REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA 26

Publicação do Ministério da Saúde - Ano XI - abril a junho de 2010 – ISSN 1518-2355

SaúdedaFamília



MORTALIDADE INFANTIL

MUITO MAIS VIDA PARA MAIS CRIANÇAS E MÃES

PNAD

Pesquisa por Amostra de Domicílios do IBGE evidencia bons resultados e repercussão da Atenção Primária à Saúde

E MAIS:

Entrevista com a médica sanitarista Selma Loch: experiência de médicos na gerência de UBS

BRASIL - único latinoamericano no II Workshop da OMS

A soma de esforços para o combate a endemias é tema do **ENCARTE** do ACS

ARTIGO

A ilustração como tecnologia de apoio a programas de saúde: a percepção dos familiares de crianças com asma

Revista Brasileira Saúde da Família
Ano XI, número 26, abr/jun 2010

Coordenação, Distribuição e informações

Ministério da Saúde
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 Soares de Almeida
Elisabeth Susana Wartchow
Nulvio Lermen Júnior
Patricia Sampaio Chueiri
Patrícia Tiemi Cawahisa
Victor Nascimento Fontanive

Equipe de Comunicação:
Alisson Fabiano Sbrana
Antônio Ferreira
Davi de Castro de Magalhães
Déborah Proença
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
Gláucio / Flávia Coelho

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

Revisão Técnica:
Núlvio Lermen Júnior

Revisão:
Ana Paula Reis

Fotografias:
*Radilson Carlos Gomes, Luis Oliveira/MS, Cecília Figueiredo, Tiago Souza, Déborah Proença, Luís Oliveira, Carolina Venturelli, arquivos Luiza Quintas e Selma Lock. *Capa:* Radilson Carlos Gomes

Colaboração:
Davi de Castro, Mariella Oliveira, Thiago Castellan, Pedro Teixeira, Ubirajara Rodrigues.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Distribuição gratuita
Revista Brasileira Saúde da Família - Ano XI, n 26 (abr/jun 2010), Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Trimestral

ISSN: 1518-2355

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

SUMÁRIO

CAPA 28 Ações realizadas a partir da Atenção Primária à Saúde ajudam a reduzir em 60% os óbitos de crianças



CARTAS 4

EDITORIAL 5

ESF EM FOCO 6 Saúde da Família na mídia

ENTREVISTA 9 Selma Loch

BRASIL 13 PNAD 2008 - 86% aprovam Saúde da Família

17 Pesquisa analisa implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro capitais

CARREIRA 24 Fisioterapeuta - Luiza Quinta

DE OLHO NO DAB 44 Brasil - único latinoamericano no II Workshop da OMS

46 Brasil vai sediar Congresso da Wonca

ARTIGO 47 A ilustração como tecnologia de apoio a programas de saúde

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 26

CARTAS

Sou nutricionista de Frei Gaspar, Minas Gerais, e temos interesse em implantar o NASF aqui no nosso Município, porém possuimos apenas duas (02) equipes de Saúde da Família (eSF). Soubemos que é possível fazer uma junção de municípios para podermos implantar o NASF. Temos outros dois municípios vizinhos que também se interessam pela Estratégia e fazem divisa conosco. Assim, juntando os três municipios serão oito equipes SF, ao todo. Gostaria de saber se isso é realmente possível. Joicilane Esteves de Matos, por e-mail.

Cara Joicilane,

Sim, é possível implantar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) juntamente com outros municípios. É o que chamamos de NASF Intermunicipal. É necessário que os municípios que participaram do NASF Intermunicipal desenvolvam o projeto juntos. Após o credenciamento, apenas um dos municípios receberá o recurso Fundo a Fundo e administrará de acordo com o que foi acertado pelos gestores envolvidos. O procedimento é o mesmo:

1) Apresentar projeto para aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) – área geográfica, profissionais, quais eSF serão vinculadas, planejamento, fluxos de referência e contra-referência, entre outros;

2) Enviar as informações para análise da Secretaria Estadual de Saúde (SES) para apreciação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

Em seguida, a SES envia um ofício ao Ministério da Saúde (MS) com o número de NASF aprovados e o MS publica o credenciamento das equipes de NASF no Diário Oficial da União. Após a publicação do credenciamento, o município credencia os profissionais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Para maiores informações, acesse a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os NASF, pelo endereço http://200.214.130.35/dab/legislacao.php e o Passo a Passo das Políticas do Departamento de Atenção Básica no site http://200.214.130.35/dab/publicacoes.php. Ou entre em contato conosco novamente.

• • •

Gostaria de saber como posso usar o dinheiro do recurso mensal da ESF? Existe alguma cartilha ou no *site* do Ministério da Saúde, tem algum *link* disponível que eu possa usar como apoio? Bruno Azevedo Aguiar, Santo Hipólito/MG, por e-mail.

Prezado Bruno,

De início, é importante esclarecer que as Portarias que estabelecem o repasse de Recursos Financeiros para a Atenção Básica são a Portaria GM nº 204 de 29 de janeiro de 2007 e a Portaria GM 648 de 28 de março de 2006. Segundo essas, o Piso de Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica composto de uma parte fixa e outra variável, denominados, respectivamente, como PAB-Fixo e PAB-Variável. O componente Piso da Atenção Básica – PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, baseando-se no valor per capita por município. Já o componente Piso da Atenção Básica Variável – PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como:

I. Saúde da Família;
II. Agentes Comunitários de Saúde;
III. Saúde Bucal;
IV. Compensação de Especificidades Regionais;
V. Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

No que tange ao uso destes recursos, a Portaria GM nº 204, de 29/01/2007, que regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde na forma de blocos de financiamento, estabeleceu o Bloco de Financiamento da Atenção Básica, repassado por intermédio do PAB.

Segundo a mesma Portaria, os recursos referentes ao PAB (fixo ou variável) devem ser aplicados nas ações e serviços de Atenção Básica, ficando vedado o seu uso para pagamento de:

I. Servidores inativos;

II. Servidores ativos, exceto aqueles contratados, exclusivamente, para desempenhar funções relacionadas aos serviços de Atenção Básica, previstos no respectivo Plano de Saúde;

III. Gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços de Atenção Básica, previsto no respectivo Plano de Saúde;

IV. Pagamento de assessorias / consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do Estado; e

V. Obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de Atenção Básica à Saúde.

Como se vê, a Portaria nº 204/2007 determina que todas as despesas de custeio e de capital relativas à Atenção Básica possam ser financiadas com os recursos do PAB, excetuando-se aquelas previstas na Portaria como despesas vedadas de aplicação.

Para maiores informações, acesse o ***site*** http://www.saude.gov.br/dab.

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.

Vamos comemorar!

A Revista Brasileira de Saúde da Família celebra a vida em cada edição. Este número, em especial, tem muito o que comemorar pois traz um balanço positivo da situação da mortalidade infantil no país. Desde 1990, o Brasil conseguiu reduzir em 60% a taxa de mortes entre crianças de até um ano de idade, baixando de 47,1 óbitos por cada mil nascidos vivos para 19,3 para cada mil nascidos vivos, segundo os dados mais recentes do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), consolidados em 2008. O Brasil se destaca entre os 16 países – dos 68 prioritários – que devem atingir o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) número 4, estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU). Se continuar no mesmo ritmo, atingirá a meta de 17,9 por cada mil nascidos vivos já em 2012, três anos antes do prazo.

É por meio de políticas públicas e ações continuadas que os resultados vão sendo obtidos. Tais como as de incentivo ao aleitamento materno – com a Rede Amamenta Brasil nas Unidades Básicas de Saúde e a Rede de Bancos de Leite Humano, que já congrega 200 bancos de leite espalhados pelo território nacional. Fundamental também foi a ampliação do pré-natal e do acesso a vacinas, além da evolução da Atenção Primária à Saúde por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família, que já são 31.500 presentes em 99% dos municípios.

Quanto mais chances dermos às manifestações de vida, mais a vida pode dar chances a todos nós. Atuam diretamente neste sentido as entrevistadas desta edição, a sanitarista Selma Loch, a fisioterapeuta Luiza Quinta e a agente comunitária de saúde Janete de Sousa. Quem sabe seus trabalhos não resultem, futuramente, no nascimento de um novo Osvaldo Cruz, uma Ana Nery, um Ruy Barbosa.

Os resultados positivos da Atenção Primária à Saúde (APS) em relação à preservação da vida são evidentes. Tanto que foram apontados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, a PNAD 2008, por mais de 80% da população. Também foram tema de estudo realizado por três pesquisadoras em quatro capitais: Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, metrópoles que priorizaram a APS em suas redes de saúde, já colhem seus frutos e promovem o reordenamento de serviços para obter um ajustado fluxo de atendimento aos usuários do SUS.

A integração entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate a Endemias (ACE) é o tema da matéria principal do encarte desta edição. A reportagem aborda alguns dos resultados já obtidos e os esperados dessa sinergia entre profissionais nas equipes de Saúde da Família. Entre as doenças sob seus cuidados está a Hepatite, que afeta milhões de brasileiros e é tema da retranca Tome Nota.

Ao final da revista, um interessante e único artigo técnico que aborda um trabalho de equipe coordenado pela médica Maria Lúcia Medeiros Lenz junto a familiares de crianças asmáticas atendidas nas Unidades Básicas de Saúde vinculadas ao Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre. Trata do uso da ilustração (elemento visual) enquanto um instrumento de apoio aos programas de saúde, um tema, talvez, pouco abordado por equipes de saúde.

Saúde da família na mídia



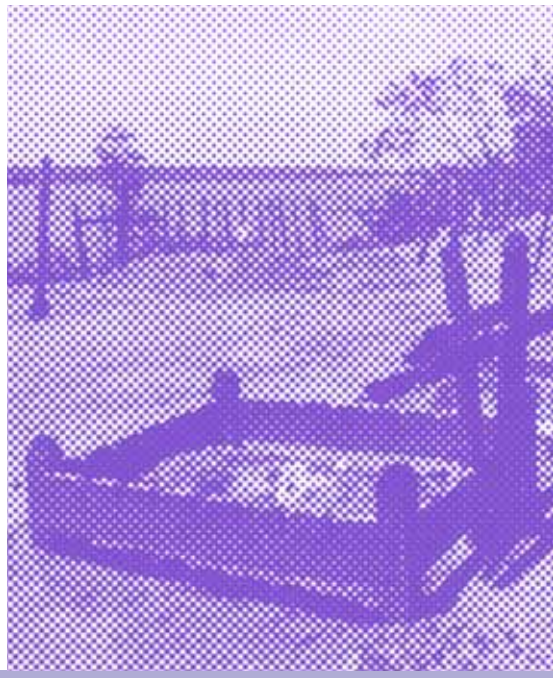
Brasil quer reduzir subnotificação de nascimentos e óbitos infantis

Com o objetivo de aprimorar o registro de crianças que nascem com vida e investigar os óbitos infantis e maternos no país para reduzir subnotificações, foi realizada a 1ª Oficina de Capacitação para Implantação da Nova Declaração de Nascido Vivo no Brasil, em abril último, em Brasília. No total, 98 técnicos de Estados e municípios das cinco regiões brasileiras foram capacitados, divididos em duas etapas.

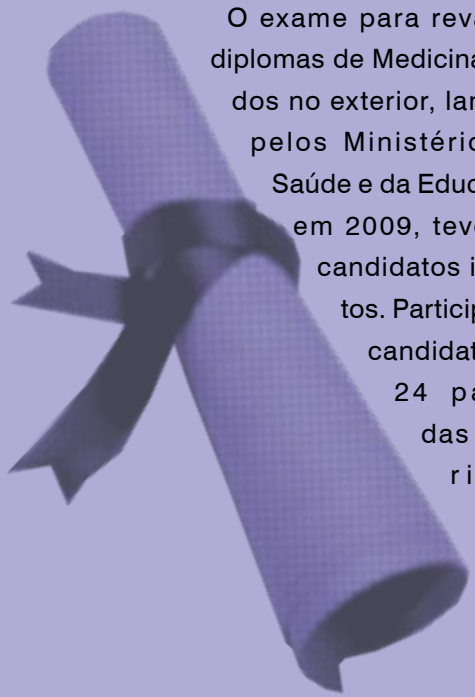
A oficina abordou a necessidade de implantar novos instrumentos de coleta de informações de nascimentos e óbitos infantis, além da padronização de instrumentos de investigação das mortes, inclusive de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) que podem ter relação com uma gravidez.

Durante o curso também foi reforçado que o monitoramento deve incluir os óbitos por causa básica mal definida para todas as faixas de idade, especialmente de crianças menores de um ano e de gestantes e mulheres em idade fértil. Dessa forma, será possível reduzir a subnotificação de óbitos relacionados à gravidez e corrigir erros no acompanhamento de gestantes e seus bebês, além de facilitar a avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

A oficina integra o *Projeto Redução do Sub-Registro Civil de Nascimento*. É um dos desdobramentos da publicação, em janeiro, da Portaria nº 72, do Ministério da Saúde, que estabeleceu a ampliação da investigação de óbitos fetais e de crianças com menos de um ano de idade, bem como daqueles ocorridos durante a gestação, o que também melhora o registro de nascidos vivos nos municípios.



Novo exame de revalidação de diplomas médicos obtidos no exterior



O exame para revalidar diplomas de Medicina obtidos no exterior, lançado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, em 2009, teve 502 candidatos inscritos. Participaram candidatos de 24 países das Américas, Ásia e Europa. Aos estrangeiros, a única exigência diferente das feitas aos brasileiros é a fluência em língua portuguesa. É que, por lei, o médico que não seja graduado em uma universidade de medicina brasileira precisa ter o diploma revalidado para atuar no país.

Até o momento, quem queria revalidar o diploma obtido no exterior procurava uma universidade pública e enfrentava distintos procedimentos de análise de documentos ou avaliação. Uma tramitação que pode se estender por até seis anos. Com o novo formato, os interessados podem se inscrever no processo de avaliação, apresentando a documentação necessária. Posteriormente, realizam as provas. Quem for aprovado nas duas etapas obterá a revalidação do diploma pela Universidade em que se inscreveu.

A melhoria dos processos tem o objetivo de garantir uma avaliação mais justa e efetiva dos candidatos. Ao todo, participam 24 universidades públicas em todo o país.

Seminário discute planos de recursos humanos para a Atenção Primária à Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi citado como um "ideal a ser seguido" no seminário "Planos Nacionais de Recursos Humanos em Saúde na América Latina e o Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde: Desafios para a Coordenação Intersetorial e Social", realizado em maio em San Salvador, capital de El Salvador. A citação foi da ministra de Saúde de El Salvador, Maria Izabel Rodrigues, que ainda relembrou o sanitarista brasileiro Sérgio Arouca e questões para o setor por ele formuladas.

Segundo a ministra Rodrigues, Arouca, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, abordou o respeito aos direitos e deveres à saúde, o financiamento do setor, a saúde enquanto resultado de um desenvolvimento social e econômico justo, e a Reforma Sanitária como uma questão suprapartidária.

A reunião definiu um documento estabelecendo a agenda de cooperação entre os setores, nos níveis nacional e regional, para o desenvolvimento dos planos de recursos humanos em saúde. Esse documento servirá de base para o 2° Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde, que será realizado em janeiro de 2011 em Bangkok, na Tailândia.

O Brasil foi um dos organizadores do evento e exerceu um papel de liderança e exemplo para os demais países da América Latina no âmbito da política de recursos humanos em saúde.

Dez anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição

Entre 8 e 10 de junho, o Ministério da Saúde promoveu, em Brasília, o Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição, com o objetivo de revisar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que completa uma década. Foram discutidos temas como a segurança alimentar, financiamento, regulação e controle da qualidade dos alimentos, nutrição na atenção primária, publicidade e monitoramento nutricional, sob a perspectiva de garantia do direito humano à saúde e ao bem-estar.

Cerca de 300 conselheiros estaduais e municipais de saúde, além de entidades da sociedade civil, de trabalhadores em saúde, sindicatos, colaboradores em saúde, gestores e especialistas debateram as propostas elaboradas regionalmente. As sugestões foram sistematizadas e discutidas em mesas redondas para votação na plenária do seminário. A etapa seguinte foi uma consulta pública para recolher novas sugestões para a revisão da política.

O seminário foi considerado um importante instrumento para reforçar a PNAN, como integrante do SUS, e agregar contribuições regionais na revisão da política. Na ocasião, foi lançado o caderno "Dialogando sobre o Direito Humano à alimentação adequada no contexto do SUS", com orientações aos profissionais de saúde, em uma contribuição para o aperfeiçoamento do sistema. ■



SELMA LOCH

Por: Déborah Proença



Médica sanitarista formada pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em 1986, e filiada à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Selma Loch fez Residência em Medicina Preventiva e Social na Fiocruz. Desde então, trabalhou nas áreas de planejamento e gerência, em diferentes realidades, esferas de Governo, estados e municípios.

A Dra. Selma realizou sua pesquisa de doutorado sobre a experiência de médicos de Família e Comunidade ao se tornarem gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Desenvolvida na região metropolitana de Florianópolis, a pesquisa faz parte de um conjunto de projetos apoiados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) junto ao Laboratório de Liderança e Gestão Responsável (LGR) da Engenharia e Gestão do Conhecimento, da UFSC, coordenados pelo professor Cristiano de Almeida Cunha.

Nesta edição, a Revista Brasileira Saúde da Família entrevista a pesquisadora para conhecer um pouco deste trabalho, que promete ser inédito na gestão da saúde pública e atenção primária no Brasil.

RBSF: O que a fez pesquisar sobre gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde, sob o ponto de vista do gerente de saúde? Qual foi a sua motivação?

Selma Loch: A minha motivação veio da própria vida profissional, na qual tenho acompanhado vários profissionais sendo nomeados como gerentes, com relatos de grande sofrimento pessoal e alto abandono na nova função. Nas minhas leituras, identifiquei estudos que apontavam a existência de um processo de aprendizado, a partir da prática, com alto comprometimento pessoal e emocional, culminando em uma mudança de consciência. Queria saber se isso acontecia no setor da saúde, principalmente na atenção primária, que considero a mais estratégica para o País.

> "... tenho acompanhado vários profissionais sendo nomeados como gerentes, com relatos de grande sofrimento pessoal e alto abandono na nova função..."

RBSF: No seu trabalho, procurou estudar os aspectos cognitivos e emocionais dos gerentes. Quais foram os objetivos da pesquisa?

Selma Loch: Na pesquisa procurou-se, de forma geral, compreender a experiência vivida por médicos da Família e

da Comunidade como gerentes de Unidades Básicas de Saúde. Para isso, foi preciso identificar os principais temas envolvidos no processo de transformação de contribuidor individual a gerente de Unidade Básica de Saúde; as dificuldades encontradas e as estratégias utilizadas por esses profissionais ao se tornarem gerentes; e, compreender o que significa ser gerente de UBS, na perspectiva dos médicos.

RBSF: Conte um pouco sobre esta experiência.

Selma Loch: O trabalho de pesquisa durou cerca de dois anos, entre a revisão bibliográfica e o relatório final. Foi uma atividade extremamente envolvente, pois o interesse era compreender experiências reais, vividas por médicos ao se tornarem gerentes. A metodologia adotada e a técnica da entrevista em profundidade levaram entrevistados e entrevistador a um processo de reflexão que, certamente, nos transformou. Foi maravilhoso poder compartilhar as experiências vividas pelos seis médicos. Cada sujeito uma história, uma caminhada, sonhos, decepções, realizações e transformações. Algumas vezes eu chegava em casa totalmente emocionada com as histórias que ouvia.

O volume de entrevistas foi enorme e exigiu muita disciplina para termos algum resultado. Agradeço, profundamente, a esses médicos pelo comprometimento, pela ética e seriedade de cada um.



> "... as pesquisas existentes indicavam que a primeira experiência como gerente era a mais marcante na vida dos executivos e que as principais transformações ocorriam no primeiro ano..."

RBSF: Por que você selecionou esses gerentes de saúde para participar da pesquisa? Quais os critérios de seleção?

Selma Loch: O problema de pesquisa exigia uma metodologia que permitisse uma análise em profundidade da experiência vivida por profissionais de saúde ao se tornarem gerentes, e não um estudo comparativo entre diferentes categorias profissionais, o que exigiria um número grande de profissionais e outra metodologia.

Como médica e percebendo que os médicos, mais frequentemente, abandonavam os cargos, resolvi me voltar a eles.

Além disso, as pesquisas existentes indicavam que a primeira experiência como gerente era a mais marcante na vida dos executivos, e que as principais transformações ocorriam no primeiro ano na nova função.

Assim, selecionamos um grupo de profissionais médicos de Família e Comunidade, que tivessem sido gerentes ou estavam no cargo, recentemente,

com pelo menos um ano de experiência, sem formação específica e atuando na região da Grande Florianópolis, para preservar as peculiaridades culturais.

RBSF: Como você percebe o trabalho gerencial de uma UBS?

Selma Loch: O trabalho dos gerentes envolvidos na pesquisa (unidades com mais de quatro equipes) pode ser caracterizado como sendo complexo, tenso, variado e fragmentado. O gerente atua como um respondente, em tempo real, a contínuas demandas dos seus colaboradores, dos superiores e dos usuários, sobrando pouco tempo para o planejamento. Para resolver os problemas da unidade, tem pouca autonomia e é altamente dependente de outros setores da organização. Para tanto, precisa pactuar prioridades e organizar ampla rede de relacionamentos dentro e fora da UBS, fundamental ao desempenho. Aquela imagem do gerente planejando, organizando, controlando e avaliando é, como observou Mintzberg, em 1973, puro folclore.

RBSF: Você afirma que, na saúde, geralmente, os gerentes são técnicos da área (médicos, enfermeiros, dentistas, entre outros) e a promoção deles à Gerência da UBS proporciona o nascimento de um novo perfil profissional. Por quê?

Selma Loch: Sim! Esses profissionais enfrentam muitas dificuldades. Superam medos, devem estabelecer limites éticos e



suportar as pressões e as tensões do cargo. E ainda precisam avaliar e julgar o trabalho dos colegas, agora subordinados! Eles são submetidos a um processo de revisão de seus conceitos de referência e ao estabelecimento de uma nova base conceitual. Passam a agir, a pensar e a se comportar como gerentes.

> "... Atuar em comunidade e com trabalhadores culturalmente alinhados ao modelo de saúde especializado, além das estruturas pouco qualificadas! Eles estarão sempre pregando..."

RBSF: A gestão de UBS sempre é um ponto crítico nos municípios. Com o seu estudo, é possível apontar algumas das razões para este problema?

Selma Loch: Muitas vezes, o gerenciamento das UBS é considerado simples e fácil, nem merecendo, em alguns casos, qualquer tipo de gratificação. Porém, não é bem assim. É um trabalho difícil e complexo.

Os técnicos assumem a nova função com uma agenda de prioridades estabelecida a partir da experiência como colaborador individual, e na expectativa de terem poderes para implantar as mudanças que julgam necessárias. Imediatamente, são surpreendidos por uma rotina de trabalho intensa, pela falta de autonomia e pelas prioridades dos superiores, muitas vezes conflitantes com as suas, além das intervenções políticas. Começa, então, um processo de negociação e pactuação difícil, complicado e cheio de conflitos. Alguns prosperam, outros não, comprometendo recursos institucionais e propiciando experiências pessoais negativas.

O desenvolvimento de novos gerentes não é fácil. São necessárias iniciativas permanentes para o desenvolvimento e apoio gerencial nas instituições. Existem experiências e técnicas para isso.

RBSF: Acredita que os cursos, capacitações e materiais didáticos disponíveis aos gerentes apoiam, de fato, o trabalho de gestão de uma UBS? Eles são adequados ou precisam de reestruturação?

Selma Loch: As capacitações formais, embora sejam importantes para o desempenho gerencial, respondem por menos de 20% dos conhecimentos mobilizados pelos gerentes, na prática diária. Aprender a persuadir, a motivar os colaboradores, a negociar, a resolver conflitos e a dar sentido ao trabalho dos outros somente se faz praticando, gerenciando.

Os conteúdos dos cursos e capacitações deveriam buscar estratégias que estimulem a reflexão a partir de problemas reais, do autoconhecimento, da troca de experiências. Deveriam possibilitar a diversificação e a ampliação da rede de relacionamentos.

RBSF: Você afirma que, no decorrer do trabalho, percebeu que todos os personagens da sua pesquisa tinham histórias como gerentes intimamente relacionadas às histórias como médicos de Família e Comunidade. Que *"o médico e o gerente eram uma só pessoa, um só ser, imbuídos do conjunto de significações das suas experiências em toda a sua existência"* e que *"para compreender o gerente, era também preciso identificar o significado de ser médico"*. Acredita que esta afirmação vale para enfermeiros, psicólogos ou dentistas gerentes de UBS?

Selma Loch: Sim, claro! É preciso compreender as suas motivações para atuarem como psicólogos, enfermeiros ou dentistas. Como gerentes, eles levam, dentro de si, as expectativas e as experiências como técnicos. Um ser não é dissociado de suas experiências vividas, de seus sonhos e da sua visão de mundo.

> "...Na Estratégia de Saúde da Família, os profissionais vão precisar atuar em sistemas municipais de saúde, muitas vezes pouco direcionados à atenção primária..."

Para Merleau-Ponty, um dos autores que estudei durante o doutorado, o corpo não é uma coisa, mas um espaço expressivo de um conjunto de significações já vividas e expressadas em nossos gestos e falas. Assim, somos nossos gestos, nossos olhares e falas, dotados de toda a expressividade das nossas experiências vividas.

RBSF: Acredita que a característica de ser "um agente transformador", um "agente de mudança" permeia, ou pode permear, todos os profissionais de uma equipe de Saúde da Família?

Selma Loch: Para quem fez essa opção, sim. Na Estratégia Saúde da Família, os profissionais vão precisar atuar em sistemas municipais de saúde muitas vezes pouco direcionados à atenção primária. Atuar em comunidade e com trabalhadores culturalmente alinhados ao modelo de saúde especializado, além de estruturas pouco qualificadas! Eles estarão sempre pregando, convencendo, ensinando. Um agente de mudanças mesmo...

Quem atua na atenção primária batalha pra mudar o conteúdo das práticas de atenção à saúde, o perfil de saúde de uma comunidade e de indivíduos. Colabora para mudar o modelo de atenção à saúde no País. Coisa de gigante! É preciso muito investimento. Só a formação técnica e ideológica não dá conta da tarefa.

Com tanta expectativa, é preciso considerar a dificuldade de realização profissional de quem atua na atenção primária. Mecanismos de valorização e de crescimento profissional são fundamentais para contribuir com a satisfação e permanência desses profissionais nas UBSs.

BSF: O que significou realizar esta pesquisa?

Selma Loch: Foi possível compreender o processo de mudança de identidade por que passam os novos gerentes que atuam na atenção primária, como também as dificuldades encontradas, as estratégias utilizadas nesse processo e o significado de ser gerente de UBS.

Os resultados da pesquisa, além de contribuírem para a reflexão individual de gerentes do setor saúde, auxiliarão na estruturação de programas de desenvolvimento gerencial em saúde. ■

População brasileira está satisfeita com a APS

Pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é feita, periodicamente, para avaliar o setor saúde, e revela o alto índice de satisfação com os serviços da Atenção Primária à Saúde na edição 2008

Texto/ Fotos: Tiago Souza



O Centro de Saúde é calmo, não há filas, e no rosto de todos, mesmo os que aguardam atendimento, há um ar tranqüilo. No setor onde são retirados os medicamentos, gratuitamente, o cidadão é chamado pelo nome sem precisar mostrar documento. A atendente e ele tratam-se cordialmente, como vizinhos. As paredes limpas, todos os móveis em ótimo estado e a organização... parecem retirados de uma cena européia, mas estamos em um subúrbio Brasileiro. Esta é a realidade de alguns municípios em que a Atenção Primária à Saúde/ Saúde da Família é que orienta o atendimento à população e a prestação de melhores serviços, o que é percebido pelos usuários.

Mudar o costume, que até há pouco tempo era centrado no atendimento hospitalar ou em ambulatórios especializados, por um atendimento ordenado que inicia na Atenção Primária, na Estratégia Saúde da Família, até se necessário seguir para outros pontos de atenção (nível secundário e



"...o índice de aprovação aos serviços de saúde no país atingiu a 86,4% dos brasileiros..."



terciário), passa por um processo longo que envolve a todos. Médicos atuantes em equipes multidisciplinares, população orientada a estabelecer o contato ordenado com a rede de saúde, e municípios e Estados comprometidos com a consolidação de um sistema que promove a saúde, e não apenas remedia a doença, é uma fórmula que traz resultados, como aponta a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2008.

Conforme os resultados da PNAD 2008, o índice de aprovação aos serviços de saúde no país atingiu a 86,4% dos brasileiros. Para o gerente de pesquisa mensal do IBGE, Cimar Azeredo Pereira, esse índice de aprovação está relacionado à Saúde da Família, estratégia brasileira para organização para a Atenção Primária à Saúde. "Nos lugares onde a cobertura da Saúde da Família é alta, proporcionalmente aumenta a aprovação ao Sistema de Saúde, e o crescimento da cobertura da atenção à saúde da população, na última década, tende a apresentar uma melhora na avaliação", informou Azeredo.

A pesquisa realizada em 2008 entrevistou 391 mil pessoas em 155 mil domicílios em todo Brasil. A análise dos dados foi apresentada ao Ministério da Saúde e à população – por meio da imprensa, em maio último, após tabulação e comparação com os estudos dos anos anteriores. Os dados foram divulgados em cerimônia na sede do IBGE, em 31 de março, no Rio de Janeiro, que contou com a presença do ministro da Saúde, José Gomes Temporão. Mostram que dos 26,7 milhões de brasileiros que foram a consultas médicas na rede pública ou privada, nas duas semanas anteriores ao levantamento, mais de 23 milhões consideraram muito bom ou bom o atendimento recebido. Quase 57% dos entrevistados usaram o Sistema Único de Saúde (SUS).

Após receber os resultados da pesquisa do IBGE, o ministro José Temporão considerou importantes os avanços apontados, que mostram, ainda, a ampliação do acesso à rede pública de saúde, com a realização de mais consultas, mais exames preventivos e maior cobertura da Estratégia Saúde da Família. Houve aumento, por exemplo, na utilização das unidades básicas de saúde e, inversa e proporcionalmente, caiu a procura por ambulatórios de hospitais. Apenas 12,2% das pessoas entrevistadas recorrem, atualmente, aos serviços ambulatoriais especializados. Em 1998, a proporção era de 21,5%. De acordo com a PNAD 2008, aproximadamente 80 milhões de pessoas procuraram postos e

"...Nos lugares onde a cobertura da Saúde da Família é alta, proporcionalmente, aumenta a aprovação ao Sistema de Saúde..."



centros de saúde naquele ano – que correspondem a 56,8% da população que vão, regularmente, ao médico. Em 1998, essa proporção era de 41,8%.

Essa redução na busca por atendimento em hospitais ilustra a mudança na mentalidade dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). "No passado, o hospital era visto como a referência, o centro do atendimento público. Com a orientação e organização que estamos conseguindo imprimir, gradualmente, na rede de saúde, os postos e centros são considerados a porta de entrada do SUS", afirmou o ministro da Saúde.

Postos e centros de saúde realizam a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento de doenças mais comuns na sua área de abrangência. A integração da Atenção Primária com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), está resolvendo os casos de urgência que, historicamente, encheram os corredores de hospitais para a solução de agravos mais corriqueiros.

Saúde da Família

O reforço com a Estratégia Saúde da Família (ESF) contribuiu para a maior procura pelas unidades básicas de saúde. Evidenciando o importante papel dos agentes comunitários e dos integrantes das equipes de Saúde da Família em dar assistência à população sobre práticas de vida saudável e prevenirem as doenças.

> *"...Houve aumento, por exemplo, na utilização das unidades básicas de saúde e, inversa e proporcionalmente, caiu a procura por ambulatórios de hospitais..."*

A PNAD 2008 revelou que 27,5 milhões de casas estão cadastradas na Estratégia da Saúde da Família (ESF). São 96,5 milhões de pessoas assistidas – o que corresponde a 50,9% da população. Os dados confirmam a expansão do programa, conforme já anunciado pelo Ministério da Saúde.

As famílias de menor renda são, ainda, as principais beneficiadas: 54% das pessoas atendidas têm rendimento de até dois salários mínimos. As das regiões Nordeste e Norte têm a maior cobertura: 67,7%, equivalentes a 53% dos habitantes delas, respectivamente. O ministro José Gomes Temporão lembra que os Estados Unidos estão seguindo o exemplo da Europa e do Brasil, depois que o presidente Barack Obama conseguiu aprovar no Congresso a reforma do sistema de saúde. "O novo modelo de saúde norte-americano tenta fugir de um sistema que produz desigualdade para se aproximar de um modelo universal, como o SUS", avaliou.

PNAD

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) é realizada anualmente pelo IBGE, e desde 2004 atingiu abrangência nacional. Investiga, regularmente, as características domiciliares e gerais de moradores, educação, trabalho e rendimento, trabalho

infantil, migração e fecundidade. Suplementarmente aos temas segurança alimentar, programas de transferência de renda, vitimização e justiça, e saúde (1998, 2003 e 2008), entre outros temas. Para a PNAD 2008, os 2.500 pesquisadores levantaram dados, junto aos entrevistados, relativos ao cadastramento domiciliar no programa Saúde da Família, ao acesso e utilização de serviços de saúde, a autoavaliação da saúde e doenças crônicas, a exames preventivos de Saúde da Mulher, e quanto a mobilidade física e fatores de risco e proteção da saúde da população. Seus dados são disponibilizados no site do Instituto na internet, pelo endereço www.ibge.gov.br. ■

PNAD 2008

Brasil

189,9 milhões de habitantes

57,6 milhões de domicílios permanentes

Saúde da Família

27,5 milhões de domicílios cadastrados (47,7%)

96,5 milhões de pessoas em domicílios cadastrados

Saúde bucal

Os números do IBGE reforçam os resultados positivos do Programa Brasil Sorridente que faz parte da coordenação de Saúde Bucal do DAB, criado em 2004 pelo Ministério da Saúde para melhorar a assistência odontológica aos brasileiros. O investimento na área cresceu quase nove vezes de 2002 a 2009, passando de R$ 56,9 milhões para R$ 504 milhões. Nesse período, a cobertura do atendimento de saúde bucal saltou de 26,1 milhões para 91,3 milhões de pessoas.

A proporção de brasileiros que nunca consultaram com um dentista caiu para 11,7%, em 2008. Em 1998, a taxa era de 18,7%. A PNAD 2008 também confirma que a procura por atendimento bucal cresceu de 31,1% da população, em 1998, para 40,4%, em 2008.

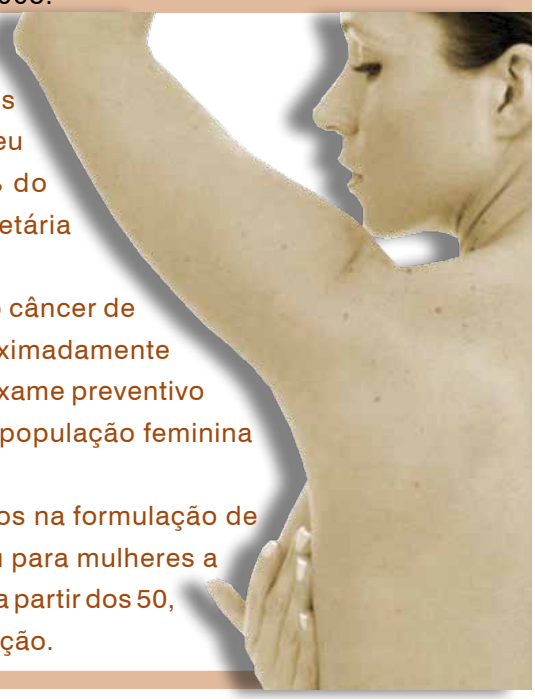
BRASIL SORRIDENTE
A SAÚDE BUCAL LEVADA A SÉRIO

Exames preventivos

De acordo com a PNAD 2008, a proporção de mulheres de 50 a 69 anos que se submetem à mamografia cresceu de forma expressiva em cinco anos, atingindo 71,5% do segmento. Em 2003, 54,8% das brasileiras nessa faixa etária tinham feito o exame.

O acesso e a cobertura do exame para detectar o câncer de colo de útero também foram ampliados no Brasil. Aproximadamente 49 milhões de mulheres com 25 anos ou mais fizeram o exame preventivo Papanicolau em 2008 – o que corresponde a 84,5% da população feminina nessa idade. Em 2003, a proporção era de 79%.

O Instituto Nacional do Câncer (Inca) apoia os estados na formulação de políticas públicas para ampliar o acesso ao Papanicolau para mulheres a partir de 25 anos de idade, e à mamografia, para mulheres a partir dos 50, e monitora os resultados por meio de sistemas de informação.





Por: Davi de Castro
Fotos: Radilson Carlos Gomes

Os dados do estudo, encomendado pelo Departamento de Atenção Básica, revelam os fatores limitantes e favoráveis da ESF

Capitais apontam a orientação do SUS por uma APS integral

Quatro capitais brasileiras foram escolhidas para serem objeto de estudo de avaliação acerca das potencialidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) para orientar a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a ótica de uma abordagem integral de Atenção Primária à Saúde (APS). Na pesquisa realizada em 2008, e cujos resultados ainda estão sendo finalizados, Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória apontam para essa possibilidade desde que observadas algumas premissas: adaptações locais de modelo, ampliação dos recursos assistenciais e profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), organização da rede assistencial e melhoria da oferta especializada.

Além da ótica da integração à rede de serviços, a pesquisa também avaliou a atuação intersetorial, desde a perspectiva dos gestores e profissionais de saúde até a das famílias assistidas. A percepção obtida é de que o elemento intersetorial está sujeito a iniciativas mais gerais dos Executivos municipais, para que se respaldem as ações locais das equipes Saúde da Família, construam-se interfaces e promovam a cooperação com outros setores, de forma a enfrentar os determinantes sociais dos processos saúde-enfermidade.

As pesquisadoras que coordenaram o processo, Lígia Giovanella, Sarah Escorel e Maria Helena Magalhães de Mendonça contam que os municípios participantes foram selecionados devido às experiências consolidadas de implementação da Estratégia Saúde da Família. Cobertura acima de 60% da população e mais de 5 anos de implantação foram alguns dos importantes fatores. Para a coleta dos dados, realizada entre maio e setembro de 2008, foram entrevistados gestores, gerentes municipais e profissionais das equipes de Saúde da Família. Também foram ouvidas mais de 3,3 mil famílias usuárias selecionadas por meio de estudo amostral representativo das populações atendidas pela ESF nessas localidades.

Os municípios apresentaram diferenciais políticos e de gestão municipal. Nos quatro casos estudados, o acolhimento é um marco fundamental para a seleção da pesquisa, e em todos a Estratégia não só venceu mudanças de governo como também ampliou sua atuação.

"...Nos quatro municípios, a integração da rede assistencial para garantia da atenção especializada é uma preocupação vista tanto nas ações quanto nos discursos dos gestores..."

Segundo as pesquisadoras, o estudo teve como eixos de análise a integração e a intersetorialidade, elementos fundamentais de uma atenção primária integral. Elas explicam que para a implementação de uma concepção abrangente ou integral de atenção primária – um dos pontos centrais verificados na análise – faz-se necessária a construção de sistemas de saúde orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS), articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população. Assim, a integração ao sistema é condição para garantir uma atenção integral e para se contrapor a uma concepção seletiva da atenção primária, que é tida como um programa paralelo com oferta restrita de serviços de baixa qualidade, dirigidos a pessoas de baixa renda.

Ainda em finalização, o estudo pretende subsidiar futuros trabalhos de gestão e planejamento da política brasileira de Atenção Primária à Saúde, por meio de análise profunda da realidade da saúde nessas quatro capitais. "Esse trabalho prova que é, sim, possível ter atenção primária à saúde de qualidade



em grandes centros urbanos", afirma Claunara Schiling Mendonça, diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde, diante dos resultados apresentados pelas pesquisadoras.

A pesquisa foi realizada pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, e financiado pelo DAB, departamento da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde.

ESF nos quatro centros urbanos

De acordo com Lígia Giovanella, os serviços de atenção primária tem se configurado como uma importante fonte de cuidado regular, bem como porta de entrada preferencial nos quatro municípios analisados. O estudo mostra que mais de 70% das famílias cadastradas buscam o mesmo serviço de saúde para assistência ou prevenção de saúde, sendo que em Belo Horizonte o percentual sobe para 85%.

> *"...observadas algumas premissas: adaptações locais de modelo, ampliação dos recursos assistenciais e profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), organização da rede assistencial e melhoria da oferta especializada.."*

Dentre os entrevistados, o centro de saúde e/ou a unidade de Saúde da Família foram indicados como o serviço de primeiro contato e procura regular: 75% em Belo Horizonte, 70% em Vitória, 70% em Aracaju e 50% em Florianópolis.

A pesquisadora explica que a elevada proporção de usuários que declararam ser o Centro de Saúde o serviço de procura regular, em Aracaju, Belo Horizonte e Florianópolis, se dá em razão do desconhecimento da denominação Saúde da Família, uma vez que a implantação da ESF foi realizada em unidades preexistentes denominadas de centro de saúde.

Moradores que estiveram doentes nos últimos 30 dias, à época da pesquisa, informaram





ter buscado atendimento nas unidades de Saúde da Família ou centro de saúde em menores proporções. Em Belo Horizonte, essa percentagem atingiu mais de 50% dos casos. Esse município, conforme a pesquisa, tem a preocupação em articular o atendimento das demandas espontânea e programada envolvendo diversas estratégias. Lá, o atendimento à demanda espontânea é realizado diariamente.

Segundo Giovanella, a experiência de Belo Horizonte é a recomendação resultante da pesquisa. "A Saúde da Família", diz, "tem que ter a porta aberta para a população, atendimento espontâneo e também o programado, atender o paciente crônico e o agudo".

Nos quatro municípios, a integração da rede assistencial para garantia da atenção especializada é uma preocupação vista tanto nas ações quanto nos discursos dos gestores. Por isso, a implantação de centrais informatizadas de regulação foi uma das principais estratégias identificadas que visam tal integração. Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória optaram pelo SISREG, sistema de informação on-line disponibilizado pelo DATASUS, do Ministério da Saúde, para gerenciar e operar centrais de regulação, desde a rede de atenção básica à especializada e hospitalar, visando maior controle dos fluxos e, também, otimização no uso dos recursos.

Já em Aracaju foi implantado, como projeto-piloto, o Terminal de Atendimento ao SUS, vinculado ao cartão SUS. Segundo a pesquisa, uma das críticas a este sistema foi a de que o controle da agenda fica sob responsabilidade do profissional de saúde e não do setor de regulação da Secretaria Municipal de Saúde.

O SISREG nos centros de saúde representa um avanço, pois trouxe a possibilidade da marcação imediata de exames e consultas especializadas para procedimentos com oferta suficiente, além da definição de prioridades clínicas e o monitoramento das filas de espera. Quando o paciente é remetido à fila eletrônica, a partir da classificação de riscos (alto, médio ou baixo) do

"...Na avaliação de mais de 80% dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, nos quatro municípios, as longas listas de espera constituem o principal problema observado para a integração..."



diagnóstico, define-se a prioridade para atendimento.

A garantia do agendamento não significa, contudo, maior agilidade no atendimento. O tempo médio de espera para consultas especializadas foi estimado, por 82% dos médicos entrevistados em Florianópolis, como sendo de 3 meses e mais. Em Belo Horizonte, esse mesmo prazo foi estimado por 61% dos médicos; em Aracaju, por 45%; e em Vitória, por 34%.

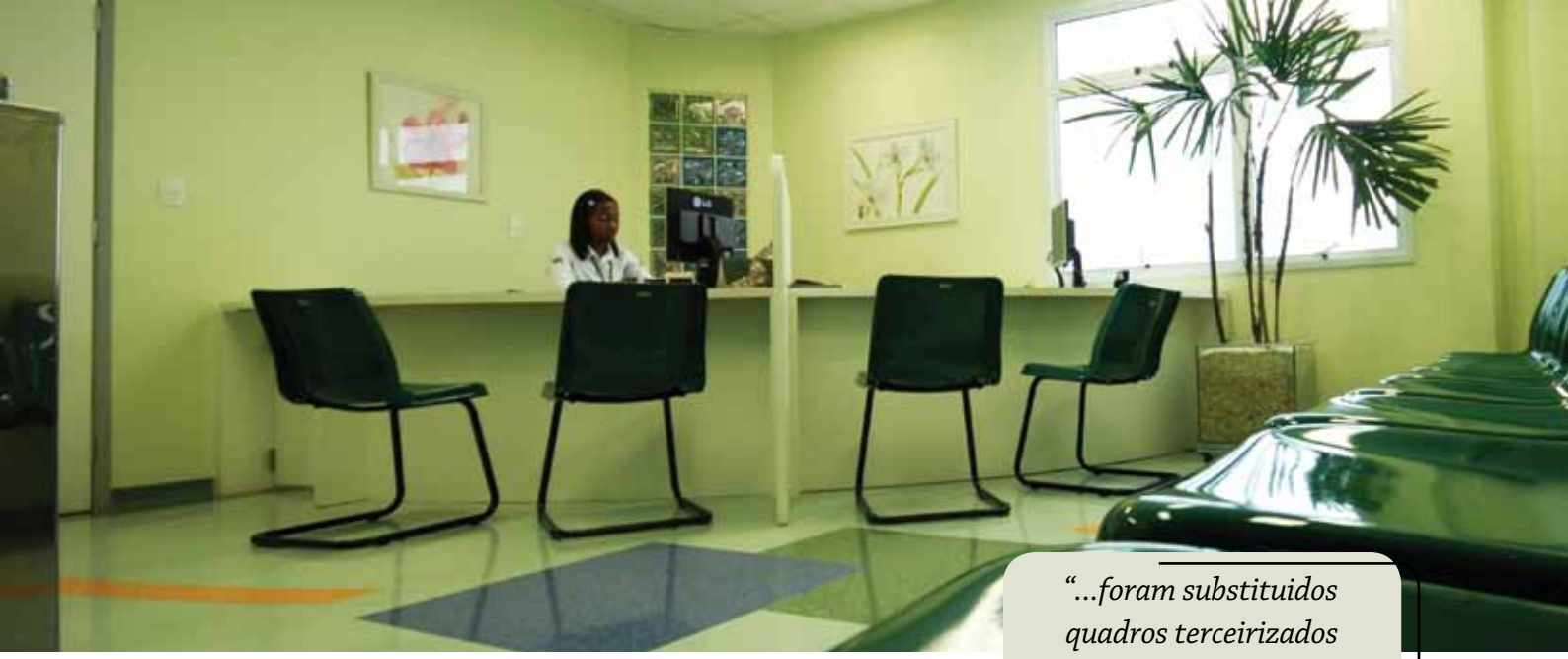
Na avaliação de mais de 80% dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, nos quatro municípios, as longas listas de espera constituem o principal problema observado para a integração da rede de serviços. O estudo afirma que os obstáculos para integração são maiores em Vitória e Florianópolis, municípios que assumiram recentemente a responsabilidade pela gestão da atenção especializada. Em Vitória, consta que os gestores admitem haver limites reais à integração da APS na rede assistencial devido, principalmente, à baixa governabilidade do município sobre parte dos serviços especializados, que estão sob gestão estadual.

"...na concepção dos gestores entrevistados, o território local é a base das iniciativas de articulação intersetorial e as ESF tem um papel de vital importância na identificação de situações de risco social e de saúde..."

A pesquisa verificou que as quatro capitais desenvolvem estratégias de ação intersetorial. Giovanella destaca Vitória, cuja prefeitura estabeleceu a intersetorialidade como uma diretriz fundamental para a construção das políticas públicas locais. Ela explica que lá foram criadas as Câmaras Territoriais, espécie de fóruns permanentes de discussão dos principais problemas de integração das políticas públicas em cada região da cidade. Compostas por gestores e técnicos das diversas instituições públicas da região, essas Câmaras buscam promover a interface entre os setores, de forma a otimizar os recursos humanos, financeiros, materiais, organizativos e políticos.



Em Belo Horizonte, outra localidade de destaque nesse sentido, foram criadas Câmaras Intersetoriais Permanentes de Políticas Sociais e Políticas Urbanas. Elas discutem, regularmente, o orçamento e a integração das políticas. O estudo mostra que, na concepção dos gestores entrevistados, o território local é a base das iniciativas de articulação intersetorial e as ESF tem um papel de vital importância na identificação de situações de risco social e de



saúde, além do potencial de consolidação das redes locais de serviços sociais.

Nas quatro cidades, os gestores apontam a Saúde da Família como estratégia potencial para o desenvolvimento de ações intersetoriais. No entanto, salientam que a participação do setor de saúde nas iniciativas intersetoriais municipais poderia ser ampliada, para haver maior protagonismo. A pesquisa mostrou que a participação das Estratégias de Saúde da Família nas ações intersetoriais nem sempre ocorre. Metade, ou menos, dos profissionais das ESF em todos os municípios pesquisados afirmaram participar de atividades conjuntas com outros setores para a solução ou encaminhamento de problemas da comunidade. Em Vitória e Aracaju foram os enfermeiros os que mais disseram participar de ações intersetoriais (58% e 53%), em BH foram os ACS (34%) e, em Florianópolis, os médicos (41%).

Recursos humanos

O perfil profissional indica uma forte feminilização da força de trabalho, com exceção dos médicos – que apresentam menor discrepância entre o número de mulheres e homens, mas mesmo assim elas ainda são a maioria. Quanto à idade, aproximadamente, um terço dos profissionais é de jovens adultos, entre 31 e 40 anos. A maioria de médicos e enfermeiros inseridos nas ESF relatou ter experiência anterior de trabalho em Saúde da Família, excetuando-se os enfermeiros em Florianópolis. Isto constitui um indicador de adesão desses profissionais à Estratégia.

A qualificação desses profissionais para a concretização da atenção básica no SUS é um apontada como grande desafio para a gestão pública. Demanda estratégias de desenvolvimento profissional contínuo que aprimorem e desenvolvam competências técnicas específicas de cada profissão, e competências do campo da atenção primária para ações coletivas e atuação comunitária. A capacitação dos profissionais das ESF e as estratégias de educação continuada - com participação de profissionais dos diversos serviços (ESF, atenção especializada, UPAs) - contribuem para aumentar a credibilidade dos profissionais da atenção primária em saúde, superar relações hierárquicas e o isolamento entre atenção básica e especializada.

O trabalho também evidencia que foram substituidos quadros terceirizados em todas as categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família por profissionais aprovados em concursos públicos, proporcionando vínculos trabalhistas mais estáveis, embora não

"...foram substituidos quadros terceirizados em todas as categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família por profissionais aprovados em concursos públicos..."

suficientes para fixar tais profissionais, nem melhorar seus desempenhos. Constatou-se, entretanto, que ainda persistem as dificuldades em atrair e reter médicos, sobretudo devido à jornada de trabalho de 40 horas semanais.

Para contornar os problemas de recursos humanos, foram sugeridas algumas alternativas, tais como a contratação dos profissionais das ESFs em regime estatutário apenas por 20 horas semanais, com extensão de jornada de trabalho para as outras 20 horas, sem agregar todos os direitos trabalhistas como os relativos à aposentadoria. Também a equiparação do salário dos médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade com os demais especialistas médicos atuantes nos serviços secundários; e o estabelecimento de fator de abandono para atuação em áreas de maior vulnerabilidade social, que tensiona o trabalho das equipes e provoca estresse entre os profissionais.

Desafios

De acordo com a avaliação das pesquisadoras, são distintos os mecanismos de implementação e os resultados alcançados na experiência de cada município, mas os quatro casos apontam para a construção de estratégias no sentido de superar o histórico isolamento das ações no âmbito da atenção básica. Verificou-se, nas quatro cidades, que é a partir dos serviços de atenção básica com Saúde da Família que se estrutura o atendimento e o acesso aos serviços especializados, pela efetivação de uma porta de entrada preferencial em serviços de atenção primária.

O estudo aponta a vontade e a decisão política do gestor municipal como imprescindíveis na implementação da Estratégia Saúde da Família para fortalecer a atenção básica no sistema de saúde municipal e expandir a ESF.

Giovanella considera positivo o balanço do estudo. “Fizemos uma pesquisa similar a essa, em 2002, e averiguamos avanços importantes, seja na integração dos serviços de saúde seja na gestão do trabalho em saúde. Em todos esses municípios”, enfatiza, “foram realizados concursos públicos, melhorando a fixação dos profissionais de saúde na ESF.”■





Luiza Quinta

Por: Déborah Proença

A fisioterapeuta Luiza Mara Balta Quinta, desde que se formou na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), em 2006, acredita no modelo de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim que começou a atuar profissionalmente trabalhou como autônoma em atendimentos domiciliares, em clínicas particulares de fisioterapia e também com ginástica laboral em empresas privadas. Foi apenas a partir de agosto de 2008 que pôde dizer-se realizada, quando prestou e foi chamada no concurso público para atuar na saúde pública do município de Jardim.

Natural de Cachoeiro do Itapemirim (ES), mora no interior do Mato Grosso do Sul há dezessete anos. Talvez maravilhada com os encantos da redondeza (afinal, a vizinha de Jardim é, nada mais nada menos do que, Bonito, capital do ecoturismo brasileiro), apaixonada pela hospitalidade do povo jardinense, ou apenas pelas circunstâncias da vida. O fato é que, hoje, Luiza realiza um trabalho fundamental para todas as equipes do município e não pensa em sair da cidade, que a faz, realmente, feliz.



RBSF: Como e quando descobriu sua vocação profissional?

Luiza Quinta: A área de saúde sempre me despertou um interesse especial e, na época do ensino médio, comecei a pesquisar mais sobre as profissões da área e a fisioterapia me encantou, pelo amplo leque de atuação que tem. Não é só a reabilitação ortopédica e neurológica, que a maioria das pessoas conhece.

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

Luiza Quinta: Hoje, atuo na Unidade Básica de Saúde (UBS) do município, onde, desde maio de 2009, está localizado o setor de fisioterapia, que atua nas áreas de fisioterapia neurológica, respiratória, vascular, oncológica e atendimento aos portadores de hanseníase e seus contatos. Sou a única fisioterapeuta da prefeitura municipal. Aqui, a fisioterapia atua dando



suporte aos programas desenvolvidos pela Atenção Básica, não só prestando atendimento de reabilitação, mas, principalmente, na fisioterapia preventiva por meio de capacitações de agentes comunitários de saúde (ACS) na prevenção de incapacidades físicas em hanseníase, orientações sobre atividade física, higiene postural e cuidados com a pessoa idosa, para que seja ofertado um acompanhamento global e de qualidade às famílias atendidas por cada um. Atividades educativas também são ministradas aos pacientes acompanhados nos programas de hanseníase, saúde da mulher, Hiperdia, e a população em geral sempre que solicitado.

RBSF: O que a levou à Saúde da Família?

Luiza Quinta: Quando assumi meu concurso, em agosto de 2008, o fisioterapeuta não fazia parte da equipe multidisciplinar (Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF). Eu precisava conhecer mais a fundo o trabalho desenvolvido pela equipe, e também a população atendida – e suas particularidades – em cada área da Estratégia Saúde da Família (ESF), para que o atendimento fosse mais humanizado. Eu fiquei cerca de oito meses prestando atendimentos domiciliares e atividades educativas para a população de todas as equipes. Foi uma experiência importantíssima para criar laços de proximidade com as equipes de cada uma delas, para que os pacientes me conhecessem e sentissem confiança no meu trabalho. Também para que eu conhecesse a realidade de cada localidade e o ACS responsável por cada área, para que o contato fosse sempre estreitado beneficiando os pacientes. Pela bagagem conquistada nesse período, consigo ter a mesma proximidade com a equipe e, principalmente, com os pacientes, que hoje são atendidos no setor de fisioterapia da minha UBS.

> *"... a fisioterapia atua dando suporte aos programas desenvolvidos pela Atenção Básica, não só prestando atendimento de reabilitação.."*

RBSF: Foi uma opção mais racional ou emocional?

Luiza Quinta: A princípio, foi mais racional, pela necessidade de conhecer a realidade em que viviam as pessoas em cada localidade e, com o passar do tempo, os vínculos de responsabilidade, compreensão e respeito com cada família atendida foram desenvolvidos.

RBSF: Como considera a prática da ESF no Brasil, e em

Jardim, e como se sente na condição de participante dela?

Luiza Quinta: Vejo como um grande modelo de humanização. Ver o paciente em sua totalidade e fazer parte desse modelo de atendimento é muito gratificante, pois podemos acompanhar o desenvolvimento das ações de prevenção e promoção da saúde bem de perto.

RBSF: Como foi que começou o trabalho com Hanseníase?

Luiza Quinta: O meu trabalho com os pacientes portadores de hanseníase foi iniciado em setembro de 2008. Primeiramente, ministrei um curso de capacitação para os ACS, com o intuito de esclarecer dúvidas sobre a patologia, a importância do diagnóstico precoce, prevenção de incapacidades, importância do autocuidado, capacidade de realizar atividades de vida diária e inclusão social, para que o ciclo *Lesão Nervosa-Déficit Motor-Incapacidades* fosse quebrado. Anteriormente, quando os pacientes necessitavam do serviço de fisioterapia tinham que aguardar vagas e se deslocar até Campo Grande para serem atendidos.

Hoje, o atendimento está sendo desenvolvido no Ambulatório de Fisioterapia da UBS, onde são realizadas avaliações dermatoneurológicas periódicas em indivíduos infectados, ou com suspeita de infecção, e seus comunicantes.

"...me deixa muito contente é poder prestar um atendimento imediato aos portadores de hanseníase, e evitar que os pacientes precisem esperar por vagas na referência.."

As avaliações periódicas dos pacientes estão sendo realizadas a cada 2 meses. Por elas se classifica o grau de incapacidade física, para ter um maior controle sobre a evolução, ou não, do grau de incapacidade; qual conduta de tratamento cinesiológico é apropriada; e, avalia-se e reforça-se a conscientização da importância do autocuidado. Além de poder identificar, prevenir e tratar urgências, tais como neurites agudas, por meio da confecção de órteses gessadas.

RBSF: Algum fato, caso ou paciente lhe marcou nesse trabalho?

Luiza Quinta: Todos os pacientes são muito importantes para mim, porque todos apresentam suas particularidades e acabam acrescentando algo de positivo ao meu trabalho. Mas o que me deixa muito contente é poder prestar um atendimento imediato aos portadores de hanseníase, e evitar que os pacientes precisem esperar por vagas na referência e se deslocarem até a capital para serem atendidos.

RBSF: Você acha, de fato, que a Atenção Primária 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?

Luiza Quinta: Sim, pois é através de investimento em promoção à saúde e de atividades educativas para prevenção de doenças que se consegue mudar hábitos de vida da população.

RBSF: Quais são as maiores mudanças que a Estratégia Saúde da Família traz para a comunidade? Você consegue perceber mudanças de comportamento?

Luiza Quinta: A maior mudança é o vínculo criado entre profissional e paciente, pois acredito que mudar hábitos de vida da população é muito difícil, e com essa relação de confiança fica muito mais fácil promover saúde. Penso que, devido ao fato da área de responsabilidade de cada ESF ser menor, a população se sente mais protegida.

RBSF: Dê três motivos para ser profissional de saúde da família?

Luiza Quinta: Criar vínculos de proximidade com os pacientes; acreditar nos princípios do SUS; e amor à profissão de fisioterapia.

Raio X:



1- **PARA SER BOM, MEU TRABALHO PRECISA DE:** equipe unida e fortalecida

2- **FUNDAMENTAL NESTA PROFISSÃO É:** ter paciência e persistência

3- **UM PACIENTE/ATENDIMENTO/MOMENTO MARCANTE FOI:** o que me faz ter certeza todos os dias que escolhi a profissão certa é quando um paciente diz que conseguiu dormir melhor porque não sentiu dor, ou realiza uma tarefa que não conseguia antes, por mais simples que seja.

4- **UM IDEAL:** que todos os profissionais sejam comprometidos e responsáveis no exercício de sua função

5- **UM LEMA:** "Viva cada dia como se fosse o último"

6- **UM DESAFIO:** Nunca perder a capacidade de se emocionar

7- **PARA SER FELIZ:** é preciso ter amor ao próximo

8- **SE NÃO FOSSE FISIOTERAPEUTA, SERIA: não me vejo fazendo outra coisa nesse momento**

9- **UM ATENDIMENTO ESPECIAL NECESSITA:** interação entre profissional e paciente

10- **UM SONHO REALIZADO FOI:** o início do setor de fisioterapia no município

11- **TRÊS COISAS ESSENCIAIS:** família, amigos, e estar sempre motivada para trabalhar

12- **UMA INSPIRAÇÃO/MOTIVAÇÃO:** conseguir ampliar o número de especialidades atendidas pela fisioterapia no município

13- **UMA ALEGRIA PROFISSIONAL:** ter sido premiada pelo trabalho desenvolvido com os pacientes portadores de hanseníase

14- **UMA CHATEAÇÃO:** querer sempre melhorar o atendimento e não conseguir devido a questões burocráticas

15- **UM OBSTÁCULO:** falta de recursos financeiros para realizar as ações

16- **DAQUI A DEZ ANOS ESTAREI:** cada vez mais comprometida com meu trabalho

17- **O MELHOR DA PROFISSÃO É:** é a sensação de dever cumprido

18- **SAÚDE DA FAMÍLIA É:** uma outra visão de saúde, que compreende a pessoa em sua totalidade e individualidade.

19- **FINALIZANDO, UM CONSELHO...:** Em qualquer situação da vida dê sempre o seu melhor!



Por: Mariella Oliveira e Déborah Proença
Fotos: Radilson Carlos Gomes

Mortalidade infantil

A determinação por promover a vida no Brasil

Quando foi lançado, em 2004, o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e Nordeste revelou-se como um compromisso do governo federal para acelerar a redução das desigualdades regionais. Em resposta, obteve a adesão dos governos estaduais e municipais para construir estratégias para enfrentar o analfabetismo, a mortalidade infantil, erradicar o sub-registro civil e fortalecer a agricultura familiar. Tornar cada vez menor o número de mortes de crianças no Brasil é um compromisso que o governo federal assumiu, e, neste sentido, o Ministério da Saúde tem realizado várias ações para contribuir com essa meta.

Em relação a mortalidade infantil, o governo estipulou, para 2009 e 2010, uma meta de redução em 5% ao ano, focando suas ações, principalmente, na mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida). Assim, o Ministério da Saúde pactuou ações e disponibilizou recursos prioritários e apoio técnico na atenção à mulher (no pré-natal, parto e puerpério) e à criança em 256 municípios da Amazônia legal e Nordeste, responsáveis por 50% dos óbitos infantis. Na Atenção Primária à Saúde, os esforços são para ampliar e qualificar a atenção à gestante, a puérpera e ao recém nascido por meio da expansão e qualificação das equipes de Saúde da Família (eSF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Nesse sentido, durante o ano de 2010, o Departamento de Atenção Básica (DAB) vem desenvolvendo oficinas (já iniciadas em maio) para qualificação do processo de trabalho das equipes NASF, principalmente, para atuarem incisivamente nas ações de pré-natal e atenção à saúde da criança. As oficinas problematizam os princípios e atributos da APS, o papel dos NASF em relação às eSF e à rede de atenção à saúde loco-regional, bem como serão discutidos os aspectos sobre gerenciamento e programação de ações para disparar o planejamento de intervenções que venham ao encontro da qualificação da atenção à gestante e à criança até 5 anos. Além disso, ações de incentivo para a expansão da Saúde da Família também foram realizadas pelo DAB, como, por exemplo, a mudança na forma de financiamento para construção de novas unidades básicas de saúde (UBS), atreladas à expansão da Estratégia nos municípios contemplados com o recurso de construção de UBS.



Mortalidade infantil: queda de 60% em menos de duas décadas

Embora os dados de 2009 ainda não tenham sido compilados, a queda da taxa de mortalidade infantil brasileira em quase 60% (59,7%), no período entre 1990 e 2008, trouxe satisfação a todo o Ministério da Saúde. Baixou-se de 47,1/1000 NV para 19,3/1000 NV, ou seja, 19 mortes a cada mil nascidos vivos. Apesar do indicador positivo, não é hora de comemorar, "A expectativa é de que haja declínio, especialmente nas regiões (Norte e Nordeste) que tem taxas mais altas em relação ao restante do Brasil, com base nas ações intra e intersetoriais que vem sendo desenvolvidas, e é possível atingir índices bem menores, tendo em vista o desenvolvimento econômico, a ciência e os recursos humanos capacitados do País", afirma Elsa Regina Giugliani, Coordenadora geral da área técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno.

Com a consolidação dos números de 2008 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) na publicação "Objetivos de Desenvolvimento do Milênio" evidenciou-se que o Brasil está próximo de atingir a meta de 17,9/1000 NV prevista para 2015, com três ou quatro anos de antecedência. Mesmo assim, são valores considerados altos para o Ministério da Saúde, "comparando com alguns vizinhos da América do Sul ou países da Europa, cujas taxas estão abaixo de dois dígitos", afirma a coordenadora.

Graças à expansão no acesso da população à atenção primária, aos cuidados no pré-natal e às ações



de desenvolvimento do ser humano (puericultura) é que este número é tão positivo e tão acima da expectativa internacional. "As pesquisas mostram que a cada 10% de ampliação de cobertura, reduz-se 4,6% a mortalidade infantil, independentemente de saneamento e escolaridade materna, fatores que mais influenciam nos óbitos neonatais", diz por sua vez Natali Pimentel Minóia, consultora técnica do Departamento de Atenção Básica.

Em função disso, o Ministério da Saúde, por meio do DAB, propõe aos municípios com cobertura da Saúde da Família acima de 70% investir em ações de qualificação das equipes. E para aqueles com baixas coberturas, propõe-se investimento na expansão de 10% da Estratégia Saúde da Família, bem como na qualificação das equipes.

A frequência das consultas de pré-natal e o momento da primeira consulta – ideal-mente no primeiro trimestre de gestação – são referidos como elementos contribuintes para as taxas de óbitos infantis. Isto porque influenciam, significativamente, o período gestacional e o peso fetal no nascimento, além de desempenhar papel importante nas condições do bebê recém-nascido.

Mesmo com as ações da atenção primária a pleno vapor – afinal, o número de gestantes sem qualquer acompanhamento durante a gestação caiu 63% entre os anos 2000 e 2007 –, Elsa lembra que entre as principais dificuldades encontradas estão a falta de pediatras e neonatologistas nos hospitais e ambulatórios de especialidades em áreas remotas das regiões Norte e Nordeste e a carência de leitos de UTI neonatais. Atualmente, a taxa de mortalidade infantil tem no componente neonatal precoce a maior concentração de mortes infantis.

"...as pesquisas mostram que a cada 10% de ampliação da cobertura reduz-se 4,6% a mortalidade infantil, independentemente de saneamento e escolaridade materna..."

Outro ponto interessante seria o País avançar na área de educação em saúde, principalmente da mulher, com a melhoria do acesso a informações e no método de divulgação. "Entender como elas captam as informações é importante para melhorar a comunicação", afirma a coordenadora. Além da educação em saúde, destaca-se a necessidade da educação formal das mães, pois a educação tem grande impacto nos índices de mortalidade infantil.

Mudar para melhorar: os indicadores de mortalidade infantil

Os indicadores de mortalidade infantil no país revelam que a maioria dos óbitos acontece no período neonatal (primeiros 27 dias de

vida), seja ele precoce (0-6 dias) ou tardio (7-27 dias de vida). É o principal componente da mortalidade infantil, pois houve redução acentuada dos óbitos pós-neonatais (período entre o 28º dia e o final do primeiro ano de vida) que aproximam os índices brasileiros dos perfis epidemiológicos de países desenvolvidos, em que as causas perinatais correspondem cerca de 2/3 dos óbitos em menores de um ano de idade.

No Brasil, portanto, 25% das mortes de bebês ocorrem antes da alta hospitalar, que demonstram a relação dos óbitos com a atenção ao parto, já que a grande maioria deles (98%) acontece em hospitais, mais de 95% são assistidos por profissionais habilitados e 88% por médicos. As principais causas de morte de bebês no Brasil são a prematuridade, as infecções e a asfixia (também conhecida como hipóxia ou falta de oxigenação cerebral). Esta última é a causa com maior potencial de prevenção, se utilizados procedimentos básicos pela equipe de saúde acompanhante e família – um dos motivos pelos quais a escolaridade materna e a educação em saúde são tão importantes.

Vários processos assistenciais que os hospitais e maternidades brasileiros utilizam são rotineiros e não acompanham as atuais evidências científicas. As cesarianas desnecessárias, e a ignorância ou descaso em relação a práticas efetivas de cuidado humanizado ao parto, nascimento e recém-nascido contribuem para estas altas taxas de mortalidade infantil, enquanto a medicina baseada em evidências poderia ter impacto imediato na melhoria dos indicadores.

De acordo com a pediatra e consultora da Política de Humanização Sonia Lansky, a rotina dos hospitais muitas vezes separa a mãe e o filho, e isso aumenta os riscos nos primeiros dias de vida. “Nada melhor do que um bebê que nasce bem e passa a primeira hora após o parto com a mãe. Ele enxerga o rosto da mãe, fica protegido contra microorganismos e esse contato potencializa a interação mãe e filho. Cortar o cordão umbilical precocemente, por exemplo, pode fazer com que o bebê receba menos sangue do que ele necessita, e pode levar a anemia”, diz.

Por outro lado, importantes exemplos de boas práticas são o uso restrito da cesariana, pois ela só é necessária quando a vida da mãe e do bebê estão em risco, e, em geral, fica em torno de 15% do total de partos. A introdução de métodos não farmacológicos para alívio da dor, como o uso da água quente, massagem, acupuntura, musicoterapia e aromaterapia também são importantes, bem como garantir a presença do acompanhante, que apesar de estar previsto na Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ainda não é oferecido por boa parte das maternidades brasileiras.

O acolhimento imediato à gestante, priorização dos

“...Nada melhor do que um bebê que nasce bem e passa a primeira hora após o parto com a mãe. Ele enxerga o rosto da mãe, fica protegido contra microorganismo...”



casos mais graves (classificação de risco) na porta de entrada dos serviços de urgência, a presença do acompanhante no parto, o cumprimento dos 10 passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, o Método Canguru e equipes de saúde qualificadas e atualizadas, bem como a presença das doulas comunitárias são importantes estratégias do Ministério da Saúde para redução da mortalidade infantil e materna, porém há ainda grandes desafios para a maior parte das maternidades brasileiras.

Método Canguru, IUBAAM, Rede Amamenta Brasil, Hospital Amigo da Criança e Doulas comunitárias

Sabe aquela idéia de que o recém-nascido de baixo peso deve ficar isolado, todo o tempo na incubadora, sem qualquer contato com sua família? É um mito que cai por terra a partir da prática do método canguru. Desde 1999 existe a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo peso – que implica em contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, pelo tempo que ambos acharem prazeroso e suficiente. Esse método faz com que os pais participem mais dos cuidados de seu recém nascido. O contato vai evoluindo até que a criança fique na posição canguru (bebê na vertical contra o peito da mãe, pai ou outro familiar). Isso facilita o vínculo do recém nascido de baixo peso e sua família e diminui o tempo que a criança passa na UTI, com conseqüente diminuição da probabilidade de infecção hospitalar.

A Maternidade Santa Helena, em Cuiabá/MT, possui a primeira UTI neonatal do estado que receberá o curso do Ministério da Saúde, que vai acontecer no fim de setembro de 2010, e formará 20 profissionais da UTI neonatal. Com 40 horas semanais, o curso é dividido em etapas teórica e prática e estimula também o reflexo de sucção ao peito, necessário para o aleitamento, além de garantir acesso aos cuidados especializados ao recém-nascido em risco. De acordo com a pediatra da secretaria estadual de saúde, Regina Coeli, esse contato estabelece maior segurança, incentivo ao aleitamento materno e melhor desenvolvimento da criança. Atribui-se ao aleitamento materno a capacidade de reduzir em 13% as mortes de crianças menores de cinco anos por causas previníveis em todo o mundo. O aleitamento materno tem repercussão direta e/ou indireta na vida futura do indivíduo, auxiliando na redução de doenças crônicas como hipertensão, diabetes e obesidade.

Desde 1992 a organização mundial da Saúde e a UNICEF oferecem um "selo de qualidade" para os hospitais que incentivam o aleitamento maternos, desde a entrada da gestante no hospital até a alta.

Estratégia semelhante é a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), criada em 1999, no Estado do Rio de Janeiro. Ela visa a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno pela mobilização das Unidades Básicas de Saúde na adoção dos "Dez Passos para o Sucesso da Amamentação", para tornar a prática do aleitamento materno universal.

Depois de testes envolvendo 24 UBS de várias regiões do estado, a IUBAAM editou os "Dez Passos para o Sucesso da Amamentação". A publicação é fruto de uma revisão sistemática (de Oliveira et al., 2001) das intervenções conduzidas nas fases de pré-natal e acompanhamento do binômio mãe-bebê que foram efetivas em estender a duração da amamentação. Foi criada também uma metodologia de avaliação, a partir de uma adaptação dos instrumentos de avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (WHO/UNICEF, 1992).

A validação científica do material incentivou o Ministério da Saúde a montar uma equipe de especialistas em aleitamento materno para favorecer a implantação da iniciativa fluminense em todo o território nacional. Foram desenvolvidos o Curso de 24 h de Capacitação de Multiplicadores da IUBAAM, o Curso de 40 h de Capacitação de Avaliadores da IUBBAM e o material didático e de avaliação correspondentes.

Um estudo de caso realizado pela Prefeitura do Rio de Janeiro e pela Faculdade Bezerra de Araújo, com



o apoio da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fiocruz, revela que a Iniciativa aumenta a prevalência de amamentação exclusiva em até 20% em crianças menores de quatro meses. Já em crianças entre quatro e seis meses de idade, a prevalência subiu de 41% para 82%.

Além disso, a prevalência de amamentação predominante (crianças que recebem leite materno com água, chá e/ou sucos) caiu para 3% e 1% entre menores de quatro meses e na faixa etária de quatro a seis meses, respectivamente, após a certificação da UBS pesquisada em Unidade Básica Amiga da Amamentação. Antes do título, a prevalência era de 13% e 12%. "A redução significativa da amamentação predominante sugere que a IUBAAM pode ser uma estratégia efetiva para o atendimento das recomendações internacionais que fomentam a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida", enfatizam as autoras.

Toda UBS que atenda a gestantes e faça acompanhamento pré-natal pode se tornar uma Unidade Básica Amiga da Amamentação. Para isto, deve cumprir os "Dez Passos para o Sucesso da Amamentação":

10 PASSOS PARA O SUCESSO DA AMAMENTAÇÃO

Todas as unidades básicas de saúde que oferecem serviço pré-natal e de puericultura devem:

1. Ter uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe da unidade de saúde.
2. Treinar toda a equipe da unidade de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Orientar as gestantes e mães sobre seus direitos e as vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva até os 6 meses e complementada até os 2 anos de vida ou mais.
4. Escutar as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, apoiando-as e fortalecendo sua autoconfiança.
5. Orientar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto.
6. Mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo que vierem a ser separadas de seus filhos.
7. Orientar as nutrizes sobre o método da amenorréia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Orientar gestantes e mães sobre os riscos do uso de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, não permitindo propaganda e doações destes produtos na unidade de saúde.
10. Implementar grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares.

Conheça algumas iniciativas que trabalham com o projeto:

http://www.aleitamento.com/a_artigos asp?id=x&id_artigo=441&id_subcategoria=2

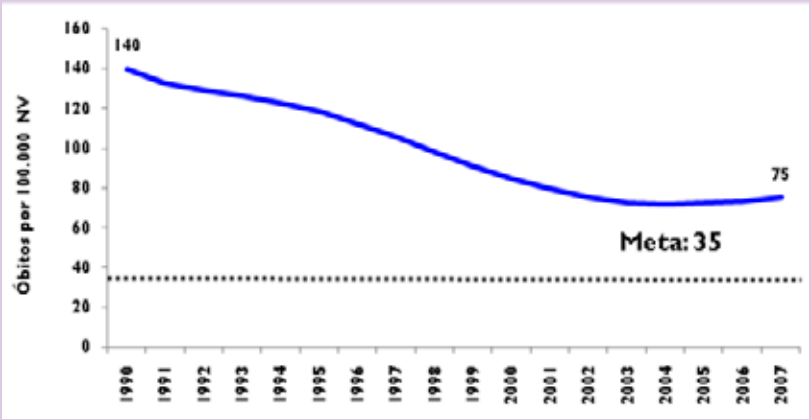
http://www.saude.df.gov.br/003/00301009 asp?ttCD_CHAVE=49050

Outra iniciativa brasileira que visa a promoção, proteção e prática do aleitamento materno é a Rede Amamenta Brasil. Ela atua por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde, apoiada nos princípios da educação permanente em saúde, respeitando a visão de mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais. Atualmente, já foram capacitados cerca de 750 tutores da Rede e mais de 4.500 profissionais da APS.

Por meio do Ministério da Saúde, a iniciativa Hospital Amigo da Criança já credenciou mais de 300 hospitais. O Hospital deve atender a requisitos como a auto-avaliação das práticas de aleitamento conforme os critérios do Ministério da Saúde, e que envolvem desde uma norma escrita sobre aleitamento materno e treinamento da equipe, até a informação e auxílio das gestantes para com a amamentação. Outros pontos importantes são a atitude de só alimentar o recém-nascido com leite materno não dar bicos artificiais ou chupetas, e de permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas.

Para auxiliar a interação mãe-bebê e na amamentação, outra possibilidade importante é a presença das doulas comunitárias, voluntárias que acolhem e acompanham as gestantes na hora do parto, dando-lhes apoio emocional e incentivo, assim como a seus familiares. No Maranhão, a Maternidade Marly Sarney e o Hospital Universitário investem no trabalho

Razão de mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos)



A razão de mortalidade materna (RMM) estima a freqüencia de óbitos femininos ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos (NV).
Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS

com as doulas. No Piauí, a Maternidade Evangelina Rosa alterou a rotina do hospital com essa importante presença.

Para a coordenadora do projeto Doulas Comunitárias, do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, MG, Julia Cristina do Amaral, a doula precisa ser capacitada e entender o seu papel, que é diferente dos demais da equipe de saúde. "Ela não vai ocupar o lugar da equipe técnica, mas estar ao lado para escutar e transmitir à equipe as necessidades da mulher" afirma. Confirma isso a doula comunitária Maria Mazarelo, que atua nesse hospital: "A mulher precisa se sentir segura, e o saber da doula é um saber de experiência de vida da mulher, mas eu não substituo a família".

Saúde materna pode avançar mais

A mortalidade infantil não pode ser analisada de forma isolada, uma vez que está relacionada à mortalidade materna, e o Brasil tem avançado muito na expansão e qualificação das ações voltadas à melhoria da atenção obstétrica e neonatal (veja tabela 1). Para melhorar ainda mais esses níveis, é preciso que a rede de saúde seja eficiente em diferentes ações, como a captação precoce das gestantes pelos agentes comunitários de saúde para iniciar o pré-natal, qualificação da atenção pré-natal realizada pelas equipes de SF, com número mínimo de consultas e exames realizados.

Com o começo precoce do pré natal, a identificação das gestantes de maior risco é feita logo no início e os cuidados necessários (medicações, outros exames, encaminhamentos para outros serviços) podem ser tomados no momento certo. É importante também garantir a segurança dos procedimentos no parto domiciliar, assistido por parteiras tradicionais (veja matéria das parteiras).

Em 1990, a razão de mortalidade materna no Brasil era de 140 óbitos por cem mil nascidos vivos. Os dados mais recentes do Ministério da Saúde datam de 2007 e mostram que esse número caiu quase pela metade, com 75 mortes de gestantes para cada cem mil nascidos vivos. A meta, conforme o gráfico 1, é de que esse número não ultrapasse os 35 óbitos.

Atualmente, a população feminina brasileira é de 90 milhões de mulheres, e 70% delas utilizam o SUS. Com a mobilização e participação dos gestores nas esferas federal, estadual e municipal, bem com da sociedade civil no monitoramento das ações do Ministério da Saúde para reduzir a mortalidade materna e infantil os indicadores podem melhorar ainda mais.



Mobilizar para reduzir a mortalidade infantil e materna

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em resposta a dois Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a redução da mortalidade infantil, com diminuição em dois terços, entre 1990 e 2015, da mortalidade de crianças menores de cinco anos; e melhoria da saúde das gestantes, com redução em três quartos, entre 1990 e 2015, da taxa de mortalidade materna. O Pacto é considerado pela Organização das Nações Unidas uma iniciativa – modelo de mobilização social e diálogo para a promoção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e tem adesão de todos os Estados do país.

A partir dele, uma série de medidas foram adotadas para garantir a melhoria dos cuidados das gestantes e recém-nascidos, com consequente melhoria dos indicadores nacionais. Os dados a seguir ilustram parte das ações para diminuição da mortalidade materna e neonatal:

- **2004** - Lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal
- **2005** - Lei nº 11.108/2005 - Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS
- Publicação da Portaria nº 33/2005, que inclui a sífilis em gestantes na listagem nacional de doenças de notificação compulsória
- **2006** - Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária
- **2007** - Lei nº 11.634/2007 - Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS
- **2008** - RDC nº 36 da ANVISA - Regulamenta o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal
- Portaria nº 1.119/2008 - Regulamenta a vigilância dos óbitos maternos
- Portaria nº 3136 GM/MS - - Define o repasse de incentivo financeiro (R$ 2,7 milhões) para Estados, Distrito Federal e municípios auxiliarem as maternidades de referência a se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para a atenção ao parto e ao nascimento
- **2009** – Início do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste
- Curso de urgências e emergências obstétricas para médicos e enfermeiros que atendem na rede pública de saúde do país (ALSO). Qualificados 1000 profissionais de saúde até o final de 2010
- Qualificação de parteiras tradicionais em Estados do Nordeste e da Amazônia Legal. Até 2009, foram qualificadas parteiras tradicionais dos Estados de AM, BA, PA e RR. Em 2010, está prevista a qualificação de parteiras tradicionais de AP, PB, PE, PI, RR e TO. ■

Fonte: Área técnica de Saúde da Mulher – Ministério da Saúde

Melhorias da saúde da gestante no Brasil

Tabela 1: 1996 - 2006

	1996	2006
Proporção de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados	83[1]	99[2]
Porcentagem de mulheres de 49 anos que usam métodos contraceptivos	55[3]	68[4]
Taxa de nascimentos entre adolescentes	86[5]	83[6]
Cobertura de atendimento pré-natal (pelo menos uma visita)	86	99
Cobertura de atendimento pré-natal (pelo menos quatro visitas)	76	90

Fonte: PNDS – 1996/2006
Sinasc - CGIAE/DASIS/SVS/MS

Porcentagem dos partos realizados em ambiente hospitalar ou outro estabelecimento de saúde – Sinasc/CGIAE/DASIS/SVS

[2] Ibid.

[3] Algum método contraceptivo (modernos e tradicionais).

[4] Ibid.

[5] Taxa específica de fecundidade por idade (em 1996, de cada 1000 mulheres de 15-19 anos de idade, 86 tiveram filhos. Essa taxa refere-se ao período de 0-3 anos anterior à pesquisa).

[6] A taxa específica de fecundidade por idade em 2006 também se refere ao período de 0-3 anos anterior à pesquisa.

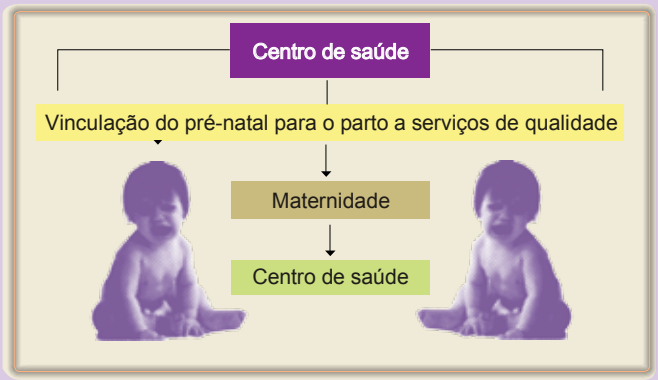


Início na Atenção Básica é compromisso ético do SUS com a gestante

As gestantes do estado de Roraima têm um bom motivo para comemorar. A partir do mês de novembro, assim que procurarem a Unidade Básica de Saúde e a gravidez for confirmada, terão a oportunidade de conhecer a maternidade onde terão ter o bebê. O projeto "*Enquanto o bebê não chega*", desenvolvido durante o pré-natal na UBS, possibilita que a gestante conheça as práticas de parto humanizado do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré, referência no estado, e obtenha informações sobre cuidados com o bebê e a importância do aleitamento materno. Essa iniciativa surgiu a partir dos conceitos de acolhimento em rede e vinculação, e pode fazer toda a diferença na hora do parto. A mulher que sabe onde vai ter seu bebê não peregrina de maternidade em maternidade, pode escolher seu acompanhante previamente e se sentir mais segura na hora do parto.

O caso de Roraima precisa ser replicado em todo o Brasil, pois a gestante não deve enfrentar filas, nem marcações espaçadas de consulta e deve ter prioridade. Este é um principio ético do SUS, e para implementar esse acolhimento em rede, há iniciativas interessantes que facilitam a integração entre atenção primária e os demais serviços da rede de saúde. As centrais de marcação de consultas e os fóruns perinatais são exemplos de iniciativas que possibilitam essa vinculação nos estados que, diferentemente de Roraima, possuem mais de uma maternidade. "A gestante em trabalho de parto é prioridade absoluta e deve ser acolhida em qualquer ponto da rede de saúde, pois é uma urgência. Se o serviço que a acolhe não tem os equipamentos necessários, precisa acionar outros serviços e oferecer o que ela necessita, tendo transporte responsável por ela", afirma a supervisora do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais, Sonia Lansky. A médica acompanhou de perto a implantação da rede perinatal de Belo Horizonte, em 1999, e de lá pra cá a cidade é referência em acolhimento em rede, possuindo 147 centros de saúde e 536 equipes da saúde da família, que cobrem mais de 75% da população da capital mineira.

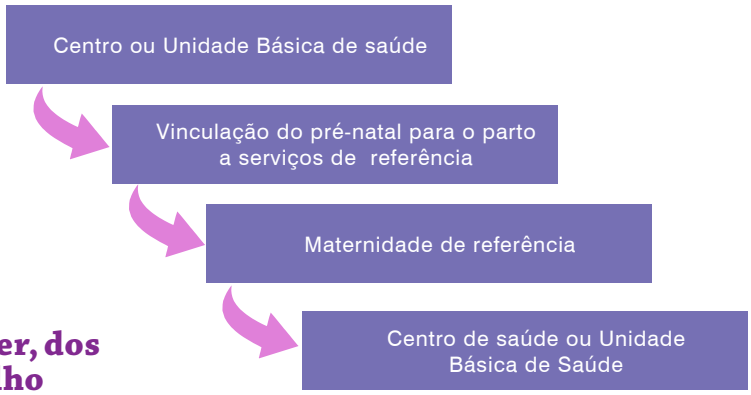
Quadro – Fluxo de assistência de qualidade para gestante e recém-nascido



Atenção Primária como orientadora do acolhimento em rede

A legislação brasileira prevê que o local de parto é responsabilidade do SUS e toda gestante tem direito de saber onde ele será realizado (lei 11634, de 2007). A atenção primária é responsável desde o início da gravidez até a continuidade do cuidado após a alta (veja quadro 2) – por isso é essencial para o bom cuidado da gestante que ocorra uma aproximação formal entre os serviços de APS / SF e os serviços que são responsáveis pelo parto. No Brasil, porém, parte das gestantes peregrina até encontrar algum local que tenha vaga para o parto, e, juntamente com seu bebê, fica exposta a mais riscos. Para evitar essa peregrinação, a rede de saúde de Belo Horizonte funciona de forma que o centro de saúde aciona a central de regulação por telefone e, a partir da necessidade de cada caso e do local onde a gestante mora, o local de parto é definido.

Quadro 2 – Fluxo de assistência de qualidade para gestante e recém-nascido



Decisão da mulher, dos gestores e trabalho conjunto

É preciso estabelecer uma rede de cuidado e atenção ao parto, fornecendo um serviço para que a mulher se prepare, inclusive sob o ponto de vista emocional, e negocie seus direitos, como, por exemplo, o acompanhante. "Ela não pode ter incerteza em relação ao momento do parto, mas segurança", afirma a psicóloga e consultora da Política de Humanização, Aline Costa. A vinculação para o parto é uma oferta da rede de saúde, porém não se sobrepõe ao direito de escolha da mulher, pois a rede de saúde deve se organizar e fazer a vinculação regionalizada, mas se a mulher não quer ter o seu filho no local definido, o centro de saúde pode acolher essa situação, avaliar e organizar outro fluxo.

Toda UBS pode iniciar o acolhimento em rede, mas nenhuma faz isso sozinha. O acolhimento precisa ser pactuado coletivamente, com trabalho em conjunto, desenho de rede no município, distrito e território de saúde. Para isso, os fóruns perinatais são espaços para pactuação com toda a rede de saúde sobre as ações de acolhimento. Eles são realizados a partir de encontros regulares entre atenção primária, maternidades, secretarias de saúde, sociedades de profissionais e membros do Ministério Público, para planejar, avaliar e construir coletivamente as ações da rede de saúde a partir da necessidade da população e capacidade dos serviços. Não é possível disponibilizar leitos hospitalares se não se discutir com toda a rede e pactuar a ampliação do acesso. Nos estados da Paraíba e do Rio Grande do Norte, os fóruns tem chamado à discussão, desde o início de 2010, toda a rede de saúde, para construirem um modelo de acolhimento em rede, a partir do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais.

Assim como nos casos de Roraima e Belo Horizonte (com o projeto "*Enquanto o bebê não chega*" e a Central de Marcação de Consultas), as ações da atenção primária são os primeiros passos para o acolhimento em rede e melhoria dos indicadores nacionais. "O papel do gestor é não deixar nenhuma mulher esperando. Acolhimento em rede é uma decisão gestora, descentralizada, municipal e os territórios devem promovê-lo," finaliza Lansky. ■

Parteiras tradicionais: presença em todo o Brasil



Desde sua criação, em 2000, o programa "Trabalhando com Parteiras Tradicionais" tem qualificado a assistência ao parto domiciliar, trabalho que envolve parteiras tradicionais, mulheres e profissionais de saúde em áreas de difícil acesso aos serviços do SUS. Até o ano de 2010, cerca de quinze Estados da Federação e, aproximadamente, 150 municípios participam dessas ações pela promoção de cuidados continuados e redução das mortes maternas e neonatais em populações ribeirinhas, indígenas, quilombolas, de floresta e áreas rurais.

Fotos: Radilson Carlos Gomes



Até o final do segundo semestre de 2010 já estarão qualificadas, por meio de ações promovidas pelo Ministério da Saúde e entidades parceiras, mais de três mil profissionais, entre parteiras(os) e profissionais de saúde. O Programa tem trabalhado três eixos estratégicos: o de Conhecimento (levantamento e cadastramento de parteiras(os); o de Qualificação (apoio e execução de cursos de capacitação); e o de Inclusão no SUS (discussão quanto ao reconhecimento formal/legal, criação de redes para suporte de emergências, e fornecimento de material de trabalho).

As áreas técnicas de Saúde da Mulher e de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e o DAB atuam mediante parcerias para a formação de Centros Colaboradores, nas regiões Norte e Nordeste, na perspectiva de integração do SUS, com o desenvolvimento de ações de médio e longo prazo. Entre as ações promovidas por parcerias estão o levantamento de dados sobre parto e nascimento domiciliares; realização de pesquisas, cadastramento e qualificação das(os) parteiras(os) tradicionais; construção de redes de



articulação de parteiras(os) e profissionais de saúde; qualificação para os cuidados iniciais com o recém-nascido nos primeiros trinta dias de vida.

Além disso, as parteiras tradicionais cadastradas em estabelecimentos como as secretarias municipais de saúde, desde 2009, podem ser consideradas agentes notificadores da Declaração de Nascido Vivo, documento importante para a realização do Registro Civil, o que é garantido pela Portaria nº 116, de 2009, ou a notificação ativa de óbitos e nascimentos junto a Secretaria de Vigilância em Saúde.

Diversos materiais de apoio para a formação de parteiras(os) têm sido desenvolvidos: o Livro da Parteira, o Manual Trabalhando com Parteiras Tradicionais, folders e vídeos, tais como o documentário "De Parteira a Parteira" e o curta sobre as Parteiras Kalungas.

O projeto "Trabalhando com Parteiras Tradicionais na Assistência ao Parto e ao recém-nascido" tem sido boa fonte de enriquecimento e troca de experiências. Se, por um lado, os profissionais de saúde contribuem com conhecimentos técnicos sobre gestação, parto, puerpério e cuidados neonatais seguros, as parteiras dão lições de solidariedade, de vínculos com as mulheres atendidas, além do próprio saber baseado na experiência e tradições em um contexto de dificuldades da assistência à saúde.

A seguir, curtos relatos de parteiras de região amazônica.

"Comecei aos 26 anos. Um parto marcante? O da minha irmã, do primeiro filho que ela teve que foi o primeiro parto que fiz. Minha mãe me chamou e disse: "Minha filha, vamo embora, vem aqui me ajudar, tua irmã tá tendo neném. É bom a gente aprender, pra salvar vida ". Naquela época, no ano de 85, foi um pouco difícil, demorou só um pouco."

Ristelma Dos Santos Padilha, 49 anos. Roraima, Comunidade Indígena Ponta da Serra - Makuxi.



"Eu fiz o primeiro parto aos 16 anos, e aprendi assim. Meu marido começou a trabalhar num posto de saúde, e eu sempre ajudava ele... Das histórias mais interessantes que tive, foi o de duas crianças. Uma que nasceu de pé, pois a mãe não queria vir pra cidade, pra maternidade, e eu já sabia como a criança estava. Aconteceu de madrugada, o parto, graças a Deus a criança nasceu, deu certinho.

Outro foi uma criança que eu quase perdi. A mãe teve o neném, só que estava enlaçado com o cordão umbilical e a criança quase morta. E eu tive que recuperar a criança. Eu lembrei de um estudo na enfermagem, que eu também sou agente de saúde, de fazer a massagem cardíaca, no peito. Aí, a mãe já tinha desesperado e falou pra mim "não tem mais jeito", e eu comecei a fazer a massagem. Insisti e insisti, cansei, mas insisti e trouxe a criança de volta. Respirou bem fraquinho, começou a chorar, e fiquei satisfeita quando retornei aquela criança."

Naida Melquior da Silva, 32 anos. Roraima, Comunidade indígena Maturuka - Makuxi.

Os dois milagres de Santa Hilda: cultura e saúde em mundos diversos *

Leonardo Vieira Targa

Um milagre é do que eu preciso! Será possível que, depois de velha, tenha que voltar a ser criança para ouvir que me digam: – Fique aqui! Ou, então: – Saia daí!

Não serei mais capaz de saber o que é melhor para mim? Ah, são necessárias mil ave-marias e, sabe-se lá, quanta promessa! É ao menos assim que penso, "do alto" dos meus 90 e tantos anos, todos vividos nesta casa da qual agora querem me arrancar. Não que eu olhe a vida ou qualquer coisa "do alto", tentação que nunca sofri, pelo contrário, olho bem de frente. Ou melhor ainda, de lado, que a vida não é de se mostrar assim toda, como aquela vizinha, que acha que eu não sei, mas, quando me traz as compras, eu sinto o perfume da oferecida. E as roupas que usa! E o jeito que se arruma! Nem parece uma filha de alemães, nascida aqui na colônia. Não, a vida se mostra aos poucos, sábia e cautelosa.Mas o fato é que já passei dos 90. E, se não sei o quanto, é porque quando nasci não se escrevia, nem se controlava em certidão ou documento. Nascia e pronto. Mamei em minha mamãe – que Deus a guarde! –, brinquei com meus seis irmãos e irmãs, depois fiz primeira comunhão, crisma, que não sou nenhuma pagã, e agora é só esperar a extrema unção... rogai por nós, agora e na hora de nossa morte. Casar, nunca quis. É que mamãe sempre quis que eu fosse a que cuidasse deles. E assim eu fiz. Eu e meu irmão Jacob.

Nos tempos antigos era assim, como lá na Alemanha. Quando papai e mamãe vieram parao Brasil, queriam manter como lá. Não como hoje, quando todos os filhos ganham uma parte. A herança naqueles tempos era do mais novo. Terra, casa, criação, tudo mais. Não que tivesse muito, que se fossem ricos não tinham vindo para o Brasil. Por outro lado, esse irmão mais novo, no caso Jacob, tinha que trabalhar pros outros até que todos estivessem com a vida arrumada, só aí podia escolher esposa e chamar o padre. E cuidar do pai e da mãe mais que os outros. Aí conquistava a propriedade. Antonio foi abrir picada lá pros lados da Linha Nova. O Johann virou padre, para orgulho da família. Maria Hedwig morrera jovem, dizem que do pulmão. Anna, a mais bela, casou e se mudou para casa dos sogros, "colonos fortes", não como muitos brasileiros que têm por aí. Por fim, o Ivo ficou para músico e trabalhava para o Jacob, que sempre o tratou muito bem. Foram-se todos. Só fotos velhas na parede gasta. Os filhos e netos, eles só querem o dinheiro! Assim

*3º lugar (Júri Técnico) no I Concurso de Contos Saúde da Família, realizado durante o 10º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade.

**Leonardo Vieira Targa é médico de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Petrópolis, Rio Grande do Sul.

é que foi morrendo o Jacob, duas vezes sobrecarregado: tinha que cuidar dos pais e ainda brigar para manter seus direitos de herdeiro.

Mas eu estou velha mesmo, a me perder em lembranças! Este mundo já foi. Como esta casa, engolida pelo mato, aos poucos. Como eu, que necessito agora só um milagre. Jesus vai me ouvir, por intercessão de Nossa Senhora. Algo que me faça morrer em paz, nesta terra que recebeu o corpo de meus queridos.

Mas olha que lá vem o médico e aquela enfermeira que fala por ele. Como seria bom um médico que falasse alemão! E, junto, aquela filha dos Koth, que agora chamam de agente (ou assistente?) de saúde.

– Bom dia! Friozinho, não?

Ah, isso ele já sabe em alemão!

– Como estou?

Assustada e saudosa...

– Muito bem! Doem as juntas e me falta, às vezes, o ar.

Que me importa se a falta de ar é quando vou morro acima ou no plano!

– Não sei. Acho que é quando recordo que querem me tirar desta casa.

Ah! Esta... da saúde, essa filha dos Koth, já me viu capinar com a enxada numa mão e a bengala na outra.

– Doutor, diga para eles que eu posso ficar aqui!

Preciso respirar e manter a calma! Preciso parecer bem!

– Não preciso ir para asilo nenhum! Alguém pode vir ficar comigo e me ajudar! Eu posso me cuidar ainda! Diga a ele, enfermeira! Fale para ele em “brasileiro”.

Bem sei que ninguém hoje quer ficar com esta velha opiniática que me tornei, nesta casa sem eletricidade ou banheiro, sem bobagens ou luxos...Se eu tenho os pés inchados?

– Claro! Pés de velha. Isso é normal, na minha idade. Olhe!

Eu sei que a sobrinha está de olho nestas terras... Assim que eu pisar à rua eles vêm e acabam com tudo num segundo! Eles querem que eu morra! Deixaria tudo mais fácil. Talvez fosse mais fácil, mesmo.

– Diga a eles, doutor, que eu não preciso sair. O senhor me dá uns comprimidos, quem sabe uma boa injeção de vitaminas e eu posso até rachar lenha! Eu estou forte! Diga a ele, enfermeira, diga!

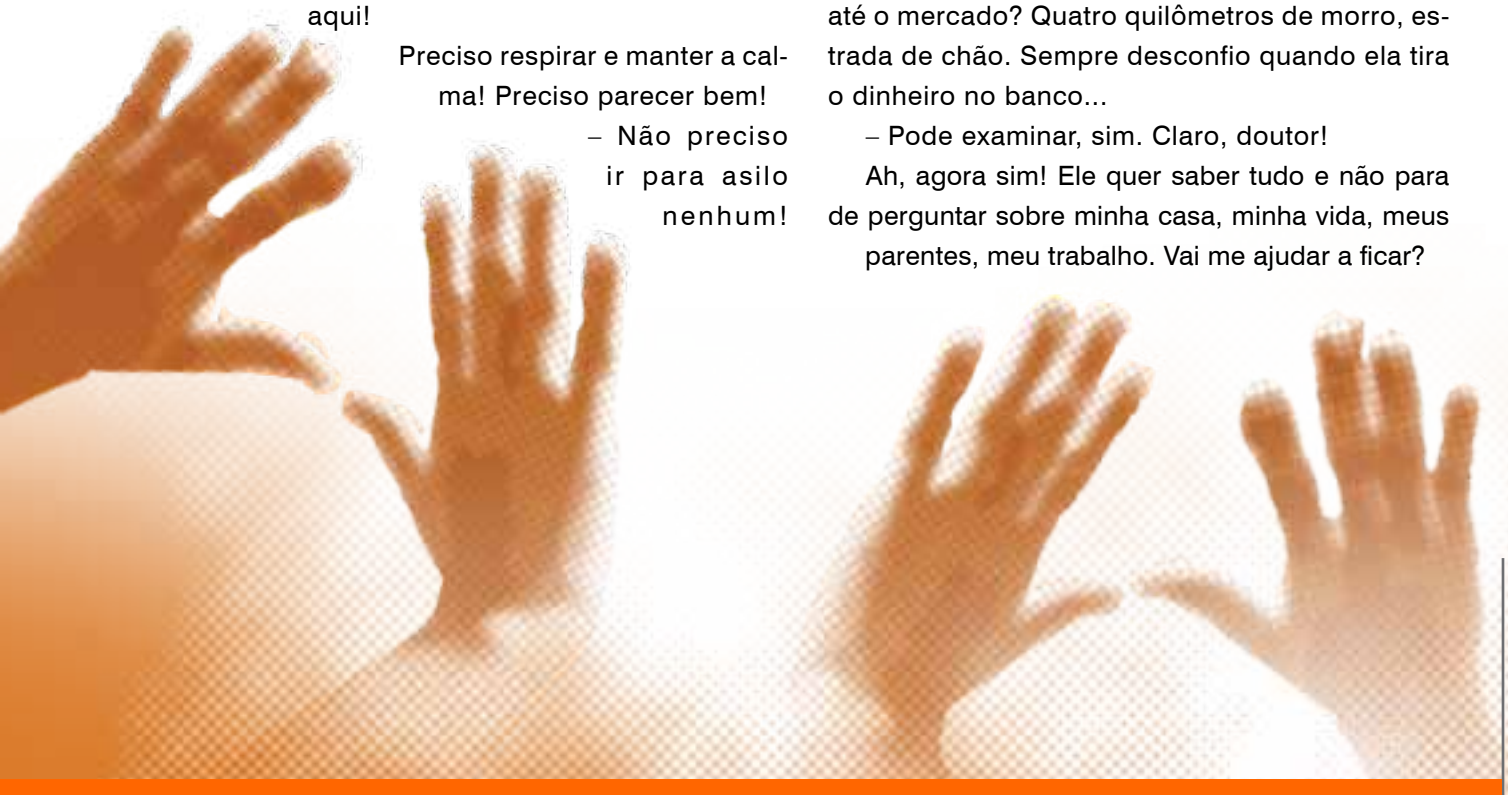
Ah! Quem eu quero enganar? Ele bem vê que esta casa já não é como foi...Preciso de um milagre! Até que ele tem um olhar atencioso. Arrisca umas palavras em alemão. Mas tem a pele escura dos brasileiros. Se ele aprender a língua, logo vou poder falar melhor o que sinto! Aí ele vai me ajudar a ficar!

– Olhe estas batatinhas. Eu plantei com estas mãos tortas!

Bem sei que, se a vizinha não trouxesse pão, sal, carne, eu morreria de fome! Também, como ir até o mercado? Quatro quilômetros de morro, estrada de chão. Sempre desconfio quando ela tira o dinheiro no banco...

– Pode examinar, sim. Claro, doutor!

Ah, agora sim! Ele quer saber tudo e não para de perguntar sobre minha casa, minha vida, meus parentes, meu trabalho. Vai me ajudar a ficar?





– Já vão? Que rápido... Diga a minha sobrinha, quando a vir lá no posto, que ela não precisa vir. Eu estou muito bem aqui! Eu posso me cuidar sozinha!

Eu sou a filha escolhida para cuidar de papai e mamãe. Eu e o Jacob! É nosso direito ficar com a casa e com as terras!

***

Só com um milagre! Destes, nem tão raros, que vi em três décadas de medicina, apesar de toda a tecnologia. Mas agora não se trata de um prognóstico diferente ou de uma cura improvável. Essa jovem mulher, percebo agora, veio até aqui consultar sem estar doente.

– Preciso de um atestado, doutor. Minha tia-avó está muito mal e não pode mais ficar sozinha. O advogado pediu para o senhor escrever que ela não pode mais. Ela tem que ir para um asilo.

Como fazê-la entender que isso pode ser pior que condená-la à morte?

– Ela é muito velha e já caiu no mato duas ou três vezes, sem conseguir se levantar. Aquele casebre não tem luz, nem banheiro! Ela vai acabar morrendo e ninguém vai saber.

Não será isso mesmo que ela deseja?

– Não, doutor. Já tentamos de tudo. Ninguém quer ficar lá com ela. Ela mesma não quer ninguém. Ela é muito difícil. Só nos resta o asilo.

...Que pode ser pago com a aposentadoria e, se houver sorte, ainda sobra!

– Uma enfermeira! Que enfermeira aceitaria ficar lá ou ir lá todo dia? E ela não ia querer pagar. É muito sovina a velha!

Realmente. Para quem cresceu assim, não é tão difícil: sem banhos quentes, sem televisão, sem automóvel ou geladeira. Mas, para os outros, não. Ninguém parece querer isso, mesmo por dinheiro. E o gênio dela não ajuda muito... Até que a sobrinha não tem muita opção, coitada. Se a deixar lá, pode ser acusada de maus-tratos ao idoso e ainda se incomodar legalmente.

Cheguei ao meu limite, admito. Questiono até se meu envolvimento com o caso não está sendo influenciado demasiadamente pela simpatia que sinto pela senhora. Não, quando penso melhor, sei que nem sequer chego a simpatizar com ela. Será que estou então a me colocar no lugar dela, próximo que estou de minha aposentadoria? Gostaria tanto de ter a tal “competência cultural” que tanto ouvi falar na minha formação e acho que nunca entendi direito.

Ou estarei sendo negligente? Merece a situação uma enérgica ação biomédica? Com direito à violência sanitária, destruição do barraco e desinfecção total, a ferro e fogo, como nos tempos da epidemia de febre amarela em

Santos? Quanto mais penso, menos sei...

– Obrigada, doutor. Vou levar este atestado para o advogado que está cuidando de tudo e para a assistência social que virá buscá-la.

É somente um atestado inútil de insuficiência cardíaca e artrose. Assim talvez ganhemos um tempo. Ao menos não menti. A assistente social, entretanto, me odiará por minha ineficiência... Mas como poderia eu atestar que ela não pode ficar sozinha?

Cada árvore e cada pedra daquela mata têm uma história para ela e formam a mais rica rede de apoio que ela deseja. Sua falta de ar me parece, às vezes, saudade anacrônica do que sabe que está prestes a perder. Seus pés inchados, âncoras a se agarrar como podem no chão. Nossa equipe, apenas um possível aliado na luta mais importante de sua vida. Não contra a doença ou a morte, pois estas não lhe metem medo, mas a luta contra o tempo, que destrói seus valores e a separa de seu destino sonhado. Sofre duas vezes a carga, o antigo e o novo *burnout*: ter cuidado dos pais até a morte e não poder usufruir até o fim a terra, cobiçada pela nova forma de dividi-la, em herança.

"...Ah! Quem eu quero enganar? Ele bem vê que esta casa já não é como foi...Preciso de um milagre! Até que ele tem um olhar atencioso. Mas tem a pele escura dos brasileiros. Se ele aprender a língua, logo vou poder falar melhor o que sinto! Aí ele vai me ajudar a ficar!..."

***

Eis que vejo passar, da janela do posto de saúde, um carro. A assistência social veio buscar Hilda. Esse é seu nome, misto de santa eremita, filha obediente, vítima e algoz do que restou de sua família. Provavelmente para o asilo. Talvez fique melhor lá. Ou nós que estaremos melhor com ela lá?

Dois milagres, no entanto, aconteceram. O menor, o prolongamento tão desejado por ela de seu tempo em casa, por mais de um ano, proporcionado em parte por minha catimba com atestados e comprimidos, as visitas da vizinha e da equipe de saúde. O outro, bem maior e mais raro, o fato de um médico (sujeitinhos difíceis, em geral) ter se questionado se não serão só as interpretações, a cultura, a forma de ver, mas os próprios mundos que variam entre as pessoas. Se isso for verdade, é com estes mundos diversos que alguém deve lidar se quiser ajudar a cuidar de alguém.



Por: Tiago Souza/ Fernando Ladeira

Brasil discute inclusão da Medicina Tradicional nos sistemas de saúde



O Brasil foi um dos treze países convidados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para participar do workshop "Oferta e Monitoramento de Serviços no Sistema de Saúde", devido aos diferenciais que apresentaram durante o Congresso da OMS sobre Medicina Tradicional, realizado em 2008, na China. O workshop, realizado entre 21 a 24 de junho de 2010, em Shangai, promoveu a discussão de recomendações gerais e específicas que deverão constar da próxima Classsificação Internacional de Doenças (CID) 11, da Organização, cuja expectativa é de que inclua a Medicina Tradicional (MT) em capítulo específico.

A experiência brasileira – única na America Latina - foi apresentada pela Coordenadora Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (CNPIC/DAB/SAS/MS), Carmem De Simoni. "O interesse da OMS foi de conhecer e discutir como as práticas de Medicina Tradicional estão ancoradas na Atenção Primária dos países, e quais as ações realizadas e dificuldades para que sejam realizadas nas áreas de informação e divulgação, informação e capacitação, monitoramento e avaliação", informou.

Devido a isso, os participantes receberam de Carmem De Simoni informações quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios doutrinários e organizativos, sobre



a Política Nacional de Atenção Básica e a forma de financiamento, e como a Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa (MT/MCA) – termo alcunhado pela OMS, está integrada na Atenção Básica e no SUS. No caso brasileiro, além da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC, lançada em 2006, por meio da Portaria GM nº 971 e GM nº 1600, que institui no âmbito do SUS, ações relativas a Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Plantas Medicinais e Fitoterápicos, Medicina Antroposófica e Termalismo Social, há ainda o Decreto Presidencial nº 5813 que institui a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos - há um conjunto de normatizações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para o uso de plantas medicinais e distribuição de medicamentos à base de plantas.

De acordo com a programação do evento após o Brasil apresentaram suas experiências: China (co-patrocinador do workshop), Cingapura, EUA, Hong Kong, Itália, Myanmar, Noruega, Reino de Bahrain, Sultanato de Omã, Suiça, Tailândia e Vietnã. Os participantes conheceram ainda o sistema de monitoramento chinês e fizeram visitas a dois hospitais com atendimento exclusivamente por Medicina Tradicional Chinesa (sem uso de alopatia). Finalmente, realizaram trabalhos em grupo para aprofundar os temas de interesse da OMS.

"... O interesse da OMS foi de conhecer e discutir como as práticas de Medicina Tradicional estão ancoradas na Atenção Primária dos países, e quais as ações realizadas..."

"A partir do conhecimento do sistema de monitoramento chinês demos sugestões sobre o que seria relevante para o país a fim de alinhar-se ao restante do mundo, pois a intenção da Organização é de estabelecer as bases de uma plataforma mundial para a Medicina Tradicional, e sua inclusão nos sistemas públicos de saúdes", ressalta Carmem De Simoni. Ela enfatiza que a MT é o sistema de saúde de toda a Ásia e países do Oriente Médio, e que a OMS pretende normatizar cuidadosa e sensivelmente o tema para não ferir posições de outros países, que não tem na Medicina Tradicional a base de seus sistemas públicos de saúde.

Carmem lembra que entre 2002 e 2005 a Organização Mundial da Saúde preparou sua Estratégia para Medicina Tradicional e Medicina Complementar, que significou o "pontapé" para a inclusão da MT/MCA nos sistemas públicos de saúde com foco na segurança e eficácia em procedimentos e resultados. A essa ação o Brasil respondeu com o lançamento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), em 2006, por meio da portaria 971 do Ministério da Saúde. "A institucionalização fortaleceu uma série de ações isoladas dessas práticas não convencionais que já eram realizadas por Estados e municípios", afirma ela. ■



Por: Tiago Souza

Brasil vai sediar o maior Congresso Mundial de Medicina de Família

A definição da sede do 21º Congresso da Wonca aconteceu no segundo turno de uma disputa acirrada entre Brasil, Austrália e Coreia do Sul. A candidatura brasileira, que apresentou a cidade do Rio de Janeiro como sede, foi a vencedora. Considerada a mais técnica de todas as apresentações, a campanha mostrou um vídeo com equipes de Saúde da Família trabalhando em diferentes lugares do país e um depoimento de apoio do Ministro da Saúde José Gomes Temporão.

O Rio superou Sidney e Seul durante a 19ª edição do evento, em Cancún, no México. A próxima edição será realizada em 2013, em Praga, capital da República Tcheca. Em 2016 será a vez do Brasil, e deverão se reunir cerca de 11.000 pessoas de todo o mundo. "A Austrália e a Coréia do Sul utilizaram estratégias tradicionais ao serem avaliadas pelos conselheiros, e a questão do idioma também pesou, pois os países com maior número de colégios médicos são anglo-saxões. Nós ganhamos pelo reconhecimento do trabalho realizado no país", contou Claunara Schilling Mendonça, Diretora do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Claunara participou do 19° Congresso no México, onde também apresentou sua tese de mestrado que trata da redução de internações sensíveis em Atenção Primária no município de Belo Horizonte/MG, devido à presença de médicos de família nas Equipes de Saúde da Família.

A maior reunião de profissionais da Atenção Primária à Saúde no mundo será uma ótima oportunidade para apoiar e divulgar a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O Congresso da Wonca – Organização Mundial de Médicos de Família (World Organization of Family Doctors) acontece a cada três anos e é um evento de visibilidade mundial, que colocará a experiência brasileira na área de saúde em evidência na próxima década.

A Atenção Primária à Saúde é o modelo defendido pela Organização das Nações Unidas e adotado por países ricos e com altos Índices de Desenvolvimento Humano. Estudos demonstram que o crescimento de 10% da cobertura de Saúde da Família proporciona uma redução de 4,6% da mortalidade infantil. Nos municípios com equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a redução da mortalidade é 20% mais efetiva do que nas demais localidades.

No Brasil, o número de equipes de SF passou de 19.068 em 2003 para 31.500 em 2010, representando um aumento de 61%. No mesmo período, o número de cidadãos atendidos passou de 35,7% da população para 51%. A Atenção Primária à Saúde para ser completamente efetiva deve ser disponibilizada a 100% da população brasileira - cada cidadão com uma equipe de saúde que o cuide – e necessita coordenar esse cuidado na rede de atenção. Essa é uma mudança capaz de gerar valor para as pessoas, satisfazer os cidadãos e envolvê-los na defesa de um sistema público de saúde dirigido pela APS. ■

A ilustração como tecnologia de apoio a programas de saúde: a percepção dos familiares de crianças com asma[1]

Maria Lucia Medeiros Lenz. Médica de família e comunidade. Especialista em saúde pública. Coordenadora do Programa da Asma do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre. Estudante do Curso de Especialização em Expressão Gráfica da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da PUCRS. Endereço postal: rua Francisco Trein, 596. CEP: 91350-200. E-mail: mlenz@terra.com.br

Marcos Villela Pereira. Licenciado em Filosofia; Doutor em Educação; Professor Titular do Programa de Pós Graduação em Educação da PUCRS. E-mail: marcos.villela@pucrs.br

Paulo Roberto Silva da Silva e Fabiana Dubois. Médicos pneumologistas pediátricos do Hospital da Criança Conceição do Grupo Hospitalar Conceição

Elineide Camillo. Farmacêutica do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

Norma Beatriz Vieira Pires. Enfermeira do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

RESUMO

Trata-se de um estudo de recepção de um projeto gráfico para a elaboração de um plano de ação para tratamento dos sintomas por familiares de crianças com asma. O objeto de estudo foi construido por profissionais da saúde que prestam assistência em diferentes níveis de atenção: atenção primária, ambulatório especializado e hospital. Foram realizadas seis entrevistas individuais com familiares de crianças com asma e moradoras do território de atuação do Serviço de Saúde Comunitária de Porto Alegre. Apresenta-se a percepção das famílias sobre o material estudado, relacionando-a ao objetivo de facilitar o manejo domiciliar dos sintomas e reduzindo assim, repetidas idas à emergência e internações desnecessárias. Conclui-se que os familiares reconhecem a importância e sentem-se mais seguros para manejar os sintomas de seus filhos em posse de um material de apoio escrito e preferem que seja ilustrado, permitindo o reconhecimento rápido, pontuando os passos e descrevendo parte da técnica inalatória.

Palavras-chave: Programas de Saúde; Comunicação e Saúde; Asma; Recepção

[1]O presente estudo contempla um texto inédito, não financiado, sem conflito de interesse, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC). Projeto número 10-005



INTRODUÇÃO

Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), como as do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, caracterizam-se por facilitar o acesso da população ao sistema de saúde, acompanhar famílias ao longo do tempo, enfatizar práticas preventivas e educativas, coordenar o cuidado ofertado em diferentes níveis de atenção e oferecer uma atenção à saúde integral e qualificada à população moradora de um território delimitado (STARFIELD, 2002).

As ações programáticas desenvolvidas no SSC representam um conjunto de atividades que buscam organizar o cuidado à saúde de uma população de 108.000 habitantes, moradores da região norte de Porto Alegre. Famílias que se apresentam mais vulneráveis são priorizadas, objetivando a equidade e redução de morbimortalidade. A asma é um problema prioritário em saúde publica, encontrando-se entre os cinco principais motivos de consulta no SSC. É considerada uma doença passível de controle ambulatorial, ou seja, sem necessidade de hospitalização, e representa o primeiro motivo de internação em menores de 19 anos no território de atuação do Serviço de Saúde Comunitária (LENZ, 2008). Programas estruturados, educação e saúde e acesso à medicação são considerados os pilares fundamentais para o controle da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2006; GINA, 2008; BRITISH THORACIC SOCIETY, 2008). Estudos com grupos de controle evidenciam que a utilização de um plano de ação escrito pela família promove um manejo adequado reduzindo idas repetidas à emergência e internações desnecessárias (BRITISH THORACIC SOCIETY, 2008).

No SSC, assim como no ambulatório especializado e no hospital de referência para a população em questão, ou seja, nos diferentes níveis de atenção de um sistema de saúde, vários modelos de planos de ação já foram confeccionados (BRASIL, 2008). No entanto, uma baixa utilização desses materiais foi observada em avaliações sistemáticas do Programa da Asma do SSC (BRASIL, 2009). Entre 140 crianças hospitalizadas por asma, observou-se que 81% dos familiares não tratam os sintomas de seus filhos de forma adequada, e apenas 5% afirmaram utilizar um plano de ação escrito. Entre os motivos mais frequentes para o manejo inadequado dos sintomas encontram-se: demora para iniciar o tratamento, pelo não reconhecimento da tosse como um sintoma da asma; utilização de subdoses de medicação; aplicação da medicação inalatória em intervalos muito longos

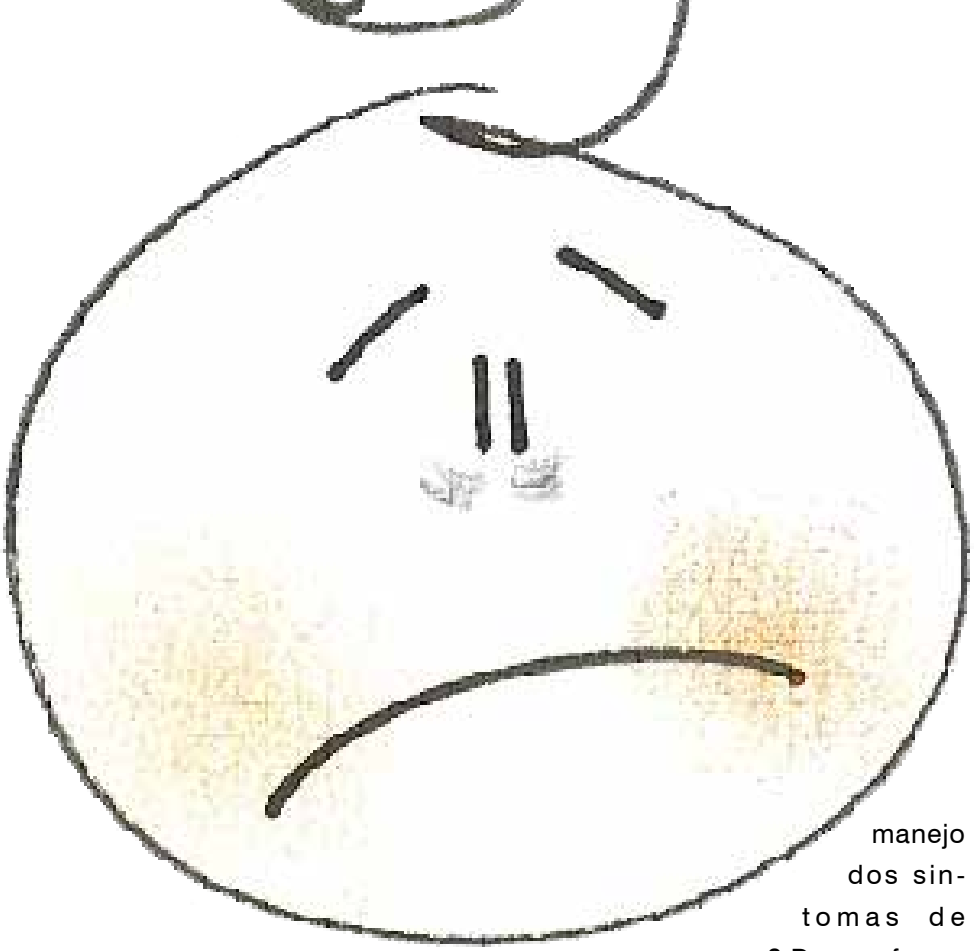
e utilização de técnica inadequada (SSC, 2009).

Uma avaliação dos planos de ação elaborados e disponibilizados aos médicos do SSC, para que sejam entregues aos familiares durante a consulta, realizada por profissionais de saúde que atuam na coordenação do Programa, concluiu que, além de informações técnicas discordantes os materiais não estavam adequados para utilização dos usuários. As considerações para a inadequação do material foram: a não participação de familiares na elaboração ou revisão do material, a ausência de imagens que estimulem a leitura rápida e pontuem os passos do tratamento, o excesso de texto e a presença de informações técnicas contraditórias entre eles. A partir dessa avaliação e das necessidades percebidas durante as visitas rotineiras às crianças hospitalizadas, um novo projeto gráfico foi elaborado com informações técnicas consensuais, no sentido de minimizar a fragmentação do cuidado. A inclusão de ilustrações justifica-se por propiciar um reconhecimento facilitado dos passos para um tratamento mais adequado e possibilitar maior segurança aos pais para o manejo domiciliar.

O objetivo deste trabalho é identificar como os familiares de crianças com asma percebem um plano de ação e seu projeto gráfico, elaborado após consenso entre os profissionais da saúde, a partir de revisão da literatura médica e das necessidades locais.

Justifica-se esse estudo pela importância de privilegiar o lugar do sujeito na comunicação, uma vez que profissionais e usuários dos serviços de saúde podem apresentar, além de saberes, valores, crenças, costumes, modos de pensar e viver diferentes, que precisam ser colocados em confronto (KELLY-SANTOS & ROZEMBERG, 2006). Segundo ainda Schraiber (2000), tratando-se de organização de serviços, as necessidades evidenciadas são os aspectos mais importantes, ou seja, devem servir de fundamento às ações dos programas de saúde. Identifica-se e é criticada a carência de estudos sobre a apropriação de mensagens de usuários de serviços de saúde (ROZEMBERG, SILVA & VASCONCELLOS, 2002). Considera-se importante na comunicação visual, em que as imagens predominam sobre o texto, que essas sejam avaliadas não ao acaso, ou com meras definições de gosto, mas sim julgando-as pela sua factibilidade, adequação e eficácia, através de avaliação subjetiva e autorreflexiva do emissor e do receptor (DONDIS, 2007). Estudos de recepção podem minimizar o desperdício de recursos, a inadequação dos meios e a ineficiência dos resultados, e tanto a prevenção quanto a promoção da saúde precisam compreender e problematizar de maneira crítica e aberta a sua relação com os valores e as decisões tomadas em contextos sócio-culturais distintos (LEME, 2004).





manejo dos sintomas de asma? De que forma a ilustração auxilia a obtenção do objetivo proposto?

2 Metodologia

Para o estudo de recepção, realizado em novembro e dezembro de 2009, entrevistas semiestruturadas foram aplicadas, individualmente, a seis familiares de crianças com asma. O trabalho de campo foi realizado em duas das 12 unidades do SSC, duraram em média 40 minutos, foram gravadas e posteriormente transcritas. Os familiares – quatro mães, uma avó e um pai – foram convidados a participar e autorizaram a gravação. Foram analisados dois projetos gráficos de um mesmo plano de ação para o manejo das crises de asma (Anexos 1 e 2), sendo um sem e outro com ilustração. Neste artigo, pretende-se responder à questão: o projeto gráfico cumpre o seu objetivo de auxiliar aos familiares no

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre. Os participantes envolvidos no estudo não foram submetidos a nenhum grau de risco e não observam-se conflitos de interesse. Utilizou-se o tópico guia a seguir para a realização da entrevista, que pode ser dividida em quatro diferentes momentos (Tabela 1).

No processamento dos dados, adotou-se a análise temática da entrevista (MINAYO, 2000) e a apresentação e discussão dos resultados foi realizada de acordo com os tópicos da entrevista, confrontando as intenções dos profissionais e a avaliação realizada pelos familiares de crianças com asma.

3 Resultados e discussão

3.1 Os passos normalmente seguidos pelas famílias para tratamento dos sintomas da asma

No SSC, assim como em outros estudos realizados, identificam-se muitas dificuldades para o adequado tratamento das crises de asma, tais como: o não reconhecimento da tosse como sintoma de descontrole da doença, a demora para iniciar o tratamento, o medo de que os medicamentos façam mal para o coração ou "viciem", a utilização de subdoses (tanto prescrita pelos médicos, quanto aderida pelos familiares), intervalos excessivamente longos entre as doses e a baixa utilização de medicamentos anti-inflamatórios para tratamento da crise ou tratamento de manutenção (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2006; GINA, 2008; BRITISH THORACIC SOCIETY, 2008; BRASIL, 2009).

Durante o primeiro questionamento realizado nas entrevistas, os familiares das crianças com asma demonstram claramente essas dificuldades e o não seguimento de passos consensuados, que poderiam ser realizados antes de recorrer aos serviços de saúde. As falas a seguir evidenciam essa afirmativa.

Quando tem uma tossezinha qualquer não uso

nada, só quando ele tá com falta de ar, se queixando de dor na barriga, aí eu uso o spray – 2 a 3 jatos – e levo na emergência do HCC. (...) tenho medo dos remédios. Sim, dos dois remédios, de fazer sem necessidade e aí dar um problema no coração. (Entrevistado 3 – mãe de uma criança em acompanhamento em unidade de saúde do SSC do GHC)

A gente dá um chazinho e, se não passa, a gente dá um antialérgico. A gente usa as bombinhas, mas a gente evita. Acelera o coração, não é? (Entrevistado 1 – avó de uma criança em acompanhamento em unidade de saúde do SSC do GHC)

Faço o salbutamol - 4 jatos direto na boca. Se ela não melhora, levo no posto ou vamos direto para o hospital. (Entrevistado 6 – pai de criança em acompanhamento em unidade de saúde do SSC do GHC)

3.2 A primeira impressão dos familiares sobre um plano de ação escrito e sem ilustração para tratamento dos sintomas da asma

A percepção, ou seja, a capacidade de organizar a informação visual que se enxerga acontece primeiro pela leitura dos fatos visuais ou símbolos e, em um segundo momento, pelo conteúdo compositivo, os elementos básicos, as técnicas. A interação entre propósito e composição, e entre estrutura sintática e substância visual, deve ser mutuamente reforçada para que se atinja uma maior eficácia em termos visuais (DONDIS, 2007).

Conforme ainda Dondis (2007, p.7), "ver é uma experiência direta, e a utilização de dados visuais pra transmitir informações representa a máxima aproximação que podemos obter com relação à verdadeira natureza da realidade". A fala de uma entrevistada nos mostra a preferência por dados visuais:

> *Por mais que eu saiba o que fazer, eu gosto de ler e ver como é que é. (Entrevistado 5 – mãe de uma criança em acompanhamento em unidade de saúde do SSC do GHC)*

Segundo Gattegno (citado por DONDIS, 2007, p.6), "a visão é veloz, de grande alcance, simultaneamente analítica e sintética, além de nos permitir receber e conservar um número infinito de unidades de informação numa fração de segundo". Os objetivos pretendidos com o material escrito foram os de descrever, pontuar os passos e servir de guia, orientar para um adequado manejo. No caso do plano de ação, o material escrito, além de facilitar o entendimento, busca também legitimar e reforçar as recomendações, ainda centralizadas na determinação médica.

> *Eu ficaria bem mais segura usando esse material. (Entrevistado 3 – mãe de uma criança em acompanhamento em unidade de saúde do SSC do GHC)*
>
> *Eu posso dar a prednisolona? Isso eu não fazia. Caso o médico dissesse pra eu usar, eu usaria esse material, com certeza". (Entrevistado 1 – avó de uma criança em acompanhamento em unidade de saúde do SSC do GHC)*

Os passos foram descritos na ordem em que devem ser realizados, seguindo da parte superior para a inferior da página, dispostos verticalmente em uma folha A4. As flechas foram utilizadas para indicar um sentido único, ou seja, sempre da parte



central superior para a inferior. A impossibilidade de utilização de cor relacionada à inviabilidade de se obter quantidades adequadas[2] fez com que a questão do contraste fosse mais explorada. Alternando informações em negrito e tons mais acinzentados, o material gráfico foi composto. O significado visual é transmitido, segundo Dondis (2007), pela composição, pela manipulação dos elementos e pelas técnicas visuais, principalmente explorando o contraste, conforme o objeto de estudo se apresenta.

3.3 A presença da ilustração em um plano de ação

Diante de um segundo material oferecido, com o mesmo conteúdo gráfico, mas com a inclusão de desenhos, os entrevistados não o identificaram, inicialmente, como diferente.

> *É a mesma coisa. A diferença é os desenhos. (Entrevistado 2 – mãe de uma criança em acompanhamento em unidade de saúde do SSC do GHC)*
> *Mas não é igual? O que tem são ilustrações, não é? (Entrevistado 1 – avó de uma criança em acompanhamento em unidade de saúde do SSC do GHC)*
> *É indiferente. Tem os desenhos, mas é só ler, né? (Entrevistado 3 - mãe de uma criança em acompanhamento em unidade de saúde do SSC do GHC)*

As grafias tornaram-se mais especializadas e reconhecidas como meios de representação visual do que as imagens. As imagens tendem a ser associadas a estágios imaturos do desenvolvimento humano ("desenho infantil ou primitivo") e atribuídas à inabilidade de dominar o recurso mais sofisticado da linguagem verbal. Todavia, as representações visuais, de um modo geral, e as gráficas, em particular, têm funções mais amplas: são auxílios ao raciocínio e alças de realimentação para as atividades mentais. Uma grande quantidade de informações pode estar contida em poucos traços (MEDEIROS, 2004).

> *"... a capacidade de organizar a informação visual que se enxerga acontece primeiro pela leitura dos fatos visuais ou símbolos, e, em um segundo momento, pelo conteúdo compositivo..."*

As razões essenciais para a utilização da imagem incluem a sua vinculação com o domínio simbólico, o que faz com que ela esteja em mediação entre o espectador e a realidade (AUMONT, 1995). No entanto, mesmo que em um primeiro momento não tenha sido reconhecido como um material distinto pelo fato de conter ilustrações, todos os entrevistados apontaram espontaneamente as funções que objetivaram a inclusão de imagens, tais como: enfatizar a tosse como manifestação da crise de asma, pontuar melhor os diferentes passos do tratamento, descrever a técnica adequada com ênfase na importância da utilização de um espaçador, reconhecer de forma mais rápida os passos seguintes após a reação da criança ao tratamento inicial, ou seja, auxiliar de um modo geral no tratamento adequado dos sintomas. As falas, a seguir, evidenciam a inferência apresentada.

O desenho da criança realizando o spray foi considerado necessário uma vez que a técnica inalatória nem sempre é fácil de ser compreendida e aceita. A repetição do desenho foi proposital, pois questões culturais que envolvem a asma nos apontam para o medo de utilizar o medicamento, sentimento já reconhecido (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA, 2006) e relatado pelos entrevistados.

> *O que tá ilustrado nem precisa ler, ele te facilita. O que primeiro te chama à atenção são as ilustrações, depois é que tu vai ler. (Entrevistado 1 – avó de em acompanhamento em unidade de saúde do SSC do GHC)*
> *Mostra bem o espaçador. Ás vezes, nos mostram no hospital, mas a gente chega em casa e, se não tem, não sabe bem como fazer. Esse desenho*

[2] Atualmente, no SSC, mais de 2.000 crianças encontram-se em acomapnhamento para tratamento da asma

mostra que dá pra fazer o espaçador com uma garrafinha descartável transparente. (Entrevistado 2 – mãe de uma criança em acompanhamento em unidade de saúde do SSC do GHC)
Tanto faz, mas prefiro com desenho. Explica melhor e também como fazer a bombinha e ver se melhorou ou se não melhorou. (Entrevistado 4 – mãe de criança em acompanhamento em unidade de saúde do SSC do GHC))

A primeira coisa que eu vi foi a criança fazendo a bombinha. As carinhas mostram que a criança melhorou, melhorou pouco e não melhorou. Com desenho é melhor, a gente olha e vê como fazer o spray, vê e já entende. (Entrevistado 5 – mãe de criança em acompanhamento em unidade de saúde do SSC do GHC)
O que chamou a minha atenção primeiro foi a criança fazendo o spray com o espaçador. Prefiro com os desenhos. Ilustra melhor os passos. Fica mais fácil de entender e serve pra mostrar que usar o espaçador é importante. Posso mostrar pra ela (referindo-se a filha de 9 anos) que é bom usar o espaçador. (Entrevistado 6 – pai de criança em acompanhamento em unidade de saúde do SSC do GHC)

A função estética de uma ilustração relaciona-se com a satisfação diante da imagem e parece claro que depende, de alguma forma, das qualidades e da organização do trabalho com seus significados incluídos, e não apenas dos significados considerados isoladamente (DONDIS, 2007). Exemplificando melhor, no caso do plano de ação, a preocupação por parte dos profissionais de auxiliar na compreensão ou enfeitar o material pode ter sido incluída também para gerar satisfação e determinar valor estético.



Desenho chama mais atenção. Achei melhor, mais bonito (risos). Mostra uma criança com crise de asma, com tosse, tem ali o cof-cof. Explica o que fazer. Mostra pra repetir os jatos e mostra a reação da criança, os sintomas e se melhorou ou não. Dá pra ver logo. Ficou bem explicadinho, bem claro. (Entrevistado 3 - mãe de uma criança em acompanhamento em unidade de saúde do SSC do GHC)

"... O desenho da criança realizando o spray foi considerado necessário uma vez que a técnica inalatória nem sempre é facil de ser compreendida e aceita...."

3.4 O tipo de ilustração do material

As mensagens visuais são expressas e recebidas no nível



representacional, ou seja, naquilo que vemos e identificamos; no nível abstrato, mais reduzido, deixando somente os traços mais essenciais e, no nível simbólico, criado arbitrariamente pelo homem e ao qual atribuiu significado. A utilização de desenhos simplificados e símbolos é uma prática eficaz tratando-se de comunicação, pois busca um significado mais intenso e condensado. No entanto, segundo Dondis (2007), a mensagem e o significado não se encontram na substância física, mas sim na composição, onde forma e conteúdo são fundamentais.

O desenho básico proposto para compor o plano de ação constitui-se de uma representação simplificada de um rosto de criança, já utilizado em outros materiais institucionais do GHC (o que reforça o seu carater simbólico) e relaciona-se mais diretamente com a questão da *forma*. Os símbolos das carinhas felizes e tristes e a onomatopéia "cof cof", amplamente utilizados em muitos meios de comunicação e avaliação, foram trazidos ao rosto da mesma criança em diferentes momentos ou passos e relacionam-se ao conteúdo (não está bem, melhorou, melhorou pouco, não melhorou).

> *"... foi desenvolvido fundamentalmente para favorecer o reconhecimento rápido dos passos para um tratamento domiciliar mais adequado na vigência de sintomas de descontrole..."*

> *Mostra a criança com tosse - o cof, cof, né?. Mostra quando melhorou muito, pouco ou mais ou menos (Entrevistado 2 – mãe de uma criança em acompanhamento em unidade de saúde do SSC do GHC)*
>
> *O cof-cof é a criança tossindo. Pelas expressões das crianças a gente vê se melhorou ou não. (Entrevistado 1 – avó de uma criança em acompanhamento em unidade de saúde do SSC do GHC)*
>
> *A carinha tá feliz, mostra que melhorou, a outra não tá sorrindo (ainda não tá bem) e a outra tá bem caidinha. (Entrevistado 5 – mãe de criança em acompanhamento em unidade de saúde do SSC do GHC)*

Segundo Darras citado por Regal (2009), as imagens de comunicação icônica possuem um papel relevante na comunicação usual, pois formas simples e estereotipadas, nascidas na infância e perpetuadas nos adultos em geral são armazenadas na memória e estão prontas para a utilização a qualquer tempo. Esse tipo de desenho, seja feito por crianças ou adultos, é desenvolvido não a partir do que é visto, mas do que é sabido e resume saberes típicos e esperados a procura de um resumo cognitivo (REGAL, 2009).

4 Considerações finais

O projeto gráfico elaborado com informações técnicas consensuais, no sentido de minimizar a fragmentação do cuidado, foi desenvolvido fundamentalmente para favorecer o reconhecimento rápido dos passos de um tratamento domiciliar mais adequado na vigência

de sintomas de descontrole da asma. O estudo de recepção desse material evidenciou o cumprimento desse objetivo. A possibilidade de maior autonomia e segurança diante de um material escrito e entregue pelo médico foi relatada de maneira espontânea durante as entrevistas. A preferência por um material ilustrado é justificada pela sua função estética, descritiva, de pontuar mais claramente os passos recomendados e de propiciar reconhecimento rápido, ou seja, pelas mesmas funções intencionadas durante a elaboração do projeto. A função de estimular autoconsciência e motivação para a realização de técnica inalatória correta, embora não intencional, também foi identificada durante as entrevistas.

Não foram feitas recomendações ou sugestões de mudanças, o que não foi interpretado enfaticamente como não necessárias, pois a leitura visual não parece ser realmente uma atividade habitual. Estamos mais acostumados a realizar maiores interpretações da grafia do que dos desenhos, embora esses se mostrem tão importantes na comunicação visual.

Através do presente estudo, discutiu-se de forma crítica e aberta, através de um projeto gráfico possivelmente mais útil e adequado, valores e decisões entre sujeitos de contextos sócio-culturais distintos, mas que almejam os mesmos objetivos de evitar repetidas idas a serviços de emergência e internações desnecessárias. No entanto, a real aprovação do material se dará na prática, com a sua utilização, evidenciando a necessidade constante de monitoramento e avaliação de novas ações, tratando-se de programas de saúde pública.

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

AUMONT, J. **A imagem**. 2. ed. São Paulo: Ed. Papirus, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde da criança e adolescente com asma**. Porto Alegre: Ed. Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2008.

_____. Relatório de Avaliação 2008 – SIS. Porto Alegre, 2009. Mímeo.

British Thoracic Society; Scottish Intercollegiate Guidelines Network. **British guideline on the management of asthma**: a national clinical guideline. 2008. Disponível em: < http://www.sign.ac.uk/pdf/sign101.pdf >. Acesso em: 12 dez. 2009.

DONDIS, A.D. **Sintaxe da linguagem visual**. 3. ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2007.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA – GINA. **Global strategy for asthma management and prevention**. 2008. Disponível em: <http://www.ginasthma.com>. Acesso em: 12 dez. 2009.

KELLY-SANTOS, A.; ROZEMBERG, B. Estudo de recepção de impressos por trabalhadores da construção civil: um debate das relações entre saúde e trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.5, maio 2006 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2009.

LEMME, A.F. **Práticas, desafios e perspectivas dos setores envolvidos com a comunicação em saúde por imagens na Fundação Oswaldo Cruz**: caminhos para o banco de imagens em saúde. 2004. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www1.capes.gov.br/.../2004_022_31010016012P1_Teses.pdf>. Acesso em: 13 jan. 1010.

LENZ, M.L.M. et al. Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de atenção primária. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v.9, n.18, p.9-14, abr./jun. 2008.

MEDEIROS, L. **Desenhística**: A ciência da arte de projetar desenhando. Santa Maria: Ed. SCHDS, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Ed. Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. ABRASCO, 2000.

REGAL, P.H.A estereotipia e o pensamento visual. In: **Curso de Especialização em Expressão Gráfica.** Porto Alegre: Ed. FAU/PUCRS, 2009.

ROZEMBERG, B.; SILVA, A.P.P.; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1685-1694, nov./dez. 2002.

SCHRAIBER, L.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B; NEMES, M.I.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Org). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. 2. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. IV Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 33., 2006, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Ed. UNESCO, 2002. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf >. Acesso em: 15 mar. 2010.

Tabela 1. Tópico guia utilizado na realização das entrevistas

Momento 1: Avaliando o manejo dos sintomas e passos realizados
O que tu fazes quando teu filho que tem asma está com tosse? Por quê?
E aí, ele melhora?
Se ele melhora, o que fazes depois? E se não melhora, o que fazes?
Momento 2: Dar o tempo necessário para a leitura individual do material
Momento 3: Avaliando o material sem desenho
Que material é esse? Para que serve?
Esse material te ajudaria em algo?
Com ele, tu farias algo diferente do que vem fazendo?
Sugeres alguma modificação?
Momento 4: Avaliando material com desenho
E agora?
O que mais te chama a atenção?
O que tu vistes primeiro?
O que os desenhos te dizem?
Preferes com ou sem desenho? Por quê?
Sugeres alguma modificação? Qual?

Anexo 1
PLANO DE AÇÃO SEM DESENHOS

GHC/SSC & Hospital da Criança Conceição

O que fazer quando meu filho estiver com...

TOSSE

ou falta de ar,
ou respiração rápida
ou cansaço

Salbutamol spray_____jatos

aerodini, aerojet, aerolin ou aerogold
(é o mesmo salbutamol)

Se depois de 20 minutos, os sintomas continuarem, REPITA...

Salbutamol spray_____jatos

aerodini, aerojet, aerolin ou aerogold
(é o mesmo salbutamol)

Observe

Melhorou muito:

Continuar com salbutamol
de 4/4h ou 6/6h (ir espaçando conforme melhora)

Se em 2 dias, ainda estiver com sintomas,
Dar:
prednisona ____comprimido
ou
prednisolona _____ ml
1x ao dia
durante 5 dias

AGENDAR CONSULTA

Melhorou pouco:

Continuar com salbutamol
de 4/4h

E também
Dar:
prednisona ____comprimido
ou
prednisolona _____ ml
1x ao dia
durante 5 dias

CONSULTAR NO DIA

Não melhorou ou piorou:

Continuar com salbutamol de 20/20minutos – no caminho para a emergência

E, antes de sair de casa

Dar 1 dose de:
prednisona ____comprimido
ou
prednisolona _____ ml

E

PROCURE UM SERVIÇO DE **EMERGÊNCIA** HOSPITALAR

Esse "plano de ação" deve ser entregue a você pelo médico durante a consulta.
Não fique com dúvidas de como utilizá -lo. Ele não substitui a receita médica.

Anexo 2
PLANO DE AÇÃO COM DESENHOS

GHC/ Serviço de Saúde Comunitária & Hospital da Criança Conceição

O que fazer quando meu filho estiver com ...

TOSSE

ou falta de ar
ou respiraçã o rápida
ou cansaço





Salbutamol spray_____ jatos

aerodini, aerojet, aerolin ou aerogold
(é o mesmo salbutamol)

Se depois de20 minutos, os sintomas continuarem, REPITA...



Salbutamol spray_____ jatos

aerodini, aerojet, aerolin ou aerogold
(é o mesmo salbutamol)

Observe



Melhorou muito:
Continuar com o salbutamol
de 4/4h ou 6/6h (ir espaçando conforme melhora)

Se em 2 dias, ainda estiver com sintomas

Dar:
prednisona _____comprimido
ou
prednisolona _____ ml
1x ao dia
durante 5 dias

AGENDAR CONSULTA



Melhorou pouco:
Continuar com o salbutamol
de 4/4h

E também

Dar:
prednisona _____ comprimido
ou
prednisolona _____ ml
1x ao dia
durante 5 dias

CONSULTAR NO DIA



Não melhorou ou piorou:
Continuar com o salbutamol de
20/20minutos – no caminho
para a emergência

E, antes de sair de casa:

Dar 1 dose de:
prednisona _____comprimido
ou
prednisolona _____ ml

E

PROCURE UM SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Esse "plano de ação" deve ser entregue a você pelo médico durante a consulta.
Não fique com dúvidas de como utilizálo. Ele não substitui a receita médica.

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

DIABETES

PROFISSIONAL DE SAÚDE, VOCÊ TEM UM PAPEL FUNDAMENTAL NA LUTA CONTRA ESSA DOENÇA. SAIBA COMO FAZER A SUA PARTE:

- Informe a população
- Ajude a prevenir doenças
- Identifique grupos de risco
- Faça diagnósticos precoces e abordagens terapêuticas
- Ajude a manter o cuidado continuado
- Eduque e prepare portadores e famílias a terem autonomia no autocuidado
- Monitore a qualidade do controle
- Ajude a prevenir complicações
- Gerencie o cuidado nos diferentes níveis de complexidade

COMO PREVENIR



FATORES DE RISCO



SINAIS E SINTOMAS



International Diabetes Federation

World Health Organization

unidos pelo diabetes
www.unitedfordiabetes.org

Saúde da Família

SUS

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

DOENÇA FALCIFORME
100 ANOS
DE DIAGNÓSTICO

FENAFAL
FEDERAÇÃO NACIONAL DAS ASSOCIAÇÕES DE PESSOAS COM DOENÇAS FALCIFORMES

DOENÇA FALCIFORME

A BUSCA PELO TRATAMENTO COMEÇOU HÁ CEM ANOS. A CONTINUIDADE TAMBÉM DEPENDE DE VOCÊ, PROFISSIONAL DE SAÚDE.

Seu paciente pode ser uma pessoa com Doença Falciforme e um diagnóstico correto é a primeira medida de tratamento. Por isso, preste atenção nos sintomas ao lado e, nesses casos, solicite um exame de eletroforese de hemoglobina. Além disso, nunca esqueça de realizar o teste do pezinho na primeira semana de vida de qualquer bebê.

- A DOENÇA FALCIFORME CAUSA ANEMIA CRÔNICA.
- REGULARMENTE, OS PACIENTES APRESENTAM ICTERÍCIA.
- TAMBÉM SÃO ACOMETIDOS DE DORES INTENSAS EM VÁRIAS PARTES DO CORPO.
- CRIANÇAS MENORES PODEM APRESENTAR EDEMAS DE MÃOS E PÉS.
- PODE CAUSAR ÚLCERAS NA PERNA, PRINCIPALMENTE EM ADOLESCENTES.
- AS INFECÇÕES SÃO FREQUENTES.



• Essa criança possui a Doença Falciforme e seus pais são portadores do Traço Falciforme.

PROCURE UMA UNIDADE DE SAÚDE E INFORME-SE.

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

SUS

Ministério da Saúde

BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL