúde da Família deve haver um cirurgião-dentista no quadro fixo de integrantes, ou não receberão o incentivo estadual, apenas o federal, o que

garantiu à Saúde Bucal sul matogrossense uma cobertura bastante próxima à cobertura de Saúde da Família. Segundo dados do Ministério da Saúde, Mato Grosso do Sul possui 419 equipes de Saúde da Família e 406 equipes de Saúde Bucal.

Todo esse esforço, no entanto, seria em vão caso o Estado não tivesse se organizado internamente para prestar apoio aos municípios. Para isso, em 2007 a Atenção Primária foi articulada e dividida em áreas. “A falta de planejamento e a falta de integração das áreas técnicas foram as maiores dificuldades. No entanto, com a nova coordenação, a prioridade da SES passou a ser a organização da Atenção Básica”, afirma Adriana.

Portarias e Decretos Estaduais

SAÚDE DA FAMÍLIA
Decreto nº 11.684, de 8 de setembro de 2004:
Dispõe sobre a composição das Equipes do Programa de Saúde da Família e altera os valores de incentivo financeiro estadual para o Programa de Saúde da Família.
Art. 6º Os valores de incentivo financeiro anual a serem concedidos por equipe terão acréscimo de 17% (dezessete por cento) se o Município comprovar o cumprimento dos indicadores do Programa Saúde da Família.

SAÚDE BUCAL
Decreto nº 10.500, de 28 de setembro de 2001:
Dispõe sobre o repasse de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde e dá outras providências.

NASF
Decreto nº 12.574, de 26 de junho de 2008:
Institui o repasse financeiro estadual aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs).
Art. 1º Fica instituído o repasse financeiro estadual aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), para atender os municípios que estão impossibilitados de cumprir os requisitos, abaixo indicados, exigidos pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde:
I - ter no mínimo, oito equipes de Saúde da Família, para NASF 1;
II - ter no mínimo, três equipes de Saúde da Família, para NASF 2 e apresentar densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado.
Art. 2º Para o desenvolvimento das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família Estadual serão repassados pelo Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, a título de incentivo financeiro anual, o valor de R$ 72.000,00 (setenta e dois mil reais) por NASF.
Parágrafo único. O critério para receber o incentivo financeiro estadual é ter 100% de cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família e não atender aos requisitos exigidos pela Portaria GM nº 154, de 2008, especificados nos incisos I e II do art. 1º deste Decreto.(100% do MS).

CAPS
DECRETO Nº 12.573, DE 26 DE JUNHO DE 2008:
Dispõe sobre o repasse de recursos do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e dá outras providências.
Art. 3º Aos Centros de Atenção Psicossocial implantados antes da data da publicação deste Decreto, que possuam os critérios mínimos ora exigidos, serão repassados os valores a titulo de incentivo financeiro anual, em conformidade com o tipo de CAPS:

Kit-ESF
Conjunto de instrumentos médico-hospitalares e mobiliários, que permitem equipar as Unidades Básicas de Saúde, que abrigam as equipe de Saúde da Família, com condições mínimas necessárias ao trabalho da equipe. R$ 42.850,00/por Kit.

Importante!

Em 2010 está prevista a publicação de mais três decretos estaduais: o primeiro, instituindo incentivo financeiro estadual e mensal, destinado ao custeio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) Tipos I, II e III, credenciados e habilitados pelo Ministério da Saúde, para custeio dos serviços de saúde ofertados nas unidades de Saúde; o segundo, que dispõe sobre o repasse financeiro estadual aos Municípios para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, e dá outras providências; e o terceiro, que modifica dispositivos do Decreto nº 10.500, de 2001, sobre agente comunitários de saúde.



Ailma de Souza



Ailma de Souza Barbosa é dentista sanitarista em João Pessoa, na Paraíba. Ela trabalha desde 2001, na Estratégia Saúde da Família, em que se sente realizada por ajudar a comunidade e alcançar sua vocação. Nasceu em Patos, no sertão paraibano, em uma grande família. Tem seis irmãos e, desde cedo aprendeu a importância de cuidar da família, do valor do estudo e de estabelecer metas para atingir seus objetivos. Ailma é casada, e apesar de gostar muito de criança ainda não tem filhos. Em 88, quando se formou, teve que ir para o Rio de Janeiro porque precisava ajudar nas despesas de casa. Sentia muita saudade da família, mas acreditava que um dia conseguiria voltar e realizar-se profissionalmente na Paraíba. Com o apoio da família e de amigos conseguiu voltar para casa em 2000, onde enfrentou alguma dificuldade, mas, em 2001, foi convidada a integrar a Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família do município de Pocinhos. Seduzida com o contato direto a população, quatro anos depois passou no processo seletivo para integrar uma equipe da Saúde da Família em João Pessoa. Ailma diz que era tímida quando criança e que hoje se considera reservada, porém sincera, amiga e sempre disposta a ajudar. Nos tempos livres gosta de viajar, conhecer pessoas e lugares novos, com praia, boa música e cinema, ou assistir filmes em casa e ficar reunida com a família. Ailma Barbosa está no perfil desta edição, confira as opiniões fortes desta trabalhadora da saúde nordestina.

RBSF: Como e quando descobriu sua vocação profissional?

Ailma de Souza: Inicialmente, fui influenciada por minha irmã mais velha, também dentista sanitarista, e no decorrer do curso fui descobrindo a verdadeira identificação pela profissão.

RBSF: Qual é a sua formação? Possui especialização?

Ailma de Souza: Sou cirurgiã-dentista formada pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB, em 1988, no município de João Pessoa-PB. Fiz especialização em Saúde da Família no ano de 2001, uma parceria da Sociedade Médica da Paraíba com a Universidade de Ribeirão Preto. Sou terapeuta comunitária, facilitadora de dispersão dos Agentes Comunitários de Saúde, facilitadora e tutora de Educação Permanente em Saúde pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFPB.

RBSF: Fale um pouco sobre seu ambiente de trabalho e de sua prática profissional.

Ailma de Souza: A equipe de saúde da qual faço parte é composta por médico, enfermeira, dentista (no caso eu), técnica de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, 10 agentes comunitários de saúde, recepcionista, vigilante, auxiliar de serviços gerais e um regulador de consultas.

A Unidade funciona em uma casa alugada numa área mista, com uma parte formada por famílias mais carentes e a outra com famílias em condições sócioeconômicas melhores, mas trabalhamos de forma integrada priorizando quem mais necessita, compartilhando saberes e articulando com os outros setores da rede, na tentativa de resolver os problemas cotidianos da comunidade.

Enfrentamos algumas dificuldades, tais como a priorização da assistência pela comunidade, a pouca valorização das atividades de prevenção e promoção à saúde, uma prática médica centrada na assistência e querendo exercer um poder hegemônico.

Uma importante parceria que temos é com a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), pois a Unidade é espaço de aprendizagem significativa para todos os atores envolvidos, principalmente estudantes. Essa articulação ensino-serviço-comunidade favorece a troca de conhecimentos e experiências e o envolvimento de todos na construção de ações e soluções coletivas.

Recebemos estágios supervisionados de odontologia, fisioterapia, enfermagem, internato de medicina e o PET-Saúde do qual sou preceptora, trocando saberes que contribuem para a mudança de minhas práticas e da equipe, e para formação humanística, critica e reflexiva dos estudantes, preparando-os para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS).

Realizamos, além dos procedimentos individuais inerentes a cada núcleo de saber, reconhecimento do território, espaços sociais, acompanhamento das famílias e seu contexto social, e trabalhamos com as ferramentas do acolhimento, matriciamento e educação permanente, de forma a contribuir e fortalecer os vínculos na perspectiva do cuidado integral.

Além dos procedimentos clínicos individuais, realizados pela equipe de saúde bucal, participo de todas as atividades da equipe: acolhimento, campanhas educativas, campanhas de vacinas, reuniões com a comunidade, atividades de educação em saúde para todos os grupos. Também na unidade e nos espaços sociais, efetuamos o controle de placa bacteriana, escovação supervisionada e aplicações tópicas de flúor, levantamentos epidemiológicos, visitas domiciliares, orientação dietética e diagnóstico precoce de CA Bucal.

RBSF: O que a levou à Saúde da Família?

Ailma de Souza: A possibilidade de interagir com outros profissionais de diferentes áreas, ampliar o meu conceito de saúde, contribuir para redesenhar o quadro da saúde bucal demonstrado nos últimos levantamentos epidemiológicos, e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

RBSF: Foi uma opção mais racional ou emocional?

Ailma de Souza: Um pouco das duas. É inegável que as perspectivas de mercado de trabalho, para o profissional de saúde bucal, despontaram no serviço público como uma alternativa promissora, mas também se constituiram em uma possibilidade de melhorar como ser humano e profissional, vivenciando o cotidiano das pessoas.

RBSF: Como vê a prática da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, e como se sente na condição de participante dela?

Ailma de Souza: Vejo como potente movimento de reordenamento do modelo vigente de Atenção. No entanto, é preciso ampliar sua legitimidade social, que não será conseguida somente pela expansão de cobertura, mas por meio da mudança de prática em direção à integralidade e humanização, ferramentas fundamentais para a consolidação do SUS. Neste processo de construção, vejo-me como um dos atores e sujeitos das ações de saúde.

RBSF: Você acha, de fato, que a Atenção Básica tem condições de ser estruturante em relação ao sistema de saúde como um todo, da mesma forma que está no Pacto pela Saúde e em outros documentos oficiais? Por quê?

Ailma de Souza: Eu acho que sim, pois a Atenção Básica funciona como principal porta de entrada de um sistema, em que várias redes precisam se articular. De acolher e vincular o usuário, e co-responsabilizar-se com a resolução dos problemas de saúde das pessoas, garantindo o acesso do cidadão aos demais serviços, conforme a sua necessidade. É preciso organizar melhor o serviço de saúde e desenvolver melhor o processo de trabalho, para acolher e responder às necessidades de saúde de cada usuário e da coletividade.

RBSF: Dê três motivos para ser profissional de Saúde da Família?

1. Possibilidade de trabalhar a saúde na perspectiva do cuidado integral;
2. O desafio de mudar a prática; e
3. Ser sujeito do processo de reorganização das ações de saúde na Atenção Básica. ■



"... Essa articulação ensino-serviço-comunidade favorece a troca de conhecimentos e experiências e o envolvimento de todos na construção de ações e soluções coletivas ..."

Raio X:



1-	**PARA SER BOM, MEU TRABALHO PRECISA DE:** Dividir responsabilidades
2-	**FUNDAMENTAL NESTA PROFISSÃO É:** Saber ouvir; ser resolutivo
3-	**UM PACIENTE/ATENDIMENTO/MOMENTO MARCANTE FOI:** Possibilitei o acesso à prótese dentária de uma paciente, com 60 anos, devolvendo-lhe a auto-estima
4-	**UM IDEAL:** Justiça social.
5-	**UM LEMA:** Podemos não mudar tudo, mas estamos fazendo tudo para mudar
6-	**UM DESAFIO:** Mudança de práticas
7-	**PARA SER FELIZ:** Ser solidário; ajudar ao próximo
8-	**SE NÃO FOSSE MÉDICA, SERIA:** Profissional da área educacional
9-	**UM ATENDIMENTO ESPECIAL NECESSITA:** Acolhimento e assumir responsabilidades
10-	**UM SONHO REALIZADO FOI:** Trabalhar na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa.
11-	**TRÊS COISAS ESSENCIAIS:** Saúde, Família e Trabalho
12-	**UMA INSPIRAÇÃO/MOTIVAÇÃO:** Fé em Deus
13-	**UMA ALEGRIA PROFISSIONAL:** Reconhecimento; valorização profissional
14-	**UMA CHATEAÇÃO:** Disputas de poder
15-	**UM OBSTÁCULO:** Valorização dos procedimentos clínicos
16-	**DAQUI A DEZ ANOS ESTAREI:** Como docente na Universidade
17-	**O MELHOR DA PROFISSÃO É:** Melhorar a qualidade de vida das pessoas
18-	**SAÚDE DA FAMÍLIA É:** Humanização do atendimento, responsabilização e fortalecimento de vínculos
19-	**FINALIZANDO, UM CONSELHO...:** Seja sujeito da sua própria história!

Por Radilson Carlos Gomes

Um olhar sobre a APS



Inclusão da rede familiar em Unidade Básica de Saúde de Goiânia/GO



Coleta de leite na fronteira Brasil-Paraguai

Visita domiciliar, Foz do Iguaçu/PR





Agente Comunitário de Saúde em visita domiciliar na periferia de Cuiabá/MT



Médica em atendimento domiciliar a idosa de Foz do Iguaçu/PR

Dois Olhos Negros*

*Lucia Elena Ferreira Leite***



Era um dia como os outros naquela Unidade de Saúde composta por seis profissionais do Programa Saúde da Família. Pela manhã, a equipe recebeu os pacientes marcados para coleta de material para exame e para consulta. Ana, médica, e Vilma, técnica de enfermagem de Família, estavam em horário de atendimento no consultório. A primeira parte da manhã havia passado rapidamente. Por volta das dez horas, Marta chegou buscando atendimento para os filhos, Joni e Beatriz. Nenhum dos profissionais da equipe a conhecia. Ela não era moradora daquela comunidade. Disse que havia se mudado há alguns dias e estava morando provisoriamente num quartinho, no quintal da casa de Dora.

A médica tentou, em vão, mentalmente visualizar a localização do tal domicílio.

> ".. Marta era uma jovem negra, muito bonita e falante, simpática, de sorriso sincero de dentes muito brancos. Expressava-se bem. Havia concluído o segundo grau..."

Atendeu as crianças que apresentavam lesões compatíveis com impetigo (conhecido pela população como pereba) e combinou com a nova moradora uma visita a sua casa para cadastrar a família.

No dia seguinte, no horário de campo, a médica e a técnica de enfermagem

*2º lugar (Júri Técnico) no I Concurso de Contos Saúde da Família, realizado durante o 10º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade.

**Lucia Elena Ferreira Leite é médica sanitarista, supervisora de Saúde Coletiva do Grupo Básico de Trabalho I – Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro.

subiram o morro à procura do lugar a que Marta havia se referido. Chegaram à casa de Dora e souberam que Marta e os filhos estavam ocupando o barraco antes usado como depósito. Dora contou que os havia ali acomodado porque não tinham para onde ir.

Entraram. O imóvel se resumia a um quadrado com paredes sem revestimento, chão de terra batida, sem janelas, úmido e mal ventilado. Não havia banheiro, nem cozinha. Uma cama de solteiro era a única mobília da casa.

Marta era uma jovem negra, muito bonita e falante, simpática, de sorriso sincero de dentes muito brancos. Expressava-se bem. Havia concluído o segundo grau. Fora mãe pela primeira vez muito cedo. Beatriz, de quase três anos, era filha de um primeiro relacionamento; Joni, de um ano e meio, era filho do atual companheiro, que estava desaparecido. Os meninos eram como ela, muito bonitos e bem cuidados. Beatriz tinha os cabelos compridos, arrumados em uma infinidade de trancinhas enfeitadas com fitas coloridas. Vestia um vestido de flores miúdas, muito limpo e bem passado. Joni, quase um bebê, ainda chupava chupeta. Tinha grandes olhos negros, luminosos, que pareciam duas jabuticabas, o rosto arredondado pelas bochechas, pernas gordas e bem torneadas. Sobre a pele aveludada uma camiseta azul e um short de brim que mal disfarçava o volume da fralda. Estavam prontos para sair, e a visita da equipe os detivera.

Marta contou que tinha visto trabalho na fábrica de sardinha. Estava tentando uma vaga para as crianças na creche da comunidade, mas vinha encontrando dificuldades: Beatriz tinha certidão de nascimento, mas Joni não. Ela não queria registrar o menino sem o nome do pai e estava esperando que ele voltasse. Além disso, nenhum dos dois tinha idade para ser admitido na creche que só aceitava crianças a partir dos quatro anos. Ela não sabia o que fazer. Por enquanto, saía cedo de casa e deixava os meninos dormindo. Dora passava os olhos neles e, se ela se atrasasse, arranjava alguma coisa para eles comerem. A vizinhança também ajudava a olhar as crianças. Alguém lhe havia prometido um fogão usado e uma instituição de caridade daria o botijão de gás para que ela pudesse fazer a própria comida.



A equipe ficou sensibilizada com aquela situação. Ao sair, Ana perguntou a Vilma se havia notado o carinho daquela mãe com os filhos e como eles eram crianças tranquilas e amorosas, e que lhe parecia se tratarem de crianças com necessidades de cuidado e afeto atendidas.

Deixou marcada consulta de rotina para os dois.

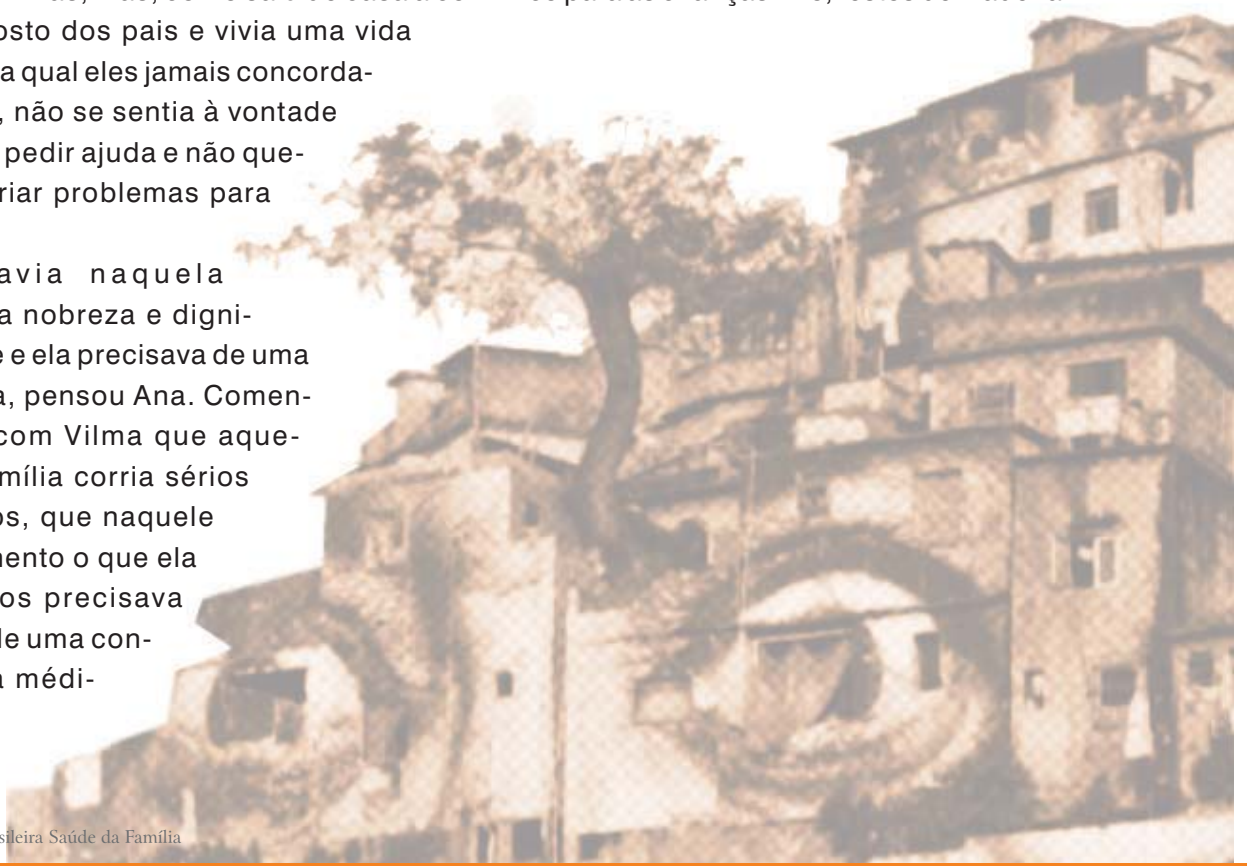
No dia marcado, os três compareceram à consulta, quando foram solicitados exames de rotina. Dessa vez, a médica conversou longamente com a mãe e pôde observar melhor o trato dela com os filhos.

Marta chorou durante a conversa, deixando a Dra. Ana ainda mais pesarosa. O pai de Joni era um traficante conhecido, procurado pela polícia, e ela e os filhos tiveram que sair às pressas do morro onde moravam com medo de represálias. Tinha família no interior do Estado do Rio, divisa com Minas, mas, como saiu de casa a contragosto dos pais e vivia uma vida com a qual eles jamais concordariam, não se sentia à vontade para pedir ajuda e não queria criar problemas para eles.

Havia naquela moça nobreza e dignidade e ela precisava de uma força, pensou Ana. Comentou com Vilma que aquela família corria sérios riscos, que naquele momento o que ela menos precisava era de uma consulta médica.

Compartilhou o caso com a supervisora de serviço social para que pudessem, juntas, traçar uma linha de cuidado para aquela família. Era urgente que as crianças frequentassem uma creche em tempo integral para que a mãe pudesse trabalhar tranquila, sem deixá-las sozinhas. Elas eram ainda muito pequenas. Beatriz mal falava. Dora, que as olhava de vez em quando, tinha seus afazeres e, frequentemente, precisava sair.

O primeiro passo seria conseguir que a creche abrisse um precedente e aceitasse os meninos, mesmo fora da faixa etária e sem documentação; em seguida, pensavam em buscar parceiros que pudessem suprir algumas das necessidades da mãe e seus filhos, amparando-a para que ela pudesse com calma reconduzir suas vidas. Enquanto isso, a equipe manteria a família sob vigilância constante. Cuidaria também do ambiente em torno da casa, que se constituía em área de risco para as crianças: lixo, restos de madeira



com pregos, pedras pontiagudas, latas enferrujadas e uma banheira velha com água de chuva acumulada, usada para lavar roupa, mas que, além de servir de criadouro para mosquitos, representava grande perigo de afogamento.

A dupla se comprometeu a passar pela casa todas as vezes que fosse fazer visitas domiciliares, e de criar junto com a vizinhança uma rede de apoio àquela mãe.

Depois de alguns dias em que uma chuva fina e contínua dificultava a saída da equipe para as visitas domiciliares de rotina, o sol timidamente apareceu. A tarde estava nublada e o clima quente e abafado.

Vilma tinha que ficar na Unidade, porque tinha agendado uns curativos e precisava pesar, medir e vacinar o menino de Luzia, que tinha nascido há três dias. A dupla não podia deixar de ir a campo por mais um dia; vários usuários estavam precisando de atendimento em casa.

Então, a médica subiu o morro sozinha, realizou as visitas necessárias, mas estava mesmo muito preocupada com Marta e as crianças. Não tinha notícias delas há dias e até aquele momento, apesar dos seus esforços, pouco conseguiu no sentido de melhorar a situação daquela família. Pensou em passar por lá e saber de Marta como estavam as coisas.

Por volta das 15 horas, já um pouco cansada, entrou no beco que dava acesso à casa de Dora.

"Vilma tinha que ficar na Unidade, porque tinha agendado uns curativos e precisava pesar, medir e vacinar o menino de Luzia, que tinha nascido há três dias..."

Chamou. Dora não estava em casa. Gritou por Marta e... silêncio. Entrou no quintal, virou novamente a banheira velha, derramando toda a água no solo. Olhou para o barraco de Marta e viu o cadeado pendurado na porta pelo lado de fora. Não chegou mais perto. Concluiu que eles haviam saído.

Voltou à Unidade de Saúde. No dia seguinte iria, novamente, em outro horário, em busca de notícias.

O dia seguinte amanheceu triste, cinzento, carrancudo. Uma chuva fina caía, incessantemente, não amenizando o calor.

Logo na chegada à Unidade, Ana percebeu que algo muito grave tinha acontecido. Havia um clima de pesar. Vilma tinha os olhos inchados de chorar. As outras técnicas, também moradoras da comunidade, falavam baixo, monossilábicas.

No dia anterior, Marta tinha saído de casa à tarde, deixando os dois filhos dormindo. Ao retornar, encontrou Beatriz sentada na cama chorando baixinho e não viu o pequeno Joni. A menina, quando viu a mãe, correu para os seus braços apontando, sem falar, na direção do fogão usado doado pelos vizinhos à família. O fogão, antes apoiado por tijolos, estava tombado e, debaixo dele, Joni, já sem vida.

Tudo aconteceu, segundo os vizinhos, por volta das 15 horas daquele dia fatídico.

A médica de Família Ana chorou. Chorou pelo inevitável daquela tragédia. Chorou pela sua impotência diante daquela morte anunciada. Chorou a solidão do sistema de saúde

na lida com questões sociais tão complexas, sem respostas imediatas, que tinham o poder de determinar a vida ou a morte de pessoas.

A médica de Família e mãe Ana chorou pela injustiça com que aquela mãe foi tratada após a morte do filho, acusada de negligência pelas instituições, considerada culpada pela vizinhança, condenada sem direito à defesa pela sociedade, e afastada da outra filha, levada, temporariamente, para um orfanato.

A causa mortis do menino Joni para a medicina foi esmagamento com compressão pulmonar.

Para a médica de Família, mãe e cidadã Ana, a causa real foi a falta de outras políticas públicas de proteção às vítimas da miséria, aos que vivem à margem da sociedade, os excluídos, apartados deste país, resgatados pela Estratégia Saúde da Família, ferramenta fundamental para que se possam cumprir os princípios de universalidade, integralidade e equidade estabelecidos na proposta do Sistema Único de Saúde (SUS).

A imagem daqueles olhos negros, luminosos, inocentes ficaria gravada para todo o sempre na mente, na alma, no coração de Ana.

Felizmente, dias depois, foi feita justiça a Marta e devolvida a guarda de Beatriz.

Elas foram embora daquela comunidade e puderam contar com a ajuda do pai de Beatriz, que as amparou.

E nunca mais se soube delas. ■



ARTIGO

Encontros diálogicos entre gestantes e profissionais de saúde partindo de um Varal de Ideias

William Fernandes Luna. Médico de Família e Comunidade, PSF de Marília/SP.
Maria Cristina G. Giacomazzi. Médica de Família e Comunidade, doutora em Antropologia Social, USST/SSC/GHC, Porto Alegre/RS.

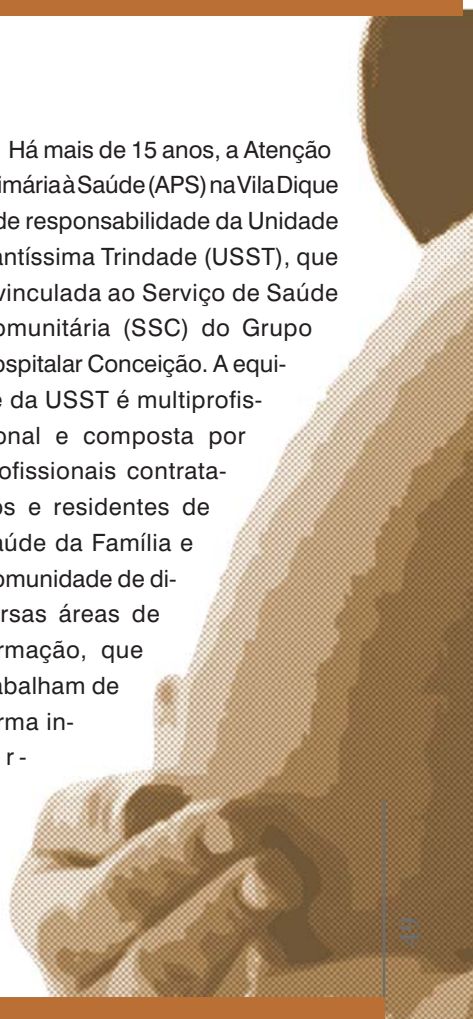
Introdução

A Vila Dique tem aproximadamente 3.900 habitantes e está localizada na Zona Norte da cidade de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul. Possui cerca de mil famílias, organizadas das mais diversas maneiras. A área foi ocupada de forma irregular ao longo das últimas décadas, sendo constituída de um dique construído para evitar o alagamento da pista de pouso e decolagem do Aeroporto Internacional Salgado Filho pelas cheias do Rio Gravataí. As casas foram construídas em terrenos demarcados pelos próprios moradores, com infraestrutura precária, inicialmente ao longo da Avenida Dique e posteriormente em "becos" às margens dela.

Sua população é procedente de outros bairros de Porto Alegre ou do interior do Estado. Entre os moradores desse território predominam os que têm atividade econômica informal, sendo que grande parte das famílias está envolvida no processo de reciclagem de lixo, havendo grande número de carroceiros, carrinheiros, catadores, separadores e recicladores. Os outros são, em sua maioria, comerciários, empregadas domésticas, construtores civis e comerciantes.

Ainda hoje, as residências na Vila Dique têm infraestrutura precária, havendo dificuldades na disponibilidade de água tratada para parte dos moradores, além de falta de energia elétrica e rede de esgoto. Ao longo da avenida existem dois valos que recebem grande quantidade de esgoto e que ficam junto das casas e de seus moradores.

Há mais de 15 anos, a Atenção Primária à Saúde (APS) na Vila Dique é de responsabilidade da Unidade Santíssima Trindade (USST), que é vinculada ao Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição. A equipe da USST é multiprofissional e composta por profissionais contratados e residentes de Saúde da Família e Comunidade de diversas áreas de formação, que trabalham de forma inter-





.. A população da Vila Dique possui altos índices de natalidade, apesar de certo declínio nos últimos anos devido ao maior planejamento familiar. O número de gestantes em 2006 foi de 85 e em 2005 de 83..

disciplinar na promoção, prevenção e reabilitação da saúde dessa população majoritariamente constituída de adultos jovens e crianças.

A população da Vila Dique possui altos índices de natalidade, apesar de certo declínio nos últimos anos devido ao maior planejamento familiar. O número de gestantes em 2006 foi de 85 e em 2005 de 83, segundo dados do Núcleo de Epidemiologia do SSC. Em anos anteriores, esse número estava em torno de 120 ao ano.

Mesmo havendo relativa diminuição no número de gestações, a saúde das gestantes e a atenção pré-natal são uma das prioridades das ações da USST nesse território. Há vários anos, o Programa da Gestante da USST desenvolvia Grupo de Sala de Espera com as gestantes, durante dia reservado para consultas de pré-natal, focado em necessidades e dúvidas apresentadas no momento por elas.

A iniciativa de se realizar grupo com as gestantes na USST vem do reconhecimento de que a assistência a elas não deve ser vinculada apenas à consulta de pré-natal individual, realizada pelo médico ou pela enfermeira. Segundo Delfino (2004), a atividade com grupos propicia acolhimento de outras ansiedades, às queixas e temores associados culturalmente a esse período, superando as atividades educativas fragmentadas que podem estar distantes da realidade de cada uma.

No segundo semestre de 2006, os profissionais envolvidos no Programa da Gestante buscaram a construção de um novo espaço para a discussão de temas com as gestantes, mas com conteúdo previamente planejado, para que se pudesse fazer uma abordagem completa sobre os assuntos essenciais durante a gestação, havendo aprendizado progressivo durante os encontros.

Atualmente não existem dias específicos para o atendimento delas na USST, assim, as consultas de pré-natal são agendadas ao longo de todos os turnos, havendo prioridade na marcação. Esse novo modelo de agendamento impossibilitou a realização do antigo Grupo de Sala de Espera, sendo iniciada a realização do Curso de Gestantes.

Método

Os profissionais que trabalham na Atenção Primária à Saúde devem buscar, como uma de suas estratégias, a realização de grupos de educação em saúde, visando a integralidade à saúde de sua comunidade. Vasconcelos (2006), em seu livro Educação Popular em Saúde da Família, diz que as unidades de APS estão profundamente inseridas na dinâmica social local, têm constância e continuidade de atuação, portanto, suas ações educativas, preventivas e curativas são de grande potencialidade no campo da saúde e da educação.

Para a realização deste Curso de Gestantes, optou-se pelo uso



da Educação Popular como método, por acreditarmos que seria ferramenta ideal para discussão sobre assuntos relevantes, durante a gestação e puerpério, esclarecimento sobre dúvidas, ansiedades, medos e expectativas inerentes a esse período, buscando uma postura mais ativa das gestantes e favorecendo sua autonomia e o cuidado.

Segundo Paulo Freire (1996), a Educação Popular é o processo contínuo e sistemático que implica momentos de reflexão e estudo sobre a prática do grupo ou organização. É a teoria a partir da prática, e não a teoria sobre a prática[1]. O uso da Educação Popular, e dos conceitos problematizadores de Paulo Freire sobre o processo educativo, é diretamente aplicável à APS e é uma sólida base para atingir a atenção à saúde integral[2]. Diferentemente da educação "bancária" e imobilista, onde há um movimento de sentido único entre aluno e professor, na concepção problematizadora, as pessoas vão percebendo, criticamente, como estão "sendo" no mundo "com que" e "em que" se acham[3].

... Há necessidade de rompimento da postura de transmissão de informação, na qual os alunos assumem o papel de indivíduos passivos e o professor de detentor do conhecimento...

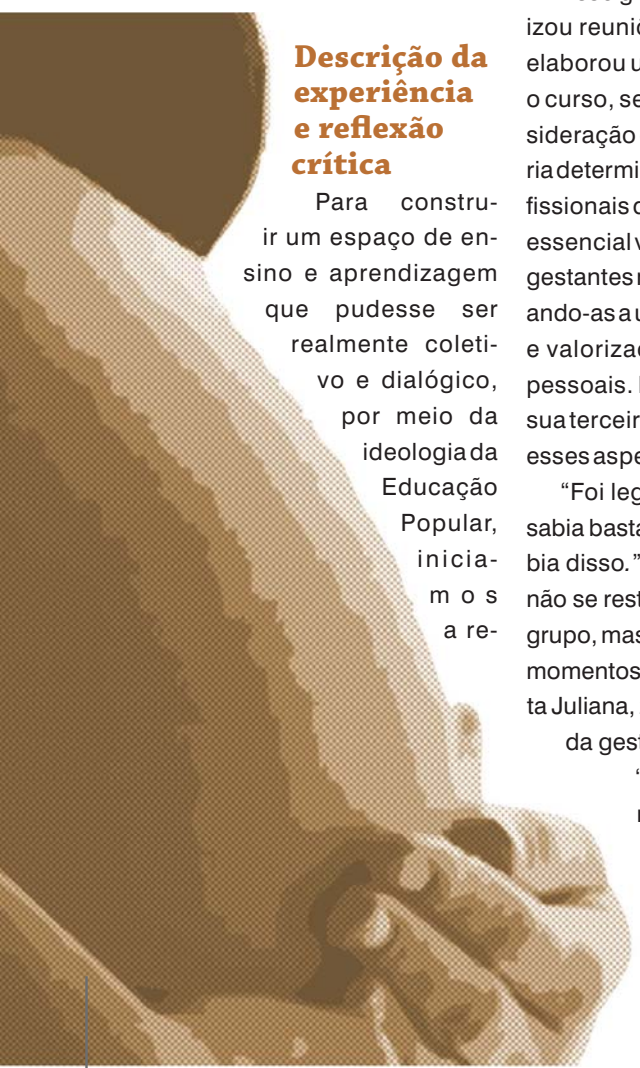
Há necessidade de rompimento da postura de transmissão de informação, na qual os alunos assumem o papel de indivíduos passivos e o professor de detentor do conhecimento, é o que defende o educador médico Venturelli (1997)5. Paulo Freire ainda acrescenta que essa dialogicidade é a essência da educação como prática de liberdade, não só respeitando os saberes dos educandos, mas principalmente discutindo a razão de ser desses saberes em relação ao ensino e ao conteúdo[4]. E complementa afirmando que não basta inserir a realidade no seu aprendizado, há que se partir da prática do educando para se construir o conhecimento[5].

Baseando-se na teoria dialética do conhecimento, Hurtado (1993) explica que o processo "ação-reflexão-ação" e "prática-teoria-prática" dos grupos populares pode conduzir à apropriação consciente de sua prática, transformando-a permanentemente para a conquista da uma nova sociedade[6].

A aprendizagem por descoberta trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas, em oposição aos processos de ensino de recepção, onde a aprendizagem é passiva e por meio da repetição[7].

O educador precisa ter sensibilidade e criatividade para estimular as potencialidades do aluno, afim de que este assuma seu papel de protagonista do processo de ensino e aprendizagem[8].

"...Os profissionais que trabalham na Atenção Primária à Saúde devem buscar, como uma de suas estratégias, a realização de grupos de educação em saúde, visando a integralidade à saúde de sua comunidade..."



Descrição da experiência e reflexão crítica

Para construir um espaço de ensino e aprendizagem que pudesse ser realmente coletivo e dialógico, por meio da ideologia da Educação Popular, iniciamos a realização do Curso de Gestantes em setembro de 2006, com um grupo formado por alguns profissionais da equipe da USST, sendo um médico residente de Medicina de Família e Comunidade, uma enfermeira, uma farmacêutica da Residência Integrada em Saúde da Família e Comunidade, uma estagiária do curso de psicologia e uma agente comunitária de saúde (ACS). O grupo se formou por meio do interesse e disponibilidade dos profissionais em reunião de equipe.

Esse grupo coordenador realizou reuniões de planejamento e elaborou um esboço do que seria o curso, sempre levando em consideração que o conteúdo não seria determinado apenas pelos profissionais de saúde, mas que seria essencial visar a participação das gestantes nessa construção, incitando-as a um maior protagonismo e valorização de suas vivências pessoais. Márcia, de 26 anos, em sua terceira gestação, demonstra esses aspectos em suas palavras:

"Foi legal porque eu vi que eu sabia bastante coisa. Mas nem sabia disso." Esse empoderamento não se restringe à participação no grupo, mas se estende para outros momentos do pré-natal, como relata Juliana, 26 anos, em sua segunda gestação:

"Agora eu não tenho mais medo de perguntar as coisas na consulta."

O primeiro encontro tem o objetivo de realizar apresentações iniciais, levantamento dos assuntos a serem discutidos, combinações quanto a horário de realização e número de encontros – geralmente são realizados de cinco a sete, com duração de cerca de 1h30 a 2h – e planejamento dos próximos.

Com o objetivo de desenvolver um processo coletivo de discussão e reflexão, utilizamos algumas técnicas participativas, que são diferentes da metodologia participativa, pois frequentemente se faz referência a essas técnicas, mas com uma concepção metodológica, em que o objetivo é o aprendizado passivo dos indivíduos, e não o de realizar um processo educativo baseado em uma permanente recriação do conhecimento[9]. Assim, planejamos o encontro inicial com três técnicas participativas, sendo duas numa primeira parte com objetivo de apresentação e integração e, num segundo momento, uma de análise geral para reunir os interesses do grupo, chamada de Varal de Ideias.

As técnicas de análise permitem trabalhar com temas específicos, ou não, e de uma maneira geral têm o objetivo de trabalhar com elementos simbólicos a fim de trazer reflexão sobre situações da vida real[9].

O Varal de Ideias busca construir com o grupo um conjunto de dúvidas, interesses ou perguntas que cada uma das participantes tem sobre o tema, no caso a sua gestação. O coordenador do grupo faz a pergunta estimulando que elas façam indagações sobre assuntos que têm interesse de discutir nos próximos encontros. O coordenador escreve nas tarjetas, mostra ao grupo e pendura num varal, com um prendedor de roupas. As participantes podem fazer suas perguntas livremente, enquanto o

coordenador vai estimulando a participação de todos. A atividade se desenvolve até que não haja mais perguntas ou que o varal fique repleto. Assim, finaliza-se o primeiro encontro, realizando combinações necessárias com todos que participam.

O conteúdo do Varal de Ideias é discutido em reunião pelo grupo coordenador, havendo planejamento dos temas a serem desenvolvidos no curso. Para os próximos encontros é decidido sobre a permanência constante de pelo menos um dos profissionais de saúde do grupo, havendo rodízio das funções de coordenador, cocoordenador e relator.

A técnica do Varal tem sido utilizada em todos os Cursos de Gestantes da USST e tem propiciado uma construção de conteúdo que valoriza as vivências anteriores e a cultura local. Em um momento de avaliação do grupo, Maria Aparecida, de 32 anos, quinta gestação, traz um discurso que demonstra a possibilidade de um novo olhar sobre os conhecimentos pessoais e práticas populares:

"Eu gostei porque eu pude ensinar bastante coisa para as mais novas."

O grupo coordenador não se mantém fixo em todos os cursos, no entanto sempre está presente a interdisciplinaridade dos profissionais participantes.

Os encontros subsequentes são muito variados, pois são realizados de acordo com o conteúdo do Varal de Ideias do primeiro dia. Porém, o uso de técnicas participativas se mantém e a metodologia dialética está sempre presente. Diversas atividades dinâmicas e criativas já foram realizadas, tais como teatros, jogos, histórias, quadrinhos, mímicas, bate-papo, poesia, músicas e brincadeiras, sendo que a maioria delas tem que se alterar a cada edição do curso, devido aos interesses específicos daquele grupo. O uso de técnicas lúdicas e descontraídas possibilita maior envolvimento dos participantes, havendo maior motivação, como vemos no depoimento de Lílian, de 19 anos, em sua segunda gestação:

"... a atividade com grupos propicia acolhimento de outras ansiedades, às queixas e temores associados culturalmente a esse período, superando as atividades educativas fragmentadas..."

"Eu achei que ir falar com gente do posto ia ser chato, e não foi nada disso".

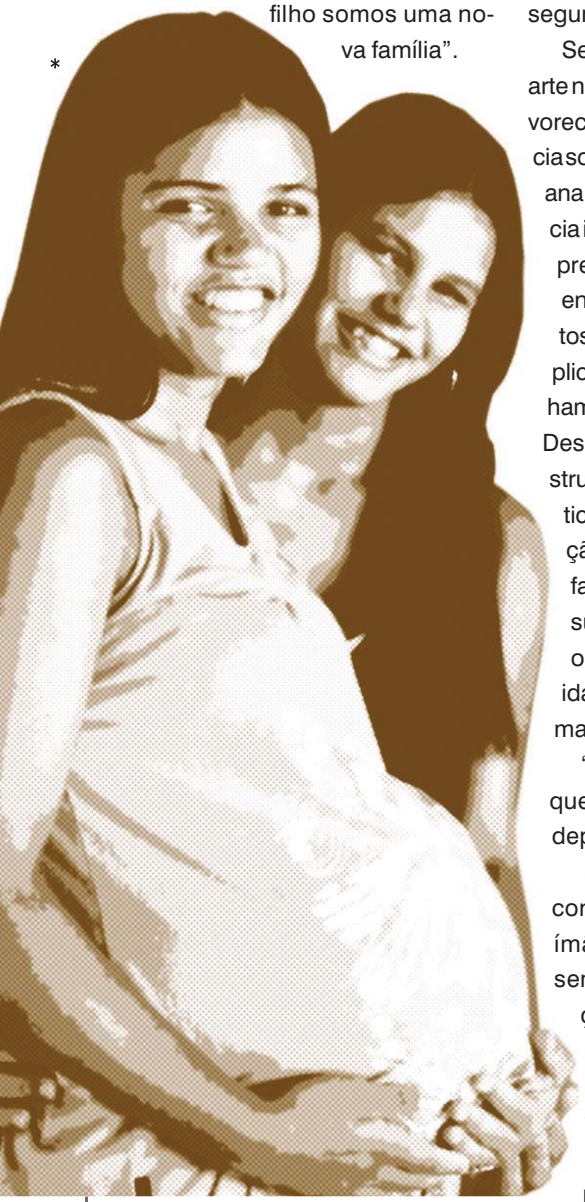
A cada dia de atividades, são dispostas no varal as tarjetas do conteúdo a ser trabalhado, facilitando o entendimento e valorizando suas expectativas pronunciadas no Varal de Ideias. Ao final da discussão do conteúdo, são checadas todas as perguntas e, se alguma ainda não foi respondida, é trabalhada nesse momento.

Os conteúdos permeiam aspectos biológicos, sociais, psicológicos, culturais e ultrapassam questões do pré-natal, abordando dificuldades nos relacionamentos, educação dos filhos, sexualidade.



O espaço de ensino e aprendizagem se fortalece com o passar dos encontros e possibilita o seu reconhecimento como momento de reflexões e construção de opiniões sobre assuntos diversos, podendo levar a um novo entendimento sobre o momento em que estão vivendo, como diz Cláudia, de 17 anos, em sua primeira gestação:

"No curso eu consegui entender que agora eu e meu filho somos uma nova família".



Em cada um desses encontros, além de se discutir as questões levantadas pelo Varal de Ideias, nos 20 minutos finais, é realizado um momento lúdico, que objetiva a descontração, integração e favorecimento de vínculo, por meio do uso da arte. Pode haver construção de alguma lembrança, trabalho manual ou outro tipo de artesanato. Esse momento é combinado com os participantes a partir do segundo encontro.

Segundo Silva (2000), o uso da arte nas atividades de educação favorece a reconstrução da experiência social. A arte, na filosofia deweyana, corresponde a uma experiência intensa e inteligente que compreende a atividade do pensamento na reelaboração de conceitos, valores ou hábitos e que implica a possibilidade de compartilhamento de ideias e sentimentos. Dessa forma, as atividades construtivas de caráter lúdico e estético podem trazer uma participação criativa do educando[10]. Na fala de Cristiane, de 27 anos, em sua segunda gravidez, podemos identificar que o uso das atividades lúdicas possibilitou o seu maior interesse:

"Eu achei tão divertido que queria que continuasse mesmo depois de ganhar o bebê".

Ao longo dos cursos, já foram confeccionados porta-retratos, ímãs de geladeira e móbiles, sempre com grande participação e entusiasmo das gestantes. Por meio do uso da arte no momento lúdico e no desenvolvimento dos conteúdos com elas, buscamos aproximação com as experiências individuais e enriquecer o processo de ensino e aprendizagem.

O espaço lúdico, junto a vários outros momentos do curso, traz aproximação entre todos os envolvidos, possibilitando que as gestantes construam, entre si, uma rede de apoio interessante e fortalecida, que pode se manter após o término dos encontros. Leila, de 24 anos e primigesta, traz um comentário quanto a esse aspecto:

"Eu gostei porque não conhecia ninguém aqui no bairro, e agora tenho mais amigas".

A partir de avaliações desenvolvidas durante o decorrer dos cursos, percebeu-se que não é necessário abordar temas não trazidos como questões pelas participantes. Na primeira edição, abordamos alguns que acreditávamos ser essenciais e que não faziam parte do Varal, todavia essa estratégia não foi produtiva, pois podem se tornar muito distantes da realidade e descontextualizados.

Durante todos os cursos, são relatadas as falas das gestantes, possibilitando que dúvidas e expectativas não respondidas ou compartilhadas no momento possam ser resgatadas em encontros posteriores. Ao longo desse artigo, foram transcritas algumas dessas falas, sendo os nomes alterados a fim de manter sigilo.

Reuniões de planejamento e avaliação ocorrem de maneira contínua no período de realização do curso, sendo essencial a participação de todos os profissionais de saúde envolvidos.

A avaliação do processo, realizada no final do curso junto das



"... A partir de avaliações desenvolvidas durante o decorrer dos cursos, percebeu-se que não é necessário abordar temas não trazidos como questões pelas participantes..."

gestantes, ainda é um desafio a ser superado, pois a vemos como um caminho para identificar e superar as dificuldades existentes, porém, até o momento, acreditamos ser pouco efetiva e com abrangência qualitativa deficiente.

Conclusões

A realização de um Curso para Gestantes com conteúdo construído a partir de um Varal de Ideias possibilita que elas reconheçam esse espaço como próprio e possam compartilhar o momento singular da gravidez com outras gestantes e com profissionais da saúde, fortalecendo sua rede de apoio e o vínculo com a unidade de saúde.

A realização de atividades coletivas pelos profissionais de saúde semeia momentos de maior proximidade com a comunidade, sendo possível a identificação de riscos e vulnerabilidades, antes desconhecidos pela equipe de saúde.

Além do conhecimento construído durante o curso, favorece a própria reflexão sobre o período em que se encontram, podendo identificar quais são as dificuldades que estão enfrentando e quais os pontos positivos que devem ser valorizados.

O fato de todo o conteúdo a ser discutido ser aberto e construído coletivamente tem sido um desafio para todos os profissionais envolvidos, mas nos estimula a superar dificuldades e ter criatividade para inovar e ousar, valorizando a subjetividade, a arte e ampliando o conceito de saúde.

A técnica do Varal de Ideias pode ser utilizada em outros grupos e em diversos momentos, sendo uma opção interessante para identificar necessidades e integrar o conhecimento técnico às práticas populares.

Acreditamos que o Curso de Gestantes tem valorizado a cultura popular e reconhecido necessidades específicas da comunidade da Vila Dique, favorecendo a promoção da saúde em toda a sua complexidade e trazendo a educação popular como estratégia potente na busca da efetivação da cidadania e dos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delfino MRR et al. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. Ciência & Saúde Coletiva 2004; 9 (4): 1057-1066.

2. Vasconcelos EM. Educação Popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2006. 23-30.

3. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 30-35.

4. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 89-99.

5. Venturelli J. Educación Medica: nuevos enfoques, metas y métodos. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1997.

6. Hurtado CN. A Educação Popular: conceito que se define na práxis. In: Comunicação & Educação Popular: educar para transformar/transformar para educar. Ed. Vozes, 1993. 43-56.

7. Madruga A. A aprendizagem pela descoberta frente à aprendizagem pela recepção: a teoria da aprendizagem verbal significativa. In: Coll C, Palácios J, Marquesi A, organizadores: Desenvolvimento psicológico e educação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 68-78.

8. Cyrino EG. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad. Saúde Pública, 2004; 20 (3): 780-788.

9. Vargas Lv, Nuñes GB. Técnicas Participativas para la Educación Popular. Tomo I. Lima, 1992.

10. SILVA CMS. Dimensão estética e democrática da experiência: uma contribuição da filosofia deweyana para novas propostas educacionais. Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, 2006. 87 (217): 360-369.

ALERTA

Muitos estabelecimentos de saúde não estão recebendo as publicações do Ministério da Saúde. A causa está na falta de atualização do endereço do estabelecimento junto ao cadastro do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

Alerte as coordenações e os responsáveis das Secretarias Municipais de Saúde para a necessidade desta atualização, não somente para você e sua unidade quanto para outros que podem ser beneficiados recebendo material de apoio, orientação, formação e informação.

Para atualização dos dados, é necessário consultar o cadastro no site http://cnes.datasus.gov.br/ (Consultas --> Estabelecimento --> Localização Geográfica --> Estado --> Município --> Estabelecimento de Saúde).
Caso esteja incorreto, a Secretaria Municipal de Saúde deverá efetuar a atualização de endereço do logradouro.

Atualize-se

O interesse constante em atualizar-se e manter-se preparado para as ações do dia-a-dia levam o Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Assistência à Saúde, a manter, à sua disposição, literatura especializada. Você pode acessar, a qualquer momento, o endereço http://dab.saude.gov.br/publicacoes.php. e baixar o arquivo de seu interesse.



CAB 25

O Caderno de Atenção Básica nº 25 orienta os gestores e profissionais de saúde quanto a Epidemiologia das Doenças Respiratórias Crônicas. Na publicação poderão ser encontradas informações sobre prevalência e impacto, fatores de risco, segurança de medicação durante a gravidez, sinais e sintomas respiratórios, ações de prevenção e promoção da saúde. Algumas doenças mais comuns tem destaque, como a rinite alérgica, a asma e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Há, ainda, um capítulo sobre as atribuições de todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família, e outro sobre assistência farmacêutica para casos de asma e rinite. Saiba mais no site http://www.saude.gov.br/dab.



CAB 26

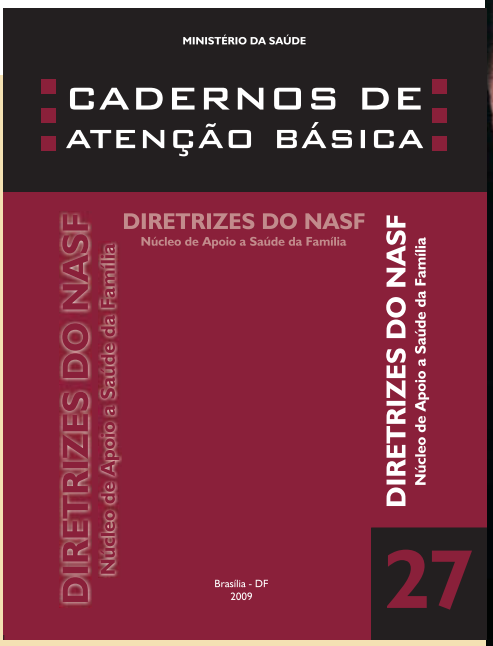
O Caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva tem a finalidade de oferecer orientações técnicas para a atuação dos profissionais da Atenção Básica na atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, tendo por princípio a abordagem integral e a promoção dos direitos humanos. Busca abordar a saúde sexual como essencial para a qualidade de vida das pessoas e o papel fundamental que as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família tem na promoção da saúde sexual e reprodutiva.

É importante salientar que o Ministério da Saúde procura atuar conforme as diretrizes de promoção da igualdade racial, étnica, de gênero, de geração e de orientação sexual. Nesse sentido, este Caderno nº 26 também apresenta uma abordagem específica para alguns grupos populacionais. Saiba mais no site http://www.saude.gov.br/dab.

CAB 27

Para os que ainda se questionam quanto às atribuições das equipes dos Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde dedicou o número 27 dos Cadernos de Atenção Básica para sanar quaisquer dúvidas remanescentes. Gestores e profissionais de saúde agora possuem um documento que trata, especificamente, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A expectativa da equipe que elaborou este Caderno é de que se possa, realmente, fortalecer a APS no País por meio do aumento do conhecimento das equipes que nela atuam, sejam as equipes de SF sejam as equipes do NASF.

Poderão ser encontradas informações gerais a respeito da missão, princípios, diretrizes e processo de trabalho das equipes NASF. Saúde Mental, Saúde do Idoso, Alimentação e Nutrição, Serviço Social e Atividade Física entre outros tópicos são abordados na publicação. Saiba mais no site http://www.saude.gov.br/dab.





Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária a Saúde – Primary Care Assessment Tool - PCATool/Brasil

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool) apresenta, originalmente, versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador/gerente do serviço de saúde. O PCATool mede a presença e a extensão dos quatro (4) atributos essenciais e dos três (3) atributos derivados da APS. Neste manual, você encontrará orientações sobre as três versões disponíveis do Instrumento: Criança, Adulto e Profissionais. Este instrumento pode ser utilizado para a realização de investigações científicas pertencentes ao contexto acadêmico da construção de conhecimento, como também no contexto cotidiano da prática e da gestão da APS. Saiba mais no site http://www.saude.gov.br/dab.



Cuide-se com hábitos simples.

Algumas Atitudes que ajudam você e a sua família a manter a saúde:

- ☑ Cobrir nariz e boca com um lençol quando tossir ou espirrar. Se possível com lenço descartável.
- ☑ Lavar as mãos constantemente com água e sabão. Especialmente depois de tossir ou espirrar.
- ☑ Usar produtos à base de álcool para limpar as mãos, se estiver longe de uma torneira.
- ☑ Evitar tocar olhos, nariz ou boca. Os germes se espalham desse modo.
- ☑ Evitar contato próximo com pessoas doentes ou utilizar proteção (máscaras ou luvas) para evitar contaminação.

Saúde da Família


RAFAEL, 15 ANOS.
Leucemia
ELE RECEBEU SANGUE E NASCEU DE NOVO.
DOE SANGUE E FAÇA ALGUÉM NASCER DE NOVO.
PROFISSIONAL DE SAÚDE,
Ministério da Saúde
Governo Federal