REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA 18
15 anos Saúde da Família
Publicação do Ministério da Saúde - Ano IX - Abril a Junho de 2008



Saúde da Família nos Territórios da Cidadania

Entrevista sobre internações por condições sensíveis à Atenção Primária

Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de Atenção Primária

Revista Brasileira Saúde da Família
Ano IX, número 18, abril/junho de 2008
Tiragem: 50.000 exemplares

Coordenação, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Esplanada dos Ministérios, Bloco G
6º andar, sala 655
CEP: 70058-900, Brasília-DF
Tel.: (61) 3315-2497
Fax: (61) 3226-4340
Home Page: www.saude.gov.br/dab

Supervisão Geral:
Claunara Schilling Mendonça

Coordenação Técnica:
Antônio Dercy Silveira Filho
Elaine Tozzi

Coordenação Editorial:
Inaiara Bragante

Redação:
Eduardo Dias
Patrícia Alvares

Diagramação e Arte-final:
HMP Comunicação Ltda

Projeto Gráfico:
Wagner Alves

Jornalista Responsável:
Patrícia Alvares (MTB – 3240/DF)

Revisão:
Ana Paula Reis

Fotografias:
Eduardo Dias, Patrícia Alvares, Prefeitura Municipal de Luzerna/SC, Irseli Pagnussat, Prefeitura Municipal de Pedras de Fogo/PB, André Simas, Prefeitura Municipal de Xanxerê/SC, Rondon Vellozo, Sidney Mello.

Colaboração:
Maria Carolina Marcello, Josete da Silva Menezes Andrade, Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, Delegacia Federal de Desenvolvimento Agrário da Paraíba, Prefeitura Municipal de Faxinal dos Guedes, Ammoc, Amai.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Distribuição gratuita

Revista Brasileira Saúde da Família. – Ano IX, n. 18 (Abr./Jun. 2008). Brasília: Ministério da Saúde, 2008

Trimestral.
ISSN: 1518-2355

1. Saúde da família. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Título.

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

REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA



Saúde da Família

Brasília / 2008

Sumário

Revista Brasileira Saúde da Família

Nº 18

3 **Apresentação**

4 **Entrevista**

Inês Dourado e Veneza Berenice

7 **Opinião**
Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de Atenção Primária
Maria Lucia Medeiros Lenz, Norma Vieira Pires, Airton Tetelbom Stein e Rui Flores

14 Territórios da Cidadania permitem voz e vez aos que mais precisam de oportunidades

26 Territórios da Cidadania levam desenvolvimento aos povos ribeirinhos do Baixo Amazonas

42 Com realidades e povos distintos, Paraíba abarca três Territórios da Cidadania

54 Territórios da Cidadania encontram municípios de Santa Catarina organizados em associações

70 **Artigo**
O rio comanda a vida do Agente Comunitário de Saúde no Amazonas
Aida Maria Meninea Yunes e Heliana Nunes Feijó

15 anos Saúde da Família

Departamento de Atenção Básica - DAB
Esplanada dos Ministérios,
Bloco G. Edifício-Sede, Sala 655
CEP: 70.058-900 – Brasília/DF
Telefone: (61) 3448-8337

O Ministério da Saúde compõe, ao lado de outros 18 ministérios, o programa Territórios da Cidadania – um esforço conjunto dos governos federal, estaduais e municipais. O programa conta com a participação ativa da sociedade civil nas áreas desprovidas de recursos, deficientes de profissionais em diversas áreas e carentes de atenção diferenciada.

Agora, os 60 Territórios da Cidadania têm respeitadas as diferenças que podem ser trabalhadas por quem entende delas: sua própria população. Ao todo, serão 176 ações envolvendo 3.810 projetos já pactuados. Esses projetos são voltados para o desenvolvimento regional rural e a garantia de direitos sociais. Todos foram debatidos por um colegiado composto por entes das três esferas. Os Territórios da Cidadania beneficiarão 23,9 milhões de pessoas, sendo 973.949 famílias de agricultores, 364 comunidades quilombolas e 201 terras indígenas, além de dois milhões de famílias beneficiárias do Bolsa-Família.

Os Territórios reforçarão a Atenção Básica/Saúde da Família das localidades abrangidas, incluindo ainda a saúde bucal e as farmácias populares. O objetivo do Ministério da Saúde é chegar a 100% de cobertura da estratégia até 2011 e introduzir pelo menos uma Equipe de Saúde Bucal em cada um dos territórios ainda não beneficiados. Para isso, o Ministério conta com o apoio dos colegiados na sensibilização dos gestores municipais sobre a importância da iniciativa.

A Revista Brasileira Saúde da Família visitou algumas regiões brasileiras – Baixo Amazonas – AM; Zona da Mata Norte, Zona da Mata Sul e Borborema, na Paraíba; e Meio Oeste Contestado, em Santa Catarina. Locais com realidades bastante distintas, com suas peculiaridades em relação à forma de fazer saúde. Cada um podendo servir de exemplo, de alguma forma, ao município companheiro de território. Melhor ainda, a todos os municípios brasileiros.

Além de garantir a participação efetiva da sociedade civil, essa iniciativa, inédita, permite que qualquer cidadão possa fiscalizar cada ação e os recursos investidos. Para isso, basta acessar o site: www.territoriosdacidadania.gov.br

Boa leitura!

Ministério da Saúde



Inês Dourado
Médica, Mestre em Saúde Pública pela Universidade de Massachusetts / Estados Unidos; Doutorado em Epidemiologia pela Universidade da Califórnia em Los Angeles / Estados Unidos; Professora Associada – Instituto de Saúde Coletiva / UFBA



Veneza Berenice
Doutora em Saúde Pública, Professora Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina UFMG

Entrevista

Desde abril deste ano, o país conta com uma Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Por meio da Portaria SAS 221 / 2008, agora pesquisadores e gestores de saúde contam com uma referência para construir seus indicadores e atuar em busca da efetividade da atenção primária em saúde nos seus respectivos níveis de atuação. As professoras Inês Dourado, da Universidade Federal da Bahia, e Veneza Berenice, da Universidade Federal de Minas Gerais, falam da importância da Lista para a estratégia Saúde da Família.

O que são "Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária" (ISAP)?

Inês Dourado – Trata-se de condições pelas quais a internação hospitalar deveria ser evitável se os serviços de atenção primária fossem efetivos e acessíveis. Esse conceito foi desenvolvido por John Billings, professor associado de políticas de saúde da Universidade de Nova York, em 1990, como corolário do conceito de mortes evitáveis. Traduzindo livremente para o português, as Condições Sensíveis à Atenção Primária representam assim um conjunto de problemas de saúde para os quais uma Atenção Básica efetiva diminuiria o risco de internações, isto é, as atividades próprias da Atenção Básica, como: prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, controle e acompanhamento de patologias crônicas. Vários estudos demonstram que altas taxas de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária foram

correlacionadas com deficiências na cobertura dos serviços ou com uma inadequada capacidade de resolução da Atenção Básica para determinados problemas de saúde.

Qual a importância do levantamento dessas informações?

Inês Dourado – Pesquisas sobre o impacto da estratégia Saúde da Família sobre a saúde dos brasileiros ainda são incipientes. Além disso, faz-se necessário avaliar outros objetivos da estratégia, como o seu papel na reestruturação do SUS por meio do fortalecimento da atenção primária. Há interesse em avaliar o alcance da Saúde da Família e, mais amplamente, o impacto da expansão da rede de atenção primária e na organização dos serviços sanitários, assim como os resultados da ação dos serviços de atenção primária nos indicadores epidemiológicos e demográficos da população em nível local. A questão-chave é se os investimentos na expansão de acesso de atenção primária têm um impacto na utilização de outros serviços de saúde tais como os hospitais.

Como está sendo feito o processo de levantamento desses dados no Brasil? Quais são as dificuldades?

Veneza Berenice – Ao contrário do contexto internacional, as investigações sobre as Internações Sensíveis à Atenção Primária (ISAP) são ainda recentes no Brasil, embora algumas secretarias estaduais e municipais de saúde, entre elas a Secretaria de Saúde de Minas Gerais, a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará e a Secretaria Municipal de Curitiba, já utilizem esse indicador para monitorar a efetividade dos serviços de atenção primária em saúde prestados em suas respectivas redes de serviço. Cada uma das instituições mencionadas acima elaborou a sua própria lista de ISAP.

Em 2007, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), financiou a pesquisa "Avaliação do impacto das ações do Programa de Saúde da Família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica no período de 1999-2006 no Brasil", que está sendo executada por pesquisadores do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva – Nescon (UFMG) e do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. A equipe da UFMG é composta pelas pesquisadoras Maria Aparecida Turci, Maria Elmira Alfradique, Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa, Palmira de Fátima Bonolo e coordenada por mim; na UFBA é coordenada pela professora Inês Dourado e composta por Eduardo Mota, Rosana Aquino, Guadalupe Medina, Renata Cunha e Bárbara Laísa Alves Moura. Os dois grupos contam com a consultoria do prof. James Macinko, do Departamento de Saúde Pública/Universidade de New York/EUA. O grupo da UFMG está trabalhando os dados referentes às ISAPs relativas aos adultos e idosos e ao grupo da UFBA, às crianças e adolescentes.

O primeiro passo para elaborar a Lista Brasileira de Internações Sensíveis à Atenção Primária em Saúde foi a definição de um marco conceitual adaptado para a realidade brasileira e dos critérios para seleção dessas condições sensíveis: existência de evidência científica demonstrando ser a causa sensível à Atenção Primária em Saúde (APS); ser uma condição de fácil diagnóstico; ser um problema de saúde importante no contexto do país, ou seja, não ser um evento raro; ser uma condição para a qual a APS teria capacidade para resolver os problemas e/ou prevenir as complicações que levam à hospitalização; necessidade de hospitalização quando a condição estiver presente; os códigos de diagnósticos não devem ser influenciados por incentivos financeiros e/ou de desembolso.

Como foi a elaboração da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária?

Veneza Berenice – Foram observadas as seguintes etapas na elaboração da Lista Brasileira: a partir do marco conceitual mencionado anteriormente, da revisão bibliográfica de trabalhos internacionais e de listas já existentes no Brasil, foi elaborada uma lista preliminar; ela foi submetida a um grupo de 19 *experts*/gestores de saúde e foram definidos novos critérios de inclusão/exclusão de diagnósticos (validação da lista); em 2007 foi realizada uma nova revisão da literatura sobre as internações sensíveis, que foi submetida a mais um processo de inclusão/exclusão de diagnósticos por um grupo de pesquisadores; a lista, depois de revista em todas essas etapas, foi encaminhada para a Sociedade Brasileira de Saúde da Família e Comunidade e para consulta pública, por meio de um site do Ministério da Saúde; houve revisão final e a então consolidação da Lista Brasileira de Internações Sensíveis à Atenção Primária.

Desde quando a lista está disponível e como ela pode ser usada no Sistema Único de Saúde?

Veneza Berenice – A Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária foi disponibilizada por meio da Portaria SAS 221/2008 (Ministério da Saúde) em 17 de abril deste ano. Ela é composta por 20 grupos de diagnósticos, totalizando 120 categorias da CID 10 (com três dígitos) e 15 subcategorias (com quatro dígitos).

A partir da publicização da portaria, os pesquisadores e gestores de saúde terão uma referência para construir seus indicadores e pesquisar acerca da efetividade da atenção primária em

saúde nos seus respectivos níveis de atuação. Entretanto, algumas ressalvas devem ser mencionadas uma vez que ainda não conhecemos o "comportamento da lista", sua sensibilidade e especificidade em termos práticos. É possível ter diferentes interpretações da análise de tendências de ISAPs, dependendo de uma série de procedimentos que podem fazer parte (ou não) da construção das taxas de internação. Por exemplo: aplicar o procedimento de padronização nas taxas para minimizar o efeito das diferenças de estruturas etárias no país, utilizar denominadores que excluam os partos e população usuária de planos de saúde. Por fim, estabelecer se a queda dessas taxas se deve à estratégia Saúde da Família ou não.

Quais são os números até agora em termos de internações, doenças etc.?

Veneza Berenice – A pesquisa "Avaliação do impacto das ações do Programa de Saúde da Família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica no período de 1999-2006 no Brasil" pretende estudar as ISAPs nos estados e regiões do Brasil a partir de diferentes grupos etários e por sexo. Foram selecionados quatro grupos etários de referência: criança (menores de 1 ano, 1-4 anos e 5-9 anos), adolescentes (10-14 anos e 15-19 anos), adultos (20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos e 50-59 anos) e idosos (60-69 anos, 70-79 anos e 80 e mais anos).

Os resultados preliminares mostraram que em 2006 as ISAPs foram responsáveis por 2.794.444 entre as 9.812.103 internações pelo SUS, correspondendo a 28,5% do total de hospitalizações, excluindo-se partos (1.841.066). A taxa de hospitalizações por ISAP foi igual a 149,6 por 10 mil habitantes.

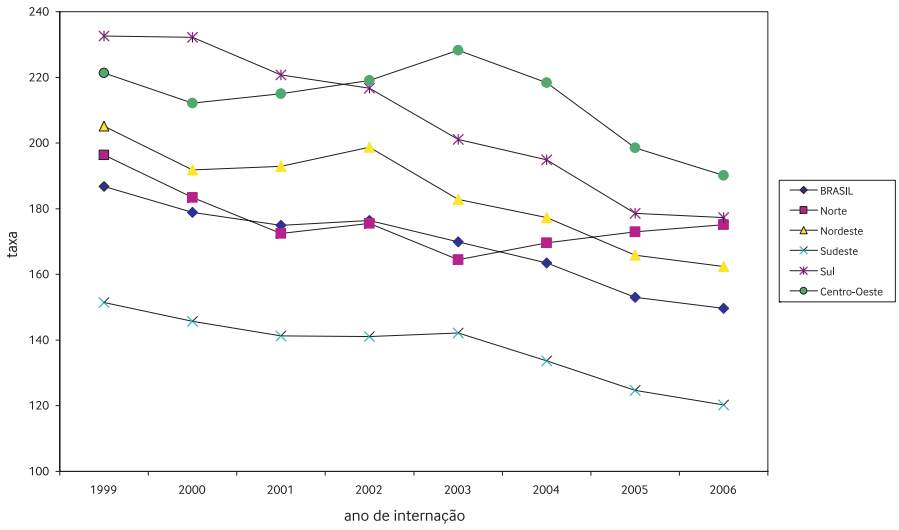
As ISAPs mais freqüentes foram as gastroenterites e suas complicações (23,2%), seguidas pela insuficiência cardíaca (11,2%), asma (9,7%), doenças das vias áreas inferiores (7,4%), pneumonias bacterianas (7,4%), infecções no rim e trato urinário (7,2%), doenças cerebrovasculares (6,5%) e hipertensão (5,2). Cada um dos 13 diagnósticos restantes correspondeu a menos de 5% das ISAPs. É interessante observar que três diagnósticos (gastroenterites e suas complicações, insuficiência cardíaca e asma) representaram 44,1% do total das ISAPs no ano considerado e sete representaram 77,8%.

Taxas por ISAPs superiores a 10 por 10 mil habitantes foram observadas para gastroenterites e suas complicações (34,7), insuficiência cardíaca (16,8), asma (14,5), doenças das vias aéreas inferiores (11,0), pneumonias bacterianas (11,0) e infecção no rim e trato urinário (10,7). Ressalta-se que a taxa de internação por gastroenterites e suas complicações foi 2,1 e 2,4 vezes maior que a taxa de internações pelas duas causas subseqüentes.

Uma análise das taxas de internação de ISAPs no Brasil e macrorregiões, no período de 1999-2006, mostrou que essa tendência variou consideravelmente entre as macrorregiões. Todas as taxas são por 10 mil habitantes e ajustadas por idade usando a população padrão do Brasil em 2000. Para o Brasil, as taxas ISAPs diminuíram de 187/10.000 em 1999 para 150 em 2006, um declínio proporcional de 20%.

Para a Região Norte, as taxas ISAPs eram de 196/10.000 em 1999 e diminuíram para 175/10.000 (11%) em 2006. Na Região Nordeste, as ISAPs eram de 205/10.000 em 1999 e caíram para 162/10.000 (21%) em 2006. O Sudeste apresentou em 1999 a taxa de 151/10.000 e caiu para 120/10.000 (21%) em 2006, mantendo sua posição de menor taxa entre as regiões. A Região Sul apresentou a mais alta em 1999 (233/10.000) caindo para 177/10.000 em 2006, representando a redução mais rápida entre regiões em termos percentuais (redução de 24%). Na Região Centro-Oeste, taxa de 221/100.000 em 1999 e 190/10.000 em 2006, uma redução de 14%. Mesmo considerando a diminuição secular nas taxas totais de internações no país (11%) durante o período estudado, em cada região as taxas ISAPs reduziram-se mais rapidamente do que as taxas não-ISAPs. Essa redução foi de 45% para o país inteiro e variou de 29% na Região Nordeste até 71% na Região Centro-oeste.

Taxas de internação hospitalar por ISAP por 10.000 habitantes segundo regiões brasileiras, de 1999 a 2006



Revista Brasileira
Saúde da Família

Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de atenção primária

Maria Lucia Medeiros Lenz
Núcleo de Epidemiologia do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição

Norma Vieira Pires
Núcleo de Epidemiologia do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição

Airton Tetelbom Stein
Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, Departamento de Saúde Coletiva FFFCMPA, Curso de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Ulbra

Rui Flores
Núcleo de Epidemiologia do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição

Resumo

A hospitalização, além de sofrimento familiar importante, é um evento de custo elevado para o sistema de saúde e muitas vezes pode ser prevenida no nível ambulatorial. O objetivo deste estudo foi identificar o percentual de hospitalizações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) que se referem àquelas em que a atenção efetiva e a tempo podem evitar internação. Foram estudadas 3.329 hospitalizações em menores de 19 anos, ocorridas nos anos de 2001 a 2004, em quatro hospitais do SUS, principais referências para uma população de áreas adscritas de um serviço de Atenção Primária em Saúde (APS). Análises univariadas e multivariadas foram empregadas para verificar associação entre variáveis independentes e a ocorrência de hospitalizações por CSAA. Identificou-se uma taxa anual de hospitalização de 2,9%. As doenças do aparelho respiratório é o grupo de causa mais freqüente (36%), seguido das perinatais (14%), infecciosas e parasitárias (10%), aparelho digestivo (9%) e causas externas (6%). As reinternações corresponderam a 16% do total de internações. A taxa de hospitalização por CSAA foi de 35,6%, variando de 25% a 43% entre as Unidades de APS. As variáveis relacionadas à maior ocorrência de hospitalizações por esse motivo foram: idade de um a quatro anos (p<0,01), ter ido direto para o hospital porque a unidade estava fechada (p=0,04) ou pela gravidade do caso (p=0,03). O estudo indica a necessidade de incrementar ações de vigilância às hospitalizações por CSAA, que ocorrem com maior freqüência nos meses de inverno, às crianças de um a nove anos, por se apresentarem mais vulneráveis à hospitalização por essas condições, e às reinternações, não reduzidas nos últimos quatro anos.

Palavras-chave: morbidade, hospitalização, reinternação, Atenção Primária à Saúde, saúde da criança, epidemiologia.

Introdução

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam facilidade de acesso à população, integralidade, longitudinalidade no cuidado, qualidade da atenção e coordenação das ações, entre outras características, dentro do sistema de saúde. As ações de promoção e prevenção à saúde de populações de áreas delimitadas são enfatizadas por esses serviços (Starfield[1], Ministério da Saúde[2], Harzheim *et al.*[3]).

A hospitalização, além de sofrimento familiar importante, é um evento de custo elevado e muitas vezes pode ser prevenida com ações em nível ambulatorial. Sendo assim,

as freqüências de internação e reinternação são consideradas importantes indicadores para avaliação dos serviços de APS (Starfield[1]).

Estudos têm sido realizados no sentido de identificar situações de risco para a hospitalização. (Starfield[1]; Billings & Newman[4]; Silva *et al.*[5]; Casanova & Starfield[6]; Casanova & Starfield[7]; Albernaz *et al.*[8]; Barros & Victora[9]; Caetano *et al.*[10]; Cesar *et al.*[11]; Perrin *et al.*[12]; Castro *et al.*[13]).

Entre os motivos de hospitalização, encontramos condições consideradas sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e referem-se àquelas em que a atenção ambulatorial efetiva e a tempo podem evitar internações: prevenindo enfermidades, tratando precocemente a enfermidade aguda ou controlando a enfermidade crônica. (Billings & Newman[4]; Casanova & Starfield[7]; Marques-Calderón *et al.*[14]; Bermudez *et al.*[15]; Weissman *et al.*[16]; Gadomski *et al.*[17]).

A freqüência de internações por CSAA é um indicador importante da qualidade da assistência à saúde (Starfield[1]; Billings & Newman[4]; Silva *et al.*[5]; Casanova & Starfield[6]; Casanova & Starfield[7]) e relaciona-se fortemente com o acesso aos serviços (Marques-Calderón *et al.*[14]; Bermudez *et al.*[15]; Parchman & Culler[18]). Considera-se, ainda, que uma oferta universal de APS inserida em um sistema de saúde fortemente integrado é fator relevante para evitar internações por CSAA (Mendes[19]).

Estabelecendo ações de vigilância à saúde, tal como o projeto "De volta pra casa", o Serviço de Saúde Comunitária identifica situações de risco, como a hospitalização de crianças e adolescentes e o acompanhamento adequado de suas famílias pelas equipes (Lenz *et al.*[20]).

O objetivo deste trabalho foi de descrever os motivos de hospitalizações entre crianças e adolescentes pertencentes ao território de abrangência do SSC e identificar a freqüência de internações por CSAA, assim como as tendências dessas internações de 2001 a 2004. Procurou-se ainda avaliar os serviços de saúde utilizados anteriormente à hospitalização, à existência de vínculo com o serviço de atenção primária e ao tempo decorrido entre a hospitalização e o contato com a equipe de saúde.

Material e métodos

O GHC está vinculado ao Ministério da Saúde e é composto por quatro hospitais e pelo SSC, sendo este responsável por uma população de 84.994 moradores de áreas adscritas da zona norte da cidade de Porto Alegre (RS). A população de 0 a 19 anos incompletos é de 28.602, sendo 51% do gênero masculino (IBGE, 2000[21]).

O SSC é constituído por 12 unidades de saúde, compostas por equipes multiprofissionais que desenvolvem assistência, formação de recursos humanos para o SUS e novas tecnologias em atenção primária. O horário de funcionamento das unidades é de segunda a sexta, das 8h às 18h.

Foram incluídos no estudo usuários de 0 a 19 anos incompletos, moradores das áreas de adscrição das 12 unidades do SSC que permaneceram em um dos quatro hospitais do GHC por um período superior a 24 horas.

Foram excluídas do estudo as internações não comprovadas pelas Equipes de Saúde como sendo da área adscrita, as internações de usuários que se mudaram para fora dessa área durante o período do estudo e aquelas com endereços não localizados pelas equipes.

O delineamento realizado neste estudo foi transversal e todos os casos de internação ocorridos no período de 1º/1/2001 a 31/12/2004 foram estudados.

O processo de coleta de dados é parte de ações sistemáticas de um Programa de Vigilância à Saúde de morbidade hospitalar do SSC, em funcionamento desde 2000, e conhecido como "De volta pra casa".

O Prontuário Eletrônico utilizado no GHC possibilita a identificação diária dos usuários moradores no território do SSC, suas idades e as datas e motivos das internações. Essas informações foram registradas em um instrumento de coleta e também digitadas em um banco de dados específico.

As equipes, ao receberem a informação da internação, providenciam contato com as famílias, comprovando ou não a moradia na área de adscrição, coletando informações referentes à utilização de serviços de saúde e complementando o instrumento de coleta.

O diagnóstico definitivo no momento da alta, coletado com nova pesquisa no Prontuário Eletrônico, foi acrescido no banco de dados.

As variáveis estudadas foram: gênero (masculino ou feminino), datas de nascimento e de hospitalização (dia, mês e ano), número de registro no hospital (número de identificação do usuário no GHC), diagnóstico principal da alta (CID-10[22]), unidade de saúde de referência (número da unidade), presença de prontuário família na unidade (sim ou não), caminho percorrido anterior à hospitalização (encaminhado por profissional da unidade, encaminhado por outro serviço, ter ido direto ao hospital por unidade fechada, não ter conseguido consulta ou pela gravidade do caso), data da alta hospitalar, data do contato entre equipe e família após internação e local de acompanhamento após alta (na unidade do SSC ou não).

A freqüência de internação foi calculada relacionando o número de internações e a população total das áreas de abrangência nas faixas etárias de 0–19 anos. A freqüência

de reinternação foi calculada pela razão dos números de registros que apareceram mais de uma vez e o total de hospitalizações no mesmo período. As hospitalizações por CSAA foram identificadas conforme Quadro 1. A freqüência de internações por esses motivos foi calculada pela razão do número de eventos ocorridos pelo total de internações. A sazonalidade das internações foi identificada pela data de internação. O tempo de hospitalização foi calculado a partir das datas de internação e de alta. O tempo decorrido entre a hospitalização e o contato com a família foi calculado a partir da data da internação e data do contato. A presença de vínculo prévio entre família e Equipe de Saúde foi avaliada por meio da existência de número de prontuário na unidade. O caminho percorrido nos serviços de saúde, anterior à hospitalização, foi avaliado da seguinte forma: encaminhado pela unidade, direto para o hospital (US fechada), direto para o hospital (gravidade do caso) e direto para o hospital (não conseguiu consulta).

A análise dos dados foi realizada em Epi-Info versão 6.1 e SPSS versão 12. Utilizou-se estatística descritiva e de inferência com média e desvio padrão para a variável idade e percentual para as variáveis categóricas. Teste *t student* foi utilizado para comparar a variável contínua e o teste Qui-quadrado para variáveis categóricas. O valor de $p<0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Foi procedida a análise descritiva mediante o cálculo de médias e proporções. Para estudar a associação entre internação por CSAA e fatores de interesse, foi realizada a análise bivariada e calculadas as razões de chances (OR) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Com a finalidade de estudar o efeito independente dos diversos fatores, foi realizada uma análise multivariada, mediante a utilização de regressão logística não condicional, calculando-se, dessa forma, as razões de chances e os respectivos IC95%.

Resultados

O total de hospitalizações entre 2001 e 2004 foi de 4.003. Excluíram-se 293 (7,3%) que correspondiam a moradores fora da área de atuação, 225 (5,6%) por mudança de endereço e 156 (3,9%) em que os endereços não foram localizados pela equipe. O tamanho da amostra foi de 3.329 hospitalizações.

Não houve variação na freqüência de internação da população adscrita do SSC de 2001 a 2004 nos hospitais do GHC. Considerando a população menor de 19 anos do SSC, calculou-se uma taxa anual de hospitalização de 2,9%. As reinternações corresponderam a 16% do total de internações ocorridas e também não apresentaram variação nos quatro anos de estudo (p=0,11).

Os meninos hospitalizam-se mais que as meninas em todas as faixas etárias ($p<0,001$), sendo que a diferença torna-se maior a partir dos quatro anos de idade. A freqüência de hospitalização foi inversamente proporcional à idade da criança.

A mediana do tempo de internação foi três dias e 98% das crianças não permanecem no hospital por um período superior a 30 dias.

Identificamos que 94,2% das crianças e adolescentes moradoras das áreas de atuação do SSC e que se hospitalizaram no GHC têm prontuário nas unidades do SSC.

Em relação ao caminho percorrido até o hospital, identificou-se que 24% foram encaminhados por profissional da unidade do SSC, 3,8% por profissional de outro serviço, 24,2% foram direto porque a unidade encontrava-se fechada, 1,9% foi direto porque não conseguiu consulta, 25,4% foram direto pela gravidade do caso e 20,6% por outra situação, como, por exemplo, hospitalizar logo após o nascimento.

O primeiro contato após internação ocorreu em um tempo mediano de 13 dias. Em relação ao local de acompanhamento após alta, identificou-se que 81,8% das crianças serão acompanhadas nas unidades do SSC e 15% em outros serviços.

Considerando os principais motivos de internação em capítulos do CID 10, observamos: doenças respiratórias (36%), afecções perinatais (14%), doenças infecciosas e parasitárias (10%), doenças digestivas (9%), lesões, envenenamentos e outras causas externas (6%).

Conforme Tabela 1, os dez primeiros diagnósticos principais representam 50% do total de internações ocorridas no período do estudo. Observou-se uma redução de internação por septicemia (p=0,01) e epilepsia (p=0,02) e aumento das hospitalizações por bronquiolite (p=0,01) ao longo desses quatro anos.

Observamos um aumento estatisticamente significativo na freqüência do total de hospitalizações ($p<0,01$) e de hospitalizações por CSAA ($p<0,01$) nos meses de maio, junho e julho (figura 1).

O total de internações por CSAA foi de 1.185, representando uma freqüência de 35,6% (variando de 25% a 43% entre as US) e não apresentando variação ao longo desses quatro anos (p=0,5). Identificaram-se hospitalizações por doenças imunopreveníveis e parasitárias não relacionadas na Tabela 1, tais como hepatites A e B, rubéola, caxumba e ascaridíase.

Conforme a Tabela 2, após análise ajustada, meninos e meninas não apresentam diferença estatística em hospitalização por CSAA (OR=1,0–IC95% 0,9 a 1,2). Crianças de um a quatro e de cinco a nove anos apresentam três e

duas vezes mais chances, respectivamente, para hospitalizar por CSAA (OR=3,1–IC95% 2,6 a 3,7 e OR=2,1–IC95% 1,7 a 2,6) em relação aos menores de um ano.

Pacientes que foram para o hospital devido à US encontrar-se fechada ou pela gravidade do caso apresentaram 1,3 e 1,4, respectivamente, mais chance de hospitalizarem-se por CSAA.

Discussão

Estudos de morbidade são importantes no controle das doenças e no planejamento de ações (Silva *et al.*[5]; Casanova & Starfield[6]; Cesar *et al.*[11]; Stein[23]; Cesar *et al.*[24]). Além disso, captam aspectos do processo saúde–doença que escapam das estatísticas de mortalidade (Cesar *et al.*[11]).

A taxa anual de hospitalização na população de 0 a 19 anos do território de abrangência do SSC foi de 2,9%. Embora avaliações realizadas no SSC evidenciem que o GHC é referência para 70% dessa população (Serviço de Saúde Comunitária[25]), existe uma limitação no estudo devido ao fato de que não foram estudadas as hospitalizações ocorridas fora do GHC, devido à inacessibilidade das informações. Essa limitação se estende para comparações com taxas de hospitalização encontradas em outros estudos de base populacional (Cesar *et al.*[11]; Caetano *et al.*[10]; Cesar *et al.*[24]; Parker & Schoendorf[26]).

A freqüência de reinternação de 16% foi considerada alta e semelhante à encontrada em outros estudos brasileiros na mesma faixa etária (Madeira *et al.*[27]; Rocha *et al.*[28]). No Chile, um estudo considerou muito alta uma taxa de reinternação de 9,5%, embora tenha sido avaliada no primeiro mês após alta hospitalar (Kaempffer *et al.*[29]).

Os meninos hospitalizaram-se mais que as meninas em todas as faixas etárias, assim como observado em outros estudos (César *et al.*[11]; Castro *et al.*[13]). As crianças, quanto menores, apresentaram-se mais vulneráveis à hospitalização. Um estudo calcula que, a cada ano de vida, as crianças diminuem em 13% as chances de se hospitalizar (Castro *et al.*[13]). As crianças, quanto menores, apresentam maior impacto negativo à saúde decorrente desse evento (França[24]).

O tempo mediano de três dias de permanência no hospital pode ser considerado baixo e semelhante ao encontrado em outro estudo brasileiro (Rocha *et al.*[28]), uma vez que o tempo previsto pelo Ministério da Saúde para a hospitalização de crianças é de cinco dias (Castro *et al.*[13]).

A maior parte das crianças ou adolescentes moradores das áreas de atuação do SSC que foi hospitalizada apresenta prontuário nas unidades do SSC. Quando os pacientes foram encaminhados ao hospital por um serviço de saúde, a maioria foi encaminhada por profissional das unidades do SSC. Quando foram direto ao hospital, muito poucos foram por não ter conseguido consulta. Essas informações evidenciam que o SSC é a principal referência em APS para essa população e encontra-se acessível durante o período de funcionamento. Refletem ainda bons indicadores na qualidade da atenção, uma vez que são utilizados na avaliação de acesso, longitudinalidade e na coordenação dos serviços de APS (Starfield[1]).

A coordenação da atenção também pode ser medida por meio da existência de um sistema de informação que permite realizar vigilância à saúde, identificando a passagem e efetividade da atenção aos pacientes em outros pontos do sistema de saúde, como ambulatórios especializados e internação (Starfield[1]). Após ter acesso à informação da internação da criança ou adolescente, as equipes do SSC entram em contato com a família em um tempo adequado, completando a vigilância e possibilitando uma assistência integral.

Os cinco principais grupos de causas de internação entre 0 e 19 anos no SSC são os mesmos encontrados em outros estudos brasileiros (Ministério da Saúde[31]). No entanto, o percentual de internações por doenças respiratórias é maior no SSC (36%) do que para o País (25%), o que poderá estar relacionado às temperaturas médias mais baixas (Instituto de Meteorologia[32]).

A asma é o principal motivo de hospitalização no SSC e sua freqüência é semelhante às encontradas em outros estudos (Lasmar *et al.*[33]; Casanova & Starfield[6]; Bermudez *et al.*[15]; Weissman *et al.*[16]). Estudo identifica fatores de risco para internação por esse motivo: início precoce da doença, baixa escolaridade materna, gravidade da doença e duas ou mais consultas de emergência por mês (Lasmar *et al.*[33]).

Ao longo de 2001 a 2004, houve aumento no número de internações por bronquiolite. Estudo recente demonstra que a amamentação exclusiva é importante fator de proteção para evitar internações por esse motivo. A criança com período de amamentação inferior a um mês tem sete vezes mais risco para hospitalização por bronquiolite nos primeiros três meses de vida (Albernaz *et al.*[8]).

A redução do número de internações por epilepsia poderá estar relacionada a um trabalho integrado com o ambulatório especializado, onde foram realizadas ações, como: avaliação do especialista de todas as crianças que vinham sendo hospitalizadas por esse motivo, educação continuada para profissionais do SSC e elaboração de material instrucional fornecido às Equipes de Saúde.

Em relação aos motivos de hospitalização, fato interessante para o planejamento de estratégias de educação permanente na construção de diretrizes clínicas

e na educação e saúde é o de que os dez diagnósticos principais correspondem à metade das hospitalizações ocorridas no período do estudo.

A freqüência de internação por CSAA, no presente estudo, de 35,6% foi semelhante à de 33% encontrada em estudo americano (Parker & Schoendorf[26]). No entanto, esse percentual variou de 25% a 43% entre as diferentes unidades do SSC, evidenciando a possibilidade de diferenças na qualidade de atenção. Uma melhor avaliação dos motivos dessas diferenças esteve limitada devido à ausência de variáveis socioeconômicas no sistema de informação, determinantes de hospitalização por CSAA. A faixa etária de maior risco para internação por CSAA é a de um a quatro anos, reforçando a necessidade de manter a vigilância à saúde dessas crianças de forma sistematizada até os cinco anos de idade.

Outra limitação do estudo é a possível superestimação do OR em relação à RP, o qual foi utilizado para calcular medidas de associação (Barros & Hirakata[34]). No entanto, com freqüências inferiores a 10%, a diferença entre essas medidas de associação não é significativa.

O indicativo de ter passado anteriormente nas unidades de saúde foi fator de proteção para internação por CSAA. Famílias que foram direto para o hospital porque as unidades estavam fechadas por referirem gravidade da situação estiveram relacionadas a maiores freqüências de hospitalizações por CSAA. Essa informação leva a pensar que um planejamento ampliando o horário das unidades e enfatizando educação em saúde poderia reduzir internações por esses motivos.

Conclusões

O estudo aponta para a importância em destinar esforços na redução de hospitalizações por CSSA no SSC, principalmente as que se referem às doenças respiratórias que ocorrem com maior freqüência nos meses de inverno.

Estudo recente evidencia que, se por um lado a maior disponibilidade de leitos poderia propiciar internações desnecessárias, essa sobreutilização poderia também estar relacionada a problemas de acesso e qualidade da atenção ambulatorial (Castro *et al.*[35]).

A maior parte da população estudada utiliza o SSC, tem prontuário nas unidades, poucos não conseguiram consulta anteriormente à hospitalização, a equipe é informada prontamente, está organizada para contato precoce com a família, conta com sistema de informação que permite avaliação contínua, mas apresenta variação entre as unidades na taxa de hospitalização por CSAA. Assim, um melhor desempenho não somente na questão do acesso, mas também na qualidade da atenção e efetividade das consultas no SSC, tem importância no sentido de evitar hospitalizações desnecessárias no SSC.

Ações mais efetivas poderiam ser planejadas a partir de um novo estudo que controlasse as diferenças socioeconômicas. As iniqüidades existentes poderiam ser relacionadas mais diretamente ao SSC. Sugere-se com esse objetivo acrescentar variáveis como renda da família e escolaridade da mãe no sistema de informação específico das hospitalizações.

Os resultados apontados recomendam priorizar a vigilância às CSAA, incluindo nesse grupo situações encontradas no presente estudo e não descritas no Quadro 1, e às reinternações, sem redução nesses quatro anos.

Conhecer informações sobre morbidade em territórios adscritos de APS possibilita novos subsídios para o planejamento de ações de educação permanente dos profissionais, elaboração de diretrizes clínicas e educação em saúde. Avaliar continuamente os serviços é fundamental na sensibilização de gestores e profissionais para uma atenção qualificada e no incentivo da população para desenvolver o controle social.

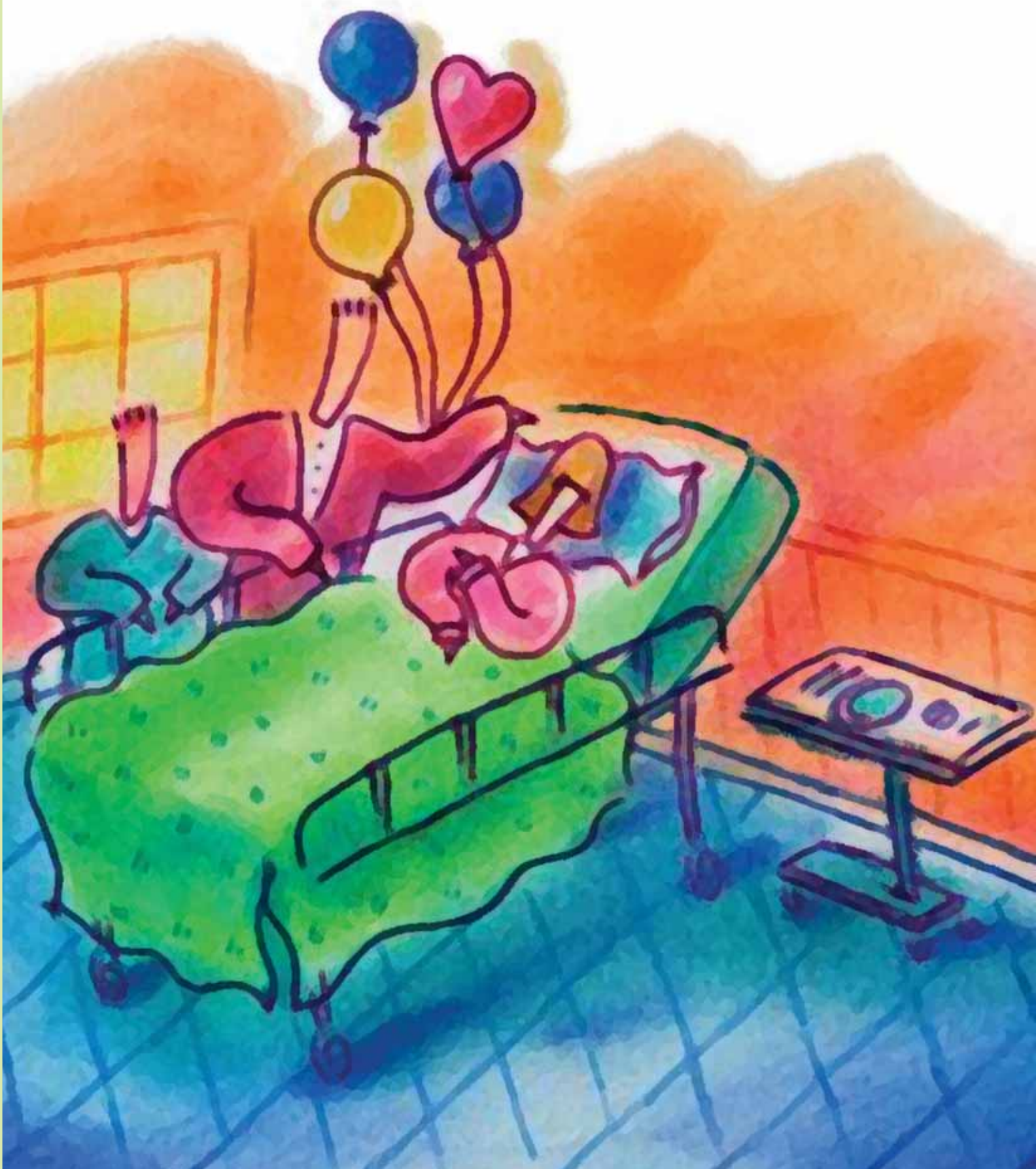
Agradecimentos

Agradecemos às Equipes de Saúde e a todas as mães e crianças moradoras das áreas de atuação do SSC que tornaram possível a realização deste estudo.

Referências

1. STARFIELD, B. PRIMARY CARE. *Concepts, Evolution and Policy*. Oxford University Press, New York, 1992.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Saúde da Família. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 2004.
3. HARZHEIN, E., STEIN, A.T., ÁLVAREZ-DARDET, C. *et al.* Revisão Sistemática sobre aspectos metodológicos das pesquisas em atenção primária no Brasil. Revista da AMRIGS 49 (4): 248–252, 2005.
4. BILLINGS, J. ANDERSON, G. NEWMAN L. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Aff*, n.15, p. 239–49, 1996.
5. SILVA, A.A.M., GOMES, U.A., TONIAL, S.R., SILVA, R.A. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 15, n. 4, 1999.

6. CASANOVA, C., STARFIELD, B. Hospitalizations of children and access to primary care: a crossnational comparison. *Int J Health Serv*, v. 25, n. 2, p. 283–94, 1995.
7. CASANOVA, C., STARFIELD, B. Pediatric Hospitalization due to ambulatory care sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int J Health Care*, v. 8, n. 1, p. 51–59, 1996.
8. ALBERNAZ, E.P., MENEZES, A.B., CÉSAR, J. *et al.*. Hospitalização por bronquiolite aguda como fator de risco para sibilância recorrente. *Cad. Saúde Pública*, v. 16, n. 4, p. 1.049–1.057, 2000.
9. BARROS F., VICTORA C. Epidemiologia da saúde Infantil. 3 ed. Hucitec – Unicef: São Paulo, 1998.
10. CAETANO, J.R.M. *et al.* Fatores Associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos. São Paulo: *Revista Saúde Pública*, v. 36, n. 3, 2002.
11. CESAR, J. *et al.* Hospitalizações em menores de um ano pertencentes a duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad. Saúde Pública*, v. 12, suppl. 1, 1996.
12. PERRIN, J. M. *et al*. Variations in rates of hospitalization of children in three urban communities. *New England Journal of Medicine*, v. 320 n. 18, p. 1183–1187, 1989.
13. CASTRO, M.S., CARVALHO, M.S., TRAVASSOS, C. Fatores Associados às Readmissões Hospitalares em um Hospital Geral Brasileiro. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 4 RJ, 2005.
14. MARQUEZ-CALDERÓN, S. *et al*. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. *Gaceta Sanitaria*, v. 17, n. 5, p. 360–367, 2003.
15. BERMUDEZ – TAMAYO C. *et al*. Organiozational characteristics of primary care and hospitalization for to the main ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria*. 15;33 (6):305-11, 2004.
16. WEISSMAN, J., GATSONIS, C., EPSTEIN, A. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachutsetts and Maryland. *JAMA*, n. 268, p. 2.388–94, 1992.
17. GADOMSKI, A., JENKINS, P., NICHOLS, M. Impact of medicaid primary care provider and preventive care on pediatric hospitalization. Pediatrics, v. 101, n. 3, 1998.
18. PARCHMAN, M., CULLER, S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J Fam Pract*, n. 39, n. 2, p. 123–8, 1994.
19. MENDES, E.V. Os Grandes Dilemas do SUS. TomoII. Casa da Qualidade editora. Salvador, Bahia, 2001.
20. LENZ, M.L., PIRES, N., TAKEDA, S., FLORES, R. Vigilância à Saúde da Criança e Adolescente: De volta pra casa. Núcleo de Epidemiologia. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Ações Premiadas no VI concurso de Inovações na Gestão Pública Federal. ENAP, 2001.
21. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2000. www.ibge.gov.br
22. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE & CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima revisão. Universidade de São Paulo. V. 1, 1997.
23. STEIN, A.T. Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para diminuir consultas não urgentes em serviços de emergência. Tese de doutorado em medicina. UFRGS, RS – Brasil, 1998.
24. CESAR, J. *et al.*. Utilização de serviços de saúde por menores de cinco anos no extremo sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 18, n. 1, 2002.
25. SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA. Ações Materno-Infantis 2004. Relatório de Avaliação. Mímeo. mlenz@ghc.com.br
26. PARKER, J., SCHOENDORF, K. Variation in hospital discharges for ambulatory care-sensitive conditions among children. Pediatrics, v. 106, n. 4, 2000.
27. MADEIRA, L.M. *et al.*. Reinternação Pediátrica: Conhecendo a Magnitude do Problema. Revista Brasileira de Enfermagem. 49 (4) 531–548, 1996.
28. ROCHA, J.S., SIMÕES, B.J.G., GUDES, G.L.M. Assistência Hospitalar como Indicador de Desigualdade Social. Revista de saúde Pública, v. 31, n. 5, São Paulo, 1997.
29. KAEMPFFER RAMIREZ, A.M. *et al.* Resultados alejados de la atencion hospitalaria infantil/late results of pediatric hospital care. Revista Chil. Pediatr. 69 (4): 163–7, 1998.
30. FRANÇA MTB. *Pediatria em Consultório*. Ed. 141–150, 2000.
31. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS. http://tabnet.datasus.gov.br
32. Oitavo Distrito do Instituto de Meteorologia. Quadro da temperatura média mensal nos anos de 2001 a 2005. Consulta pelo e-mail: seoma8@inmet.gov.br
33. LASMAR, L., GOULART, E., SAKURAI, E., CAMARGOS, P. Fatores de risco para hospitalização de crianças e adolescentes asmáticos. *Revista de Saúde Pública* 2002;36(4):409-19.
34. BARROS, AJ; HIRATA,VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studie comparison of models that directly estimative the prevalence rat. *BMC Med Res Methodol*. Oct 20;3 (1):21, 2003.
35. CASTRO, M.S.M. A utilização das internações hospitalares no Brasil: fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito de oferta de serviços sobre o uso. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para a obtenção do grau de Doutor. http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxis/ind.exe/iah/online



Apesar dos constantes avanços experimentados pelo Brasil nos últimos anos, algumas localidades do país ainda ficam mais descobertas da totalidade de recursos e oportunidades que outras - principalmente as comunidades rurais. Para vencer essa barreira, o Governo Federal reuniu diversos ministérios a fim de levar ações integradas e de forma democrática aos povos até então esquecidos.

Territórios da Cidadania permitem voz e vez aos que mais precisam de oportunidades

As ações do Territórios da Cidadania (TC) surgiram do projeto de Territórios Rurais desenvolvido pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), desde 2003. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que o Brasil tinha, já em 2003 e ainda hoje, uma população predominantemente urbana. Segundo Humberto Oliveira, secretário de Desenvolvimento Territorial do MDA, os números são expressivos: 83% de população urbana e 17% rural. Mas o secretário adverte, no entanto, que é preciso intepretar essa estatística à luz da formação das pequenas comunidades, "temos, no Brasil, conjuntos de pequenos municípios, com menos de 50 mil habitantes, em que as pessoas vivem em ambientes estritamente rurais, as famílias têm sua economia baseada na agricultura, embora esta já esteja diversificada entre serviços e indústria. Do ponto de vista econômico, cultural e até mesmo no predomínio de paisagens, essas comunidades podem ser caracterizadas como rurais".

Segundo o secretário Humberto, a partir desse pensamento, cerca de 50



"A missão de cuidar da agricultura familiar e da reforma agrária não é só de um ministério, mas de todo o escopo do Governo Federal"
Humberto Oliveira, secretário de Desenvolvimento Territorial do MDA.

milhões de brasileiros, distribuídos entre pouco mais de 4.500 municípios, vivem em condições rurais, "daí passamos a ter uma releitura da realidade brasileira, onde mais de 30% de nossa população reside efetivamente no campo", ressalta o secretário. São 120 territórios rurais, para os quais, somente em 2007, foram investidos R$ 224,6 milhões em obras e serviços realizados em parceria com municípios, estados e organizações não-governamentais. Essa proximidade com as diversas instâncias também serviu de escopo à criação do Territórios da Cidadania, que abraçou a iniciativa de trabalhar o conceito de territórios junto às comunidades. Assim, os diversos ministérios, governadores, prefeitos e, principalmente, a sociedade civil organizada podem efetivamente propor e construir um projeto comum, guiado por interesses das populações que confluem para um objetivo maior: o bem-estar comum, "o governo entende que as pessoas que estão no campo precisam mais que somente das políticas rurais, elas precisam de todo um conjunto de políticas públicas, nas mais diversas áreas. A missão de cuidar da agricultura familiar e da reforma agrária não é só de um ministério, mas de todo o escopo do Governo Federal", enfatiza Humberto.

Humberto Oliveira, da Secretaria de Desenvolvimento Territorial do MDA (SDT/MDA), coloca o grande avanço do programa Territórios da Cidadania ao destinar recursos exclusivos para as áreas, "aliado à transparência pública, este é um dos maiores avanços do programa, uma vez que cada ministério tem de informar quanto e como está investindo em cada um dos territórios", ressalta o secretário.

Surgem os Territórios da Cidadania

Lançado oficialmente em 25 de fevereiro de 2008 pelo presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, os Territórios da Cidadania representam então um esforço conjunto entre vários ministérios e órgãos, para o qual foi feito um mapeamento das regiões, entre os 120 territórios rurais, desprovidas de recursos, com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e dinamismo econômico, deficientes de profissionais das mais diversas áreas e, mais ainda, com grande potencial a ser explorado, sendo que nesse primeiro momento serão 60 Territórios da Cidadania em todas as regiões brasileiras - a meta do programa é de chegar a 2010 com 120 territórios.

O objetivo central do TC é a superação da pobreza e geração de trabalho e renda no meio rural por meio de uma estratégia de desenvolvimento territorial sustentável, para a qual foram definidos objetivos específicos como a inclusão produtiva das populações pobres dos territórios; o planejamento e integração de políticas públicas; a busca da universalização de programas básicos de cidadania; e o incremento da participação social.

Além de diminuir o êxodo rural, o presidente Lula lembrou, quando do lançamento do programa, que os Territórios da Cidadania são mais um passo importante para se erradicar a pobreza no país, proporcionando a inclusão e o desenvolvimento regional, "a execução baseada em parcerias proposta pelo programa é um grande passo para se acabar com a pobreza e as desigualdades sociais no Brasil", declarou o presidente da República.

Segundo Tereza Campello, da Subchefia de Articulação e Monitoramento da Casa Civil, paralelamente ao desenvolvimento do Programa de Aceleração de Crescimento (PAC), o Governo Federal definiu, para a área de infra-estrutura, um conjunto de ações prioritárias que compõem a Agenda Social, "entre essas ações estão a ampliação dos benefícios do Bolsa-Família, o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), a unificação dos programas de Juventude e o Programa Territórios da Cidadania".

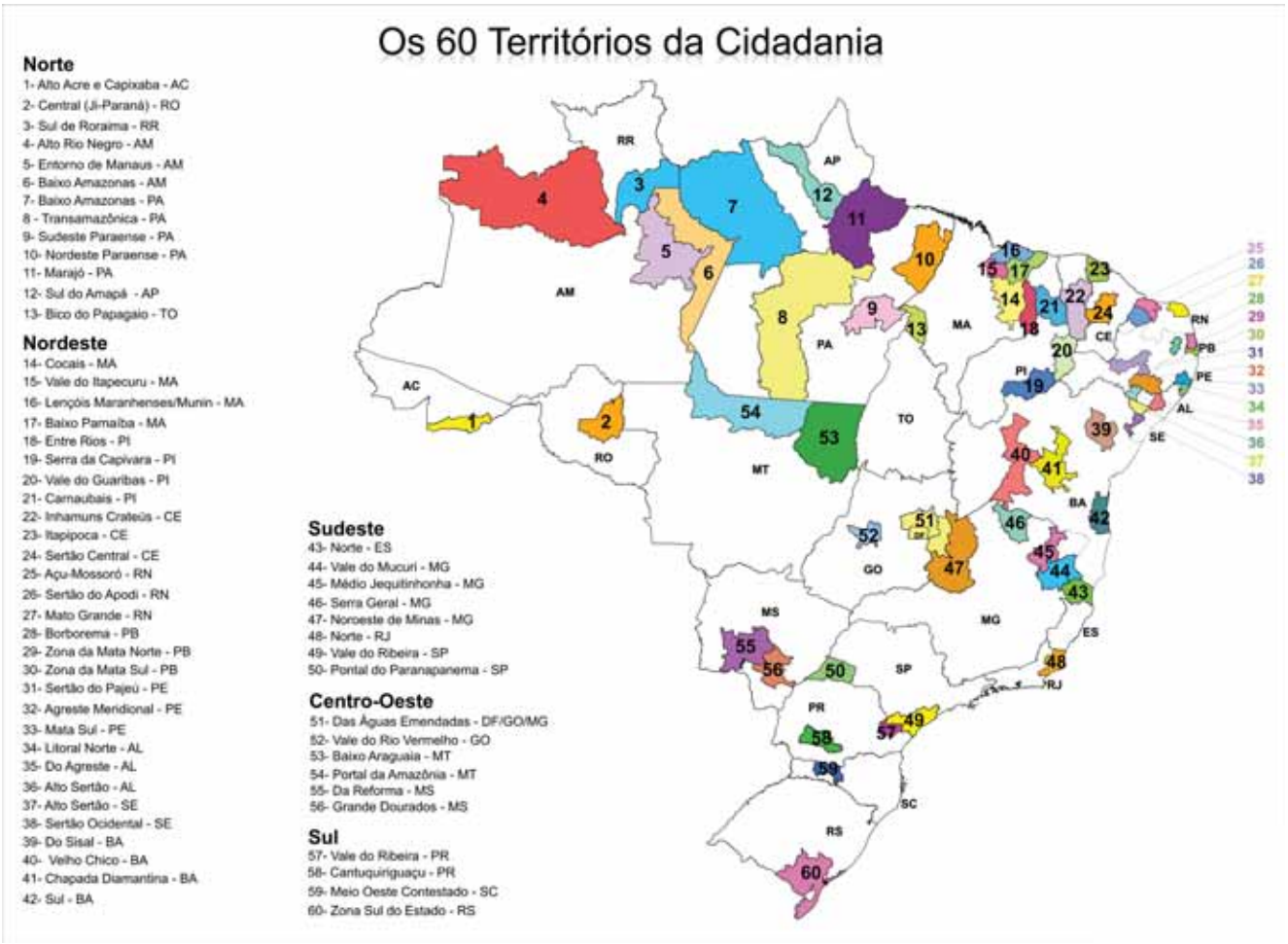


Todas as ações e recursos dos Territórios da Cidadania podem ser acessados no site www.territoriosdacidadania.gov.br.



Para Humberto Oliveira, o ambiente rural deve ser provido de cultura, educação e saúde, "atualmente os municípios menores não têm estrutura para atrair o profissional médico e os Territórios da Cidadania procuram levar essa estrutura".

Territórios da Cidadania é uma estratégia de desenvolvimento regional sustentável e garantia de direitos sociais voltada às regiões do país mais carentes, com o objetivo de levar o desenvolvimento econômico e universalizar os programas básicos de cidadania.



Entenda os critérios de seleção dos Territórios da Cidadania:

O TC é caracterizado por um espaço de transformação do foco das ações governamentais, visando à superação da pobreza. Esse espaço se define por sua identidade social comum, elencada pelos seguintes requisitos:

- Conjunto de municípios com até 50 mil habitantes;
- Densidade populacional menor que 80 habitantes/km2;
- Organizados em territórios rurais de identidade;
- Integrados com os Consórcios de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Local (Consad), do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), e/ou Mesorregiões, do Ministério da Integração Nacional (MI).

Uma vez definidos os territórios, alguns critérios foram utilizados para a decisão do foco de atuação do Programa Territórios da Cidadania:

- Menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH);
- Maior concentração de agricultores familiares e assentamentos da reforma agrária;
- Maior número de beneficiários do Programa Bolsa-Família;
- Maior concentração de populações quilombolas e indígenas;
- Maior número de municípios com baixo dinamismo econômico;
- Maior organização social (capital social).

Aliada às iniciativas dos Territórios da Cidadania, o Ministério da Saúde também voltou um conjunto de ações aos 60 territórios selecionados. Entre as metas, está a cobertura de 100%, até 2011, em todos os Territórios da Cidadania. A meta para todo o território nacional, para o mesmo ano, é de 70%.

Transparência nas ações

O Territórios da Cidadania tem por princípio a participação ativa da sociedade civil não só na elaboração das propostas, mas na fiscalização da sua execução em todas as suas etapas, desde a licitação à execução.

Para acompanhar cada etapa das ações e a aplicação dos recursos, basta o cadastramento no portal do Territórios da Cidadania - www.territoriosdacidadania.gov.br. No site também serão fomentadas discussões sobre quem e quais locais mais precisam dessa atenção diferenciada.

O passo-a-passo de uma tranformação social

Além de estabelecer os critérios para a formação dos Territórios da Cidadania, o Governo Federal criou também mecanismos de controle social sobre a gestão dos territórios, distribuídos em três passos:

1º) Ações do governo federal: etapa em que os órgãos do Governo Federal apresentaram as propostas de ações concretas para cada um dos 60 territórios, totalizando 176 ações;

2º) Participação e integração: lançamento efetivo do programa nas comunidades, onde a população discute com representantes das três esferas do poder público as ações a serem implementadas;

3º) Execução e controle: nesta fase as mais de seis mil obras e serviços estão sobre constante vigilância da população e os investimentos aprovados farão parte de uma grande agenda detalhada das ações territorias. O controle dessa agenda é público, pois os colegiados territoriais têm conhecimento do que foi aprovado e, por meio do portal www.territoriosdacidadania.gov.br, pode-se acompanhar a execução do programa.

Lista de Ministérios e Secretarias participantes:

- Casa Civil
- Agricultura, Pecuária e Abastecimento
- Cidades
- Cultura
- Desenvolvimento Agrário
- Desenvolvimento Social e Combate à Fome
- Educação
- Integração Nacional
- Justiça
- Meio Ambiente
- Minas e Energia
- Planejamento, Orçamento e Gestão
- Saúde/Funasa
- Trabalho e Emprego
- Secretaria Especial de Aqüicultura e Pesca
- Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
- Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
- Secretaria Geral da Presidência da República
- Secretaria de Relações Institucionais

Ações integradas

O programa prevê a ação integrada dos principais programas do Governo Federal com 176 ações de 19 ministérios voltadas para o desenvolvimento regional e garantia de direitos sociais de aproximadamente 23,9 milhões de pessoas, sendo 973.949 famílias de agricultores familiares, 364 comunidades quilombolas e 201 terras indígenas, além de dois milhões de famílias beneficiárias do Bolsa-Família. Segundo o Ministério do Desenvolvimento Agrário, o investimento para 2008 é de R$ 11,3 bilhões.

Os governos federal, estaduais e municipais e sociedade civil são reunidos por meio do Colegiado Territorial e entre as instâncias governamentais foi assinado um Acordo de Cooperação Federativa "que prevê a colaboração mútua para a execução de ações nos territórios", ressalta Tereza Campello. Segundo a subchefe adjunta, esse acordo tem como desdobramentos: a criação de Comitês Estaduais, que reúnem órgãos federais, estaduais e representantes das prefeituras municipais, "cuja principal tarefa é fazer a articulação e a integração das diversas políticas públicas"; e o firmamento do compromisso entre estados e municípios de levar outras ações ou reforçar as existentes.

SAÚDE DA FAMÍLIA EM INTERFACE COM OS TERRITÓRIOS DA CIDADANIA (TC)

Como carro-chefe das ações do Ministério da Saúde, no programa Territórios da Saúde, está o incremento da estratégia Saúde da Família, que guarda em seus princípios de atuação similaridades naturais com o TC, por apresentar uma proposta de trabalho contínua e transformadora da realidade, pois há muito as ações das Equipes Saúde da Família (ESF) já extrapolam os limites das unidades básicas da saúde e vêm se consolidando, em todo o país, como uma força multiplicadora da saúde que, no entender da estratégia, ultrapassa o conceito de ausência de doença e avança no sentido de entender saúde como bem-estar físico e emocional.

Dentro dos Territórios, o Ministério da Saúde (MS) participa do Comitê Nacional e do Comitê Técnico dos Territórios da Cidadania, "produzimos um conteúdo 'passo a passo' sobre a estratégia Saúde da Família e estivemos em alguns territórios fazendo oficinas sobre o SUS. Além disso, foi feita apresentação dos Territórios da Cidadania,



Segundo a secretária executiva do Ministério da Saúde, Marcia Bassit, o Ministério pretende articular ações com as secretarias.

para os técnicos do Ministério e para os coordenadores da Atenção Básica, no congresso dos Secretários Municipais de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde", relata a secretária-Executiva do Ministério da Saúde, Márcia Bassit. Entre as ações do MS, no referido Programa, estão: a ampliação da Atenção Básica, por meio da estratégia Saúde da Família; a ampliação da cobertura do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde; a ampliação do acesso da Equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica; a ampliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (Ceos) e do Programa Brasil Sorridente e a ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais por meio da implantação do "Aqui Tem Farmácia" e "Farmácia Popular". "Além disso, serão trabalhadas internamente no Ministério da Saúde ações articuladas com as secretarias", afirma a secretária-Executiva. Ela enfatiza a importância do comprometimento das secretarias estaduais e municipais de saúde: "esse envolvimento é fundamental primeiro pelos princípios do SUS, - pois, sem a participação das esferas de governo e da sociedade civil, o Sistema Único de Saúde não funciona - segundo, pela concepção do próprio Território da Cidadania, que tem como objetivo a integração das políticas públicas com participação social".

Por todo o Brasil não faltam exemplos do poder transformador dos Agentes Comunitários de Saúde, que levam um olhar diferenciado de cuidado, fornecendo aos demais profissionais das ESF, um retorno mais preciso e humano do dia-a-dia das famílias e de como estas se estruturam. São muitos também os exemplos dos profissionais que compõem as equipes. Estando mais próximos do cidadão têm uma maior facilidade de reconhecer os elementos agravantes à saúde e aqueles que podem causar diversos males, o que lhes permitem desenvolver um trabalho de prevenção mais gratificante. Em um contato mais personalizado eles conseguem extrair de seus pacientes relatos mais precisos, podendo assim ajudá-los melhor. Enfim, as possibilidades de uma promoção da saúde mais efetiva são inúmeras. Esses são alguns dos motivos que levam o MS a entender a Saúde da Família como a política estruturante do acesso nos territórios.

Serão incrementadas também, dentro da estratégia Saúde da Família, nos territórios selecionados, equipes completas de Saúde Bucal, como já acontece na maioria das cidades brasileiras atendidas pela ESF. A meta é introduzir pelo menos uma Equipe de Saúde Bucal em cada um dos territórios ainda não beneficiados, "nesse caso, o papel do colegiado será o de sensibilizar os gestores municipais sobre a importância da iniciativa e diagnosticar, junto a eles, a viabilidade e a melhor localização para a implantação dessas equipes", ressalta a secretária-Executiva.

O programa Farmácia Popular do Brasil, criado em 2004, leva medicamentos essenciais a um baixo custo à população. Ele tem como executores, tanto os estados quanto os municípios, que, em sistema de co-pagamento, trabalham em parceria com o setor varejista farmacêutico. Com relação aos Territórios da Cidadania, o Ministério da Saúde pretende firmar parcerias com 31 dos municípios desprovidos de Farmácia Popular, "a meta é ter pelo menos uma Farmácia Popular por território, além de ampliar o acesso aos medicamentos subsidiados no programa Aqui Tem Farmácia Popular em 22 municípios", lembra Márcia Bassit. A secretária-Executiva ressalta que o papel dos colegiados também será decisivo no sentido de incentivar as farmácias privadas locais a aderirem ao programa e identificar lugares nos quais uma implantação não cause impacto negativo na rede privada existente.

EDUCAÇÃO DE PONTA A PONTA NOS TERRITÓRIOS

Outro órgão que teve toda uma gama de ações especialmente voltadas para os Territórios da Cidadania é o Ministério da Educação (MEC), que trabalha com o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) avaliando o rendimento dos alunos quanto à aprendizagem e o fluxo deles dentro da Educação Básica. Dentro dos dados levantados pelo Ideb, dos 5.564 municípios avaliados em 2007, foram identificadas 1.242 cidades com resultados abaixo da média, "essas nós tiramos como prioritárias e temos que elevar a qualidade de sua Educação Básica com uma atenção diferenciada", ressalta Armênio Schmidt, diretor de Educação para Diversidade, da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade do Ministério (SECAD/MEC).

Segundo o diretor, observou-se que a grande maioria desses municípios não era favorecida pelas políticas do Ministério da Educação, tinha dificuldade de acesso ou ainda desconhecia as políticas do Ministério da Educação, "e muitas vezes tinha dificuldade na elaboração de projetos", diz ele.

Para a atuação do MEC dentro dos Territórios da Cidadania, foi feito um cruzamento dos dados levantados pelo Ideb com os dados dos 60 territórios.



"O Ministério da Educação tem trabalhado e priorizado os Territórios da Cidadania, exemplo disso é o programa Saberes da Terra, que tem 40% das vagas voltadas exclusivamente para os municípios do TC", destaca Armênio Schmidt.

Desse confrontamento de informações, dos 1.242 municípios, 376 estavam contemplados pelo TC, assim, "estes passaram a ser os prioritários entre os prioritários", diz Schmidt.

Entre as ações implementadas pelo MEC nos territórios, destacam-se: o programa Pró-Infância, com construções de escolas de Educação Infantil; construções de escolas do campo, para as quais o MEC está disponibilizando, neste ano, R$ 200 milhões; programa Caminhos da Escola, com a aquisição de ônibus especiais, tracionados, próprios para a demanda do campo, "todos os 376 municípios vislumbrados pelos Territórios da Cidadania receberão os veículos que foram conseguidos por meio de emenda parlamentar", relata o diretor da SECAD/MEC.

Segundo Schmidt, os territórios aglutinam os municípios com a mesma vocação, identidade cultural e formação da sua população, "isso os integra com os governos estadual e federal. Então eu acredito que alguns resultados poderão ser vistos em breve. Essa é uma política que veio para ficar. É uma política de Estado, e não de governo".

MAIS CULTURA PARA OS TERRITÓRIOS DA CIDADANIA

O Ministério da Cultura também vem concentrando ações voltadas aos Territórios da Cidadania, "o MinC considera o programa Territórios da Cidadania de suma importância para o desenvolvimento sustentável na área rural e por essa razão atuará por meio das pactuações e com ações do programa Mais Cultura", ressalta o secretário executivo do Ministério, Juca Ferreira.

A partir das perspectivas das ações do Ministério da Cultura na pactuação com o programa Territórios da Cidadania, estão previstas a implantação de bibliotecas e modernização das já existentes e a criação de Pontos de Cultura. "Já fizemos o levantamento dos municípios sem bibliotecas públicas municipais e pretendemos zerar esse número; até o final do ano, todos os kits de instalação serão entregues aos prefeitos dos municípios identificados". Quanto à modernização, serão implementadas pelo menos as cinco ações ofertadas de acordo com os municípios indicados pelos colegiados territoriais, "nos Territórios em que os colegiados não tiverem feito a indicação de municípios, a escolha ficou a cargo do Ministério da Cultura, que usou como critérios os menores IDEBs e menores IDHS".

Juca explica que os Pontos de Cultura são elos entre a sociedade e o Estado "e vão possibilitar o desenvolvimento de ações culturais sustentadas pelos princípios da autonomia, protagonismo e empoderamento social, integrando uma gestão compartilhada e transformadora da instituição selecionada com a Rede de Pontos de Cultura". O objetivo dos Pontos de Cultura é apoiar, por meio de repasse de recursos financeiros do programa Mais Cultura, projetos de instituições da sociedade civil sem fins lucrativos, de caráter cultural ou com histórico de atividades culturais. A seleção será feita por edital público estadual, com comissão de seleção mista - Governo Federal e Governo Estadual -, e seu lançamento será divulgado por meio do Portal Territórios da Cidadania. Podem se inscrever instituições que atuem na

"Esta é uma política que veio para ficar. É uma política de Estado, e não de governo".
Armênio Schmidt, diretor de Educação para Diversidade, da SECAD/MEC.

produção artístico-cultural há pelo menos dois anos, contribuindo para a inclusão social, a construção da cidadania, seja por meio da geração de emprego e renda, seja por meio de ações de fortalecimento das identidades culturais.

Ações do Mais Cultura também serão implementadas nos Territórios da Cidadania, isso porque a base territorial dos dois programas é coincidente "e isso não ocorreu por acaso, entendemos que a construção do desenvolvimento passa, necessariamente, por reconhecer e valorizar a cultura local e dar acesso às populações rurais, quilombolas, pescadores e indígenas aos bens e serviços culturais". Nesse sentido, o programa Mais Cultura atuará de forma ampliada nos Territórios tendo como um dos objetivos não só a ampliação do acesso ao livro, mas principalmente o estímulo à leitura; onde forem modernizadas bibliotecas serão selecionados Pontos de Leitura e qualificados Agentes de Leitura, que serão a ponte entre a comunidade e a biblioteca municipal, "serão os estimuladores da leitura e, a exemplo do que acontece com Agentes de Saúde, visitarão as comunidades e as casas dos moradores, estabelecendo o vínculo e estimulando a curiosidade pelo livro e pela leitura numa abordagem intergeracional". O programa prevê também a articulação das Casas Rurais Digitais e dos Pontos de Cultura Digital.

Juca acredita que tanto a implantação e modernização de bibliotecas quanto outras ações da cultura em articulação com demais parceiros ampliarão o acesso da juventude rural aos bens e serviços culturais, solucionando uma das antigas queixas da população, o acesso à cultura, "na região do semi-árido, por exemplo, abriremos seleção para microprojetos culturais, com investimento médio de três mil reais por projeto na área de cultura".

O secretário executivo lembra que as políticas do Ministério da Cultura, de um modo geral, e dos Pontos de Cultura, de modo muito especial, trabalham numa perspectiva de valorização da cultura, dos saberes e fazeres locais, "por isso mesmo é uma ação que seleciona publicamente iniciativas já em curso, propostas do local para o central". Juca Ferreira lembra também que o MinC possui uma ação piloto de valorização da memória local por meio de Pontos de Memória - museus comunitários - "a exemplo do que já fizemos na comunidade da Maré, no Rio de Janeiro, onde temos o Museu da Maré, cujo acervo, manutenção e desenvolvimento foi feito pela comunidade com assistência técnica do Departamento de Museus do IPHAN".

O secretário executivo lembra a importância das ações integradas, "é muito importante a colaboração dos demais entes federativos na consecução das ações. Costumamos dizer que a Agenda Social está calcada em três pilares: integração de ações setoriais, cooperação federativa e participação e controle social". Juca Ferreira ressalta que o Ministério da Cultura conta com a colaboração dos Colegiados Territoriais para acompanhar a implantação das ações e o desenvolvimento das atividades dos Pontos de Cultura nos municípios e Territórios, enviando comentários e sugestões, "para nós o grande diferencial do programa Territórios da Cidadania é a oportunidade do Governo Federal dialogar efetivamente com as populações atendidas via Colegiados Territoriais e efetivar a participação e o controle social das políticas públicas".



"o grande diferencial do programa Territórios da Cidadania é a oportunidade do Governo Federal dialogar efetivamente com as populações atendidas via Colegiados Territoriais e efetivar a participação e o controle social das políticas públicas".

"Os Agentes de Leitura serão a ponte entre a comunidade e a biblioteca municipal e, a exemplo do que acontece com Agentes de Saúde, visitarão as comunidades e as casas dos moradores, estabelecendo o vínculo e estimulando a curiosidade pelo livro e pela leitura numa abordagem intergeracional".
Juca Ferreira, secretário executivo do Ministério da Cultura

Ações já estão definidas

O Plano Territorial de Ações Integradas consolida as propostas que serão executadas pelas mais diversos ministérios e pode ser acessado na página eletrônica www.territoriosdacidadania.gov.br. Na área de saúde, saneamento e acesso à água, as ações executadas pelo Ministério da Saúde envolvem, em sua maioria, a ampliação do acesso da população à Atenção Básica/Saúde da Família e à Saúde Bucal, a ampliação da cobertura do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e ampliação do acesso aos medicamentos essenciais por meio da Farmácia Popular do Brasil.

O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde criou o instrumento de informação e formação de como funciona a estratégia Saúde da Família e da Farmácia Popular chamado passo a passo das cinco ações, que são:

Ampliação do Acesso da População dos Territórios à Atenção Básica por meio da estratégia Saúde da Família

Para que serve: oferecer acesso às ações de Atenção Básica por meio da estratégia Saúde da Família com equipes de multiprofissionais formadas por no mínimo médico, enfermeiro, agentes comunitários e técnicos/auxiliares de enfermagem. A estratégia Saúde da Família, modelo adotado pelo Ministério da Saúde como prioritário para estruturação da Atenção Básica, possui equipes compostas por um médico generalista ou especialista em Medicina de Família e Comunidade, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A Portaria 648 de 28 de janeiro de 2006 define duas modalidades de Equipes Saúde da Família. Modalidade I, para municípios com menos de 50 mil habitantes da Amazônia Legal, municípios de outras regiões do país, com menos de 30 mil habitantes e com Índice de Desenvolvimento Humano - IDH<0,7, equipes que atendam população quilombola, indígena e assentados. A Modalidade II é para os demais municípios que não se enquadram nos critérios anteriores

Para quem: população dos municípios, prioritariamente agricultores familiares, assentados e povos e comunidades tradicionais.

Como a prioridade é definida: como credenciar a estratégia Saúde da Família - ESF: O município deverá apresentar projeto contendo as seguintes informações: a) Área geográfica a ser coberta, com estimativa da população residente; b) Descrição da estrutura mínima com que contarão as Unidades de Saúde onde atuarão as ESF; c) Definição das ações mínimas a serem desenvolvidas pelas ESF; d) Proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços de saúde de maior complexidade; e) Definição do processo de avaliação do trabalho das equipes e da forma de acompanhamento do Pacto da Atenção Básica e utilização dos sistemas nacionais de informação; f) Descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais da ESF. O município submete o projeto para aprovação do Conselho Municipal de Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde envia as informações para análise da Secretaria Estadual de Saúde. Esta submete o pleito do município à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que envia a planilha para o Ministério da Saúde. Qualificação e Implantação da ESF: a) Cadastrar os profissionais da ESF no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Com quem executa: MS/Estado/Município.

Encaminhamentos: 1 - Análise e aprovação pelos conselhos municipais/comitês gestores - prazo limite: 30/12/2008.

Ampliação do acesso à Saúde Bucal na Atenção Básica

Para que serve: o município deverá possuir Equipe de Saúde da Família implantada, bem como materiais e equipamentos adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir resolutividade da Atenção Básica à saúde. Todos os profissionais da equipe multiprofissional deverão realizar jornada de trabalho de 40 horas semanais, obrigatoriamente. Incentivos financeiros: o Ministério da Saúde disponibiliza o recurso de implantação no valor de R$ 7.000,00 (parcela única), além de recursos mensais de R$ 1.700,00 para as ESBSF-M1 e R$ 2.200,00 para as ESBSF-M2. Para a implantação efetiva da ESB e para que ela passe a receber os incentivos financeiros, devem ser seguidos os seguintes passos: cadastrar as Equipes de Saúde Bucal por meio do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Alimentar mensalmente os Sistemas de Informações: Ambulatorial e da Atenção Básica (SIA/SIAB/SUS). Contatos: Coordenação Nacional de Saúde Bucal/DAB/SAS/MS - Correio eletrônico: cosab@saude.gov.br - Telefones: (61) 3315-2728/2583/2808.

Para quem: população dos municípios que compõem o Território da Cidadania, prioritariamente agricultores familiares, assentados e povos e comunidades tradicionais. As Equipes de Saúde Bucal trabalham integradas às equipes da estratégia Saúde da Família, com composição básica de: cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário para as ESB, modalidade 1; e cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental para as ESB, modalidade 2. O gestor municipal interessado em implantar a ESB deverá apresentar proposta ao Conselho Municipal de Saúde e, se aprovada, encaminhar à Comissão Intergestores Bipartite - CIB do respectivo estado, indicando se o pleito é para ESBSF-M1 ou ESBSF-M2. Caberá às CIBs



encaminhar solicitação de credenciamento das ESBSF ao Ministério da Saúde para apreciação e formalização em Portaria específica. A proposta deverá contemplar minimamente os seguintes elementos: a) Área geográfica a ser coberta com estimativa da população residente; b) Descrição da estrutura mínima com que contarão as Unidades de Saúde onde atuarão as ESB; c) Definição das ações mínimas a serem desenvolvidas pelas ESB; d) Proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços odontológicos de maior complexidade; e) Definição do processo de avaliação do trabalho das equipes e da forma de acompanhamento do Pacto da Atenção Básica e a utilização dos sistemas nacionais de informação; f) Descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais da ESB (vide detalhamento das informações na seção de Anexos do Portal dos Territórios, na pasta "Saúde").

Como a prioridade é definida: requisitos mínimos: o município deverá possuir Equipe de Saúde da Família implantada, bem como materiais e equipamentos adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir resolutividade da Atenção Básica à saúde. Todos os profissionais da equipe multiprofissional deverão realizar jornada de trabalho de 40 horas semanais, obrigatoriamente. Incentivos financeiros: o Ministério da Saúde disponibiliza o recurso de implantação no valor de R$ 7.000,00 (parcela única), além de recursos mensais de R$ 1.700,00 para as ESBSF-M1 e R$ 2.200,00 para as ESBSF-M2. Para a implantação efetiva da ESB e para que ela passe a receber os incentivos financeiros, devem ser seguidos os seguintes passos: Cadastrar as Equipes de Saúde Bucal por meio do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Alimentar mensalmente os Sistemas de Informações: Ambulatorial e da Atenção Básica (SIA/SIAB/SUS). Legislação: Portarias GM/MS: nº. 648/650 de 28 de março de 2006 e Portaria GM/MS n°. 750 de 10 de outubro de 2006, que poderão ser adquiridas no Portal do Ministério da Saúde, por meio do endereço: www.saude.gov.br/bucal

Com quem executa: municípios.

Encaminhamentos: 1 - Análise e aprovação pelos conselhos municipais/comitês gestores - prazo limite: 30/12/2008.

Ampliar a cobertura do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à população dos Territórios da Cidadania

Para que serve: a estratégia Saúde da Família é o modelo adotado pelo Ministério da Saúde como prioritário para estruturação da Atenção Básica. Suas equipes são compostas por um médico generalista ou especialista em Medicina de Família e Comunidade, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 Agentes Comunitários de Saúde - ACS. Em 2008, a meta é implantar ou implementar o acesso da população dos Territórios da Cidadania às ações de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Aumentar a cobertura, segundo os índices da série histórica do crescimento em cada Unidade Federada. A meta do Ministério da Saúde é atingir em 100% a cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde nos Territórios da Cidadania até 2011. Cabe a gestão municipal a decisão de aderir a estratégia em seu território.

Para quem: população dos municípios acompanhadas pelo trabalhos dos Agentes Comunitários de Saúde ACS, prioritariamente para agricultores familiares, assentados, povos e comunidades tradicionais.

Como a prioridade é definida: como implantar Equipes de Agentes Comunitários de Saúde: o município apresenta projeto contendo as seguintes informações: a) Área geográfica a ser coberta, com estimativa da população residente; b) Descrição da estrutura mínima com que contarão as Unidades de Saúde onde atuarão os profissionais ACS; c) Definição das ações mínimas a serem desenvolvidas pelo ACS; d) Unidades Básicas de Saúde que servirão de referência para os Agentes Comunitários de Saúde; e) Definição do processo de avaliação do trabalho das equipes e da forma de acompanhamento do Pacto da Atenção Básica e a utilização dos sistemas nacionais de informação; f) Descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos Agentes Comunitários de Saúde, de acordo com a lei 11.350 de 5 de outubro de 2006.

Requisitos: a) O município submete o projeto para aprovação do Conselho Municipal de Saúde. b) A Secretaria Municipal de Saúde envia as informações para análise da Secretaria Estadual de Saúde. c) A Secretaria Estadual de Saúde submete o pleito do município à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB. d) A Comissão Intergestora Bipartitie - CIB envia a planilha para o Ministério da Saúde. e) O Ministério da Saúde publica a qualificação do município no Diário Oficial da União. Contatos: Coordenação Nacional da Gestão da Atenção Básica - Correio eletrônico: dab@saude.gov.br - Telefone: (61) 3226-4340.

Com quem executa: municípios.

Encaminhamentos: 1 - Análise e aprovação pelos conselhos municipais/ comitês gestores - prazo limite: 30-12-2008

Ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais por meio da Farmácia Popular do Brasil

Para que serve: como fazer habilitação e instalação de unidades por meio de parceria com municípios e estados: critérios: atualmente estão sendo priorizados municípios com população superior a 70 mil habitantes. Esse critério será aplicado aos municípios localizados fora do estado de São Paulo, no qual os municípios a serem priorizados serão aqueles com população superior a 100 mil habitantes. Outra possibilidade é a instalação de unidades em municípios que sejam reconhecidos como referência para um conjunto de municípios, possibilitando o acesso a pessoas oriundas dessas localidades vizinhas. Como credenciar no Programa Farmácia Popular do Brasil: a) Encaminhar para a Coordenação Geral do Programa Farmácia Popular do Brasil a Proposta de Adesão (ADENDO I) e Termo de Compromisso (ADENDO II) devidamente assinados pelo gestor municipal ou estadual. Nesse documento já deve ser indicado um local para instalação da unidade que deve seguir as características preconizadas no Manual Básico do Programa. Todos esses documentos estão disponíveis no site do programa www.saude.gov.br, no ícone Farmácia Popular. Requisitos: características do imóvel para implantação da unidade: localização: central, área de grande fluxo de pessoas em vias públicas consideradas principais e que permitam acesso fácil. Devem ser evitadas áreas próximas a unidades de saúde. Deve ter área superior a 90 m2. Incentivos financeiros: 1) Após aprovada a adesão do parceiro, será publicada uma Portaria no Diário Oficial da União habilitando o município, o qual receberá R$ 50.000,00 para adaptação do espaço físico. Além da adaptação do espaço físico, o município deve providenciar toda a documentação necessária para regularização e legalização da unidade, tais como CNPJ, IE, Cadastro no Conselho Regional de Farmácia, entre outros. Também deverá contratar os funcionários da unidade assim como confeccionar seus uniformes de acordo com o descrito no Manual Básico do Programa. Cálculo do custo: Programa Farmácia Popular do Brasil - Sistema Co-Pagamento: R$ 3.500,00 de média mensal por farmácia. Recursos humanos (obrigatório): um farmacêutico, gerente, um farmacêutico co-responsável, um auxiliar de gestão, cinco assistentes de gestão, um auxiliar de serviços gerais. 2) Após término da reforma e realização de todos os itens descritos acima, a FIOCRUZ encaminhará todo mobiliário e equipamentos necessários para funcionamento da unidade e também

realizará o treinamento dos funcionários e, assim, a Unidade poderá entrar em funcionamento. 3) No mês seguinte à inauguração da unidade, o município passará a receber R$10.000,00 mensais para manutenção dela, que pode ser utilizado para pagamento de água, luz, telefone, recursos humanos e demais despesas de manutenção.

Salientamos que o horário de funcionamento da unidade é padronizado para o Brasil inteiro, funcionando de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, e aos sábados, das 8h às 12h. Legislação: Portaria GM/MS 491 de 9 de março de 2006, que poderá ser adquirida no Portal do Ministério da Saúde, por meio do endereço: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1116 - Contatos: (61) 3315-2425- 3315-2914 ou Disque Saúde 0800 61 1997 - Correio eletrônico: farmaciapopular@saude.gov.br

Para quem: população dos municípios dos Territórios da Cidadania, prioritariamente agricultores familiares, assentados, povos e comunidades tradicionais. O Governo Federal criou em junho de 2004 o Programa Farmácia Popular do Brasil para levar medicamentos essenciais a um baixo custo para mais perto da população, melhorando o acesso e beneficiando uma maior quantidade de pessoas. O Programa atua sobre dois eixos de ação, as unidades próprias, que são desenvolvidas em parceria com municípios e estados, e o sistema de co-pagamento, desenvolvido em parceria com o setor varejista farmacêutico. As unidades próprias contam com um elenco de 95 medicamentos mais o preservativo masculino, os quais são dispensados pelo seu valor de custo, representando uma redução de até 90% do valor comparando-se com farmácias e drogarias privadas. A única condição para a aquisição dos medicamentos disponíveis nas unidades, neste caso, é a apresentação de uma receita médica ou odontológica.

Como a prioridade é definida: foram priorizadas as 13 regiões metropolitanas e os 56 aglomerados urbanos do IBGE, com seus respectivos hospitais filantrópicos e municípios com mais de 70.000 habitantes. Para os Territórios da Cidadania, é possível buscar parceria com 31 municípios dos territórios que não contêm nenhuma Farmácia Popular, visando à existência mínima de uma unidade por território, além de ampliar o acesso aos medicamentos subsidiados no Aqui Tem farmácia Popular em 22 municípios.

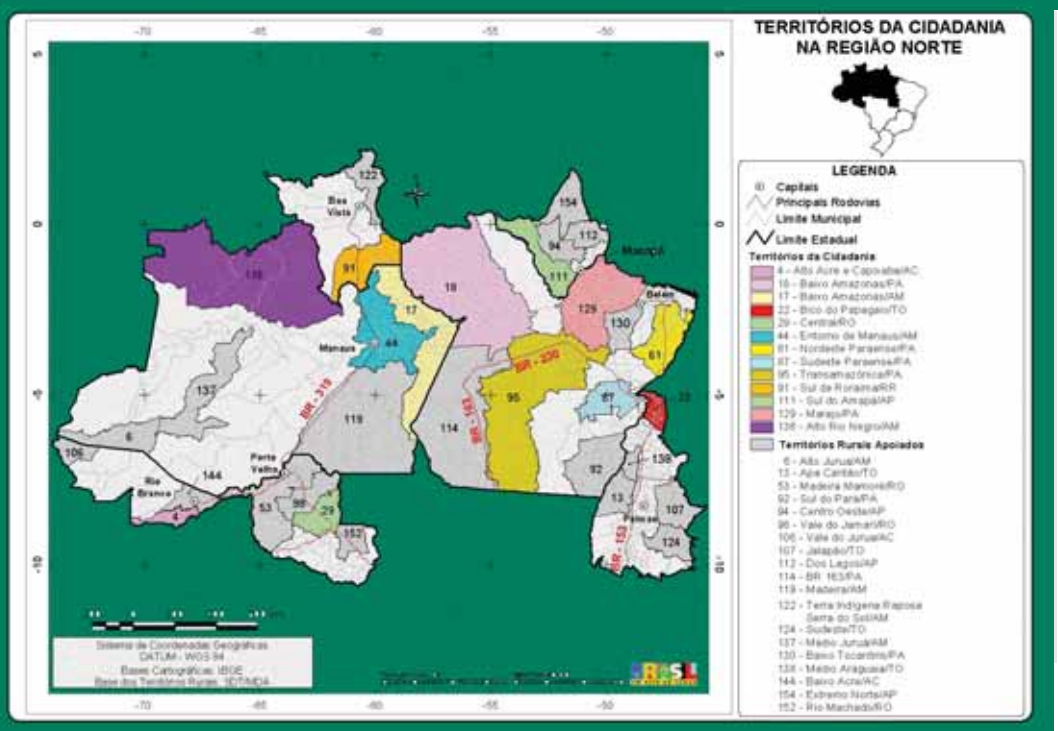
Com quem executa: governos estaduais, municipais, entidades filantrópicas e drogarias comerciais.

Encaminhamentos: 1 - Oficinas nos Territórios para definição da prioridade - prazo limite: 30/12/2008.



Dos 60 Territórios da Cidadania criados inicialmente, 13 estão na Região Norte, onde uma das principais características são as vias de acesso: predominantemente realizadas pelos rios por dias e dias.

Territórios da Cidadania levam desenvolvimento aos povos ribeirinhos do Baixo Amazonas



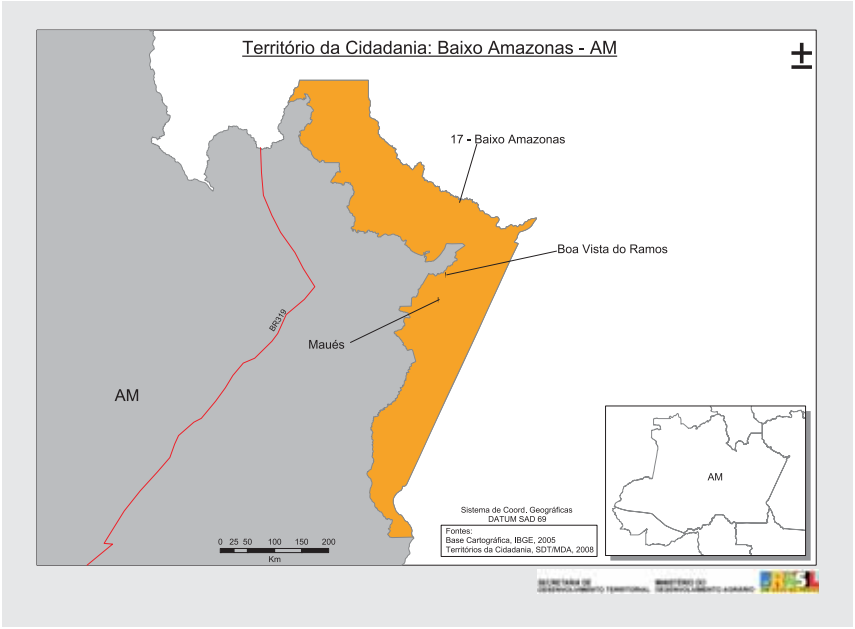
O território do Baixo Amazonas, no estado do Amazonas, é um exemplo da dificuldade de se fazer saúde – e levar desenvolvimento – em um local em que as vidas são ritmadas pela época das cheias ou secas. Fazem parte desse território os municípios de Barreirinha, Boa Vista do Ramos, Maués, Nhamundá, Parintins, São Sebastião do Uatumã e Urucará.

O Baixo Amazonas – AM possui, ao todo, 107.507,60 quilômetros quadrados, com 204.134 habitantes, sendo que 91.442 (44,80%) vivem na área rural com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio de 0,68. O território tem 7.303 agricultores familiares, 2.428 famílias assentadas, 2.002 famílias de pescadores e quatro terras indígenas.

Ao longo deste ano, o conjunto de ações realizadas pelo Governo Federal no Baixo Amazonas – AM, após debate no Colegiado Territorial, que conta com representantes das três instâncias de governo e da sociedade civil, somará

R$ 105.616.727,22, para um total de 63 ações.

No que se refere à saúde, os municípios entendem a necessidade de investimento na Atenção Básica como algo essencial e encontraram na estratégia Saúde da Família uma forte aliada na prevenção de agravos e na assistência a doenças que possam levar a encaminhamentos para a média ou alta complexidade. No entanto, as grandes áreas geográficas e a dificuldade de acesso impõem limites à implantação das Equipes Saúde da Família (ESF). Esse é o desafio para o eixo que propõe levar saúde aos Territórios da Cidadania da Região Norte do País.





Maués: planejamento e gestão garantem serviços à população

A cidade de Maués fica a 24 horas de barco da capital, Manaus – uma vez que não existem estradas ligando uma cidade a outra. Com 48 mil habitantes, em termos de população perde apenas para Parintins, que também faz parte do Território do Baixo Amazonas – AM, isto é , o Território 11.

Embora para a definição dos Territórios da Cidadania um dos critérios tenha sido proximidade geográfica, nessa região esse conceito relativo: o município mais próximo, Boa Vista do Ramos, fica a sete horas de "rabeta – meio de transporte mais usado na região com capacidade para uma família – ou quatro horas de barco convencional. Entre os municípios que compõem o território, Nhamund é o mais distante, 20 horas de barco.

O município de Maués possui 171 comunidades e o acesso à maioria delas é feito somente por "rabetas" ou barcos movidos a motor.







Na UBS/SF Santa Luzia, a médica Hellen Cristina R. Santos em atendimento. No detalhe, o cronograma das ações.



O município possui 78,94% de cobertura da estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal e 100% de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Essenciais em qualquer região do País, lá os agentes desempenham, também, um papel de articulação junto às comunidades mais afastadas.

Das 11 ESF implantadas nas cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), seis atendem a população urbana e cinco equipes se responsabilizam pela população rural. Além disso, a população conta com quatro unidades rurais, onde trabalham um técnico de enfermagem e um ACS; na sede do município há, ainda, uma unidade mista e, para percorrer todas as comunidades-pólo, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) envia o Barco da Saúde e Cidadania.

A UBS/SF Jorge Brito, além do agendamento, atende por demanda espontânea e segue um cronograma de visitas semanais. Segundo a enfermeira e coordenadora da unidade, Francisca Lima Ribeiro, entre os principais agravos da população, estão a diarréia e desnutrição em crianças e hipertensão e diabetes nos idosos, “dificuldades sempre temos, mas a principal é a falta de médicos para compor as Equipes”.

Segundo a vacinadora da UBS/SF Jorge Brito, Terturiana da Silva Freire, a cobertura na região é boa e as ESF realizam busca ativa. Na foto, Valcilene leva o filho Everton para a vacina.

Valdenete Paraúna Teixeira, Agente Comunitária de Saúde há seis anos, atua na UBS/SF Jorge Brito e diz ser sempre bem recebida pelos moradores, "vou levando orientação e prevenção e só ficam bravos comigo se acham que demorei para voltar". A também ACS Raimunda Geralda Gonçalves concorda, "conta muito a presença da gente. Somos um elo entre a equipe e a população". Raimunda conta que com a aquisição de bicicletas a realização das visitas ficou mais fácil, "mas a manutenção é por nossa conta e fica cara". Para Valdenete, embora enfrente problemas, a situação melhorou bastante, "melhorou muito, antes não tinha nada, nem medicação; agora o paciente sai com remédio".

A UBS/SF Ramalho Júnior também possui duas ESF, uma para atendimento à população da área urbana e outra para os atendimentos rurais. Segundo a enfermeira e coordenadora da unidade, Joyce Regina Martins da Cunha, mesmo os pacientes da área rural vão até a equipe com freqüência, "temos casos de leishmaniose e acidente ofídico", diz a profissional nascida em Maués, que, após se formar na capital, passou no concurso realizado pela SMS.

Sobre o trabalho itinerante, Ismael Pinheiro de Matos Júnior, coordenador da Atenção Básica de Maués, explica que, dependendo do número de comunidades a visitar e do período fora, o barco leva um médico, dois dentistas, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, um ACD e um ACS, "quando vamos atender uma população maior, levamos mais profissionais". Além disso, todos os medicamentos disponíveis à população do município – 235 itens – são levados às comunidades; acompanham, também, servidores da Secretaria do Bem-Estar Social, que confeccionam documentos para as comunidades ribeirinhas que ainda não os possuem. O calendário de visitas às comunidades é fechado e divulgado desde o começo do ano e os ACS locais se encarregam de



Os Agentes Comunitários de Saúde da UBS/SF Jorge Brito, de Maués.



A ACS Jecimara da UBS/SF Jorge Brito sai para a tarde de visitas. Alguns agentes realizam seu trabalho em "rabetas".

"Conta muito a presença da gente. Somos um elo entre a equipe e a população". *Raimunda Geralda Gonçalves, ACS.*



A enfermeira Joyce Regina voltou para Maués após a graduação, "quero fazer mestrado e continuar atendendo aqui".



A enfermeira Michelly Munhoz Souza, a ex-secretária de saúde Elorides de Brito, o atual secretário, Ildneav Trajano, e Ismael Pinheiro de Matos Jr., coordenador da Atenção Básica. Necessidade de planejamento: "os municípios precisam saber quanto têm para a saúde, quanto podem gastar e com o quê".

reforçar a data com a população próxima à comunidade que será visitada; a SMS conta, ainda, com as rádios como fortes aliadas na divulgação das ações. Para a ex-secretária de saúde Elorides de Brito, o sucesso do projeto está na manutenção efetiva dos dias nos locais designados, "isso nos deu credibilidade".

Para Elorides, fazer saúde em Maués ou em qualquer lugar da Amazônia não é tarefa fácil, "só de transporte para fora do domicílio gastamos de 20 a 30 mil reais. O ideal seria uma ESF em cada comunidade, mas não conseguimos médico para isso". Elorides considera que a falta de médicos no interior, especificamente no interior dos estados da Região Norte, se deve à pouca estrutura das cidades, "o que os médicos e qualquer profissional de nível superior querem é viver bem depois de formados, com escola para os filhos e cultura".

"O que os médicos e qualquer profissional de nível superior querem é viver bem depois de formados, com escola para os filhos e cultura".
Elorides de Brito, ex-secretária de saúde de Maués.



O estudante de Medicina Denir Cruz Fernandes Júnior em saída no Barco da Saúde e Cidadania: após a conclusão do curso, pretende trabalhar em Maués.

Se depender do estudante de Medicina da Universidade Federal do Amazonas Denir Cruz Fernandes Júnior, não vão faltar médicos no interior do estado. Cursando o sexto ano, o acadêmico faz agora o estágio rural – cadeira obrigatória que dura, em média, 72 dias em alguma cidade do interior – "muitos estudantes vão por obrigação e quando vêem a carência do lugar entendem o SUS e seus princípios, voltam mudados, mais humanos e maravilhados com a atuação das Equipes Saúde da Família".

Para ele, a opção pelo interior é também um estilo de vida, "vivemos num mundo capitalista onde as pessoas querem ficar nos centros urbanos para comprar tudo o que podem sem qualidade de vida. Aqui posso exercer a medicina em sua plenitude e ter qualidade de vida", afirma o futuro médico, que diz querer se aprimorar depois de formado, "quero fazer meus cursos sim e sei que os gestores ajudam e incentivam a realização deles. Além disso, com a internet temos acesso à mesma informação de qualquer lugar".

Entre as demandas discutidas no Colegiado para o território do Baixo

Amazonas – AM, estão a implantação de farmácias populares, a ampliação do número de Agentes Comunitários de Saúde e o financiamento da saúde da região, "o financiamento da saúde na região amazônica precisa de mais atenção", diz Michelly Munhoz Souza, enfermeira e representante da SMS de Maués no Colegiado. Outra solicitação foi a aquisição de um barco com consultórios e uma ambulancha, para transportar os pacientes com mais agilidade.

Para o atual secretário de saúde, Ildneav Trajano, o programa Territórios da Cidadania vai beneficiar a população em geral e "também os profissionais, que terão melhores condições para trabalhar". Trajano acredita que a ação intergovernamental e a intersetorial vão estruturar as áreas de saúde, educação, transporte, produção e outras. "Temos a praia mais bonita da região, então precisamos aproveitar isso e desenvolver o turismo, com bons hotéis e atendimento. Desenvolver o território exige estrutura aeroportuária e fluvial e isso se reflete no desenvolvimento comercial, social e na saúde".

Michelly conta que, apesar das dificuldades para se reunirem, para debater e compilar as demandas, os municípios realizaram uma reunião por mês. Segundo ela, as conquistas dependem do nível de organização de cada município. Maués, por exemplo, que já possuía uma estrutura farmacêutica organizada, pleiteou e teve aprovada a implantação da farmácia popular, "os municípios mais organizados conseguem mais benfeitorias", conclui.

"Muitos estudantes vão (para o estágio rural) por obrigação e quando vêem a carência do lugar entendem o SUS e seus princípios, voltam mudados, mais humanos e maravilhados com a atuação das Equipes Saúde da Família".
Denir Cruz Fernandes Júnior, estudante de Medicina.

"Desenvolver o território exige estrutura aeroportuária e fluvial e isso se reflete no desenvolvimento comercial, social e na saúde".
Ildneav Trajano, secretário de Saúde de Maués.



O Barco da Saúde e da Cidadania chega a permanecer até oito dias navegando pelas comunidades-pólo. R$ 19 mil só em medicamentos e insumos farmacêuticos.



O Centro de Especialidade Odontológica atende a população da região, idosos, pacientes especiais e índios. A dentista Sandra Larissa Ketlen e Conceição Menezes, ACD.

"Os municípios mais organizados conseguem mais benfeitorias."
Michelly Munhoz Souza, enfermeira e representante da SMS de Maués no Colegiado.

Um dos méritos do programa Territórios da Cidadania é o desenvolvimento das potencialidades dos municípios e suas áreas rurais. Para o gerente da Cooperativa Aguaman, Marcos Sicsu Cardoso, isso já pode ser percebido, "notamos um ganho em relação à comercialização e venda para a Conab (Companhia Nacional de Abastecimento). O problema não era crédito rural, isso tínhamos; o problema era escoamento da produção. O crédito rural perde sentido quando não tem vias de comercialização". Mas para Marcos o grande ganho foi a mudança de postura dos produtores, "com o convênio, percebemos uma animação dos produtores".

O gerente da Cooperativa, que comercializa farinha, rapadura, açúcar mascavo, abóbora, banana, abacaxi e limão e possui 128 membros, acredita que o associativismo é uma forma justa de distribuição de renda e trabalho e os Territórios da Cidadania configuram-se na



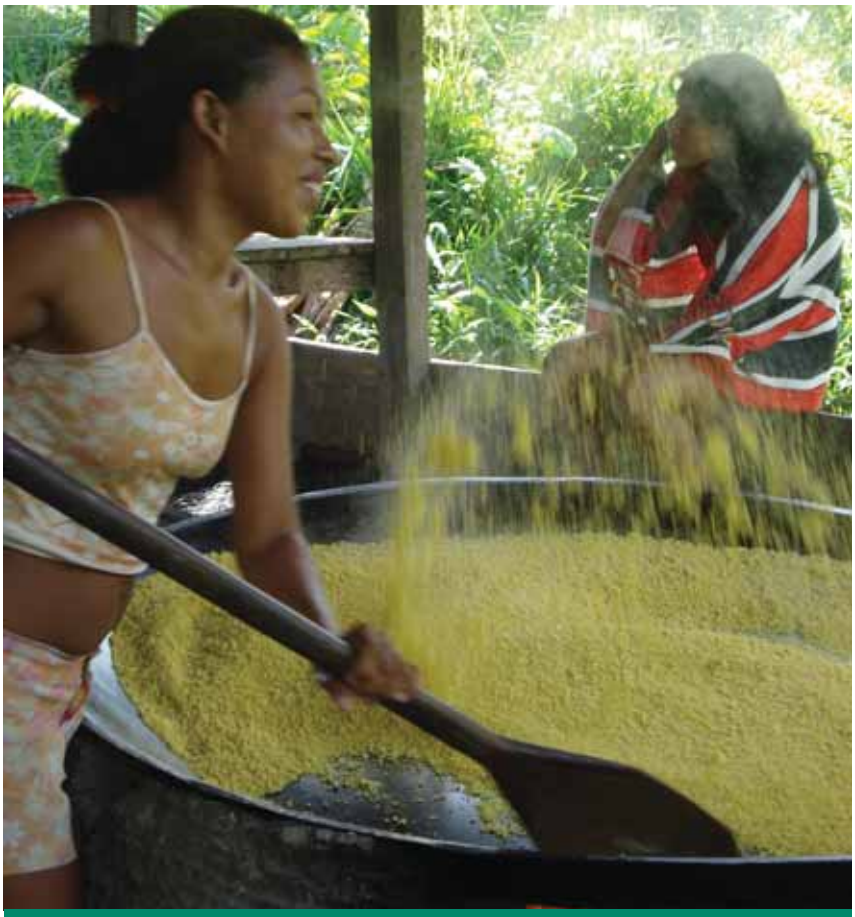
Marcos Sicsu Cardoso (de branco), gerente da Cooperativa Aguaman, e produtores de Maués: facilidade de escoamento.

oportunidade de aproveitamento das potencialidades locais, "é a oportunidade de ter mais participação, mais controle sobre a verba pública e de conhecer melhor a estrutura de governo e os caminhos para a obtenção de mais créditos".

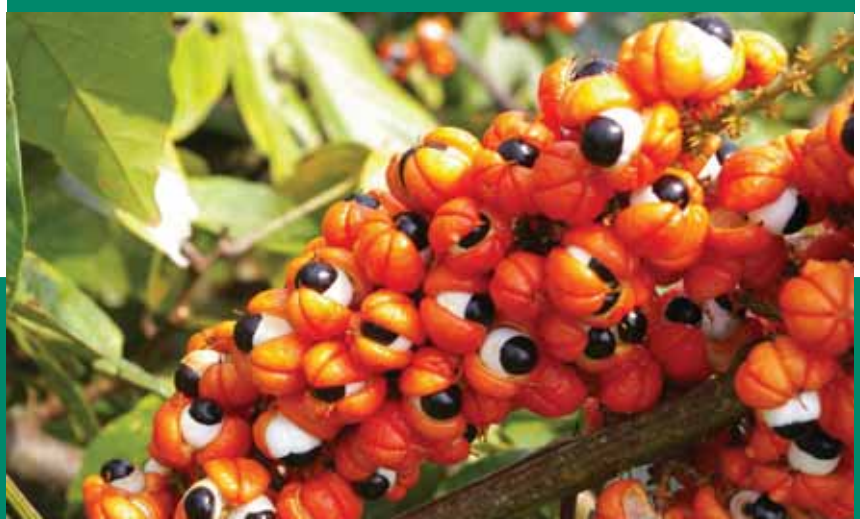
Para Luis Antônio Nascimento, secretário de Produção e Abastecimento de Maués, a oportunidade é ímpar, "é a primeira vez que ouço falar de um governo federal escutar as bases antes de implementar ações, ainda mais em localidades com baixo IDH e características como as nossas relacionadas às grandes distâncias e densidade demográfica entre as menores do mundo". Luis Antônio lembra da dificuldade do projeto, "mesmo em um lugar em que só se chega de barco ou por uma pista de pouso, já que não temos aeroporto, o Governo Federal tem vindo acompanhar de perto as discussões".



Luis Antônio Nascimento, secretário de Produção e Abastecimento de Maués, lembra que a vida do povo ribeirinho é comandada pelo ciclo das águas, "tudo gira em torno dos nossos rios e com a saúde do povo não é diferente".



A farinha é um dos principais produtos da região. Além do guaraná, famoso por sua qualidade.



"Quando fazemos as nossas caravanas pelas comunidades, ouvimos os problemas relacionados à produção, moradia, educação, saúde e pela primeira vez pudemos reunir todos esses projetos e contar com o apoio de vários ministérios, pois, quando o governo se divide, dividem-se as ações e agora existe um só pensamento".
Luis Antônio Nascimento, secretário de Produção e Abastecimento de Maués.

"É a oportunidade de ter mais participação, mais controle sobre a verba pública e de conhecer melhor a estrutura de governo e os caminhos para a obtenção de mais créditos".
Marcos Sicsu Cardoso, gerente da Cooperativa Aguaman.



A articuladora estadual, Alíria Noronha, credita o sucesso dos Territórios da Cidadania à gestão social.

“Algumas dessas políticas e recursos já existiam, mas a sociedade e os próprios gestores não sabiam”.
Alíria Graciela Bicalho Noronha, articuladora estadual da SDT/MDA.

Para o secretário de Produção e Abastecimento de Maués, embora as ações venham contemplar esse pensamento multissetorial, as regiões deverão ser vistas diferentemente, “dos recursos que temos para o território 11, muitos não serão acessados por limitações inerentes a nossa realidade”, afirma Luiz Antônio, referindo-se a ainda existente exclusão digital, “muitos municípios ainda terão dificuldade para acessar os recursos ou mesmo manter a comunicação entre os municípios que fazem parte do seu território, pois nossa internet aqui ainda é cara e lenta. O mundo eletrônico gera exclusão”. Luiz Antônio ressalta ainda que, além de recursos, é preciso que os gestores disponham de mão-de-obra especializada, “com conhecimento,” e que cabe ao cidadão intervir e cobrar a execução das obras.

Um dos representantes dos prefeitos do território do Baixo Amazonas – AM é o da cidade de Maués, Odivaldo Miguel de Oliveira Paiva. Segundo ele, o desenvolvimento do projeto, que é aguardado com grande expectativa, ajudará a melhorar a qualidade de vida da população ribeirinha. Para Miguel Paiva, o importante é que as ações cheguem aos municípios “independentemente de ter passado pelo prefeito da cidade ou não, pois se o colegiado aprovou é porque será bom para a população”.

Para a articuladora estadual da Secretaria de Desenvolvimento Territorial do Ministério do Desenvolvimento Agrário, Alíria Graciela Bicalho Noronha, o Território da Cidadania é um projeto que tende



A comunidade de Maués Mirim e, ao lado, a técnica de enfermagem Maria Neide com sua filha em frente à unidade de apoio.

a se adequar à população da Amazônia, “pois resolve o problema da ausência do estado no interior”. Na opinião da consultora, a divulgação das políticas é um ganho fundamental para o processo, “algumas dessas políticas e recursos já existiam, mas a sociedade e os próprios gestores não sabiam”.

Alíria acredita também que, com a participação efetiva da sociedade civil, as obras e recursos serão mais bem fiscalizados, “em cidades menores há pouca participação da sociedade e alguns gestores agem por conta própria, facilitando a corrupção. Agora a população pode cobrar”, ressalta a articuladora, “contamos com o compromisso das prefeituras para que assumam de fato o que foi aprovado pelo colegiado. Isso é gestão social”.

Por envolver diversas esferas e áreas de governo, as demandas passam por uma série de etapas antes do início da execução, mas, segundo Alíria Noronha, algumas ações foram iniciadas antes mesmo da validação, “adiantamos o processo devido ao período eleitoral, no qual não podemos executar muita coisa”. A articuladora lembra, inclusive, o papel da gestão estadual, “eles participam das reuniões do comitê e a Secretaria de Planejamento do Amazonas, para citar um exemplo, incluiu as demandas no seu Plano Plurianual”.



A professora Laura Jane, da comunidade de São João de Maués Mirim, conversa com os alunos e trabalha com ilustrações para falar dos problemas dentários.

Em relação às demandas do setor saúde, Alíria se disse surpresa, “quando você oportuniza para a população, aparecem sugestões muito legais como os barcos com os serviços de saúde, inclusive odontológicos. Isso foi inovador”.



Comunidades contam com UBS de apoio

São João de Maués Mirim é uma das comunidades que fazem parte do município de Maués. Com 90 famílias, o lugar conta com uma unidade de saúde de apoio e com os serviços da técnica de enfermagem Maria Neide Michiles de Mendonça e do Agente Comunitário de Saúde Clovis, “ele uma pessoa ótima, está sempre pronto e disponível, diz a técnica, que desenvolve, juntamente com a escola, mutirões de higiene para lavagem, corte de cabelo e outras ações.

Na unidade de apoio é possível a realização de pequenas suturas e encaminhamentos para Maués, além de ser uma base para as ESF. Para o morador Paulo Vicente Afonso Gondim, as coisas melhoraram, “a saúde melhorou muito, esperamos um meio de transporte mais rápido, porque a ‘rabeta’ é lenta”.



A coordenadora da Atenção Básica de Boa Vista do Ramos, Maria Alice Oliveira Cardoso, está otimista com a chegada dos Territórios da Cidadania.



A secretária do Meio Ambiente de Boa Vista do Ramos comemora os Territórios da Cidadania: "teremos maior facilidade para acessar os recursos".

Boa Vista do Ramos conta com os Territórios da Cidadania para melhorar a saúde do povo

Boa Vista do Ramos também é um dos territórios que fazem parte do Baixo Amazonas – AM e, embora tenha pouco menos de 13 mil habitantes, enfrenta problemas semelhantes aos da vizinha, Maués.

Com 100% do seu território coberto pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, o município conta com 54,69% de cobertura da estratégia Saúde da Família e de Saúde Bucal. Com seis mil habitantes na sede, Maria Alice Oliveira Cardoso, enfermeira e coordenadora da Atenção Básica, conta que as duas ESF que atuam na Unidade Básica de Saúde conseguem atender à demanda da população urbana, "estamos aguardando a liberação de outra equipe". Além dos programas previstos pelo Ministério da Saúde, a SMS faz palestras nas escolas sobre aids, DST e vacina e campanhas diversas com os idosos etc.



Lanilda da Silva Barbosa, 28 anos e grávida de oito meses, mora no interior de Boa Vista do Ramos, de onde leva duas horas para chegar, "o atendimento é bom e sempre consegui fazer o pré-natal".





Maria Alice lembra que fazer saúde num município com tantas especificidades é se deparar com diversos entraves que poderiam ser de simples resolução em outro contexto, "o Ministério doou a 'rabeta' para as visitas domiciliares, mas nós temos que arcar com o combustível, que é caro e gasta muito". Ela espera que com a implantação dos projetos dos Territórios da Cidadania seja possível equipar e estruturar melhor os municípios, "precisamos de equipamentos para os profissionais e para os ACS, que têm a função primordial de levar orientação e prevenção aos ribeirinhos". A coordenadora conta também que, entre as demandas feitas nas reuniões do colegiado, estavam uma ambulancha e uma voadeira, além de uma ambulância.

A secretária do Meio Ambiente, Miriam Dias Ferreira, conta que, ainda em 2005, a prefeitura tomou conhecimento de que fazia daqueles que viriam a se tornar os territórios de identidade com a participação da sociedade civil, "e isso é um sonho, porque outros governos não abriram essa possibilidade para o povo e a saída de qualquer governo é administrar com o coletivo". Na opinião da secretária, os Territórios da Cidadania proporcionarão, ainda, uma maior proximidade com o poder executivo.

Raimunda Georgina da Silva, secretária do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Boa Vista do Ramos, também vê os Territórios da Cidadania com bons olhos, "achamos e esperamos que a agricultura familiar será mais valorizada, pois sofremos com problema de estrutura de transporte e apoio para escoar a produção, além da falta de mercado".

Para Miriam, as particularidades regionais precisam ser consideradas desde o momento da realização das reuniões dos Territórios, "precisamos de estrutura para poder nos reunir, desde transporte até material de escritório". Para vencer essas barreiras, Boa Vista do Ramos vem participando dos debates e trabalhando com parceria e articulação com a cidade de Maués, "inclusive em termos de locomoção para as reuniões".

"Precisamos de equipamentos para os profissionais e para os ACS, que têm a função primordial de levar orientação e prevenção aos ribeirinhos".

Maria Alice Oliveira Cardoso, coordenadora da Atenção Básica de Boa Vista do Ramos.



A estratégia Saúde da Família na Amazônia Legal contará com um importante reforço em suas equipes de atuação para o combate à malária e outras doenças endêmicas.

Ministério da Saúde inclui auxiliar técnico em patologia clínica na Atenção Básica

A malária é uma das doenças de maior importância epidemiológica na região amazônica e o exame para diagnóstico utilizado oficialmente no Brasil é a gota espessa, que se constitui em um método simples, eficaz, de baixo custo e de fácil realização. Porém, mesmo esse método simples requer uma devida qualificação profissional para sua execução. Esta é uma das competências atribuídas ao auxiliar técnico em patologia clínica. A relevância desse novo integrante das Equipes Saúde da Família (ESF) na Amazônia Legal pode ser mais bem entendida quando se tomam os seguintes dados:

- Apenas no ano de 2007, os Agentes Comunitários de Saúde coletaram aproximadamente 500 mil amostras de sangue para o exame de gota espessa, porém muitos têm dificuldades em encaminhá-los para exame laboratorial em tempo oportuno;

- Com a realização desse exame também podem ser detectadas outras doenças hemoparasitárias de importância epidemiológica, tais como doença de Chagas e filariose;

- O alto risco de transmissão em 90 municípios dessa região, ou seja, com um Índice Parasitário Anual (IPA) igual ou maior que 50 casos por mil habitantes e a concentração de 80% dos casos dessa doença em 60 municípios.

Esses são alguns dos dados levados em consideração para a atuação desse profissional junto às ESF. Outras doenças de alta endemicidade na região são a leishmaniose tegumentar americana e a tuberculose, cujos exames específicos também serão realizados pelo auxiliar técnico em patologia clínica.

O incentivo estipulado para o profissional é de R$ 581,00 (quinhentos e oitenta e um reais) e esses incentivos financeiros fazem parte do piso de Atenção Básica variável e compõem o Bloco de Financiamento da Atenção Básica.

Para receber o incremento desse profissional, os municípios seguirão os seguintes critérios:

- Municípios que tenham implantadas as estratégias Agentes Comunitários de Saúde e/ou Saúde da Família em dezembro de 2007;

- Municípios com IPA no ano de 2007 igual ou acima de 50 casos por mil habitantes;

- Municípios que concentram 80% dos casos de malária na Amazônia Legal no ano de 2007 de acordo com as notificações no Sistema de Informações Epidemiológicas de Malária (SIVEP – Malária).

Critérios

O número máximo de auxiliares técnicos em patologia clínica que deverão sempre estar vinculados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), pelos quais os municípios poderão fazer jus para recebimento de incentivos financeiros, será calculado conforme descrito abaixo:

I – Para municípios > 100 mil habitantes:

Nº de ESF/2 + nº de ACS das Equipes de ACS/10.

II – Para municípios < 100 mil habitantes:

Nº de ESF/4.

A carga horária desse profissional seguirá a dos demais membros da UBS, de 40 horas semanais, porém, em substituição a um profissional, podem ser registrados dois desses profissionais que cumpram um mínimo de 20 horas semanais.

Os municípios devem priorizar a implantação do auxiliar técnico em patologia clínica para apoio a equipes que atuam em áreas de difícil acesso, tais como assentamentos de colonização e reforma agrária, comunidades ribeirinhas, comunidades quilombolas, reservas extrativistas e de desenvolvimento sustentável, entre outras.

São ações de responsabilidade de todos os auxiliares técnicos em patologia clínica, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes Saúde da Família – ESF e/ou Agentes Comunitários de Saúde.



A – COLETAR MATERIAL BIOLÓGICO

1. Acolher o paciente;
2. Conferir o pedido de exame;
3. Certificar-se do preparo do paciente;
4. Posicionar o paciente de acordo com o exame;
5. Identificar o material biológico do paciente;
6. Efetuar anti-sepsia na região de coleta;
7. Puncionar polpa digital;
8. Acondicionar amostra para transporte;
9. Orientar e supervisionar coleta de escarro broncopulmonar de acordo com as recomendações do Caderno de Atenção Básica de Vigilância em Saúde, nº. 21.

B – RECEBER MATERIAL BIOLÓGICO

1. Confrontar material biológico com o pedido;
2. Conferir as condições do material biológico.

C – PREPARAR AMOSTRA DO MATERIAL BIOLÓGICO

1. Confeccionar lâminas (gota espessa e/ou esfregaço delgado) para o diagnóstico;
2. Preparar corantes e diluentes e corar lâminas.

D – AJUSTAR EQUIPAMENTOS ANALÍTICOS E DE SUPORTE

1. Executar manutenção preventiva do equipamento;
2. Calibrar o equipamento;
3. Ao final do dia, fazer manutenção e limpeza do microscópio;
4. Providenciar manutenção corretiva do equipamento.

E – REALIZAR EXAMES CONFORME O PROTOCOLO

1. Dosar volumetria de reagentes e soluções para exames;
2. Realizar análise macroscópica;
3. Avaliar a qualidade de coloração da gota espessa;
4. Avaliar a qualidade de coloração do esfregaço;
5. Identificar a parasitemia para a malária, doença de Chagas e filariose por meio do exame da gota espessa;
6. Realizar leitura de lâmina para identificação do parasito para leishmaniose tegumentar americana;
7. Realizar análise microscópica e quantificação da parasitemia;
8. Realizar exame por meio do uso de testes rápidos para o diagnóstico (quando se aplica);
9. Em relação ao paciente com malária, realizar ações conforme preconiza o Manual de Terapêutica da Malária do Ministério da Saúde;

10. Realizar pesquisa de bacilo ácido-álcool resistente em amostra de escarro broncopulmonar por meio de baciloscopia direta;
11. Comparar o resultado do exame com resultados anteriores;
12. Liberar exames para o paciente ou responsável que estiver acompanhando o paciente.

F – ADMINISTRAR O SETOR

1. Organizar o fluxograma de trabalho juntamente com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde;
2. Organizar o local de trabalho;
3. Gerenciar estoque de insumos;
4. Abastecer o setor;
5. Armazenar as amostras;
6. Consumir os kits por ordem de validade;
7. Encaminhar equipamento para manutenção;
8. Participar e promover atividades de capacitação e educação permanente junto à Equipe de Saúde da Família e/ou Agentes Comunitários de Saúde;
9. Supervisionar as atividades de coleta de exames de gota espessa realizadas pela equipe de Agentes Comunitários de Saúde;
10. Elaborar controles estatísticos e epidemiológicos.

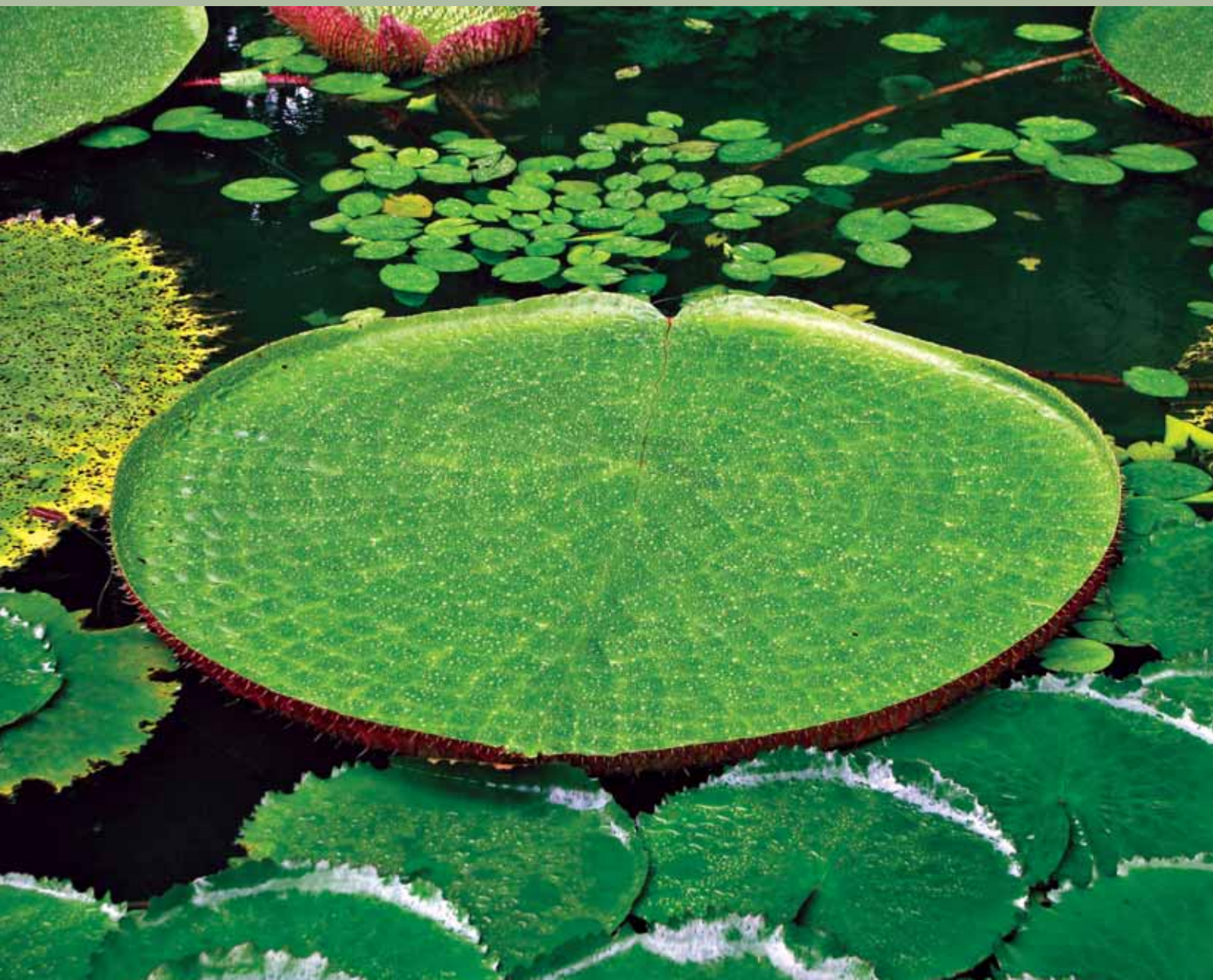
G – TRABALHAR COM SEGURANÇA E QUALIDADE

1. Usar equipamento de proteção individual (EPI);
2. Seguir procedimentos e protocolos em caso de acidente;
3. Submeter-se a exames de saúde periódicos;
4. Manter situação vacinal atualizada;
5. Aplicar normas complementares de biossegurança;
6. Verificar as condições de uso do equipamento;
7. Acondicionar material para descarte;
8. Descartar resíduos químicos e biológicos;
9. Verificar a validade dos reagentes;
10. Descartar kits com validade vencida;
11. Precaver-se contra efeitos adversos dos produtos;
12. Desinfetar instrumental e equipamentos;
13. Observar as normas de coleta, conservação e transporte do escarro, conforme preconizado no Caderno de Atenção Básica de Vigilância em Saúde, nº. 21.

H – COMUNICAR-SE

1. Dialogar com o paciente;
2. Orientar o paciente sobre os procedimentos da coleta do material;
3. Registrar a ação da coleta;
4. Anotar o resultado no Boletim de Notificação;
5. Quando o exame for referente à malária, utilizar o Boletim de Notificação de Casos de Malária:
   5.a Anotar o resultado – método tradicional em cruzes (avaliação semiquantitativa);
   5.b Anotar o resultado – método de avaliação quantitativa pela contagem de 100 campos microscópicos;
   5.c Anotar a medicação que o paciente está tomando no Boletim do SIVEP-Malária;

6. Anotar o resultado no “Livro do Laboratório”;
7. Enviar as lâminas examinadas para o Laboratório de Revisão;
8. Enviar os Boletins de Notificação para digitação;
9. Trocar informações técnicas;
10. Realizar investigação do caso (UF provável de infecção; município provável de infecção; localidade provável de infecção) junto com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde, quando necessário;
11. Providenciar, em conjunto com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde, o encaminhamento urgente do doente para a assistência médico-hospitalar em situação de gravidade;
12. Se o resultado do exame da lâmina para malária, doença de Chagas, filariose, leishmaniose tegumentar ou tuberculose for negativo, encaminhar o paciente à unidade de saúde de referência para avaliação e diagnóstico; em caso de positividade para doença de Chagas, filariose, leishmaniose tegumentar americana ou tuberculose, encaminhar o paciente para tratamento na unidade de saúde;
13. Fazer o agendamento para o acompanhamento com as Lâminas de Verificação de Cura (LVC), em conjunto com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde, se necessário;
14. Solicitar material ao almoxarifado;
16. Transcrever resultados observados.



O Estado da Paraíba conta com três Territórios da Cidadania – Borborema, Zona da Mata Norte e Zona da Mata Sul –, envolvendo 54 municípios e quase dois milhões de habitantes com IDH médio de 0,67. O programa destinará mais de 750 mil reais a 180 ações que foram definidas a partir do Plano Territorial de Desenvolvimento Rural Sustentável, que fez o levantamento das potencialidades dos municípios.

Com realidades e povos distintos, Paraíba abarca três Territórios da Cidadania

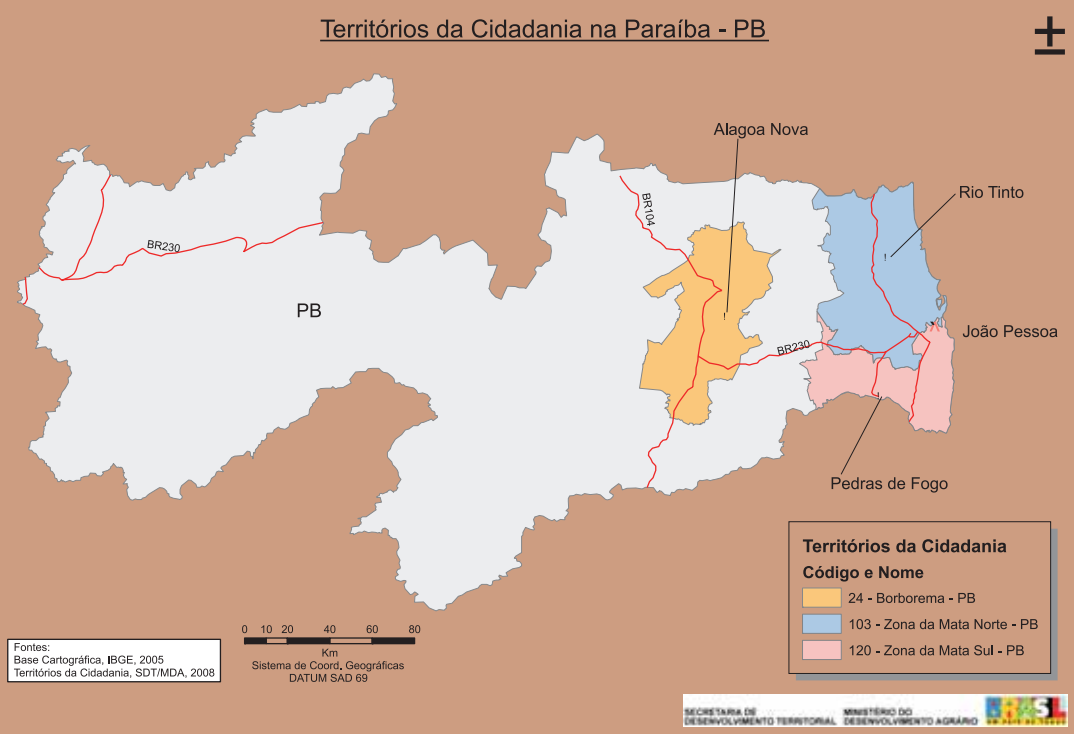
"Como sempre tínhamos atores novos dentro do processo, vez por outra apareciam essas idéias de individualismo. Mas nós e as pessoas que já vinham participando sempre colocamos essa idéia estratégica do desenvolvimento a partir do território".
Marenilson Batista da Silva, delegado federal do MDA/PB.



Para o lançamento do programa Territórios da Cidadania nos três territórios da Paraíba, foram convidadas todas as representações da sociedade civil e do governo. No evento, que teve a duração de dois dias, foi apresentada toda a metodologia a ser implantada com os Territórios da Cidadania, "e como eles já eram territórios rurais, procuramos explicar que não iria mais ser trabalhada apenas uma política, voltada para a agricultura, mas sim que teríamos as políticas públicas integradas com vários ministérios", conta Antônio Júnior da Silva, articulador estadual. A partir daí, foi composta uma agenda de trabalho com as reuniões temáticas de acordo com a matriz ofertada, na qual participavam pessoas da sociedade civil e dos governos, de acordo com a área de interesse.

Para esclarecer as dúvidas acerca de cada tema, foram chamados técnicos dos ministérios para dar informações adicionais e construir uma relação junto ao colegiado. Mas somente após várias reuniões temáticas foi fechado o plano de ações integradas, no qual as demandas eram expostas, bem como a forma de integrar as ações e qualificá-las dentro do território, "já tínhamos uma construção de organização, o que a gente está lutando é justamente para que essa organização se consolide por meio do Programa Territórios da Cidadania".

Nalfra Maria de Queiroz Satiro, também articuladora estadual, ressalta que os Territórios da Cidadania configuram-se como uma oportunidade aberta dentro dos territórios não só de recursos, mas de conhecimento, "apesar de todos os territórios terem essa demanda reprimida por educação, cultura, saúde e outras áreas, só tínhamos como discutir o rural; com o programa e, principalmente, nos debates territoriais, a gente pôde visualizar outras oportunidades". Nalfra lembra, por exemplo, que nas discussões sobre saúde alguns municípios nem sabiam que determinada ação já poderia estar em processo na localidade, "foi um momento, também, de descoberta da política de desenvolvimento territorial, para ver que aquela ação estava acontecendo dentro do município, mas ele não conseguia visualizar ou não sabia; ou então que ainda não estava acontecendo, mas que podia ser acessado". Uma das dificuldades percebidas, inicialmente, estava relacionada à interação das pastas ao pautar ações, "se entre secretarias é difícil dialogar e saber o que o outro está fazendo, imagine entre ministérios".



Em relação à participação, a articuladora diz que a equipe da Delegacia Federal do Ministério do Desenvolvimento Agrário notou que em alguns territórios, mesmo que timidamente, percebeu-se a vinda de alguns gestores para o processo de debates, o que não havia acontecido antes, "o gestor até se disponibilizava a receber as reuniões". "Isso se deve, também, ao fato de que eles (os gestores) viram que havia uma quantidade significativa de recursos", acrescenta Marenilson Batista da Silva, delegado federal do MDA/PB. Mas Nalfra diz que a participação ainda é pequena, "os prefeitos têm assentos no colegiado e precisam estar mais próximos dessas discussões, porque aqui a ênfase e participação maiores têm sido da sociedade civil, dos movimentos populares, dos sindicatos, dos conselhos, dos grupos de mulheres, jovens e quilombolas".

Marenilson acredita que, por os municípios já terem a experiência de trabalho em território rural, a visão de município isolado sempre perdia força, "como sempre tínhamos atores novos dentro do processo, vez por outra apareciam essas idéias de individualismo. Mas nós e as pessoas que já vinham participando sempre colocamos essa idéia estratégica do desenvolvimento a partir do território".

A expectativa agora é de ver os resultados das demandas discutidas voltando para os territórios em forma de ações, ou seja, como qualificar as ações e ver seus resultados. Marenilson aponta caminhos na área da saúde, por exemplo, "quando começamos a discutir, vários municípios queriam mais Agentes Comunitários de Saúde e no decorrer do processo vimos que eles não podiam mais pedir a ampliação, pois já trabalham com 100% de cobertura. Mas como qualificar essa ação que já está em 100% e a gente sabe que precisa melhorar?". Uma vez que grande

"Foi um momento, também, de descoberta da política de desenvolvimento territorial, para ver que aquela ação estava acontecendo dentro do município, mas ele não conseguia visualizar ou não sabia; ou então que ainda não estava acontecendo, mas que podia ser acessado".
Nalfra Maria de Queiroz Satiro, articuladora estadual.



Antônio Júnior da Silva, articulador estadual, Marenilson Batista da Silva, delegado federal do MDA/PB, e Nalfra Maria de Queiroz Satiro, também articuladora estadual.

Território rural é a base para a construção dos Territórios da Cidadania

Entre os dias 18 e 19 de junho, a cidade de Lagoa Seca, na região da Borborema, sediou uma reunião entre os sete territórios rurais da Paraíba e os três Territórios da Cidadania do estado. Na pauta, o aprofundamento da concepção de desenvolvimento territorial, com foco no fortalecimento da gestão social, das redes sócias de cooperação, dinamização econômica, articulação de políticas públicas e outros.

O delegado federal do MDA, Marenilson Batista, lembrou da necessidade da percepção de território "independente do espaço geográfico" e falou sobre os Territórios da Cidadania, "são diversos ministérios com ações diretas e integradas". Para ele, a efetividade das ações dependerá da participação de todos, "precisamos dar o devido retorno às bases e conversar com as instituições públicas para que elas reservem um espaço contínuo em sua agenda e façam parte da rotina das reuniões".

Durante o encontro, os grupos se reuniram por segmentos para prepararem sua apresentação de expectativas e novidades, sendo que a maioria delas girou em torno dos Territórios da Cidadania, "esperamos que o programa possa melhorar a situação nos territórios, pois não haverá mais sobreposição de ações. Esperamos que haja desmembramento das ações e apropriação delas por parte da sociedade", apontaram os membros representantes das organizações não-governamentais.

Heleno Alves de Freitas, gerente de negócios tecnológicos da Embrapa, também participou das reuniões dos territórios rurais. Segundo ele, embora a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária tenha sido concebida para o agronegócio e 90% dela tenha esse foco, de 2002 em diante, mesmo não havendo recurso específico para esse fim, seus técnicos têm procurado gerar tecnologia também voltada para a agricultura familiar, "os profissionais fazem por acreditarem na ação". Para Heleno, os Territórios da Cidadania trazem clareza às ações, "existe uma cultura de não libertar o povo e os Territórios da Cidadania visam a essa libertação. É uma das coisas mais inteligentes que o governo criou". Para ele, a preocupação é de que todas as áreas adquiram o mesmo peso e importância, "a palavra do agricultor deve ter o mesmo poder da palavra do doutor".



Heleno Alves de Freitas, gerente de negócios tecnológicos da Embrapa, na reunião dos territórios rurais da Paraíba.

parte dos municípios também conta com boa cobertura da estratégia Saúde da Família, os debates deveriam girar, então, em torno da qualidade e de como melhorar aquela ação para atender com mais qualidade o público.

Entre o litoral e o sertão, a região da Borborema se caracteriza pela forte organização social

O Território da Cidadania da Borborema ocupa 3.341,70 quilômetros quadrados e é formado pelos municípios de Alagoa Grande, Algodão de Jandaíra, Arara, Areia, Areial, Borborema, Campina Grande, Casserengue, Esperança, Lagoa Seca, Massaranduba, Matinhas, Montadas, Pilões, Puxinanã, Queimadas, Remígio, Serra Redonda, Serraria, Solânea e São Sebastião de Lagoa de Roça.

Com 628.581 habitantes, dos quais 25,09% vivem na área rural, o IDH médio do território é 0,67. O Território da Cidadania da Borborema tem 22.929 agricultores familiares, 1.521 famílias assentadas, 192 famílias de pescadores e duas comunidades quilombolas. Sobre a cultura desses povos, o articulador do território, Marenilson Batista, acredita que até hoje ainda "não tenha sido feito um trabalho de valorização da cultura quilombola".

As 63 ações que serão realizadas pelo Governo Federal ao longo de 2008 foram todas debatidas no colegiado territorial e contarão com um investimento de R$ 290.102.548,52.

Pequeno município de Alagoa Nova mantém as tradições com olho no futuro

Alagoa Nova é uma das cidades da região serrana da Borborema e está a 28 quilômetros de Campina Grande. Seus 19.420 habitantes contam com 100% de cobertura da estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal (SB) e de



A cidade tem o foco na fruticultura, mas tem se destacado, também, por meio do turismo e do artesanato. Alagoa Nova faz parte do Roteiro dos Engenhos e do Projeto Caminhos do Frio, desenvolvido pelo Sebrae, e vem desenvolvendo seu potencial cultural e gastronômico realizando, anualmente, a Festa da Galinha Capoeira. É de lá também que sai a linha customizada de uma conhecida marca de sandálias de borracha. Com a utilização de pedras, miçangas, rebites, pingentes e cristais Swarovski, as artesãs bordam ou costuram à mão as sandálias que são vendidas nas lojas *premium* da marca, em Nova York, Paris e Milão.

Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Com a Atenção Básica/Saúde da Família implantada em sua plenitude, a secretária de Saúde, Marília Carinna Ferreira de Oliveira, conta que todos os programas estão implantados, "mas faltam recursos para se trabalhar saúde e sem dinheiro só temos ações contando com a boa vontade dos nossos profissionais". A secretária conta que, além das ações preventivas, são traçadas metas e cada Equipe Saúde da Família (ESF) sabe lidar com as especificidades da sua população adstrita – das oito Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família (UBS/SF), quatro são na zona rural.

O coordenador da Saúde Bucal do município, Wilson Cícero de Barros, conta que, além do trabalho desenvolvido nas unidades, as equipes fazem escovação nas escolas do município, "temos um escovódromo móvel com sistema de água *made in Paraíba*". Para ele, os últimos anos têm experimentado avanços na odontologia brasileira, "carências existem, mas melhorou muito e isso reflete na qualidade dos profissionais".

Wilson de Barros foi um dos participantes das reuniões dos Territórios da Cidadania e considera que os debates foram excelentes, "mas acho que faltou clareza de como os recursos iriam chegar até os municípios. Mas as discussões foram muito boas e houve muito interesse em todos os grupos do Território da Borborema".







ESF, o coordenador da Saúde Bucal, Wilson Cícero, e a secretária de Saúde, Marília Carinna.

Juliana Martins e os filhos recebem o kit Brasil Sorridente, distribuído a milhares de municípios.

Programa Nacional de Documentação





Jovem de Alagoa Nova recebe sua primeira carteira de trabalho.

O Ministério do Desenvolvimento Agrário, por meio do Programa Nacional de Documentação da Trabalhadora Rural, se alia a diversas organizações governamentais e não-governamentais para promover um dia de ação com o objetivo de documentar as trabalhadoras – e trabalhadores – rurais, conscientizar da importância da documentação como exercício da cidadania e sensibilizar a sociedade para o reconhecimento da profissão de trabalhadora rural. Na ação, são ministradas palestras sobre previdência social, doenças sexualmente transmissíveis e outras ligadas à saúde, conceito de gênero, violência e agricultura familiar, além de atividades como mutirão de corte de cabelo e higiene, escovação, vacinação, ação social, emissão de CPF e carteira de trabalho, cadastramento junto ao INSS e no sindicato, ajuizamento de ações, linhas de crédito etc.

Zona da Mata Norte: Território da Cidadania da população indígena da Paraíba

O Território da Cidadania da Zona da Mata Norte, com 3.647,30 quilômetros quadrados, é formado pelos municípios de Baía da Traição, Cabedelo, Capim, Cruz do Espírito Santo, Cuité de Mamanguape, Curral de Cima, Itapororoca, Jacaraú, Lucena, Mamanguape, Marcação, Mari, Mataraca, Pedro Régis, Riachão do Poço, Rio Tinto, Santa Rita, Sapé e Sobrado.

Com 389.636 habitantes, dos quais 100.946 (25,91%) vivem na área rural, o IDH médio do território é de 0,62. A Zona da Mata Norte paraibana tem 8.258 agricultores familiares, 2.356 famílias assentadas, 3,759 famílias de pescadores e três terras indígenas.

Para essa área, que envolve litoral e Mata Atlântica, foram destinados R$ 154.127.599,33 para o desenvolvimento de 61 ações.



Mesmo com pouco mais de 20 mil habitantes, Rio Tinto também é referência

Para prestar assistência a sua população de 22.609 habitantes, além de 100% de estratégia Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS, Rio Tinto conta com um hospital público municipal de pronto atendimento, um Centro de Especialidades Médicas e um Centro de Especialidades Odontológicas.

Mas esse atendimento, na verdade, é 57% maior, já que o município é sede do Módulo Assistencial, caracterizado pela presença de população indígena, "por ser sede de Módulo Assistencial, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização do estado da Paraíba, é responsável pelo atendimento de uma população de 35.526 habitantes, sendo referência para os municípios de Baía da Traição e Marcação", diz a assessora da saúde de Rio Tinto, Christianny Onofre Brito Lira.



A Equipe Saúde da Família da UBS 9.

Escovódromo da UBS/SF 9.





ESF da Unidade Básica de Saúde, n.º 2. No detalhe, a fachada da UBS.



Os Potiguaras, que são o único povo indígena oficialmente reconhecido no estado da Paraíba, estão distribuídos em 26 aldeias e nas áreas urbanas dos municípios de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto. Essa população indígena gira em torno de 11.819 pessoas, o que representa 52,28% da população total dos municípios.

As nove Equipes Saúde da Família (ESF), quatro da zona urbana e cinco na zona rural, são preparadas para o atendimento a toda a população, independentemente da etnia, "os profissionais estão orientados a prestar atendimento à população indígena", diz Nanci Pessoa, consultora em planejamento e gestão. A assessora da saúde conta que a população do município sofre com patologias como esquistossomose, hipertensão e diabetes e diarréia nas crianças, além disso, as doenças sexualmente transmissíveis têm crescido entre os potiguaras.

O secretário de Saúde, Eraldo Nascimento Calixto, conta que todas as UBS/SF foram reformadas, "a cada reforma procuramos ver o que estava sendo exigido pelo ministério".

As ESF oferecem ações conjuntas de promoção, proteção, tratamento, cura e reabilitação, tanto em nível individual quanto coletivo, "indiscutivelmente o primeiro passo para entender a complexa concepção de saúde é tê-la não somente focada na doença, e sim na excelência da qualidade do viver e na intervenção dos fatores aos quais a ela se relacionam e a colocam em risco", reflete Christianny. A médica da UBS 2 Magna Coeli Diniz de Carvalho está há três anos na unidade e diz que, depois da implantação da estratégia Saúde da Família, o atendimento melhorou, "não atendemos só o paciente, mas a família toda, além de podermos ir até o acamado e contar com medicamento e atendimento em cada unidade para uma população específica".

Entre algumas das dificuldades da gestão da saúde apontadas pela assessora da Saúde, estão a grande rotatividade de médicos da Saúde da Família, ocasionando descontinuidade dos serviços; a ausência do repasse financeiro pelo estado dos serviços do laboratório municipal e dos serviços especializados; diferença nos dados dos sistemas de informação da saúde indígena e do SUS, "causando assim duplicidades de ações do município e da Funasa", desconhecimento da Política Nacional dos Povos Indígenas por parte dos profissionais do município, ausência do repasse financeiro pelos serviços prestados por parte dos municípios que referenciam, entre outras.



A assessora da saúde de Rio Tinto, Christianny Onofre.

"Não atendemos só o paciente, mas a família toda, além de podermos ir até o acamado e contar com medicamento e atendimento em cada unidade para uma população específica".
Magna Coeli Diniz de Carvalho, médica.

Severino Ramos, ex-articulador territorial e presidente da Cooperativa Vínculos.



Christianny Onofre, que participou de reuniões dos Territórios da Cidadania, no eixo saúde, diz ter observado certa falta de preparo dos gestores, "observei um despreparo no grupo da saúde e, conseqüentemente, má elaboração das propostas. Muitos não sabiam o que podia ser caracterizado gasto com saúde e as obrigações de cada esfera. Expliquei que o programa não tirava a responsabilidade dos municípios de aplicarem os 15%, pois muitos queriam tirar essa responsabilidade e passar para o Ministério da Saúde". A assessora conta que o município de Rio Tinto apresentou a demanda de um hospital indígena "para atender toda a população dos municípios de Marcação, Baía da Traição e Rio Tinto".

Severino Ramos, articulador territorial na época da implantação dos Territórios da Cidadania, diz que foi aproveitada a estrutura organizacional dos territórios rurais para a composição dos grupos, "já tínhamos o colegiado e sempre fizemos os debates territoriais trabalhando a questão da saúde, da educação, mas, como as prefeituras enviavam sempre um funcionário que detinha pouca informação ou nenhum poder de decisão, retomávamos a discussão". Ele conta que sempre ressaltava a importância da participação do gestor "para garantir o mínimo de qualidade nas propostas do plano e na continuidade da elaboração do plano de ações integradas".

Severino destaca que uma das preocupações está na possibilidade de apropriação do programa por parte dos prefeitos e gestores, "é comum que alguns políticos queiram se associar aos resultados positivos. Quando a proposta tem alguma deficiência ninguém assume, mas quando há sinais de recursos e de melhorias significativas todos querem assumir a autoria. Como se diz no popular aqui, quando a criança tem herança, todo mundo quer ser parente".

Ramos, que também é presidente da Cooperativa Vínculos, ressalta que os Territórios da Cidadania são uma discussão coletiva e a apropriação de seus resultados também deve ser. Severino Ramos afirma, no entanto, que há algumas lideranças que fazem com que as ações se tornem de conhecimento e também de domínio público, "mas acredito que talvez um dos nossos maiores desafios seja garantir que as políticas públicas sejam para o público, e não para um pequeno grupo de pessoas".

Outro desafio apontado por ele é a manutenção das regras do começo ao fim do programa, "se existe a necessidade de aprovação do colegiado, composto pelo poder público e pela sociedade civil, para todas as ações, isso tem de ser mantido até o fim, porque senão a proposta se descaracteriza, perde força, identidade e credibilidade".

Zona da Mata Sul conta com clima e terra fértil a seu favor

O Território da Cidadania da Zona da Mata Sul é formado pelos municípios de Alhandra, Bayeux, Caaporã, Caldas Brandão, Conde, Itabaiana, João Pessoa, Juripiranga, Pedras de Fogo, Pilar, Pitimbu,

"Acredito que talvez um dos nossos maiores desafios seja garantir que as políticas públicas sejam para o público, e não para um pequeno grupo de pessoas".
Severino Ramos, ex-articulador territorial e presidente da Cooperativa Vínculos.



A igreja fica dividida entre os municípios de Pedras de Fogo (PB) e Itambé (PE).

São José dos Ramos e São Miguel de Taipu e ocupa 1.877,90 quilômetros quadrados.

Com 837.320 habitantes, 56.578 vivem exclusivamente na área rural, o IDH médio do território é 0,74. A Zona da Mata Sul paraibana tem 6.449 agricultores familiares, 2.709 famílias assentadas, 2.873 famílias de pescadores e quatro comunidades quilombolas.

A região também faz parte de uma área entre litoral e Mata Atlântica e contará com R$ 313.869.832,26 para o desenvolvimento de 56 ações já debatidas e consensuadas no colegiado territorial.

Produção orgânica leva desenvolvimento e saúde a Pedras de Fogo

Pedras de Fogo é um município de grande extensão territorial já na divisa com o estado de Pernambuco – tão na divisa que a vizinha Itambé já faz parte do outro estado e está do outro lado da rua. Com 26.585 habitantes, a estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal e a cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde não só estão em 100% como contam com gestão e planejamento das ações. Pedras de Fogo é exemplo em saúde no estado.

São seis Equipes Saúde da Família na área urbana e outras cinco na área rural, que também contam com uma unidade de apoio e uma unidade móvel para os ACS. Como antes de implantar a estratégia o município já contava com o trabalho dos agentes, a transição do modelo de assistência foi bastante tranqüila, "com os agentes já fazíamos o atendimento nas regiões e um acompanhamento familiar. Tínhamos um serviço e a equipe veio consolidar a proposta; a implantação da estratégia nos permitiu ampliar e estruturar melhor", conta a coordenadora da Atenção Básica Eliziana Crispim. Edilene Freitas, também coordenadora da Atenção Básica, considera que a estruturação da estratégia Saúde da Família veio a resolver diversos problemas, principalmente na zona rural, "porque idosos, gestantes, crianças de colo, recém-nascidos, todos tinham de



Equipes Saúde da Família de Pedras de Fogo promovem festa junina para os idosos.

"Com os agentes já fazíamos o atendimento nas regiões e um acompanhamento familiar. Tínhamos um serviço e a equipe veio consolidar a proposta; a implantação da estratégia nos permitiu ampliar e estruturar melhor".
Eliziana Crispim, coordenadora da Atenção Básica de Pedras de Fogo.

“Nós, da zona rural, temos dificuldade de deslocamento, de comunicação, então se você não tem um apoio da gestão fica difícil, você vai sair de casa para fazer o quê? Para passar um remédio que não tem. Para pedir um exame que não vai ser feito? Temos confiança para prescrever, solicitar e para saber que aquele tratamento vai ter um resultado”.
Fabiana Meirelles, enfermeira.

fazer esse deslocamento para cá. Com a Saúde da Família, formalizamos a assistência e estabelecemos um vínculo da comunidade com aquele médico”.

A proximidade com o município/estado tem impacto direto na saúde, “durante a Campanha de Vacinação, por exemplo, as equipes que estão próximas da divisa enfrentam um grande problema em relação às metas”, afirma a coordenadora da Atenção Básica Eliziana. Fabiana Meirelles, enfermeira, confirma, “nossa população mora aqui e trabalha no município vizinho, ou vice-versa, e isso é um mecanismo de transporte de doenças, como hanseníase, por exemplo, para a qual a SMS mantém um médico que responde pelo acompanhamento dos pacientes”.

Pedras de Fogo, que realiza concurso público para a contratação de todos os profissionais, conta também com médicos que iniciaram a Saúde da Família no município e ainda permanecem na cidade. Para a enfermeira Fabiana, isso se deve à proximidade da capital, João Pessoa, e à estruturação do serviço de saúde, “nós, da zona rural, temos dificuldade de deslocamento, de comunicação, então se você não tem um apoio da gestão fica difícil, você vai sair de casa para fazer o quê? Para passar um remédio que não tem? Para pedir um exame que não vai ser feito? Temos confiança para prescrever, solicitar e para saber que aquele tratamento vai ter um resultado”.

Outro ponto que a enfermeira considera fundamental para atrair o profissional é o investimento em capacitação, “eu acho que isso faz diferença para segurar o profissional. É uma reciclagem e um investimento em atualização que o profissional de saúde precisa sempre, porque o retorno maior quem vai ter é a comunidade”. Segundo Fabiana, 90% dos médicos e enfermeiros da cidade possuem pós-graduação em Saúde da Família “e todos trabalham na ótica da estratégia”. A enfermeira Maria Lúcia Urtiga de Sousa trabalha na UBS/SF Santo Antônio com agendamento e atendimento de demanda. Para ela, que está há dez anos na Unidade, isso só é possível



A enfermeira da UBS/SF Santo Antônio Maria Lúcia Urtiga de Sousa. No detalhe, recepção da unidade.

devido à identificação com o trabalho, com a saúde pública e com a estratégia Saúde da Família, “temos apoio logístico para as nossas ações”.

Dentro do processo de atualização dos profissionais, a Secretaria de Saúde está promovendo também palestras sobre a saúde do trabalhador. Para o Agente Comunitário de Saúde, já foram feitas várias capacitações, além um evento no qual a rede se organizou para atender o ACS, “ele tem um olhar mais cuidadoso e promovemos um evento onde foi tratado não como profissional de saúde, mas como paciente. Para verificar como estava a saúde dele, contamos com a ajuda de especialistas como cardiologista, psiquiatra e ginecologista, além da psicóloga. Ela noticia que um dos frutos colhidos foi a maior integração com as ESF e também da visão do agente enquanto ser educador, “transformador e participante de toda essa máquina que é a Secretaria de Saúde”.

Entre os agravos da população, estão aqueles relacionados ao cuidado com a terra, como os problemas respiratórios, principalmente na população infantil, em época de queimada de cana, e as doenças relacionadas ao uso de agrotóxico. A população rural também tem agravos ligados ao seu próprio trabalho, “o produtor de cana tem doenças bem características, bem como o produtor que está voltado para o plantio do abacaxi, que tem muitas doenças relacionadas às dermatites, todo tipo de doença de pele, inclusive o câncer de pele, porque eles ficam muito expostos ao sol”, diz Fabiana Meirelles Andrade de Oliveira, enfermeira de Pedras de Fogo.

Ao lidar com o agrotóxico, muito produtores, principalmente os pequenos, não usam equipamentos de proteção individual, por condições financeiras ou mesmo por acharem incômodo, “mesmo orientados pelas ESF os agricultores não usam os equipamentos de segurança”, comenta Eliziana.



A ESF da Unidade Básica de Saúde Concórdia monta uma maquete para representar seu território de atuação.

"Nossa intenção não é somente tratar do doente, é melhorar sua qualidade de vida, inclusive oferecendo opções, porque não adianta você chegar e dizer 'não use que vai te fazer mal', é preciso falar o que ele deve fazer".
Fabiana Meirelles, enfermeira.





Eliziana Crispim, coordenadora da Atenção Básica, Fabiana Meirelles, enfermeira, Edilene Freitas, também coordenadora da Atenção Básica, e Michael Cabral Nunes de Moura, coordenador da Agricultura e Meio Ambiente.

O agrotóxico também é responsável pela incidência de câncer de estômago, de intestino, de boca e de garganta, "eles manipulam o recipiente que acondiciona o agrotóxico com a boca", confidencia Fabiana. O seu uso afeta não somente o próprio agricultor, mas toda a família, "atendemos mulheres com problemas por manipularem as roupas do produtor ou mesmo por reutilizar o recipiente que foi outrora usado para armazenar o agrotóxico", destaca a enfermeira, "o homem do campo guarda o agrotóxico dentro de casa, para que não seja roubado, e com isso fica perto de crianças, muitas vezes dentro do próprio quarto".

Eliziana diz ter percebido que o produtor, muitas vezes, não atribui determinados sintomas ao uso do agrotóxico, "até porque geralmente eles aparecem muito tempo depois". A enfermeira Fabiana adverte: "Tratamos de um paciente com câncer na garganta e que veio a óbito que chegou a nos dizer que se soubesse há mais tempo da malignidade do agrotóxico não teria ficado doente, nem deixado seus filhos trabalharem com o produto. Isso nos deixou muito mal porque a nossa intenção não é somente tratar do doente, é melhorar sua qualidade de vida, inclusive oferecendo opções, porque não adianta chegar e dizer 'não use que vai te fazer mal', é preciso falar o que ele deve fazer". A Secretaria de Saúde tem adotado a prática de promover palestras na zona rural com orientações e aconselhamentos sobre as conseqüências do uso de agrotóxico e treinado as ESF para o atendimento adequado e uma das demandas do município nos Territórios da Cidadania está relacionada a esse trabalhador do campo, "como a nossa área rural é muito extensa, estamos tentando fechar o atendimento de todas as formas e voltar a atenção à saúde do produtor rural".

Pedras de Fogo é exemplo também em termos de articulação política, tanto que além da saúde possui assento no colegiado territorial nas áreas de educação e agricultura e no debate dos Territórios da Cidadania não seria diferente. Para Michael Cabral Nunes de Moura, coordenador da Agricultura e Meio Ambiente, o programa é fruto de uma batalha, "de uma luta incessante dos agricultores que queriam promover um espaço, um fórum de debates

"Se é para trabalhar a agricultura, não podemos nos esquecer da saúde do trabalhador rural e da sua educação. Agora temos a participação de diversos municípios e ministérios que vão somar esforços para melhorar a qualidade de vida do homem do campo".
Michael Cabral Nunes de Moura, coordenador da Agricultura e Meio Ambiente.



Feira Agroecológica de Pedras de Fogo.



Luiz Sena, articulador do território da Zona da Mata Sul.

legítimo, deliberativo de construções de ações para o fortalecimento da agricultura familiar nos municípios". O coordenador acredita ter sido encontrado o espaço democrático de debates "que vai culminar em várias idéias e posteriormente em ações que serão construídas ao longo destes próximos anos".

Michael está otimista com a participação das diversas áreas e ministérios, "se é para trabalhar a agricultura, não podemos nos esquecer da saúde do trabalhador rural e da sua educação. Agora temos a participação de diversos municípios e ministérios que vão somar esforços para melhorar a qualidade de vida do homem do campo".

Segundo ele, o homem do campo enxerga o programa com bons olhos, "pois é algo que vem para fortalecer, para somar e com o diferencial de ter a participação e parceria de diversos órgãos governamentais e não-governamentais, interagindo e buscando concretizar o sonho do agricultor, que é a melhoria de vida". Para Michael, cabe a cada um dos órgãos envolvidos disseminar o que foi e o que está sendo construído.

Situado em uma região com bastante chuva e solo fértil, o município de Pedras de Fogo tem investido na hortifruticultura, com o foco no abacaxi, mandioca, batata-doce, mamão, acerola, graviola, mangaba, caju, goiaba, manga, além da cana-de-açúcar, que é plantada tanto pelo pequeno agricultor como por grandes usinas. Fabiana lembra também que o investimento no plantio de hortifruti traz um ganho para a saúde, "no que diz respeito ao combate à desnutrição e à obesidade".

O projeto voltado para hortifruticultura conta com o apoio de diversas entidades e surgiu com a constatação de uma perda excessiva desses frutos que, após amadurecerem, caíam e apodreciam no chão; surgiu então a idéia de se criar um centro para beneficiar esses produtos. O Centro Integrado da Agricultura Familiar será composto por uma unidade de processamento e beneficiamento de frutas, na qual será possível produzir a poupa, o suco concentrado ou doce das frutas. O Centro consistirá numa base de comercialização dos produtos facilitando o escoamento e eliminando a figura do atravessador.

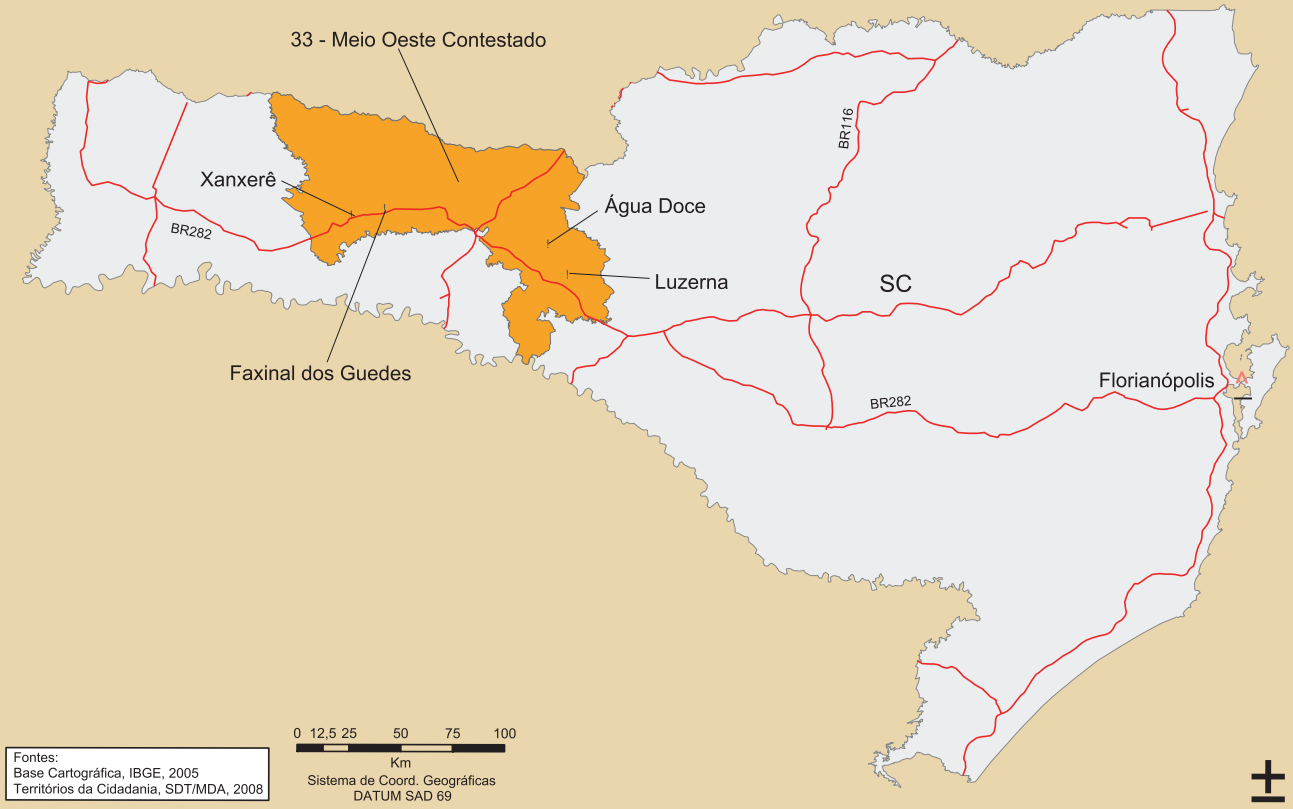
Além disso, os 13 municípios que fazem parte do Território da Cidadania da Zona da Mata Sul vão poder contar com capacitação e acompanhamento para o desenvolvimento do seu trabalho, "já foram ministrados vários cursos de administração na área de processamento de manipulação de alimento, especificamente das frutas, capacitação na área de gestão rural, gestão empreendedora rural, capacitação na área de associativismo e cooperativismo".

A decisão sobre investir na hortifruticultura também tem se mostrado acertada sob o ponto de vista da saúde, do trabalhador e da população em geral, já que os produtos são trabalhados com o conceito e com a prática da atividade orgânica, "o cultivo sem o uso de agrotóxico é trabalhoso, porém tem sido visto com bons olhos, já que é uma atividade que gera benefícios para a saúde e também gera lucro, porque o produto tem um preço diferenciado", pondera Michael. Eliziana acredita que o uso do agrotóxico esteja relacionado também ao hábito, "com o foco na produção orgânica, começamos a desvincular o trabalho do agricultor e o seu dia-a-dia com os produtos químicos".

O coordenador da Agricultura e Meio Ambiente explica que o fato de o produto orgânico chegar com um valor um pouco maior deve-se ao trabalho sistemático e que "requer a presença mais constante e o cuidado do trabalhador do campo". Para ele, a população também precisa ser conscientizada, "a dona de casa está habituada a barganhar o preço na feira e comprar sempre onde está mais barato. Mas o produto orgânico tem o valor agregado, que é o tempo maior de cultivo e o zelo do produtor, que revertem na saúde da população".

Luiz Sena, articulador do território da Zona da Mata Sul, lembra que esse foco na produção orgânica requer atenção de todos, "é preciso ficar em cima da produção para ela não diminuir. O produtor é como um filho, tem de acompanhar a saúde, todo o processo educacional e de formação".

Em Santa Catarina, municípios se organizam em associações e garantem qualidade aos debates e propostas do Território da Cidadania do Meio Oeste Contestado.



Territórios da Cidadania encontram municípios de Santa Catarina organizados em associações

O Território da Cidadania do Meio Oeste Contestado, no estado de Santa Catarina, está numa área de 8.288,10 quilômetros quadrados e é formado pelos municípios de Abelardo Luz, Bom Jesus, Capinzal, Catanduvas, Coronel Martins, Entre Rios, Erval Velho, Faxinal dos Guedes, Galvão, Água Doce, Herval d`Oeste, Ibicaré, Ipuaçu, Joaçaba, Jupiá, Lacerdópolis, Lajeado Grande, Luzerna, Marema, Ouro, Ouro Verde, Passos Maia, Ponte Serrada, São Domingos, Treze Tílias, Vargem Bonita, Vargeão, Xanxerê e Xaxim.



A região possui 254.543 habitantes, sendo que 34,69% vivem na área rural; são 14.252 agricultores familiares, 2.290 famílias assentadas e três terras indígenas. O IDH médio é de 0,81. No Meio Oeste Contestado serão desenvolvidas cerca de 69 ações debatidas no Colegiado Territorial, num total de R$ 122.106.893,94.

Praticamente todos os municípios que compõem o Território da Cidadania do Meio Oeste Contestado fazem parte da Associação dos Municípios do Alto Irani (Amai) ou da Associação dos Municípios do Meio Oeste Catarinense (Ammoc). Por meio do associativismo, os municípios podem contar com apoio para desenvolvimento de projetos, captação de recursos, entre outros, e assim o conceito de territórios já faz parte do dia-a-dia dos gestores e sociedade civil.

Todos os municípios do estado fazem parte de alguma associação, sendo que no total são 20, e o critério de criação ou desmembramento em determinadas regiões obedece, entre outros critérios, aos mesmos dos Territórios da Cidadania: a distância entre os municípios e facilidade de comunicação.

A Ammoc, criada em 1961, e a Amai, em 1978, têm o propósito de defender os interesses institucionais dos municípios da região, dando assessoramento técnico municipal e de prestação de serviços que visa ao desenvolvimento integrado dos municípios associados. Por meio da associação, busca-se a realização de obras e serviços de interesses comuns para fortalecer a capacidade administrativa, econômica e social dos municípios.

A Amai possui, ainda, colegiados nas áreas de assistência social, educação e saúde, sendo que esse último é formado pelos secretários municipais de Saúde, que têm o objetivo de integrar os profissionais da área, oportunizar o debate e a busca de soluções para os problemas comuns dos municípios. Visando ao aperfeiçoamento técnico dos servidores municipais das áreas administrativas e da saúde pública municipal, o colegiado viabiliza estudos e debates sobre temas inerentes à saúde pública e realiza visitas em outros municípios e estados com o objetivo de conhecer novas experiências para avaliar a aplicabilidade nos municípios filiados à associação.

Entre as cooperativas também há união. Por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde, os municípios conseguem reduzir os custos e a carência de profissionais habilitados, oferecendo os serviços técnicos de consultas e exames especializados, produção e aquisição de medicamentos, materiais e equipamentos. Assim, com união, é possível racionalizar custos, agilizar serviços e reivindicar medidas junto aos governos estadual e federal.

Xanxerê: problemas de cidade grande resolvidos graças ao empenho dos profissionais

Xanxerê é uma cidade de pouco mais de 40 mil habitantes e com 59,10% desse total coberto pela estratégia Saúde da Família; os agentes comunitários de saúde chegam a 70,36% das famílias. Embora pequeno, o município já enfrenta os problemas das grandes cidades, como drogação e álcool, em todos os níveis sociais, violência sexual e desigualdade social, "mas não é predominante, sabemos que é em menor quantidade que outras regiões. Não temos mais de 1.700 famílias que precisam da nossa atuação direta", diz a secretária do Desenvolvimento Social, Iara Helena Callfass.

A população de Xanxerê enfrenta problemas característicos do clima frio da região, como infecções respiratórias agudas. Além de verminose, problemas circulatórios, hipertensão e desnutrição, "com a Saúde da Família e o Hiperdia, conseguimos acompanhar vários casos e o problema da desnutrição vem sendo acompanhado de perto pelos agentes de saúde", conta Eleni Canello Capra, diretora municipal de saúde.

Eleni considera que a Atenção Básica no município esteja bem estruturada, "temos sete UBS/SF em pleno funcionamento e um recém-inaugurado, além das Equipes de Saúde Bucal, do trabalho dos ACS e das unidades que ainda não contam com Equipes Saúde da Família. É claro que não supre totalmente o que precisaria para todo o município, mas, dentro das possibilidades financeiras e de pessoal, eu acredito que estejamos bem estruturados".

Eleni conta que, ao decidirem pela implantação da estratégia Saúde da Família, no ano 2000, a população não compreendia os conceitos de territórios, prevenção e promoção, "eles ficavam pulando de unidade em unidade porque estavam acostumados com aquele médico e não queriam passar a se consultar com outro e, a partir da Saúde da Família, tínhamos de explicar que o morador seria atendido em seu território. Fui ao rádio inúmeras vezes explicar que eles não estavam perdendo o médico especialista, que, se necessário, ele seria



"Não tínhamos estatísticas de atendimento e das patologias, hoje percebemos que há um atendimento e acompanhamento melhor das gestantes, dos hipertensos e diabéticos. Então, a Saúde da Família veio justamente para melhorar e ajudar a fazer a saúde realmente preventiva, que é o que mais a gente quer".
Eleni Canello Capra, diretora municipal de saúde.

encaminhado". Eleni Capra considera que com a implantação da estratégia o diagnóstico das doenças melhorou, "não tínhamos estatísticas de atendimento e das patologias, hoje percebemos que há um atendimento e acompanhamento melhor das gestantes, dos hipertensos e diabéticos. Então, a Saúde da Família veio justamente para melhorar e ajudar a fazer a saúde realmente preventiva, que é o que mais a gente quer".

Xanxerê também enfrenta certa dificuldade em relação à contratação do profissional médico. Para Eleni, esse é um dos problemas para se fazer saúde no interior, "temos dificuldade de encontrar profissionais que realmente permaneçam nas Equipes Saúde da Família, porque, a partir do momento que um município oferece um valor a mais no salário, ele muda, vai para o outro local". Eleni considera que a principal conseqüência disso é a falta de seqüência do tratamento, "quando estamos começando a estruturar e o profissional está começando a conhecer realmente a sua área de abrangência, ele muda. Aí perdemos todo esse trabalho". Esta disputa desleal por profissionais de saúde é um dos aspectos que podem ser resolvidos com os territórios da cidadania, uma vez que podem ser pactuados piso salariais iguais para toda a região. Outro problema, segundo a diretora, é o referenciamento, "precisamos de uma policlínica e, embora o consórcio de saúde ajude e o município participe com um bom repasse de recursos, temos problemas para referenciar. Deveriam aumentar as cotas dos municípios", outro aspecto que poderá melhorar com os Territórios da Cidadania dentro da proposta do pacto solidário e cooperativo trazida pelo Pacto pela Saúde.

Para o atendimento à população rural, Xanxerê dispõe de duas unidades de saúde: uma com ESF completa de segunda a sexta e outra unidade de apoio para o médico visitar a comunidade uma vez por semana. Para as outras localidades, o morador vai pertencer à UBS/SF mais próxima, afirma a diretora da SMS.



A UBS/SF Hélio dos Anjos Ortiz atende 1.340 famílias da área urbana e rural. Para a enfermeira Waldereza Dal Molin, a população não vê a importância do trabalho da prevenção, "fazemos um trabalho de formiguinha". Na foto com a Equipe, a coordenadora da vacina da cidade, Marli Teresinha Baggio.

A Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família (UBS/SF) São Romero está localizada no Bairro São Romero e atende 986 famílias carentes por agendamento e demanda espontânea. O quadro de violência no bairro é tão grande que já chegou à UBS, "antes de inaugurarmos, vieram aqui e quebraram o prédio", diz a enfermeira Lucélia Razera.

A Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família (UBS/SF) São Romero está localizada no Bairro São Romero e atende 986 famílias carentes por agendamento e demanda espontânea. O quadro de violência no bairro é tão grande que já chegou à UBS, "antes de inaugurarmos, vieram aqui e quebraram o prédio", diz a enfermeira Lucélia Razera.

Marcelo Altino de Oliveira conta que a população ainda não se acostumou com o trabalho das ESF, que inclui ações de assistência e prevenção, "eles querem apenas consulta médica, remédio e atestado médico e é difícil fazer o trabalho de convencimento e educação em saúde". A enfermeira Lucélia diz que a equipe tenta trabalhar com a educação



Na UBS/SF Castelo Branco, Maria Helena com a mãe, Loriane, e a pequena Larissa, de oito meses.



A equipe da UBS/SF CAIC divulgou a campanha da vacinação nas escolas, casas, creches e igrejas do território.



em saúde, "mas é difícil para eles absorverem a informação". Para a ESF, a população do São Romero sofre pela falta de estrutura social, "aqui não tem água, esgoto, higiene, nem conscientização", diz o médico. Para Marcelo, mesmo com as dificuldades, a proximidade com a comunidade é importante pelo acesso, "temos noção do que a família come e bebe e podemos propor ações que levem isso em conta".

Marco Aurélio Orssato Ferronato, dentista da UBS/SF, conta que seu trabalho também é dificultado pela descontinuidade do tratamento, "a maioria da população só procura atendimento para emergência e não segue o tratamento proposto e mais, quando damos o kit dental eles, se sentem ofendidos".

Eleni, que participou de algumas reuniões do Território da Cidadania, no eixo saúde, diz que a grande maioria dos debates foi em torno da estratégia Saúde da Família, "justamente o atendimento às comunidades do interior, que é uma preocupação principalmente dos municípios com extensão territorial um pouco maiores, já que os municípios menores, às vezes com uma ESF, têm cobertura total da população". Entre as demandas levantadas destaca-se a construção de uma policlínica de referência regional com a implantação de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e outras.

A diretora municipal de saúde de Xanxerê acredita que o programa Territórios da Cidadania possa ajudar os

"Temos noção do que a família come e bebe e podemos propor ações que levem isso em conta".
Marcelo Altino de Oliveira, médico da UBS/SF São Romero

municípios principalmente com recursos financeiros, "os territórios têm recursos, que, por meio de projetos, vão ajudar a estruturar melhor as unidades, a deixar, principalmente, o espaço físico mais acolhedor e para que as equipes possam fazer trabalhos preventivos mesmo dentro da unidade".

Lucivânia Rosa Daleaste, coordenadora da Central de Cadastro Único da Prefeitura de Xanxerê e uma das participantes das reuniões dos Territórios da Cidadania, conta que inicialmente muitos gestores desconheciam o programa e pensavam ser uma única ação do Ministério do Desenvolvimento Agrário. Com o lançamento, em fevereiro, e uma reunião para tomada de decisões, em março, ela mesma se encarregou de distribuir aos secretários da cidade os projetos para discutirem as ações e pleitos, "foi aí que os secretários tiveram conhecimento maior do projeto e em abril já conseguimos fechar as propostas para validação levando em conta o que já estava proposto e as novas demandas". Lucivânia considera que no território do Meio Oeste Contestado as discussões estiveram, inicialmente, concentradas na sociedade civil, "os gestores municipais não foram envolvidos".

Segundo Lucivânia, o programa é adequado para a região e observa as condições econômicas e geográficas dos municípios, "é uma iniciativa excelente que visa a melhorar a nossa região agrícola, que precisava de uma visão diferenciada. Temos arrecadação baixa e não conseguimos ainda andar com as nossas próprias pernas". A coordenadora acredita que o município que sabe pleitear os recursos tem boas oportunidades.

Entre os problemas da cidade, Lucivânia Daleaste considera que as condições das estradas atrapalham o escoamento da produção, além de questões relacionadas à água e saneamento, "que têm reflexo direto na saúde". Sobre o que vem acompanhando nas reuniões, ela acredita que faltaram comunicação e articulação, "no começo os gestores não acreditaram no programa, então faltou compromisso por parte deles. Mas a comunicação é questão de aprimoramento, é uma questão que

Eleni Canello Capra, diretora municipal de saúde de Xanxerê.





A ESF da Unidade São Romero: Rosa Maria (limpeza), Lucélia Razera (enfermeira), Marco Aurélio Orssato Ferronato (dentista), Dejane Padilha (técnica de enfermagem) e Marcelo Altino de Oliveira (médico).



A moradora do Bairro São Romero Iva Olívia Gonzaga com o marido, João Maria dos Santos, e a neta de dois meses, "a saúde melhorou muito, todos atendem bem e não compramos mais remédio".



acontece com todos os projetos no início. Vai se adequando aos poucos".

Ingrid Piovesan, secretária executiva da Amai, conta que os Territórios da Cidadania foram bem recebidos pelos municípios que participaram ativamente das reuniões, "chegamos a ter um público de mais de 100 pessoas da região para debater essa que é uma experiência totalmente nova de reunir governo e sociedade. Isso é um desafio, pois são visões diferentes". Seliane Pilezane, articuladora do Território e membro da Cooperativa dos Trabalhadores da Reforma Agrária de Santa Catarina, concorda e conta que as principais pautas levantadas em torno da saúde foram a estratégia Saúde da Família, a presença da Equipes Saúde da Família (ESF) na área rural, o território de abrangência dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os encaminhamentos para média e alta complexidades, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), entre outras.

Seliane fazia parte dos debates em torno dos territórios de identidade e conta que as discussões eram todas em torno de projetos, programas e recursos para a área rural, "não era Território da Cidadania, mas envolvia os ministérios públicos e sociedade civil para discutir o desenvolvimento regional da agricultura". Para ela, os Territórios da Cidadania inovaram ao abrir a discussão para mais temas, reunir entes públicos e sociedade civil e aportar recursos específicos, "é bom porque o importante é que as pessoas participem e se sensibilizem".

Faxinal dos Guedes leva informação e saúde para o campo

A população do Meio Oeste Contestado definitivamente não conhece problemas como a distância e a dificuldade de acesso entre os municípios. A pouco mais de meia hora de Xanxerê, está a pequena e agradável Faxinal dos Guedes. Sua população de quase 12 mil pessoas, entre urbana e rural, conta com 100% de cobertura da estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde.

As quatro Equipes Saúde da Família de Faxinal dos Guedes conseguem cumprir bem o seu papel de prevenção junto à



Lucivânia Rosa Daleaste: pouco envolvimento dos gestores no início do programa.

"É uma iniciativa excelente que visa a melhorar a nossa região agrícola, que precisava de uma visão diferenciada. Temos arrecadação baixa e não conseguimos ainda andar com as nossas próprias pernas".
Lucivânia Rosa Daleaste, coordenadora da Central de Cadastro Único da Prefeitura de Xanxerê



Ingrid Piovesan, secretária executiva da Amai, e Seliane Pilezane, articuladora do Território.



A recém-inaugurada UBS/SF Nossa Senhora de Lourdes.

população, "com mais profissionais não ficamos só apagando incêndio, podemos fazer também ações preventivas", afirma a diretora de saúde pública do município, Aline Minetto Sikoski, que considera os incentivos dos governos federal e estadual fundamentais para o desenvolvimento das ações, "eles permitem que se faça educação em saúde e trabalhe a questão da prevenção, além da parte curativa, porque, depois que a doença está instalada, alguém tem que dar um jeito de tratar, de curar".

Além de estruturar o atendimento para a comunidade da cidade, a Secretaria Municipal de Saúde voltou os olhos para a população rural, cerca de 30% dos habitantes do município, "ainda em 2005 vimos que não existia nenhuma ação voltada para o interior e essa população tem o mesmo direito de quem mora na cidade. Então, por meio da Regional de Saúde, entramos em contato com o Ministério da Saúde para justificar a necessidade de mais agentes no campo, já que era um número reduzido de famílias, mas as distâncias eram realmente grandes. Com mais agentes, passamos também a levar um trabalho diferenciado para o interior".

"O incentivo (para a Atenção Básica) vem ao encontro daquelas ações preventivas, que é o básico da estratégia Saúde da Família: você trabalhar, lógico, para curar os que precisarem, mas também prevenir para que aquilo não aconteça".
Aline Minetto Sikoski, diretora de Saúde Pública de Faxinal dos Guedes.



A preocupação da Secretaria passou a ser, então, relacionada à melhor estratégia para reunir e atrair esse público rural e foi decidido que a realização de reuniões com a comunidade seria a melhor forma para que pudessem, inicialmente, conhecer o funcionamento da SMS, os serviços disponíveis e as formas de acesso. Nascia então o programa de Promoção da Saúde.

A equipe de profissionais, composta por uma enfermeira, técnica de enfermagem, assistente social e a diretora, Aline, percorreu, por quase um ano, todas as comunidades rurais a fim de passar essas informações, além de verificar pressão arterial e fazer o teste rápido de glicose, "assim aproveitamos a oportunidade para rastrear possíveis casos de hipertensão e diabetes que ainda não tinham sido identificados". O segundo momento do encontro era destinado a debater com a população os assuntos que ela gostaria de ouvir nas próximas reuniões e avaliar o que tinha sido desenvolvido pela equipe, "para levar o que interessa à comunidade, porque, às vezes, escolhemos um assunto importante para nós, mas que o povo não está interessado. É tudo muito dinâmico e trata-se de uma troca de saberes".

Aline conta que um dos temas debatidos com a população do campo, e para o qual foi levada uma psicóloga, foi estresse e depressão, "que é um dos nossos calos, principalmente no inverno, que complica mais ainda. É uma doença que está muito presente no nosso dia-a-dia, bem como os casos de suicídio". O encontro seguinte foi com a nutricionista, para falar sobre alimentação saudável e hábitos alimentares, e hoje a comunidade rural conta com palestras de um fisioterapeuta sobre a prevenção de lombalgias e outras doenças ortopédicas, "eles reclamam muito de dor nas costas devido à postura errada, excesso de peso e de serviço braçal. Então, além de informações, o profissional leva exercícios que podem ser feitos em casa".



Agentes Comunitárias de Saúde na UBS/SF de Faxinal dos Guedes.



Na UBS-SF de Faxinal dos Guedes, a médica Yvel Mara Aneli e Marisa Raquel Gonçalves, de nove anos.



Aline Minetto Sikoski, diretora de Saúde Pública de Faxinal dos Guedes. Ao fundo, pôster com o trabalho sobre interiorização.

Entre os agravos da população de Faxinal dos Guedes, estão aqueles relacionados às doenças coronarianas, diabetes, hipertensão, doenças relacionadas ao aparelho circulatório e pulmonares, devido ao clima. Para tratar esses males, a SMS mantém os programas para hipertensos e diabéticos, o Crescer Saudável, para crianças de baixo peso e desnutridas, o programa de Tabagismo, Saúde Mental, Grupo de Gestantes e o Promoção em Saúde, entre outros. Dentro das escolas, além das palestras, a Secretaria de Saúde está programando uma ação de treinamento junto aos educadores para que eles possam falar de saúde de maneira interdisciplinar.

Aline conta que outro foco são os obesos ou ainda pessoas que sofrem com colesterol e triglicerídeos altos. Para tratá-los, foi desenvolvido um programa com atividade física, orientação nutricional e acompanhamento psicológico, "todos estão muito empolgados, porque quem conseguiu perder peso participando do primeiro grupo, hoje, é monitor e ajuda no grupo atual, para o qual a participação é voluntária".

Para a diretora de Saúde Pública, Aline Minetto, o sucesso dos programas deve-se a um pensamento de que a saúde deve estar sempre em primeiro lugar, "para começo de conversa não é um gasto, é investimento". Para ela, o fato de o município ser pequeno também é um facilitador, "com quatro Equipes Saúde da Família, nós temos no máximo 2,5 mil pessoas para cada equipe, o que possibilita que o profissional não trabalhe sob pressão e tenha tempo para fazer tanto a parte curativa, quanto os trabalhos de educação em saúde, visitas domiciliares e outros".

O prefeito Edson Vizolli considera os Territórios da Cidadania uma iniciativa inteligente e real, "muito realista, pois aproxima ainda mais os municípios e o Governo Federal", reflete o prefeito, que lembra que uma das principais dificuldades das prefeituras era o acesso aos ministérios, "o que tornava muito difícil trazer recursos, principalmente para municípios pequenos".

Edson Vizolli ressalta outro mérito do programa, "com o Território da Cidadania, nós percebemos que o Governo Federal determinou uma quantia específica de valores para as regiões que vai fazer com que melhore a qualidade de vida da população". O prefeito espera que a partir desses recursos os municípios tenham mais capacidade de investimento na área da saúde, educação e agricultura. Ele lembra que juntamente com os recursos do PAC, para infra-estrutura, a região passa a ser um importante corredor de ligação entre o Mercosul e o resto do Brasil, "como ficamos numa ponta do Estado, muito próximos da Argentina e do Paraguai, estávamos esquecidos tanto pelas estruturas estaduais quanto federais".

Sobre o envolvimento dos municípios e prefeitos, Edson diz que a aproximação com os órgãos federais também ajudou a vencer outras barreiras, "essa aproximação maior do governo junto aos municípios fez com que perdêssemos o medo da burocracia e acreditássemos de fato nos projetos implantados, que são capazes de dar certo". Ele lembra da semelhança entre os municípios que fazem parte do Território do Meio Oeste Contestado, "nosso investimento é

"O Território da Cidadania vem fazer com que tenhamos um desenvolvimento de toda a região, e não só de um município. É a demonstração da visão de crescimento independentemente de siglas partidárias, uma visão que se preocupa em fortalecer toda uma região indistintamente. Isso é inédito no país".
Edson Vizolli, prefeito de Faxinal dos Guedes.



A enfermeira Geni Maria Leuratto Bringhenti no curso para gestantes.



principalmente nas áreas da agricultura, indústria e comércio e as necessidades praticamente são as mesmas: saneamento básico e infra-estrutura para escoamento da nossa produção".

Segundo o prefeito de Faxinal dos Guedes, uma das coisas que deu credibilidade ao programa foi o fato de, nos últimos anos, os projetos implementados terem sido levados a sério e dado certo, "isso fez com que nós, dos 29 municípios que fazem parte desse Território, em pouco tempo, nos articulássemos para implantar as comissões necessárias para que pudéssemos, rapidamente, apresentar projetos para que ainda em 2008 sejam empenhados os recursos. E que a partir de janeiro do ano que vem muitos deles já estejam sendo realizados".

Para Edson, a tomada de decisões em forma de colegiado não interfere na autonomia dos prefeitos, "nós temos responsabilidades com a nossa população e temos autonomia para gerir os recursos do município destinando as devidas porcentagens para a educação, saúde, investimento, folha de pagamento, enfim, aquilo que é o básico da população é de responsabilidade do município. Mas sabemos que, para desenvolver o município e a região, é preciso de recursos além dos próprios, que são do governo federal ou estadual. Na medida em que temos mais recursos, todos temos mais autonomia".

Na pequena cidade de Luzerna, exemplo de Saúde da Família

Luzerna é outro exemplo de que não há motivos para que municípios pequenos não invistam na Atenção Básica/ Saúde da Família. Com quase seis mil habitantes e 100% de cobertura em Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde, a cidade é um exemplo de saúde que se deve espalhar por todo o Território do Meio Oeste Contestado.

No município, há duas Equipes Saúde da Família, sendo que uma atende somente a população urbana e a outra se divide no atendimento às famílias de área urbana e rural, "nós temos equipes bem completas e sólidas, com profissionais com muito tempo de casa. O médico, por exemplo, está há quase oito anos e nenhum profissional sai sem que seja por um motivo bem especial", diz Alessandra Daros Nunes, enfermeira, coordenadora da estratégia Saúde da Família e respondendo atualmente pela Secretaria Municipal de Saúde.



Alessandra acrescenta ainda que a Secretaria facilita e incentiva a realização de cursos de pós-graduação e aprimoramento, "temos toda a liberdade para fazer cursos e participar de atualizações. Dois médicos nossos e um dos enfermeiros fizeram mestrado em saúde coletiva e na época tentamos facilitar ao máximo. Acho que isso também é um incentivo para o profissional permanecer".

Além de contarem com uma ESF de primeira qualidade, as Unidades Básicas de Saúde / Saúde da Família de Luzerna funcionam em boas estruturas, em termos físicos, de medicamentos e de material, "funcionamos oito horas por dia, concomitantemente ao horário da prefeitura e de todas as secretarias, o que facilita muito a dinâmica dos trabalhos e o acesso do cidadão".

Para facilitar o processo de transição entre o modelo de atendimento tradicional e o atendimento feito pelas ESF, os próprios profissionais procuraram esclarecer a população sobre o novo modelo, "mostramos que a população não seria prejudicada, pelo contrário, que uma equipe poderia cuidar melhor da família inteira", diz a enfermeira, que afirma também que, com a implantação da Saúde da Família, diminuíram consideravelmente as complicações e internações decorrentes das doenças cardiovasculares e diabetes.



A assistente social Rosane Guesser e a atual secretária de Saúde de Luzerna, Alessandra Daros Nunes.

A população de Luzerna sofre com hipertensão, doenças osteomusculares, como lombalgias, doenças cardiovasculares, pulmonares e neoplasias e a melhor forma encontrada pelas equipes de trabalhar esses casos é por meio de atendimento à demanda espontânea, sem limite de fichas, no período da manhã e, no período da tarde, a realização de pequenas cirurgias e o trabalho com os grupos de promoção da saúde, como os de hipertensos, gestantes, grupo de depressão, obesidade, tabagismo e outros, "além das visitas e internações domiciliares", completa Alessandra. A enfermeira afirma também que a região do Meio Oeste Catarinense é endêmica para hepatite, "e tentamos ficar em cima mesmo, triar e fazer um acompanhamento com as gestantes". Quanto à vacinação, Alessandra diz que os ACS têm conhecimento de todas as crianças vacinadas e qual a dose necessária, para ir em busca dos faltosos. Outro diferencial da cidade é a academia aberta a toda a população. Nas escolas, a SMS se une às Secretarias de Educação e Assistência Social para desenvolverem um trabalho de educação sexual, além do treinamento realizado com os professores sobre os primeiros cuidados e higiene da criança.



A UBS/SF São Francisco: estrutura exemplar.

Rosane Guesser, assistente social que acompanhou algumas reuniões dos Territórios da Cidadania, entende que o projeto seja de excelência, "principalmente por ter a união de várias áreas". Para ela, "cabe aos municípios correr atrás dos recursos". A assistente social destaca o projeto aprovado para o território de compra de alimentos produzidos pela agricultura familiar, "esse projeto é da área social e de saúde".



A cidade de Água Doce tem pouco mais de sete mil habitantes.

Cidade de Água Doce atende assentados e população flutuante

Os Territórios da Cidadania estão permitindo uma proximidade maior com os municípios, "por meio dos Territórios, as regiões são olhadas de forma diferente, mais ainda, a realidade de cada município é considerada. Embora se trate de uma região, dentro dela existem peculiaridades, realidades sociais, econômicas e culturais diversas", pondera a ex-secretária de Saúde de Água Doce Nelci Fátima Trento Bortolini.

A cidade é um exemplo claro dessas diferenças e do impacto que elas têm na área da saúde, "a extensão do município para você trabalhar a saúde ou qualquer outra atividade nesse município é de mais de 1.300 km², diferentemente do que você trabalhar num município de uma extensão menor", diz Nelci. Há comunidades que ficam a 85 quilômetros da sede. Para se ter uma idéia, o transporte escolar percorre 400 quilômetros por dia, "é uma viagem daqui a Florianópolis, por dia, para transportar esses alunos".

Outra situação que faz parte da realidade do município são os cinco assentamentos rurais com pouco mais de 1.000 habitantes e a própria agricultura, "em períodos de colheitas nós temos em torno de 1,5 mil pessoas flutuantes, que vêm das mais diversas áreas, desde o Rio Grande ao Piauí", informa a coordenadora de projetos sociais da Associação dos Municípios do Meio Oeste Catarinense (Ammoc), Marize Colette.

Marize diz ainda que muitas dessas pessoas que vão para a colheita acabam ficando no município e mudando a realidade do local, "claro que isso tem suas vantagens e desvantagens, toda uma questão social, cultural que tem de trabalhar. Mas é a realidade de Água Doce hoje".

Apesar dessas características se tornarem um desafio constante para a Secretaria Municipal de Saúde, a área vai bem. Pouco mais de sete mil habitantes contam com a estratégia Saúde da Família desde 2001 e hoje há cobertura de 94,68% e de Saúde Bucal e 100% de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O trabalho é desenvolvido por duas Equipes Saúde da Família (ESF), duas Equipes de Saúde Bucal e 15 ACS. A grande extensão territorial tem impacto direto no trabalho dos ACS, "os agentes de saúde teriam de morar perto da área de abrangência, mas, pelas distâncias que temos aqui, tem famílias que moram a mais de 20 quilômetros umas das outras", reflete Nelci Bortolini. Para amenizar o problema, a SMS mantém um veículo apenas para levar as agentes de saúde todos os dias.

"Por meio dos Territórios, as regiões são olhadas de forma diferente, mais ainda, a realidade de cada município é considerada. Embora se trate de uma região, dentro dela existem peculiaridades, realidades sociais, econômicas e culturais diversas".
Nelci Fátima Trento Bortolini, ex-secretária de Saúde de Água Doce.

Nelci Fátima Trento Bortolini e Marize Colette.



"(Os eixos) são muito importantes porque os problemas que outros municípios têm nós também podemos ter, ou não. Mas vamos tentar solucionar juntos, vamos unir forças".
Marize Colette, coordenadora de projetos sociais da Ammoc

A ex-secretária de saúde lembra que o atendimento à população flutuante deve ser feito da mesma forma, pelas mesmas equipes e com os mesmos recursos, "estamos absorvendo uma população que está vindo de fora para a colheita e que nós temos que dar uma atenção".

Atualmente, a SMS conta com todo seu quadro de médicos completo. Para Nelci, a formação universitária precisa preparar os profissionais para atuarem na Atenção Básica, "nossos profissionais de hoje têm o costume de encaminhar para o especialista por qualquer motivo. O médico de família que está trazendo aquele calor humano de volta, a conversa e a solução dos problemas de forma simples".

O foco da cidade é a Atenção Básica e o trabalho de prevenção e, para tanto, Água Doce desenvolve todos os programas prescritos pelo Ministério da Saúde, investindo 16,17% na área. Sua farmácia conta com 220 itens e o próximo passo, segundo a ex-secretária, é a implantação de uma farmácia fitoterápica. Para Nelci Bortolini, o acesso à saúde, embora precise de ajustes, tem sido oportunizado, "conseguimos mudar muita coisa".

Uma das demandas encaminhadas por Água Doce aos Territórios da Cidadania referente à saúde é uma Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família no assentamento rural, "nós atenderíamos, também, a Saúde Bucal com uma atenção especial para essas pessoas. Até porque é uma população que tem agravos bem específicos".

Nelci Bortolini acredita no diferencial do programa, "as demandas partem daqui. Não há interferência política para levar os recursos para determinadas regiões, eles vão realmente para os lugares que precisam desses atendimentos, dessas ações". Para ela, os Territórios da Cidadania vão sanar os problemas dos municípios e fazer com que a região se desenvolva como um todo, de acordo com as necessidades de cada município.

Marize Colette, da Ammoc, elogia o debate em eixos, "são muito importantes porque os problemas que outros municípios têm nós também podemos ter, ou não. Mas vamos tentar solucionar juntos, vamos unir forças". A Associação tem participado das reuniões desde a



A Equipe Saúde da Família de Água Doce: disposição para trabalhar.



época dos territórios rurais. Ela conta que a divisão entre as regiões era visível, mas que um começou a perceber as potencialidades do outro, "começamos a aproveitar aquilo que nós não tínhamos e eles tinham e vice-versa. E assim foi em relação ao reconhecimento da força sindical e dos assentamentos e do poder da boa articulação". Marize conta que a Ammoc incentiva a participação dos prefeitos nas ações, "nesse ponto, sempre dizemos que, se vocês querem, precisam participar, discutir e ir atrás".

Nelci, que também é vice-prefeita, diz que o papel do prefeito nos Territórios da Cidadania é também motivacional, "ele é o gestor, vai ter de motivar sua equipe a apresentar e defender bons projetos". Ela destaca o fato de o prefeito não ser uma pessoa isolada, "ele é uma equipe e quem ganha não é uma pessoa, mas o município". A vice-prefeita considera fundamental o retorno das informações para o município, "é importantíssimo que quem está articulando e trabalhando traga as informações, fale, comente, para que isso passe realmente a ser uma coisa concreta e para que possamos ver os resultados".



A região do Meio Oeste Contestado é privilegiada com suas terras férteis e natureza exuberante.

O rio comanda a vida do Agente Comunitário de Saúde no Amazonas

O artigo a seguir foi inscrito como relato de experiências dos ACSs, na área temática Gestão da Saúde na AB/SF, para a III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, que será realizada em agosto de 2008. Pela sua proximidade com o assunto central deste número, a Revista Brasileira Saúde da Família optou por sua publicação.

Aída Maria Meninea Yunes, farmacêutica, bioquimica e sanitarista, exercendo a função de gerente estadual da Atenção Básica/Saúde da Família-AM.

Heliana Nunes Feijó, médica de família e comunidade, exercendo o cargo de secretária adjunta executiva do interior.

Introdução

A Floresta Amazônica favorece o homem nativo com a maior sociobiodiversidade do mundo. Ela oferece princípios ativos para a utilização de medicamentos empiricamente manipulados pela população, de acordo com as suas tradições e etnias, preservando a cultura popular e/ou utilizados pela indústria farmacêutica por meio de estudos que comprovem sua eficiência, eficácia e efetividade. Contraditoriamente, ela estabelece condições adversas que dificultam a promoção da saúde dos ribeirinhos e demais povos da floresta. As dificuldades de acessos da população na maioria dos municípios no interior do Amazonas, o gigantismo da Floresta Amazônica, a sazonalidade das enchentes/secas dos rios, a dificuldade de fixação de profissionais nessas localidades e os meios de transporte factíveis e viáveis fizeram com que a Gerência Estadual da Atenção Básica aprimorasse um estudo de demanda baseado no cadastro dos ACSs registrados no SIAB, no ano de 2006, em zona rural fluvial, que impactasse na melhoria da qualidade de saúde dos amazonenses. Após esse levantamento, o governo do estado priorizou a compra da ferramenta de trabalho indispensável (motor de pequena potência), para que os Agentes Comunitários de Saúde pudessem viabilizar suas atribuições, em área remota, de acordo com a Política Nacional com qualidade. Foram adquiridos inicialmente 2.500 motores tipo rabeta, para que os profissionais residentes nos 61 municípios pudessem exercer ações preventivas mais efetivas. Era oferecido a eles suporte operacional maior, tendo em vista a reconhecida dificuldade de deslocamento de outros técnicos da sede municipal. Em sessão solene de entrega simbólica dos motores na capital Manaus, no final de outubro de 2007, a contrapartida solicitada pelo governador do Amazonas aos gestores municipais foi a manutenção do combustível e óleo para as máquinas dos ACSs, uma vez que as canoas já fazem parte do transporte rotineiro de quem vive em zona rural fluvial, considerando que os rios são para eles as ruas de zona urbana. As equipes móveis fluviais de saúde são para os moradores dessas localidades, os chamados ribeirinhos, o único recurso de assistência capaz de levar o SUS/Saúde aos residentes em comunidades de difícil acesso. Quando se trata de acesso a serviços de maior complexidade, onde há necessidade de deslocamento para pólos com maior estrutura organizacional e suporte tecnológico, a natureza é quem define a referência, pois o povo amazônico, mesmo percorrendo maior distância, culturalmente, acompanha o curso de descida dos rios. A sazonalidade também é um fator que dificulta o controle do Estado, pois o rio comanda a vida no Amazonas, uma vez que

as estradas são os leitos das águas, que ficam seis meses navegáveis pelas embarcações convencionais e outros seis meses sem fluxo normal de transporte, pela seca dos rios. Desse modo, a gestão do estado com os municípios, o monitoramento e a avaliação das ações ficam prejudicados, havendo necessidade de utilizar outros meios para viabilizar esse trabalho, restando a alternativa do transporte aéreo (táxi aéreo, helicóptero ou hidroavião) levando sempre em conta as especificidades de locais que não possuem pista de pouso. A implantação/implementação das Equipes de Saúde da Família/Bucal, em zona rural fluvial no estado, fica prejudicada pelo reduzido valor financeiro transferido aos municípios, nos incentivos fundo a fundo, e pela indisponibilidade orçamentária local em complementar os vencimentos dos técnicos. Entende-se que o Amazonas necessita de um novo estudo por parte do Ministério da Saúde, para que os incentivos financeiros do PAB Variável para as Equipes de Saúde da Família/Bucal acompanhem o mesmo cálculo da saúde indígena, objetivando o princípio da equidade nos municípios com acesso remoto aos serviços de saúde.

Objetivos

Aumentar o cadastro das famílias nos territórios adscritos; facilitar o trabalho do ACS no acompanhamento das famílias e responsabilidade sanitária de seu território; aumentar o número de visitas domiciliares por família, no caso de necessidades como: desnutridos, doentes infectocontagiosos, crônicos não transmissíveis etc.; melhorar o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, com registros sistemáticos; facilitar o acesso do ACS para implementar parcerias com os agentes de endemias no diagnóstico precoce e tratamento oportuno das doenças; reduzir as subnotificações de agravos e óbitos; encaminhar pacientes, quando necessário, e transportá-los com segurança e rapidez nas urgências básicas; solicitar auxílio de urgências e emergências para as comunidades; aumentar parceria com as parteiras leigas, principalmente no deslocamento e acesso à esterilização de seus instrumentos de trabalho; viabilizar parcerias institucionais para implementar ações de educação em saúde em zona rural fluvial.

Metodologia

- Foi estabelecida uma metodologia participativa com um planejamento estratégico dos ACSs com seus enfermeiros de equipe, observando as diversidades locorregionais de cada território, seus recursos humanos/materiais disponíveis e ações factíveis para o momento.
- Foram pactuadas metas escalonadas de cobertura da assistência integrada, exercendo a equidade no trabalho, assim como a participação do controle social.
- Foi instituído monitoramento interno por meio do condicionamento das ações dos ACSs sob acompanhamento sistemático e instrução do enfermeiro-supervisor, antes de registrar suas informações nos diversos sistemas oficiais.
- Foi estabelecido um cronograma de atividades baseado na rapidez do novo transporte, com definição de referência e contra-referência para outros níveis de complexidade.
- Foi definida para o final de 2008 a realização de uma avaliação de impacto para subsidiar a reformulação das estratégias participativas aplicadas, observando as especificidades municipais.

Resultados alcançados

Após a entrega dos motores rabeta, a integralidade das ações e a melhoria na realização das atividades dos ACSs foram evidenciadas por meio de consolidados estatísticos municipais/estadual referentes ao período de dezembro/2007 a fevereiro/2008, informados ao Ministério da Saúde via sistemas de informação: SIAB, SIM, SINASC, SINAN, SI-PNI, SISVAN, CNES e SIA. Os avanços nas atividades direta e indiretamente dos ACSs em termos estatísticos puderam ser evidenciados nos consolidados do estado, assim como comprovados pelas equipes multiprofissionais da Atenção Básica dos municípios. Após a análise trimestral dos dados estatísticos inerentes às ações, foi verificada significativa melhoria na qualidade da assistência. No consolidado de 12 meses, a equipe estadual de Atenção Básica, em parceria com as equipes municipais de saúde, realizará novos estudos e avaliará a efetividade da estratégia para o planejamento participativo e estabelecimento de novas metas, objetivando o impacto positivo das ações em termos quantitativos e qualitativos. Espera-se que no final de 2008 as planilhas demonstrem as transformações concretas na situação de saúde do estado, com registro por município, das ações executadas, na Atenção Primaria de Saúde nessas localidades.

Lições aprendidas com a experiência

O planejamento de qualquer trabalho deve ser participativo, observando-se as experiências dos

executores em consenso com as dos gestores locais, para que haja compromissos das partes em definir e alcançar metas por eles pactuadas, relacionando-se todos os recursos necessários e disponíveis. A Educação Permanente dos profissionais é um estímulo e uma necessidade sentida pelos técnicos que deve ser realizada, pois aprendizado em serviço fixa a teoria com maior clareza e rapidez no fazer do dia-a-dia. O planejamento deve estar inserido com o monitoramento e a avaliação, em processo permanente, nos municípios. O trabalho intersetorial é um dos caminhos para chegar a avanços sustentáveis, com racionalização de recursos humanos e financeiros, para implementação de serviços por meio do conceito ampliado de saúde, envolvendo os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento humano e comunitário como: educação, saneamento básico, trabalho/renda, alimentação/nutrição, esporte/lazer, habitação, transporte, segurança etc.

Recomendações

Este trabalho consiste num projeto piloto desenvolvido inicialmente em área rural fluvial para subsidiar demandas e necessidades de zona rural terrestre adaptando os meios de transportes às imposições geográficas de deslocamento, tendo em vista a baixa densidade demográfica do Amazonas. De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, os princípios doutrinários do SUS precisam ser aplicados a toda a população do estado, cabendo aos gestores e equipes técnicas viabilizarem a melhor maneira para alcançá-los, observando as diferenças e peculiaridades regionais. Recomenda-se trabalhar a gestão/assistência participativa democrática que possibilite a utilização de potencialidades locais existentes e valorizá-las, bem como a ampla divulgação do Pacto pela Saúde nas suas três dimensões, estimulando o papel de multiplicadores em espaços de trabalho comunitário.



BRASIL LIVRE DA RUBÉOLA

Campanha Nacional de Vacinação

Devem se vacinar homens e mulheres entre 20 e 39 anos.
Nos estados do MA, MG, MT, RJ e RN a vacina
é indicada para a faixa etária de 12 a 39 anos.
A meta é vacinar 70 milhões de pessoas.

Procure os centros de saúde entre
9 de agosto a 12 de setembro

SUS 20 anos Sistema Único de Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

ISSN 1518-2355

www.saude.gov.br/dab

SUS 20 anos Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL