REVISTA BRASILEIRA
# SAÚDE DA FAMÍLIA 21
Publicação do Ministério da Saúde - Ano IX - janeiro e março de 2009 – ISSN 1518-2355

Saúde da Família




## Mudando a saúde do Brasileiro

20 anos de SUS e 15 anos de Saúde da Família

### III Concurso Nacional de Experiências em Saúde

O objetivo do teatro educativo não é o mesmo do teatro comercial, que é entreter para obter lucro, mas sim motivar a mudança prévia com a chegada da nova partir da reflexão.

### Entrevista com Alberto Beltrame

Secretário Nacional de Atenção à Saúde

Rondon Vellozo/MS
Solange Pereira Pinto/DAB/MS


**Revista Brasileira Saúde da Família**
Ano IX, número 21, janeiro/março 2009
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

**Editora Chefe:**
Claunara Schilling Mendonça

**Coordenação Técnica:**
Flavio Goulart

**Equipe de Comunicação:**
Déborah Proença (jornalismo)
Inaiara Bragante (coordenação)
Renata Sampaio (eventos)
Simone Kichel (secretaria)
Sócrates Bastos (jornalismo)
Solange Pereira Pinto (jornalismo)
Tiago Grandi (internet)

**Diagramação e Arte-Final:**
Daniel Coelho

**Projeto Gráfico:**
Daniel Coelho

**Jornalista Responsável:**
Solange Pereira Pinto (MTB 4781/014/080/DF)

**Revisão:**
Ana Paula Reis

**Fotografias:**
Arquivos Departamento de Atenção Básica, Ascom, Ministério da Saúde, Rondon Vellozo/MS, Solange Pereira Pinto, Arquivo SMS de Apucarana, Arquivo pessoal de Adriana Prestes Palu e Elizabeth de Souza, Tiago Grandi, Jane Akemi Aravechia, Vanessa Biazzi, Brigitte Olichon, Flavio Goulart

**Colaboração:**
Antonio Dercy Silveira Filho, Vanessa Biazzi, Brigitte Olichon, Jane Akemi Aravechia

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Distribuição gratuita

Revista Brasileira Saúde da Família - Ano X, n 21 (Jan/Mar, 2009), Brasília: Ministério da Saúde, 2009

Trimestral,
ISSN: 1518-2355

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

# SUMÁRIO




27 **CAPA** - As cinco diretrizes para a Atenção Básica no Brasil

4 **10 ANOS**

5 **CARTAS**

6 **EDITORIAL**

7 **ENTREVISTA** Alberto Beltrame

**PAUTA NACIONAL**

12 Lula considera o combate à mortalidade infantil uma prioridade brasileira

**INTERSETORIALIDADE**

17 A arte de promover saúde!

**EXPERIÊNCIA EXITOSA**

20 O anjo que dá uma espiadinha e imuniza

59 Saúde Bucal e ação intersetorial fazem Apucarana sorrir

63 Eliminando quilos no Coppa

**AP NO MUNDO**

50 Obama e a Saúde da Família

**CARREIRA**

52 Médico de Família - Alberto Nicolau Raick

**OPINIÃO**

67 A educação permanente e a qualificação da gestão do trabalho na Saúde da Família: desafios, possibilidades e perspectivas



SaúdedaFamília

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

Revista Brasileira Saúde da Família

Nº 21

# 10 ANOS

**por Antonio Dercy Silveira Filho***

Ao longo de sua história, a Revista Brasileira de Saúde tem acompanhado a evolução exponencial das equipes de Saúde da Família (eSF) no território brasileiro. Assim como a Estratégia de Saúde da Família, a publicação começou timidamente e, hoje, firma-se como uma importante ferramenta de apoio ao desenvolvimento da Atenção Básica/Saúde da Família (AB/SF) no Brasil.

Com enfoque de: compartilhar experiências bem-sucedidas; difundir soluções encontradas no enfrentamento das dificuldades do processo de trabalho das eSF; divulgar conclusões de experiências, estudos e ensaios clínicos cujo campo de pesquisa foi a Estratégia de Saúde da Família; além de apontar novos rumos da Atenção Primária em Saúde no Brasil e no mundo, por meio de opiniões de importantes atores do cenário nacional e internacional; a Revista Brasileira Saúde da Família, ao completar 10 anos, constitui-se como um importante periódico publicado pelo Ministério da Saúde, com vistas ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Procurando se manter sempre com temas atuais, a publicação passou por várias fases. No início, seu enfoque era bastante dirigido ao fortalecimento dos agentes comunitários de saúde (ACS), até então profissionais de saúde recém-incorporados ao sistema e que, aos poucos, se firmaram como fundamentais para o exercício das boas práticas de AB/SF.

Nesses primeiros anos, a edição voltava-se a estimular a expansão do "Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)" e do "Programa Saúde da Família (PSF)" com base na necessidade de constituir no Brasil, efetivamente, uma massa de trabalhadores, pensadores e, também, formuladores em saúde que compartilhassem experiências de trabalho nos serviços de Atenção Básica/Saúde da Família, em contraposição às inúmeras publicações voltadas a difundir apenas estudos e experiências fundamentadas no modelo hospitalar vigente.

O volume 7 da Revista Brasileira Saúde da Família mostra sua primeira virada editorial. A publicação restringe-se a divulgar estudos e ensaios cujo campo de pesquisa foi o "Programa Saúde da Família – PSF". Reflexo da necessidade de trazer à pauta discussões acerca do modelo assistencial vigente a partir de interlocutores da academia, importantes formadores de opinião e parceiros imprescindíveis no desenvolvimento do SUS.

Novos desafios surgiram na caminhada da Saúde da Família no Brasil. Alguns dos mais importantes: (1) superar a visão inicial de que seria um "programa" que não teria garantias de sustentabilidade a partir dos trânsitos políticos naturais num governo democrático; (2) superar a visão de que pregava uma prática de saúde "pobre" para os "pobres", e que por isso não precisava de equipamentos de saúde adequados às necessidades de saúde e que garantissem a viabilidade das boas práticas para a assistência à saúde; e (3) superar a vinculação de que seria um "programa" somente aplicável aos pequenos municípios, dada as características econômicas e culturais adversas das comunidades dos grandes centros urbanos que o inviabilizariam.

O volume 8 representa um novo momento de reformulação na pauta da Revista Brasileira Saúde da Família. Seu enfoque passa a ser a expansão da Saúde da Família nos grandes centros urbanos, refletindo experiências de superação dos desafios dos municípios acima de 100 mil habitantes. Enfoque que se repete também em seu próximo volume. Nesse momento, constitui-se também um novo conselho editorial que propõe a revisão nos objetivos do periódico. Resumidamente, na reformulação da pauta da Revista Brasileira Saúde da Família, surge fortemente o tema da "qualificação" das eSF, enfoque que perdura e sustenta até então a pauta da publicação.

Os números que se seguem foram todos estruturados a partir da difusão de experiências e do compartilhar de saberes e opiniões dos diferentes atores do SUS. Os temas preferencialmente abordados foram selecio-

nados a partir das necessidades sentidas pelas eSF, destacando-se: promoção da saúde, saúde bucal, monitoramento e avaliação, gestão da atenção à saúde, gestão de pessoas, controle social, práticas integrativas e complementares do SUS, Programa Mais Saúde, territórios da cidadania, 3ª Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família e Programa Saúde na Escola.

Nestes 10 anos de vida, a Revista Brasileira Saúde da Família buscou dar visibilidade nacional a experiências de profissionais, acadêmicos e gestores, até então [na maioria] desconhecidos, e que no compartilhar de seus conhecimentos e relatos têm apontado novos desafios, mas, acima de tudo, os novos rumos da Saúde da Família no Brasil.

Obrigado a todos os colaboradores, gestores federal, municipais e estaduais, professores, pesquisadores e, em especial, aos trabalhadores da Saúde da Família. Aqueles profissionais que, com seu trabalho, fazem a diferença na vida do brasileiro. Que mudam a lógica da atenção à saúde de todo um município e que, com isso, estão mudando a face da desigualdade no Brasil. Equipes que se colocam a serviço da comunidade, numa contundente atitude de defesa da vida e de construção de cidadania. Obrigado também aos profissionais de comunicação que fizeram desta publicação uma peça fundamental na discussão e instrumentalização das políticas de saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Que se sigam muitos e mais anos a se comemorar as vitórias e conquistas na saúde pública da nação brasileira.

* Membro do Conselho Editorial
Revista Brasileira Saúde da Família

# CARTAS

**Caro leitor,**

A partir desta edição, a Revista Brasileira Saúde da Família abre um espaço destinado às cartas e mensagens que chegam ao nosso correio eletrônico.

Divulgar e responder publicamente às cartas de nossos leitores faz parte da nova política editorial, agora com uma proposta mais interativa.

Assim, certos da importância do nosso público leitor e atentos à sua satisfação com este periódico, inauguramos esta seção esclarecendo algumas dúvidas comuns em mensagens que temos recebido.

Participe! Sua opinião é importante para nós.

• • •

Sou enfermeira sanitarista, especialista em Saúde da Família. Ao longo de 12 anos, que já trabalhei na ponta com comunidades de diferentes localidades e costumes, observo que a Estratégia de Saúde da Família, como é sabido de todos, só vem melhorando os indicadores de saúde de nossa população, apesar de ter muito a ser feito ainda. Mas me orgulho de fazer parte da história deste grande projeto político e social. E, exatamente por estar na ponta e vivenciar a prática dos problemas internos e externos de uma Unidade de Saúde da Família que me atrevo a pensar em estratégias que possam dar certo para a efetivação da acessibilidade e da resolutividade de problemas passíveis de serem resolvidos na própria unidade, na própria comunidade.

**Marly Valentim,**
Pernambuco

• • •

É gratificante e revolucionário o que vem acontecendo com a Atenção Básica. Sou enfermeira e trabalho no PSF, no estado do Pará. Quero dizer que fiquei maravilhada de receber no local de trabalho os livros atualizados da Atenção Básica. Parece um sonho! Muitas vezes acabamos desmotivados por determinadas situações, mas essa nos levanta novamente não apenas por recebermos livros, objetos materiais, mas por saber que existem pessoas que realmente se preocupam com a saúde fazendo a informação chegar na ponta e não se perder pelo caminho. Até porque somos nós que vivemos os problemas na pele e, por isso mesmo, devemos estar bem preparados. Muitíssimo obrigado!

**Enerli Araújo**
Ananindeuá/Pará

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

# EDITORIAL

É com enorme prazer que o Ministério da Saúde entrega à comunidade da Saúde da Família no Brasil e demais interessados na Atenção Primária à Saúde este número 21 da Revista Brasileira Saúde da Família.

Esta edição chega em momento importante da saúde pública brasileira. A Estratégia de Saúde da Família completa 15 anos de existência, após o próprio SUS completar 20 anos. A Declaração de Alma Ata começa a dar frutos em todo o mundo, após seu trigésimo aniversário. O Pacto pela Saúde, lançado pelo Ministério da Saúde em 2006, mostra também resultados de sua implementação em todo o País.

Mais importante, ainda, como está registrado no programa Mais Saúde (2008 – 2011), é a constatação de que a saúde comporta uma dupla dimensão convergente com o desenvolvimento do Brasil, seja como parte da política social e do sistema de proteção social, seja também como fonte de geração de riqueza para o País. Com base nessa perspectiva, o entendimento das ações voltadas para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde, como estão hoje consubstanciadas na ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, deixam de se constituir um ônus ou um fardo que onera o orçamento público, mas se tornam partes constitutivas da estratégia de desenvolvimento nacional e ampliação dos direitos e do bem-estar social.

E o presente momento é importante, também, pelos desafios que nos traz, como, por exemplo, a ameaça que nos vem de outros países sob a forma da chamada Influenza H1N1, a gripe suína. O Brasil, sem dúvida, está preparado para enfrentá-la, no que temos certeza de que sairemos bem sucedidos. O papel das equipes de Saúde da Família será fundamental, ao buscar e identificar os eventuais casos nas comunidades atendidas, encaminhá-los para tratamento e educar a coletividade para também enfrentar a doença e evitar o pânico, filho dileto da desinformação. Foi assim em outras ocasiões, como no enfrentamento da cólera, da gripe aviária, da dengue, da mesma forma que nos espetaculares resultados obtidos na vacinação contra a rubéola, contra a gripe comum nos idosos e em outros eventos coletivos. Tudo indica que com tais aliados mais uma vez seremos vitoriosos.

Não é por acaso que a mudança do modelo de atenção à saúde no Brasil, mediante a Estratégia de Saúde da Família, tem obtido inquestionável reconhecimento internacional. O PNUD, por exemplo, em seu Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, reconhece que, graças a ela, nosso país reduziu a mortalidade infantil; alcançou, de forma antecipada, a meta de redução em 2/3 da mortalidade de menores de cinco anos; além de aumentar substancialmente a proporção de crianças menores de um ano vacinadas contra o sarampo. Da mesma forma, a OMS, em seu último Informe sobre la salud en el mundo – 2008, cita a Saúde da Família brasileira como exemplo de reforma sanitária orientada pela Atenção Primária e sua significativa contribuição para o desejável balanceamento entre atenção hospitalar especializada e atenção primária em saúde.

Esta edição 21 da RBSF traz notícias importantes que só corroboram os fatos citados acima, a respeito do caminho certeiro assumido pelo Brasil no campo da saúde. Do Distrito Federal, de Petrópolis, do interior da Bahia nos chegam os ecos do trabalho de muitos, como Alberto, Cida, Onorato, Jane, Denise, Franco, Jeane, Makissoel, Luciano, Alisson, Rosilene, Cida, Márcia, Eliete, Creuza e muitos outros verdadeiros anjos. São essas formiguinhas e cigarras que dão tudo de si para que a saúde da coletividade seja cada vez melhor. Aliás, mais do que reconhecimento internacional, a vontade política do governo federal é de que haja de fato cada vez mais saúde para todos os brasileiros. Já estamos no caminho!

Nossos leitores verão, também, que a RBSF apresenta um formato inovador e dinâmico, com novas seções, uma delas dedicadas, sob a forma de encarte, aos ACS, com ênfase cada vez maior no trabalho de quem realmente importa: as pessoas que conduzem a Estratégia de Saúde da Família pelo País afora.

Boa leitura e muita Saúde para todos nós!

**Ministério da Saúde**

# Alberto Beltrame

## Secretário Nacional de Atenção à Saúde



*Alberto Beltrame assumiu no início deste ano a Secretaria de Atenção à Saúde, no Ministério da Saúde. Nascido em Santa Rosa (RS), formou-se em Medicina, fez residência em Pediatria na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre. Também especialista em Administração Hospitalar, exerceu importantes funções no âmbito da saúde. Já foi diretor de Assistência Médica do Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul (Ipergs) e diretor-presidente da Fundação Gaúcha do Trabalho e Ação Social. Além disso, assumiu a superintendência do Hospital Beneficente Campo Bom. No governo federal, vem colaborando em várias áreas do Ministério da Saúde. Em entrevista à Revista Brasileira Saúde da Família (RBSF), Beltrame nos conta por que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), voltada para a atenção primária, é tão importante para o País e quais os desafios a enfrentar.*

***RBSF: Na sua visão, a Atenção Primária à Saúde (APS) poderia ser, de fato, a grande "ordenadora" do Sistema de Saúde?***

**AB:** Sem dúvida. Sabe-se que os países que têm seus sistemas de saúde orientados pela APS alcançam melhores resultados tanto nos indicadores de saúde quanto na relação custo–benefício de suas ações e ainda uma maior satisfação de seus usuários. A coordenação dos sistemas de saúde a partir da APS representa, hoje, uma tendência na evolução desses sistemas em todo o mundo, especialmente nos de caráter universal como o nosso, caracterizada por inflexões conceituais e práticas. No Brasil é o momento em que deixamos de ver a APS como apenas um primeiro nível da atenção para vê-la e estruturá-la para que desempenhe um papel ainda mais importante no Sistema Único de Saúde (SUS) – o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de serviços de saúde. Isso é direcionamento político e prática de gestão, já adotados pelo Brasil, que encontra eco e reforço no documento recentemente publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) "Atenção Primária: agora mais do que nunca", que faz, inclusive, referência à experiência brasileira da Saúde da Família. No entanto, para que a APS se torne, de fato, a "grande ordenadora" do sistema de saúde, é preciso percorrer, ainda, um longo caminho e vencer muitos desafios.

***RBSF: E quais são esses desafios?***

**AB:** Inicialmente é preciso dizer que somente discursos ou enunciados teóricos e conceituais ou mesmo, eventualmente, atos normativos não serão suficientes para tornar a APS verdadeiramente ordenadora do sistema de saúde. É preciso mais do que isso. Por exemplo, que se compreenda com clareza qual o papel que deve ser desempenhado pela APS no sistema de saúde, que se assuma o compromisso político de transformá-la efetivamente em instância ordenadora do sistema e que se adotem ações concretas nessa direção, em termos de planejamento, financiamento, organização e gestão das ações e serviços de saúde. Todos esses aspectos, por si só, constituem enormes desafios, cujo enfrentamento é de grande complexidade, especialmente num país como o Brasil, onde prevalece a autonomia entre os entes federativos. Assim, uma pergunta se impõe: que características deve ter a APS, no nosso caso, Saúde da Família, para

cumprir esse papel? É preciso, fundamentalmente, que haja financiamento e infraestrutura adequados, que se conte com profissionais competentes e comprometidos e que seja possível também fixá-los nas equipes. No mais, competência técnica e de gestão; capacidade de regulação; resolutividade assistencial; capilaridade; inserção na comunidade; capacidade de articulação e efetiva participação nas redes assistenciais; disponibilidade de ferramentas gerenciais relativas ao fluxo das pessoas e das informações nas redes; diretrizes clínicas efetivamente implantadas e utilizadas, entre outros ingredientes. Em síntese, a APS deve se constituir não só como verdadeiro eixo estruturante de uma rede regionalizada e integrada de atenção à saúde, mas também como instrumento de alcance do acesso universal, ao mesmo tempo capaz de oferecer respostas às diversas necessidades e expectativas das pessoas, de realizar ações de promoção da saúde, de avaliar riscos e vulnerabilidades, de levar em conta o ambiente e seus determinantes sobre a saúde. Deve ser uma estratégia aberta à participação da sociedade civil, um sistema verdadeiramente plural de atenção, no qual a cobertura universal se torne efetivamente possível, dentro das perspectivas de solidariedade social e aprendizagem conjunta.

***RBSF: Isso estaria suficientemente contemplado nas políticas atuais da SAS/MS?***

**AB:** De início, é preciso ressaltar que a Saúde da Família não é um programa de governo, mas sim uma política pública, uma política de Estado. É uma estratégia essencial para promover mudanças culturais e melhorias na saúde de cada um dos brasileiros. A Saúde da Família (SF) completou 15 anos e já está presente em praticamente todo o território brasileiro: são 94% dos municípios brasileiros atendidos por quase 30 mil equipes de Saúde da Família, 18 mil equipes de Saúde Bucal e 230 mil agentes comunitários de saúde (ACS). Porém, mais do que aspectos quantitativos de estrutura e produção, é preciso avaliar também os resultados que, no caso do nosso país, já estão disponíveis, de forma cientificamente embasada, por exemplo, no forte impacto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre as condições de saúde da nossa população. Na mortalidade infantil, por exemplo, foi demonstrado que a ampliação em 10% nas equipes de SF está relacionada a uma queda de 4,6% na mortalidade infantil, o que acarreta, juntamente com outras ações, que o Brasil alcance antes do prazo os Objetivos do Milênio (ODM). A ESF também tem sido responsável pela redução de milhões de internações hospitalares por diabetes, problemas respiratórios e outras condições sensíveis à APS. Indicadores socioeconômicos também são afetados: nas regiões mais pobres do País, a presença da SF está associada, por exemplo, com o crescimento do emprego de adultos, redução da fertilidade e aumento da escolaridade. Esses resultados apontam que estamos no caminho certo, embora haja muitos desafios a superar.

> *"A Atenção Básica deve se constituir como verdadeiro eixo estruturante de uma rede regionalizada e integrada de atenção à saúde no âmbito do SUS."*

***RBSF: Mas sabemos que grande parte da população brasileira, quando pensa em saúde, pensa em médicos, hospitais, exames e remédios...***

**AB:** Isso é o que diz o senso comum e tem origem no processo histórico da estruturação dos serviços de saúde, de forma não necessariamente baseada nas necessidades das pessoas. Não se trata, no entanto, de negar a importância dos médicos, dos hospitais, exames, tecnologias, medicamentos e tratamentos na atenção à saúde. São todos componentes importantes. O que é essencial é que se tenha clareza que atenção à saúde não se resume a isso, pelo contrário, é muito mais ampla e abrangente. Com efeito, modelos centrados na assistência hospitalar e na orientação meramente curativa e medicalizada têm fracassado, por incapacidade de atender às necessidades e expectativas das pessoas. Ao contrário, na experiência mundial, os modelos mais bem sucedidos e que produzem melhores e mais duradouros resultados têm sido aqueles capazes de atuar fortemente na promoção da saúde, na prevenção, na educação, na mudança cultural e na autonomia dos sujeitos, além dos aspectos de recuperação

e reabilitação da saúde. Modelos assim se justificam, entre outros aspectos, pela mudança do perfil epidemiológico da população, pelo envelhecimento, pelo aumento das doenças crônico-degenerativas, pela mudança nos hábitos de vida e nas necessidades das pessoas, o que demanda novas abordagens por parte dos sistemas de saúde. A questão central, portanto, é de mudança cultural, seja da população em geral, dos profissionais de saúde, dos gestores, dos formadores de opinião – e isso leva tempo. Quando os usuários observam, concretamente, os resultados positivos da nova forma de cuidado, é que as coisas começam a mudar. E a Estratégia de SF possui, de fato, tal capacidade, seja de produzir resultados no próprio campo da saúde, seja também de se articular com a rede social existente, inclusive de setores externos à saúde.

***RBSF: A proposta atual do MS de construir Unidades de Pronto Atendimento (UPA) não colocaria em risco a política de ESF?***

**AB:** As UPA nada mais são que o componente fixo do atendimento pré-hospitalar da política de atenção às urgências e emergências que começa a sair do papel e a tomar forma neste momento. As UPA juntamente com o componente pré-hospitalar móvel (Samu), a rede hospitalar e a ESF – que devem estar fortemente articulados entre si – constituem serviços que, adequadamente gerenciados, serão capazes de garantir importante avanço e melhoria de qualidade e de acesso na atenção às urgências e emergências no âmbito do SUS. As UPA têm um lugar na rede assistencial e um importante papel a desempenhar no SUS, especialmente nas regiões metropolitanas, nas cidades ou regiões em que as causas externas e a violência figuram como partes importantes dos agravos à saúde, onde a rede hospitalar e, especialmente, os serviços de urgência e emergência encontram-se sobrecarregados pela demanda. Mas, de fato, se a UPA for gerenciada e avaliada de forma isolada, ela irá fracassar, ou seja, seu sucesso depende da articulação com a rede hospitalar e de sua articulação com o Samu, pois é por meio desse último serviço que receberá parte importante de seus pacientes e que viabilizará a referência hospitalar dos casos mais graves. O sucesso da iniciativa UPA dependerá, acima de tudo, de sua articulação com a APS, pois é dela que receberá os pacientes que necessitem de atendimento de urgência e emergência de baixa e média complexidade. Igualmente, é para a APS que a UPA contrarreferenciará os pacientes atendidos e é lá que estes terão continuidade e acompanhamento. Sem essa articulação com a APS, a UPA estará condenada à mesma pletora dos serviços hospitalares de urgência e emergência, alimentando o círculo vicioso da procura desse tipo de serviço como primeira alternativa assistencial. A UPA, portanto, não é alternativa à APS, ao Samu, à rede hospitalar, mas sim parte complementar de tal rede assistencial. Também não é, não pretende ser e não deve ser a "porta de entrada" do sistema de saúde. Este é um papel inarredável da APS. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), em todo o processo de discussão em torno da implantação das UPA, tem tratado desse tema de forma articulada e integrada. Não temos discutido UPA isoladamente, mas sim no contexto de redes de urgência e emergência com todos os seus componentes envolvidos e articulados. As afirmações de que a instalação das UPA ameaça a APS, coloca em risco a ESF, é capaz de substituir a APS e, assim por diante, são, para mim, portanto, totalmente falsas!

*"A política das UPA é um processo irreversível e já tem apresentado bons resultados."*

***RBSF: O Ministério da Saúde está bem acompanhado nesta luta para a valorização da Atenção Básica no Brasil? E na articulação interna com as outras secretarias?***

**AB:** O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) têm sido parceiros admiráveis nesta luta. Temos



pautado a atuação da SAS pela relação respeitosa e compromissada com esses importantes aliados de todas as horas, pelo fortalecimento da tomada de decisões compartilhadas e da gestão descentralizada. A gestão democrática tem sido buscada, temos realizado reuniões sistemáticas com os gestores e os coordenadores estaduais de APS, com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), Conass e Conasems na construção de consensos, definição de estratégias, soma de esforços e de objetivos comuns. É cada vez mais ampla a utilização pactuada dos instrumentos de gestão desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (MS) para a atenção primária, como é o caso da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) e da Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (Prograb). Além disso, temos procurado apoiar e dar visibilidade às boas experiências de equipes, municípios e estados no campo da APS, bem como oferecer apoio à conformação de redes orientadas por tal estratégia. É preciso também distinguir e dar apoio diferenciado aos municípios com menor capacidade de gestão. Além disso, muitas ações relacionadas à APS estão em andamento dentro do Ministério da Saúde, todas com o objetivo de conferir valorização política e social da APS, de ampliar o financiamento e cobertura da ESF, de aumentar a capacidade gestora do SUS nessa área, de promover a formação de profissionais (como a Universidade Aberta do SUS, cuja meta é qualificar mais de 100 mil pessoas), de melhorar a qualidade das práticas em Atenção Básica, que podem ser incentivadas pelo desenvolvimento de novas formas de pagamento por contratos de resultados em saúde.

***RBSF: E, para o futuro, que metas relacionadas à Atenção Básica podem ser apontadas?***

**AB:** Nos termos do Programa Mais Saúde, a proposta é de construir 700 Unidades Básicas de Saúde em 2009 e mais 500 em 2010, com um formato arquitetônico e identidade visual padronizados; ampliar o número de equipes de Saúde da Família para 40.000, com a cobertura chegando a 70% da população brasileira; aumentar o número de equipes de Saúde Bucal para 24.000, chegando à cobertura de 70%. O aumento do PAB em três reais, de 15 para 18, elevou o patamar de recursos de muitos municípios significativamente. O financiamento, é claro, sempre representou uma questão-chave. Estamos preocupados em recuperar o financiamento federal em 50% do custeio para ESF, Saúde Bucal e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), bem como ampliar as metas financeiras para dar sustentação aos recém-criados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Além disso, melhoramos o controle da utilização dos recursos do PAB e devemos incentivar propostas de pagamento às equipes por resultados apresentados, no que também é importante o envolvimento dos demais gestores do SUS e experiências inovadoras nessa área.

*Saúde da Família não só completou 15 anos, como já está presente em praticamente todo o território brasileiro.*

***RBSF: Quais são suas palavras finais para os nossos leitores?***

**AB:** Mesmo com todos os avanços que já foram possíveis, ainda assim é preciso ir além. É preciso promover mudanças, mudar hábitos e entendimentos profundamente enraizados na cultura popular e nas mentes e práticas de seus agentes políticos, promover a conscientização, o conhecimento e o entendimento. Sim, saúde é algo que passa por entendimento e conscientização, sobre o individual e o coletivo, sobre os riscos e vulnerabilidades, sobre o ambiente e seus determinantes sobre a saúde. Não basta termos a estratégia disponível, é fundamental saber como ela pode transformar e contribuir para a melhoria da saúde da comunidade e, além disso, é preciso saber o que e como fazer o que for necessário para que ela tenha continuidade e permanência. Não podemos ignorar a vulnerabilidade que ainda sofremos, não podemos nos esquecer dos casos de municípios que estavam com a estratégia implantada e funcionando, mas que, de repente, com a mudança de gestão, houve desestruturação do atendimento e a perda de equipes. É preciso que se aprenda com casos como estes e que não se permita sua repetição. Enquanto a população, prefeitos, gestores e profissionais da saúde não entenderem a função transformadora da ESF, continuaremos levando para hospitais problemas que poderiam ser evitados ou tratados nas Unidades Básicas de Saúde e convivendo com maus indicadores de saúde. ■

# Agente Leva mais saúde até você!

*Hoje, mais da metade do território nacional recebe em casa os 231 mil agentes comunitários de saúde*



Saúde da Família

No Encontro Nacional de Prefeitos, o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, alertou que a Estratégia de Saúde da Família é mais viável que construção de novos hospitais

# LULA CONSIDERA o combate à mortalidade infantil uma prioridade brasileira




*Auditório lotado atento às prioridades brasileiras*

Em fevereiro deste ano, em Brasília, cerca de 3.500 eleitos estiveram no Centro de Convenções Ulysses Guimarães para o Encontro Nacional com Novos Prefeitos e Prefeitas. Na abertura, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva destacou que a proposta do fórum foi aproximar o governo federal dos municípios para estabelecer melhor diálogo e mostrar as possibilidades de parcerias, políticas públicas, financiamentos. "Temos 180 programas federais para municípios", ressaltou Lula.

Pelas contas, 2.252 prefeitos foram reeleitos e 3.313 assumem a prefeitura pela primeira vez. Sendo que 60% dos novos representantes municipais foram apoiados pela antiga gestão. "Isso aconteceu porque nunca na história do Brasil tivemos tantas políticas públicas. Porém ainda temos muitos desafios", enfatizou o presidente. Na mesma linha, o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, lembrou que "a saúde ajudou a eleger, reeleger e derrotar prefeitos nestas eleições. É um assunto que tem sido muito debatido e o retorno é concreto".

## Prioridades

Lula convocou os prefeitos a priorizarem ações voltadas ao crédito para agricultura familiar, registro civil, combate ao analfabetismo e, principalmente, exterminar a mortalidade infantil. "Temos que cuidar da mulher desde o conhecimento da gravidez até o momento do nascimento e os primeiros dias do bebê. Cada gestor de saúde deveria fazer um relatório infor-




***Prefeitos de todo o Brasil reunidos em Brasília***

mando aos prefeitos sobre cada morte de gestantes e crianças para um controle efetivo".

Na sequência, Temporão falou do modelo de gestão inovador, voltado para resultados, exemplificando a promoção e atenção à saúde com a família no centro da mudança. Segundo o ministro, medidas como a Estratégia de Saúde da Família têm sido preponderantes para a redução dos índices de mortalidade infantil e de outras doenças.

"Saúde da Família é o principal instrumento do Ministério da Saúde para reorientar o sistema a partir da Atenção Básica. Nesse nível de atenção, até 85% dos problemas de saúde podem ser solucionados", explicou Temporão.

Cada equipe de Saúde da Família é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre 5 e 12 agentes comunitários. Atualmente são 29,3 mil equipes distribuídas por 5.235 municípios. Além disso, são mais de 230 mil agentes comunitários de saúde (ACS) distribuídos por 94% dos municípios brasileiros atendendo 60% da população do País.

O ministro disse ainda que é comum prefeitos quererem construir hospitais em seus municípios, mas que nem sempre essa é a melhor opção e nem a mais eficaz. "Em municípios pequenos, o custo-efetividade nem sempre compensa. É caro e não traz os resultados esperados pela população. Mais importante e fundamental é a atenção primária, com ampla cobertura e qualidade. Há países com saúde exemplar que já demonstraram que é a partir da Atenção Básica, da promoção da saúde, da prevenção, da educação da sociedade e da mudança cultural que se obtêm resultados melhores e mais duradouros", alertou.

Tanto o presidente Lula quanto o ministro José Temporão reafirmaram a importância de se dar continuidade aos bons programas governamentais, de gestão e das políticas públicas que funcionam independentemente da autoria ou

implantação do partido A ou B.

Ao finalizar o discurso de abertura, Lula ressaltou aos prefeitos e prefeitas: “Governem para todos – pobres e ricos. Por experiência eu digo, e vocês não imaginam, o povo é mais parceiro do que aqueles que vivem dando tapinhas interesseiros nas costas da gente”.

No centro dessa parceria proposta pelo presidente, está a Estratégia de Saúde da Família, que é pautada pelos princípios do SUS de universalização do atendimento, equidade dos serviços e pela integralidade da assistência. Pois, ao valorizar a atuação do município, pela descentralização, leva saúde às famílias brasileiras nos locais mais diversificados e distantes. São equipes treinadas ensinando cuidados básicos, tirando dúvidas e, sobretudo, criando soluções ao conhecer os problemas de saúde específicos de cada comunidade, o que contribui para uma nova cultura, além de auxiliar na prevenção, combate e controle de doenças como a obesidade, diabetes, hipertensão, desnutrição, entre outras.



Durante o encontro, a Revista Brasileira Saúde da Família perguntou a alguns prefeitos (aleatoriamente) sobre a importância da Saúde da Família e suas metas para a saúde. Confira!



“A proposta da Saúde da Família para mim é muito boa. Eu sempre defendi o SUS como estratégia adequada para a saúde. Quero reestruturar as equipes de Saúde da Família do município. Pretendo incentivar e dar condições a elas para que possam atender e resolver, pelo menos, 80% de nossa problemática de saúde. Pretendo investir muito na capacitação e no controle social. As pessoas precisam saber seus direitos e deveres para que os profissionais, usuários e Conselho de Saúde saibam bem quais são seus papéis. Precisamos investir na qualificação das pessoas, levar informação à população, às escolas, por meio das mães, das trabalhadoras rurais, e investir na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município. Investirei na assistência pré-natal, na assistência ao idoso e aos jovens. Com o serviço prestado com qualidade, a população só tem a ganhar”, **MARIA APARECIDA RODRIGUES DE AMORIM, prefeita de São José dos Ramos (PB)**.

“Em Taquarana a Estratégia de Saúde da Família foi implantada em 2002. É importante a estratégia com a visão de prevenir, porque saúde não é sinônimo de doenças. Precisamos sim combater as causas. A ESF trabalha o cidadão como um todo. Acompanha a vida pregressa da pessoa, acompanha cada individuo, conhece as diferenças, cada história. Há um tratamento individual que acaba contribuindo para a saúde coletiva”, **ALAY CORREIA DE AMORIM, prefeito de Taquarana (AL)**.

“Nós temos uma grande demanda. Além do estado inteiro, atendemos usuários do sul da Bahia e do norte do Rio de Janeiro; esse é um grande desafio. Além disso, temos limitações como toda grande cidade. Mas o município de Vitória tem uma rede de Atenção Básica muito ampla, temos 33

Unidades Básicas de Saúde e um serviço bem conceituado. Apesar das limitações, avançamos significativamente na Atenção Básica. Estamos cobrindo mais de 80% do município. Portanto, Vitória tem apreço pela Estratégia de Saúde da Família. Avaliamos que a ESF é uma política acertada, pois garante o atendimento e descongestiona os hospitais. Nestes próximos anos, meu grande objetivo é a redução da taxa de mortalidade infantil. Outro desafio é aumentar a atenção ao idoso, ampliando nossa rede e implantando estratégias como academia popular, academia para o idoso, políticas municipais de segurança alimentar, banco de alimentos com nutricionista e restaurante popular. Isso é atuação na saúde, na prevenção. Meu grande sonho é que as pessoas comecem a abandonar os planos de saúde e que confiem mais na saúde pública", **JOÃO COSER, prefeito de Vitória (ES).**





"Saúde tem sido nossa prioridade. Trabalhar a prevenção de doenças é fundamental, até para não ter que curar depois. As equipes de Saúde da Família são eficientes, levam atendimento à zona rural, diminuindo a mortalidade infantil, e evitam doenças mais graves. Ajudam no controle da hipertensão, por exemplo. Além disso, é uma economia, pois se cuida aqui não precisa tratar ali", **IOLANDA REGO, prefeita de Ipiranga do Piauí (PI).**

"Implantamos a Saúde da Família há seis anos e já cobrimos quase todo o município, por isso a situação da saúde melhorou muito. O maior ganho com a implantação da ESF foi aprender trabalhar a prevenção usando os agentes comunitários de saúde. O Projeto Rondon está trabalhando em nosso município e, aproveitando essa oportunidade, eu sugeri que uma oficina específica para os ACS fosse oferecida. Essa oficina não iria se focar somente na questão do atendimento à população, como aferir pressão, por exemplo, o papel dela seria a motivação social do trabalho do agente, trabalhar a questão da cidadania. Penso que o papel do ACS vai muito além das suas funções na Unidade Básica de Saúde. Ele tem um caráter de cidadão importante", **ADENILSON LIMA REIS, Nova Olinda do Norte (AM)**.

"Uma das principais vantagens da Saúde da Família é o atendimento próximo à população e a educação para prevenir os males e manter a qualidade da saúde. Esse atendimento às famílias, além de evitar deslocamentos da população até as unidades de saúde, diminui também a quantidade de exames e uso de medicamentos desnecessários. Muitas vezes mais vale uma boa conversa que um bom remédio. Prevenir é tudo", **MAURÍLIO TAVONI JUNIOR, prefeito de Trabiju (SP)**.





"Aderimos à ESF há uns cinco anos. Temos cinco equipes de Saúde da Família e cobrimos quase 70% do município, sede e distritos. Mas as distâncias são o maior problema. Minhas equipes de Saúde da Família passam até três dias viajando de barco, enfrentando corredeiras e outros tantos desafios para atender os usuários. Penso que o governo deveria olhar com mais atenção os municípios pequenos, sobretudo, a região amazônica. A Saúde da Família tem ajudado muito na prevenção e na educação da população que usa o sistema. Pretendo diminuir o índice de doentes de malária no nosso município, assim como outras enfermidades endêmicas, como a diarreia, por conta da falta de tratamento da água. Esses são grandes problemas", **PEDRO GARCIA, primeiro indígena eleito chefe de executivo municipal no País, São Gabriel da Cachoeira (AM)**.

"Temos oito UBS que cobrem 100% do município. Mesmo assim precisamos estimular as pessoas a buscarem as unidades quando houver necessidade. Precisamos fazer um trabalho mais incisivo junto à população. Os médicos precisam adequar-se à realidade da ESF, pois é um trabalho completamente diferente do ambulatorial a que muitos deles estavam acostumados. Precisamos conscientizar os médicos sobre essa mudança de realidade. Gostaria que ficasse registrado que nós construímos as primeiras Unidades Básicas de Saúde do Brasil feitas de gesso, que são 20% mais baratas, possuem isolamento térmico e acústico, e isso é importantíssimo para uma região quente como a nossa, além de ficarem prontas em 45 dias. Ganhei o prêmio de prefeito empreendedor em Pernambuco por conta dessa iniciativa", **GERÔNCIO FIGUEIREDO, prefeito de Trindade (PE)**.



"Acredito que são os municípios que mais asseguram a saúde da população. A Estratégia de Saúde da Família é excelente. Os agentes comunitários de saúde fazem o levantamento das questões familiares e antecipam o atendimento na unidade de saúde. No nosso município os promotores exigem horário integral, o que melhora a satisfação da comunidade", **NILZIO BARBOSA, prefeito de Tiradentes (MG)**.

"Sem dúvida a Estratégia de Saúde da Família é importantíssima para a saúde da população. Traz melhor qualidade de vida, reduz a mortalidade infantil, ensina a ter uma alimentação mais saudável. Enfim, uma melhoria na saúde geral. Além disso, a triagem feita pelas equipes e a prevenção de doenças diminuem muito o atendimento hospitalar, o que é ótimo para todos, além de reduzir custos", **AROLDO FIRMINO BATISTA, prefeito de Água Branca (PB)**.



Prêmio Cultura e Saúde contempla 41 iniciativas apresentadas por entidades sem fins lucrativos

# A ARTE de promover Saúde!



*Célio Turino, secretário de Programas e Projetos Culturais do Ministério da Cultura*

O Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Cultura celebraram um acordo de cooperação mútua em 2007 que prevê a parceria em iniciativas cuja temática seja cultura como ferramenta de promoção da saúde e terapêutica de bem-estar social

Foi por meio dessa parceria que no dia 6 de agosto de 2008, na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, que o Ministério da Cultura, MinC, lançou o edital do prêmio "Cultura e Saúde". O prêmio contempla entidades sem fins lucrativos de todas as regiões do País que tenham a promoção da saúde como pano de fundo em suas atividades, além de identificar e mapear a rede de instituições sem fins lucrativos que desenvolvem trabalhos na área.

Quarenta e uma iniciativas de todas as regiões do País foram selecionadas e premiadas com 15 mil reais cada uma.

Para Elaine Tozzi e Washington Rossi, assessores do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e responsáveis pela condução dessa ação junto ao MinC, a parceria entre Saúde e Cultura é benéfica a todos e potencializa os resultados desejados pelos dois setores. Segundo Washington Rossi, "A ação objetiva promover a aproximação entre Pontos de Cultura ou outro equipamento cultural e as Unidades Básicas de Saúde, conformando uma rede que se articula no território. Os Pontos de Cultura promovem a interação com a cultura e educação popular, fortalecem ações de promoção da saúde por meio de intervenções culturais, podendo focalizar usuários e profissionais de saúde. "Essa iniciativa permitiu o mapeamento das ações de saúde e cultura e nos possibilitará trabalhar de maneira integrada", diz Elaine.

Os Pontos de Cultura nascem de iniciativas desenvolvidas pela sociedade civil que firmaram convênio com o MinC por meio de seleção através de editais públicos, e são responsáveis por articular e impulsionar as ações que já existem nas comunidades.

## Cultura e Saúde, o sopro divino

O Prêmio Cultura e Saúde nasceu de conversações entre o MS e o MinC e do entendimento que a intersetorialidade é imprescindível para que as políticas públicas tenham resultados práticos e transformadores para o cidadão que as usufrui. "O prê-

mio não é uma experiência nascida em gabinete, na verdade só legitimamos o que já acontecia, o que já estava em curso. Penso que se preocupar com os outros é uma boa maneira de se executar políticas públicas, usar a política como elemento de compaixão. A união entre saúde e cultura foi um sopro divino", revela Célio Turino, secretário de Programas e Projetos Culturais do MinC, SPPC.

Para o secretário da SPPC/MinC, o encontro entre cultura e saúde vai muito além da ação da abordagem específica do tema, envolve a própria sanidade da sociedade. "Nossa sociedade não tem sanidade, vejo os Pontos de Cultura como uma ferramenta de "recerzirmento" da sociedade, a própria recostura social. A palavra cultura se origina da expressão latina *colere*, que quer dizer cultivo e se desdobra em cuidado, que é sinônimo de prevenção: cultivo da terra, cultivo da mente, cultivo das crianças, isso tudo é cultura que é também saúde", reforça.



Entre as iniciativas premiadas estão projetos de cultura para portadores de síndrome de Down, experiências de cinema e teatro para cegos, atividades culturais para cadeirantes, percussão, música e dança para surdos, iniciativas de inclusão digital e outras importantes iniciativas que promovem saúde e melhoram a qualidade de vida da comunidade.

O conhecimento das rezadeiras e dos pajés, as garrafadas, o conhecimento popular de botânica e o trabalho das parteiras também aparecem na lista das experiências abordadas. Vale ressaltar que não há aí nenhum estímulo de abandono da medicina tradicional ou rechaço às medidas que garantam a segurança de procedimentos médicos como nos casos do trabalho das parteiras, por exemplo. O reequilíbrio de saberes e a legitimação do conhecimento popular são resultados dessas iniciativas apresentadas pelos trabalhos.

## Da arte à saúde

Desde 1997, quando o município de Sobral, no interior do Ceará, readequou, conforme orientações do Sistema Único de Saúde, o seu modelo de atenção, adotando a Estratégia de Saúde da Família, muita coisa mudou na cidade. Nesse contexto surge a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, EFSFVS. A instituição visa fortalecer o SUS a partir da educação especializada e permanente em saúde.



Segundo Ana Helena Araújo, professora da EFSFVS, atividades encabeçadas pelo Núcleo de Comunicação, Arte e Saúde da instituição como Teatro de Rua e Saúde, Circo Saúde Alegria, Danças Circulares e Terapia do Riso usam o elemento lúdico e linguagem popular como instrumentos para a promoção da saúde no município de Sobral. "O núcleo possui uma atuação variada, contribuindo em diferentes cenários da promoção da saúde, mobilização social, sensibilização, divulgação e educação popular, sempre se utilizando dos elementos e estratégias da arte", diz Ana Helena Araújo.

A EFSFVS foi uma das 41 selecionadas pelo prêmio "Cultura e Saúde" graças ao trabalho

sistemático empreendido junto à comunidade de Sobral, que usa a cultura e arte como mecanismos de promoção à saúde. "A proposta de trabalho da EFSFVS é desenvolver uma formação em arte e saúde, tendo como público-alvo os profissionais que atuam em Saúde da Família do município de Sobral com o objetivo de despertar nesses profissionais a importância da arte nos processos de saúde", reforça a professora.

Outra entidade premiada foi o Instituto Olga Kos, instituição paulistana que se dedica ao cuidado de crianças e adultos portadores de síndrome de Down, é uma das organizações sem fins lucrativos contempladas pelo Prêmio Cultura e Saúde. A casa é um exemplo em utilizar a cultura como instrumento de inclusão social. O instituto trabalha na perspectiva de resgate da autoestima do indivíduo e do fortalecimento de condições emocionais positivas por meio de atividades esportivas e artísticas acreditando que esses são recursos eficazes no combate às doenças. A entidade atende atualmente 197 pessoas, portadoras não só de síndrome de Down, como também de outras patologias mentais.

Os programas de arte e cultura oferecidos pelo Olga Kos são compostos por módulos de oficinas de arte do programa Pintou a Síndrome do Respeito. As oficinas são ministradas por psicólogos, pedagogos, artistas plásticos e atores que compõem a linha de frente do exército sociocultural responsável em transformar realidades e resgatar a cidadania de centenas de jovens e adultos com deficiência intelectual. As oficinas desenvolvidas pela entidade são adotadas por outras casas especializadas no atendimento às pessoas com enfermidades semelhantes.

Além do programa Pintou a Síndrome do Respeito, o Olga Kos também conta com programas de iniciativas esportivas, como o Karatê para pessoas com síndrome de Down e o Resgatando a Cultura, esse último dedicado à publicação de uma série de livros e exposições cujo público-alvo são os excepcionais.

Para Maísa Signor, diretora operacional da organização, o prêmio é importante na medida em que reconhece e legitima o trabalho do instituto junto à comunidade e estimula que iniciativas semelhantes se reproduzam em todo o País. "Iniciativas como o prêmio Cultura e Saúde não somente estimulam projetos sociais, mas servem ainda como um instrumento validador dos trabalhos. Receber uma premiação como essa é uma forma de legitimar a iniciativa e confirmar que estamos no caminho certo", diz.

## Arte e cultura na TV

O resultado da parceria entre cultura e saúde foi registrado pelo Canal Saúde, órgão ligado à Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, que cobriu a III Mostra de Produção em Saúde da Família, em agosto de 2008, com intuito de produzir um vídeo comemorativo aos 20 anos do SUS, em fase de finalização. Além da cobertura da III Mostra, o Canal Saúde produziu dois programas televisivos na oportunidade. A partir da seleção das iniciativas premiadas, surgiu a ideia de documentar e registrar a implantação de uma Rede de Cultura e Saúde. Sete instituições que promovem a saúde por meio da cultura terão imagens de seus trabalhos registrados no vídeo. Espera-se que o vídeo seja lançado na entrega oficial do Prêmio Cultura e Saúde. O material produzido deverá ser veiculado em todo o território nacional pelo Canal Saúde.

## SUS, uma construção cultural!

Para o secretário de Programas e Projetos Culturais do Ministério da Cultura, Célio Turino, atividades culturais potencializam as energias criativas do povo brasileiro e impulsionam seus direitos. "A construção do nosso Sistema Único de Saúde também é uma construção cultural", afirma. ■



# O ANJO QUE dá uma espiadinha e imuniza



*Creuza, Eliete e Aparecida durante a revelação do Anjo-Oculto*

"**Vereda:** senda, direção, rota, caminho secundário pelo qual se chega mais rapidamente a um lugar; atalho", diz o dicionário Houaiss. Essa também poderia ser uma das definições para o trabalho desenvolvido pela equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde (UBS) Veredas I, localizada em Brazlândia, no Distrito Federal.

Fazer das oportunidades momentos para conjugar os verbos proteger, cuidar, motivar é meta constante de Jane, Denise e Márcia, Franco, Jeane, Makissoel, Luciano e Cida, Alisson e Antonio, Rosilene, Márcia, Eliete, Creuza e Christiane. "Para cuidar bem da comunidade, primeiro temos que estar bem conosco e com a equipe. O Anjo-Oculto foi uma estratégia que encontramos para conseguir alcançar esse objetivo", argumenta a dentista da equipe, Jane Aravechia. Mas quem é ele?

O Anjo-Oculto é uma atividade lúdica realizada de tempos em tempos entre os integrantes da equipe do Programa Saúde da Família de Veredas I. Contando com a participação de todos, a busca é por maior integração, motivação, união, aumento da autoestima, estímulo à criatividade, diversão, melhoria na qualidade das condições de trabalho e apoio aos problemas pessoais de cada participante.

## O início

Tudo começou quando os agentes comunitários de saúde (ACS) chegaram à equipe

em 2004. Para motivar e integrá-los ao novo trabalho, a dinâmica entrou em cena e agradoulhes. "Já prestei serviços na Unidade do PSF Veredas I e participava do Anjo. Foi uma época muito especial, a brincadeira me fazia sentir importante e todos eram unidos, sem distinção de profissão. Aprendi a cuidar das pessoas também", revela Estevão Vieira Dias, ex-vigilante da UBS.




*Agente comunitária Jeane feliz com a leitura da mensagem recebida*

## A prática

Apesar de não ter data programada para acontecer, o Anjo-Oculto é realizado sempre que a equipe precisa de motivação. A movimentação pode durar uma semana, uma quinzena, um mês, conforme a necessidade da ocasião e o acordo entre os participantes. Jane conta que já ocorreu de outra equipe de Saúde da Família estar provisoriamente instalada próxima à Unidade Veredas I (era só atravessar a rua) para todos "brincarem" de Anjo-Oculto, estimulando a integração entre as equipes.

Para a atividade começar basta confeccionar um painel com bolsinhos, que representam vasinhos de flores, com os nomes de cada integrante da equipe. As flores possuem as boquinhas destacáveis para que possam ser coladas de acordo com o estado de espírito da pessoa (alegre, com a concavidade para cima, e triste, com a concavidade para baixo).

O começo da dinâmica se dá como num amigo-oculto convencional. Sorteiam-se as pessoas a serem protegidas e seus protetores. Durante o período, diariamente, o protetor coloca no vasinho do seu "protegido" uma mensagem de carinho, estímulo, perseverança etc. Se quiser pode colocar um bombom ou balinha, uma flor ou qualquer outro mimo.

Caso o protegido se sinta triste, não esteja sendo cuidado ou esteja precisando de apoio, ele próprio poderá mudar a sua "boquinha" para baixo. Da mesma forma, se estiver feliz com os "cuidados", pode mudar a posição da boca para cima. O protegido também pode deixar em seu vasinho uma resposta para o seu protetor.

Muitas vezes, a equipe percebe que um integrante está passando por algum problema pessoal ou no trabalho ou não está sendo bem cuidado. Então várias pessoas enchem o seu vasinho com mensagens positivas para que ele se sinta apoiado e saiba que pode contar com a equipe. No final do período predeterminado (durante o sorteio inicial), no final do expediente, faz-se um lanche para revelar o Anjo-Oculto.

Jane ressalta também que essa "imunidade" dada pelos Anjos protetores aos seus protegidos pode ser marcante. "Tem



*Makissoel é flagrado colocando uma mensagem para a sua protegida*

gente que já pediu demissão e comenta que teve sua vida mudada devido ao estímulo das inúmeras vezes em que participou do Anjo-Oculto e das palavras de estímulo que recebeu", esclarece. Exemplo disso é um ACS que hoje está cursando a Faculdade de Direito, algo que ele só começou a imaginar após os incentivos durante as "brincadeiras" do Anjo.

## Foco na equipe

Rosilene dos Santos descreve resumidamente a importância do Anjo-Oculto para os profissionais da saúde e para o êxito da Saúde da Família junto à comunidade atendida. "Aqui até a equipe é uma família. A gente supera os limites uns dos outros. Cuida. Somos todos iguais. Aqui não se distingue quem é quem. Somos todos um. Uma equipe família para a Saúde da Família".

Formar equipes bem qualificadas e motivadas para o desafio de promover a Atenção Básica da saúde nos municípios é uma tarefa permanente. A experiência do Anjo-Oculto mostra que tecnologias simples e eficientes nem sempre demandam custos financeiros, mas, sobretudo, precisam de investimento humano.

O Anjo-Oculto de Veredas protege contra o desânimo e cansaço que o dia a dia pode impor e contra o "monstro devorador" dos poucos recursos que afligem muitas comunidades. Ou seja, a partir do resgate da "ética do cuidado" com foco nas relações interpessoais, os integrantes da equipe dão ênfase (fundamental) às atitudes como atenção, solicitude, preocupação com o colega, criando e fortalecendo laços afetivos e envolvimento com o outro.

Dessa maneira, não apenas encontram apoio, como ampliam a capacidade de cuidar e se atentar para as necessidades pessoais (e profissionais), aprimorando o entendimento sobre si mesmos e sobre a diversidade humana. "O Anjo faz com que as pessoas liberem o seu lado sensível. Faz com que a equipe seja muito mais unida. Faz com que eu me sinta importante e possa suportar problemas de uma maneira mais suave", reflete Cida Nunes, ACS. Sem dúvida, "cuidar" da comunidade fica melhor depois que a equipe aprende a cuidar de si mesma. ■

---

**A UBS Veredas I fica na Quadra 3, Área Especial, Lote n° 6, Setor Veredas - Brazlândia-DF. Tel.: (61) 3391-3711 Fax (do hospital): (61) 3391-2203 CEP: 72723-300**




*Grupo Fazendo Saúde com Alegria participa da Campanha de coleta de sangue pelo Hemocentro em Brazlândia*

# Os resultados



*Equipe canta e fala de prevenção na Escola Classe nº 07 de Brazlândia*

Alguns mais visíveis, outros nem tanto, os resultados do trabalho Anjo-Oculto mostram, primeiramente, que cuidar do outro é essencial. Entre as percepções dos participantes, destacam-se os seguintes pontos benéficos da dinâmica:

- Promove a união e a integração entre os membros da equipe. Por exemplo, pode-se sortear inclusive um colega por quem não se tem tanta afinidade e a partir daí aprender a conhecê-lo melhor, admirá-lo e cuidá-lo;
- Melhora a autoestima. Ser cuidado, elogiado, estimulado por um período de tempo faz bem a qualquer pessoa, confirmam os integrantes;
- Estimula à criatividade, pois, na maioria das vezes, a regra é que as mensagens devem ser confeccionadas pelos próprios protetores;
- Estimula a integração e união entre os familiares. Vários deles ajudam na confecção de cartões ou escrevendo bilhetes para “disfarçarem” as caligrafias;
- Proporciona diversão. Com o Anjo-Oculto, os participantes se distraem um pouco em relação aos problemas no trabalho ou em suas vidas pessoais. A ansiedade em chegar à UBS e procurar as mensagens nos vasinhos desviam a atenção dos problemas;
- Ativa a solidariedade. Quando chega o fim do ano, no lugar de presentes, os participantes oferecem aos seus protegidos gêneros alimentícios para que cestas básicas sejam montadas para serem doadas às famílias necessitadas da comunidade.



# Não é Big Brother Brasil, mas lá no Veredas I tem anjo que imuniza. Vamos dar uma espiadinha no que pensam alguns dos integrantes da unidade?

*"O Anjo, em relação aos amigos de serviço, é ótimo, pois aproxima mais as pessoas. Com ele conseguimos aceitar melhor as diferenças uns dos outros. Como pessoa, é maravilhoso! Mostra que sou importante e me ajuda nas horas mais difíceis da vida. Ah, também é ótimo cuidar de alguém."*

**Eliete Alves**
**(auxiliar de consultório dentário)**



***Cida e Eliete confraternizam***

*"Na vida profissional, a brincadeira do Anjo é muito importante para mim. Fortalece o vínculo afetivo e estreita os laços de amizade entre os colegas, facilitando o trabalho diário entre toda a equipe. Na vida pessoal, carregamos conosco um pouquinho de cada um, pois a amizade e o carinho mútuo são levados para sempre, porque as diferenças são superadas na época certa... época do Anjo."*

**Márcia Soares**
**(auxiliar de enfermagem)**

*"É muito especial, pois ter alguém cuidando de mim como um Anjo me faz ser especial. Além de aumentar o entrosamento de todos os colegas da equipe, me faz sentir honrada em ser também um anjinho cuidando de alguém."*

**Jeane Mariano**
**(agente comunitária de saúde)**

*"O Anjo-Oculto para mim é muito especial. Alegra o nosso dia e adoça a vida pessoal. Isso faz com que a nossa equipe seja diferenciada, pois aprendemos a amar e a perdoar uns aos outros e isso nos torna pessoas melhores."*

**Rosilene dos Santos**
**(técnica em higiene dental)**



*"Quando somos cuidados por alguém, a nossa autoestima fica lá em cima, me sinto importante e especial, me sinto fazendo parte da equipe."*

**Creuza Oliveira**
**(auxiliar operacional de serviços diversos)**

***Márcia entrega presente a Jane***

*"Eu digo que a simples brincadeira do Anjo proporciona mais confiança no ambiente de trabalho devido ao contato afetivo que você tem com seus colegas, dessa forma, a produtividade tende a aumentar e as falhas profissionais a diminuir, tendo em vista que o Anjo expõe suas dificuldades diante do grupo, o feedback é imediato."*

**Denival Ferreira de Sousa**
**(agente comunitário de saúde)**

*"No cenário atual, em que o sentimento de solidariedade se encontra tão fragilizado entre as pessoas, o Anjo-Oculto é uma forma maravilhosa de integração da equipe e de desenvolver o cuidado pelo outro. Na dinâmica do trabalho, onde é quase impossível você parar e prestar atenção na pessoa ao lado, o Anjo resgata o gesto de carinho entre os colegas. Por meio de mensagens e pequenos presentinhos, traduz-se o quanto cada um é importante. É cuidando do outro que você o conhece e aprende a amá-lo."*

**Sandra Botelho de Amorim (médica de Família)**



# Paródias musicais

**Não vou esquecer!**
(paródia da música *No woman no cry*)

Bem que me lembro
A doutora dizendo assim:
Que escovar os dentes é legal!
Três vezes ao dia e antes de dormir,
Prá se ter uma saúde bucal!

Não, não vou esquecer
Que escovar os dentes é legal!

Bem que me lembro,
A doutora dizendo assim:
Que primeiro vem o fio dental,
Prá limpar entre os dentes,
Com cuidado especial,
O trabalho que a escova não faz.

Não, não vou esquecer,
De usar o fio dental!
Não, não vou esquecer!

**Banho com a escova**
(paródia da música *Banho de lua*)

Tomo banho com a escova
Pasta de dente me protege
Fio dental é meu amigo
E o flúor me fortalece
É tão bom ficar limpinho
Oh! Que refrescante!

Tim! Tim! Tim!
Jato de flúor!

Tim! Tim! Tim!
Que me fortalece assim..
Amiguinho, cuide bem de mim

# Tome Nota

## RIO DE JANEIRO receberá a I Jornada RJ/ES de Saúde da Família

Em conjunto com o 47º Congresso Científico do Hospital Universitário Pedro Ernesto (Hupe), a cidade do Rio de Janeiro sediará a I Jornada RJ/ES de Saúde da Família. Durante o encontro, que acontecerá de 24 a 28 de agosto, serão abordados temas relacionados à Saúde da Família e Comunidade. Mais informações no site: http://www.amfacrj.org.br.

## MÉDICOS DE FAMÍLIA comemoram 25 anos no GHC

Há 25 anos atuando no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Airton Stein, Cristina Lemos, Elizabeth Wartchow, Hermes Cattani, Jose Mauro Lopes, Luiz Felipe Mattos, Maria Tereza Pinho e Wanda Leite comemoraram a evolução da Unidade de Medicina de Família do Grupo com um vídeo sobre o assunto. De acordo com Jose Mauro Lopes, a data é lembrada com carinho pelos colegas. “Passamos por experiências boas e ruins durante esse período, mas valeu a pena”, afirma.

Assista ao vídeo “**25 anos MFC_SSC**” no site:
*www.youtube.com/watch?v=baqOZSlN5_o*

# AS CINCO DIRETRIZES para a Atenção Básica no Brasil




A atenção à saúde compreende um vasto conjunto de ações que envolvem a promoção, a prevenção e a oferta de variados serviços de saúde, em diferentes níveis de complexidade. Aí estão abarcadas, além de toda a assistência prestada no âmbito do SUS, nos diversos níveis de complexidade, a vigilância à saúde e as ações de saúde suplementar prestadas por empresas privadas. É o que está na Constituição e nas leis, sendo reforçado no programa Mais Saúde (PAC da Saúde), que traz as diretrizes do governo federal para a política nacional de saúde no quadriênio 2008 – 2011.

Na assistência à saúde, duas questões caracterizam o contexto nacional. De um lado, as grandes desigualdades da sociedade brasileira; de outro, o processo fragmentado de

descentralização, que mesmo concomitante e associado à redemocratização do País, fez do gestor nacional um ente de frágil capacidade de indução de políticas. Isso representa uma falha, por exemplo, na viabilização de redes regionalizadas e hierarquizadas compatíveis com o desenvolvimento do sistema de saúde em âmbitos simultaneamente locais, regionais e nacional. Reforça-se assim, no País, uma estrutura de oferta de assistência em saúde reprodutora de desigualdades e geradora de restrições de acesso, acarretando para a sociedade brasileira a necessidade de escolhas que conciliem a expansão da rede de serviços a um modelo de desenvolvimento que objetive a atenuação das fortes iniquidades existentes.

De forma consequente com esse diagnóstico, as diretrizes do Mais Saúde voltam-se, entre outros aspectos, à recuperação do papel de indução do gestor federal, realizando investimentos para alterar a configuração das redes de atenção à saúde no espaço nacional. Para isso, buscam-se medidas de grande amplitude, de forma integrada aos projetos sociais do governo federal, tais como a qualificação e a expansão da rede de serviços de Atenção Básica, consubstanciadas na expansão e na sustentabilidade financeira da Estratégia de Saúde da Família, com meta de cobertura para toda a população brasileira.




*Agentes comunitários de saúde da UBS Nossa Senhora Aparecida*



O aprimoramento da Atenção Básica é, pois, aspecto central no Mais Saúde. Como decorrência direta, cinco eixos prioritários foram delineados para a ação do Departamento de Atenção Básica – DAB/SAS. São eles: (a) o fomento à valorização e ao reconhecimento social da Atenção Básica à saúde; (b) a ampliação e a busca de novos mecanismos de financiamento para a área; (c) o fortalecimento da gestão descentralizada; (d) a qualificação do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família; (e) o estímulo à formação e à educação permanente de todo o contingente de trabalhadores da área.

# 1

## VALORIZAÇÃO e reconhecimento social da Atenção Básica à saúde

A Atenção Básica se diferencia das outras modalidades assistenciais por apresentar os quatro atributos destacados por Barbara Starfield: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Desses atributos, a longitudinalidade tem sido considerada como uma característica central e exclusiva da Atenção Básica. A longitudinalidade está associada com maior integração de dimensões físicas, psicológicas, sociais e econômicas na atenção e também com a melhora na relação entre usuários e provedores de serviços, com a promoção de um papel mais efetivo na manutenção de saúde por parte do usuário, com a redução do uso exagerado dos serviços de saúde. Ela ainda acarretaria redução dos custos do cuidado, por prevenir a duplicação dos serviços e tratamentos desnecessários. Na literatura mundial sobre APS, tem sido destacada uma correlação positiva entre continuidade do cuidado e diminuição da taxa de internações, maior satisfação do paciente, menores gastos em saúde, além de maior eficiência na atenção.

Outro aspecto central na longitudinalidade é a identificação do médico e da equipe de Saúde da Família como fontes regulares de cuidados, aspecto particularmente valorizado por determinados grupos de pacientes, tais como mulheres, idosos, pessoas com menor nível de escolaridade, portadores de condições crônicas e percepção de pior estado de saúde. Em contrapartida, as pessoas jovens e mais saudáveis parecem não ter tanto interesse em manter vínculos fortes com tais fontes regulares de cuidados.

Pode-se concluir que três elementos são imprescindíveis na composição da longitudinalidade: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e, ainda, a continuidade no plano das informações. A diretriz de número um do DAB, de fomento à valorização e reconhecimento social da Atenção Básica, encontra seu substrato teórico, sem dúvida, no conceito de longitudinalidade.

Diversas ações e estratégias voltadas para a promoção da noção de longitudinalidade na ESF vêm sendo experimentadas no âmbito do DAB, entre elas a produção de material de divulgação e comunicação intensivas, a realização de eventos nacionais e internacionais, as ações integrativas inter e intrassetoriais, inclusive com fortes vínculos na cooperação internacional. Novas pontes, todavia, ainda precisam

***Agentes comunitários de saúde da UBS Nossa Senhora Aparecida da UBS Nossa Senhora Aparecida da UBS Nossa Senhora Aparecida***



ser construídas, por exemplo, com os organismos de controle externo, mídia, Legislativo e Ministério Público, já que o senso comum por vezes considera as estratégias de AB em curso como mais onerosas do que as modalidades tradicionais ou mesmo pouco eficazes.

Aspectos estratégicos ainda em estado incipiente são o desenvolvimento e financiamento de uma rede de excelência em Atenção Básica no País, voltada para ensino e pesquisa, além da geração de efeitos demonstrativos a serem acolhidos pelos agentes políticos, tomadores de decisão, gestores, conselheiros e opinião pública em geral.



***Agente comunitária de saúde vai à comunidade verificar condições de saúde e orientar a população***

## 2 FINANCIAMENTO da Atenção Básica

O financiamento continua sendo o grande nó do Sistema Único de Saúde. As expectativas da comunidade de gestores e demais pessoas preocupadas com o SUS em relação à Emenda Constitucional 29 (EC 29), promulgada em 2000, mas ainda não regulamentada, ainda não se concretizaram. A EC 29 estabelece percentuais mínimos de receitas que a União, estados e municípios devem investir em saúde. Segundo dados de 2008 do Sistema de Informação em Orçamento Público em Saúde (Siops), dos 5.562 municípios brasileiros, 2.212 aplicaram efetivamente o repasse orientado pela EC 29. O grau de cumprimento é menor nos estados e na União. Como as demandas atuais em saúde continuam crescendo, isso significa que mais recursos devem ser destinados ao setor, de forma a rever a tendência de estabilização ou mesmo de declínio na alocação.

A regulamentação da Emenda Constitucional 29, que poderia garantir incremento dos recursos alocados na saúde, é uma luta na qual estão envolvidos hoje os gestores das três esferas, o Legislativo, o Ministério Público, além de muitos movimentos sociais e entidades civis.

A meta estabelecida no Mais Saúde é a de recuperar o financiamento federal em 50% do custeio para a Estratégia de Saúde da Família, aí incluídas a Saúde Bucal, os Centros de Especialidade Odontológicas, o processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e também as transferências de recursos para alimentação e nutrição.

Aspecto essencial, também contemplado nas diretrizes do DAB, diz respeito à ampliação e aperfeiçoamento dos mecanismos de controle da utilização dos recursos transferidos, o que certamente deverá envolver outras instâncias, como os Legislativos, Tribunais de Contas e Conselhos de Saúde. Trata-se, acima de tudo, de uma oportunidade de legitimar a estratégia

*A meta estabelecida no Mais Saúde é a de recuperar o financiamento federal em 50% do custeio para a Estratégia de Saúde da Família. No plano dos municípios, a questão do financiamento deve ser tratada de forma diferenciada em relação aos demais níveis de governo.*

# Saúde com a gente

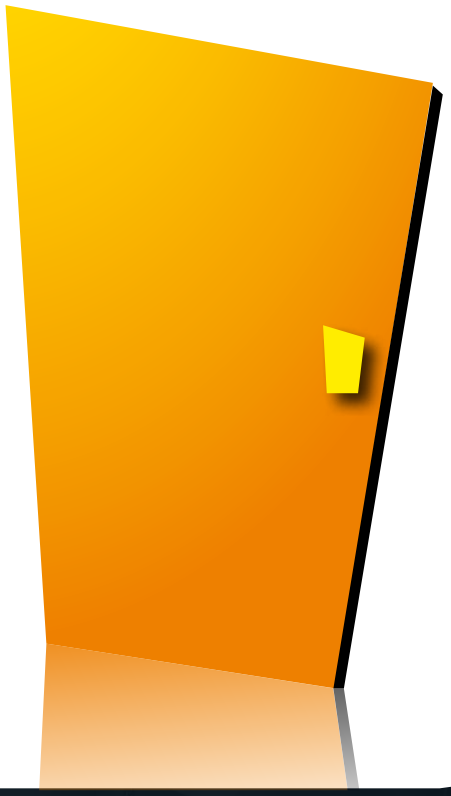
Saúde da Família

Publicação do Ministério da Saúde - Ano IX - outubro a dezembro de 2009 - ISSN 1518-2355

## Apresentação

**ACS:** você pode ser considerado um prolongamento dos serviços de saúde em direção à comunidade da qual você é um membro ativo e com a qual possui um envolvimento pessoal, sem deixar de ser marcado pelas responsabilidades profissionais. Assim, você é um personagem fundamental, pois é quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade; alguém que se deve destacar pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pelo exercício de uma liderança natural.

Você faz parte de um conjunto de mais de 200 mil ACS no Brasil. Em breve chegaremos aos 300 mil. São 90 milhões de pessoas, praticamente 50% da população nacional, que estão cobertas pela Estratégia de Saúde da Família ou pelo Pacs. É uma verdadeira revolução na saúde de nosso país. Nunca, em todos nossos 500 anos de história, os serviços de saúde estiveram tão perto das pessoas, não dentro de unidades formais e estáticas do sistema de saúde, mas em contato direto com as comunidades, até mesmo dentro das próprias moradias das famílias. Não é à toa que isso tem sido comentado e elogiado em todo o mundo, colocando o Brasil como parte da vanguarda dos países que efetivamente estão reformando e melhorando seus sistemas de saúde.



Para gente tão importante como você, ACS, é preciso oferecer coisas importantes. É nesse sentido que, a partir desta edição da Revista Brasileira Saúde da Família, circulará o encarte "Saúde com a gente", dedicado aos agentes comunitários de saúde, que fazem parte da ESF e do Pacs. O objetivo é contemplar e valorizar esses profissionais, fundamentais na promoção da saúde e na prevenção de doenças no Brasil. Aqui você encontrará entrevista com agentes, perfil, dicas e temas importantes para o desempenho da sua profissão.

Você vai gostar, confira!

# OS ACS E A "GRIPE SUÍNA"

A chamada gripe suína, na verdade influenza A/H1N1, é uma doença respiratória aguda (gripe) causada por vírus, sendo transmitida de pessoa a pessoa principalmente por meio de tosse ou espirro e de contato com secreções respiratórias de pessoas infectadas. Seus sintomas são: febre alta (acima de 38°C) repentina e tosse, podendo aparecer ainda dor de cabeça, dores musculares e nas articulações, dificuldade respiratória. Os sintomas da influenza A podem se iniciar de três a sete dias após contato com pessoas infectadas e a transmissão ocorre principalmente em locais fechados. Não existe vacina contra esse tipo de vírus e a vacina contra gripe comum não protege contra ele.

Fala-se muito em uma pandemia de influenza, o que seria isso? Esse termo significa uma epidemia em grandes proporções, atingindo de forma simultânea não só diversos países como um grande número de pessoas. Pandemias de influenza ou gripe já causaram graves danos durante toda a história, afetando principalmente crianças e adultos jovens, provocando situações sociais graves.

O governo brasileiro vem adotando uma série de medidas frente à possibilidade da influenza chegar ao País. Um Gabinete Permanente de Emergência, coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, está orientando as ações de monitoramento e resposta à situação. Todas as Secretarias Estaduais de Saúde foram acionadas para intensificar o processo de monitoramento e detecção oportuna de casos suspeitos de doenças respiratórias agudas. O Brasil conta, desde 2005, com um Plano de Preparação para Enfrentamento de Pandemia de Influenza, articulando o MS com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Como se percebe, as ações contra a influenza A são padronizadas nacionalmente, não cabendo alternativas individuais ou locais diferentes daquelas recomendadas pelas autoridades do Ministério da Saúde.



Existe na rede pública um medicamento antiviral, mas que será usado apenas por recomendação médica, a partir de normas definidas pelo Ministério da Saúde. Mas atenção: ninguém deve tomar o medicamento sem indicação médica, pois isso pode acarretar alteração dos sintomas, retardo no diagnóstico e até causar resistência ao vírus.

**Quanto à ingestão de carne de porco e produtos derivados, a**

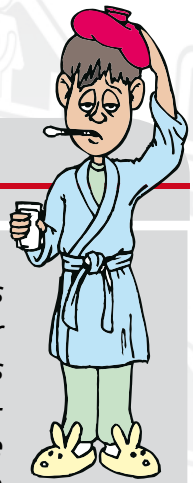
verdade é que a doença não tem origem em suínos, não havendo risco, portanto, no contato ou no consumo de produtos de origem suína.

No entanto não há razão para pânico, pois a mortalidade é igual a de uma gripe normal. Além disso, essas pessoas não devem tomar medicamentos por conta própria e devem procurar a unidade de saúde mais próxima e informar o roteiro de viagem ao profissional de saúde que as atenda.

Além disso, o Ministério da Saúde está disponibilizando uma série de ações de divulgação sobre a influenza A, como o Disque Saúde (0800 61 1997) 24 horas por dia, além de um site com informações atualizadas (acessar www.saude.gov.br). Nas TVs de todo o País, estão previstas 204 inserções e, nas rádios, cerca de 6 mil. Os jornais de maior circulação em cada estado estão também publicando comunicados sobre o assunto.

Uma última observação sobre o uso de máscaras de proteção: elas devem ser utilizadas apenas por pessoas que apresentam os sintomas e pelos profissionais envolvidos no seu atendimento e na inspeção dos meios de transporte nos quais eles se encontravam. Não se recomenda o uso de máscaras por pessoas saudáveis!

## Previna-se



*O que os ACS e os demais membros das equipes de Saúde da Família poderão fazer para ajudar no controle da influenza? As medidas mais importantes são de prevenção, inclusive do pânico. Isso só acontece se houver transparência das ações do sistema de saúde. As orientações devem ter como base algumas medidas, expostas a seguir, e em relação a elas os ACS e os demais membros das equipes de Saúde da Família devem estar atentos em relação a si mesmos e na orientação das pessoas:*

- **LAVAR as mãos com água e sabão (depois de tossir ou espirrar; depois de usar o banheiro, antes de comer, antes de tocar os olhos, boca e nariz);**
- **EVITAR tocar os olhos, nariz ou boca após contato com superfícies;**
- **USAR lenço de papel descartável e proteger com lenços a boca e nariz ao tossir ou espirrar,**
- **ORIENTAR para que os suspeitos evitem sair de casa enquanto estiverem em período de transmissão da doença (até cinco dias após o início dos sintomas);**
- **EVITAR aglomerações e ambientes fechados;**
- **MANTER o ambiente doméstico arejado e recebendo luz solar, pois essas medidas ajudam a eliminar os possíveis agentes das infecções respiratórias em geral;**
- **LICENÇA no trabalho dos casos suspeitos para evitar disseminação;**
- **MANTER hábitos saudáveis, como alimentação balanceada, ingestão de líquidos e atividade física.**



# Cronica da Saúde

# Formigas ou Cigarras?

*Com Solange Pereira Pinto*





As formigas são conhecidas pelo trabalho diário, rotineiro e feito em equipe. O espírito cooperativo está presente na construção cotidiana de levar alimentos, estrutura e abrigo aos formigueiros. Uma a uma, juntas, vão formando uma cultura de sobrevivência e de apoio.

Em outra ponta, rezam as fábulas, estão as sonoras cigarras cantando numa alegria despojada, que causa inveja às operárias. Apenas para o prazer, diriam, vivem.



Aparentemente de lados opostos, formigas e cigarras protagonizam histórias nem tão infantis. Há quem se identifique com esforçadas trabalhadoras, há quem exalte as artistas cantoras.

A fábula "Cigarra e a Formiga", atribuída à Esopo e recontada por Jean de La Fontaine, está impressa em nosso imaginário ocidental como se uma atividade excluísse a outra. Como se trabalhar fosse sempre um fardo e ser artista uma vadiagem.

Mas será sempre assim?

Durante um evento que reunia agentes comunitários de saúde (ACS), vi encantadores seres híbridos. Misto de formigas e cigarras.

Centrados no esforço de mapear o território vivo e dinâmico, cadastrar famílias, visitar lares, movimentar a comunidade em prol de mais saúde, os chamados ACS são formiguinhas que já cobrem quase 100% do imenso Brasil.

Porém, para equilibrar os múltiplos papéis que o dia a dia lhes exige, são verdadeiros saltimbancos malabaristas que fazem da rua palco. Emocionam, fazem rir e, de forma criativa, dão seu recado.

Para orientar a população nos cuidados primários, na prevenção de doenças, na importância da Atenção Básica à saúde, os agentes se travestem de palhaços, policiais, advogados, médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, professores, cantores e muito mais. São cigarras gigantes!

Mas, para chegar até cada família, cada bairro, cada indivíduo, são formigas guerreiras que realizam o cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira articulada com a comunidade onde atuam, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população.

Misturando-se suor, afeto, criatividade, persistência, doação, dedicação e, principalmente, crença e treinamento no papel que desenvolve, é que se vai formando o perfil do agente comunitário de saúde.

Construir um espaço de cidadania não é tarefa simples. Conscientizar a comunidade é um dever. Cuidar da saúde, obrigação. E os agentes meio formigas meio cigarras vão caminhando passo a passo nesse trabalho multiplicador de levar mais saúde por onde quer que andem, ainda que cantando e com a "alma repleta de chão".

BATE PAPO COM ACS



# Maria Aparecida Nunes

Maria Aparecida Nunes, primeiro lugar no concurso de seleção, é agente comunitária de saúde (ACS) desde 2004. Natural de Goianésia (GO), Cida, como é chamada, atua em Brazlândia, no Distrito Federal. Sua região tem cerca de 1.850 famílias atendidas por duas equipes de Saúde da Família. A Revista Brasileira Saúde da Família (RBSF) visitou a Unidade de Saúde Família Saudável, do Setor Veredas, de Brazlândia, e entrevistou a simpática agente, que nos conta um pouco sobre sua profissão. Ela adianta que os desafios da profissão são "mudar hábitos nocivos arraigados na comunidade; tocar em assuntos delicados, mas necessários, de forma a não ferir preceitos e preconceitos das famílias. E, principalmente, convencer a comunidade que ela é responsável pela sua saúde". Mas que apesar disso é uma apaixonada pelo que faz.

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

Cida: Escolhi essa profissão porque, quando morava em assentamento, minha família era visitada por um ACS e eu achava o trabalho dele muito importante. Daí, quando me mudei para Veredas e abriu o concurso para ACS, eu fiquei muito feliz com a oportunidade de poder tentar uma vaga. Sabia que eu poderia ajudar a comunidade onde eu morava. Não tenho qualquer arrependimento. Alguns colegas até já pediram demissão, mas eu pretendo continuar sendo ACS.

*Aprendi a aceitar a comunidade como ela é.*

**RBSF: Você considera a Estratégia de Saúde da Família importante?**

Cida: Muito importante, porque com a Saúde da Família muitos pacientes que nem sabiam que eram hipertensos ou diabéticos, por exemplo, hoje são acompanhados. As famílias recebem orientações e visitas de enfermeiras, médicas, dentistas em suas próprias casas e nem precisam enfrentar filas para conseguir consultas. Facilita muito o cuidado com a saúde.

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

Cida: Ela não precisa sofrer nas filas para conseguir marcar consultas ou exames de laboratório. O ACS conhece a família, sabe de suas necessidades, tratando-as de maneira especial. Está sempre controlando os doentes crônicos quanto à medicação, alimentação e outras coisas.

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

Cida: Humanização. Aprendi a aceitar a comunidade como ela é, com suas crenças, costumes, dificuldades, sem criticar ou julgar. Sei que eu sou apenas uma profissional que está presente para informar, ajudar, e não para julgar ou achar que sei mais do que

eles. Outro fator importante é que aprendemos a nos virar com recursos que temos, a ser mais criativos, e até pedir doações aos comerciantes para fazermos nossas ações educativas, comemorações.

**RBSF: É difícil ser ACS?**

Cida: No início achei muito difícil, porque não conhecia todas as famílias, não sabia como abordá-las e também porque não conhecia todos os assuntos para informar à população. Mas depois, com a prática, os treinamentos, as capacitações e a ajuda dos colegas, o trabalho começou a fluir mais tranquilamente.

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

Cida: O maior desafio é mudar os hábitos da comunidade. De modo geral, fazer os hipertensos tomarem o medicamento de forma correta e se alimentarem de modo adequado é difícil. Também é complicado fazer as mães levarem seus bebês ao Programa Cárie Zero mesmo antes dos dentinhos nascerem. Acho que cada família tem seus desafios específicos.

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

Cida: Um fato curioso aconteceu quando a dentista pediu para verificar por que a criança faltou à consulta odontológica. Quando questionei, a mãe respondeu: "Não levei porque ele estava com dor de dente!". Veja só! Mas tem um outro fato que aconteceu com meu colega. Ele chegou para a visita domiciliar, a família estava de mudança e o dono da casa pediu para ele ajudar a carregar o guarda-roupa. No fim, ele acabou tendo que ajudar a fazer a mudança toda.

*A qualidade de vida das famílias mudou radicalmente.*

**RBSF: E teria algum fato emocionante para compartilhar?**

Cida: Foi o caso de uma visita (com a médica da equipe) a uma senhora idosa. Quando ela, muito emocionada, disse que não sabia que ela era "tão importante" a ponto de ser visitada por duas profissionais de uma vez só e, principalmente, por uma "doutora". Ela disse isso com lágrima nos olhos.

**RBSF: Faça uma breve comparação da comunidade antes e depois do PSF.**

Cida: Melhoria imensa na qualidade de vida. Antes, os hipertensos idosos nem tinham o controle da pressão arterial, pois a unidade de saúde é muito distante e alguns não têm condições de se locomover. Hoje, eles recebem a visita das auxiliares de enfermagem, que medem a pressão em casa. Antes, também, para marcar consultas médicas ou odontológicas, os pacientes, muitas vezes, tinham que enfrentar filas enormes na madrugada. Agora, nós ACS levamos as marcações até às residências. Antigamente, os pacientes procuravam a emergência do Hospital Regional para casos que hoje podem ser solucionados na unidade do PSF; muitos pacientes recebem seus medicamentos em casa, onde recebem orientações dos ACS de como tomá-los, conforme orientação médica; existem reuniões educativas sobre vários assuntos para a comunidade; nas datas comemorativas, a equipe oferece





festas como forma de homenagem e lazer. Enfim, a qualidade de vida das famílias mudou radicalmente, pois elas são tratadas de forma diferenciada.

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

Cida: Perguntar para as puérperas sobre o teste do pezinho, verificar o cartão de vacinas das crianças, realizar as pesagens das crianças, conferir o cartão do pré-natal, perguntar aos hipertensos e diabéticos sobre o uso regular do medicamento. Essas são algumas das questões essenciais, mas tem outras.

*O desafio é convencer a comunidade da responsabilidade pela saúde.*

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

Cida: A união dos membros da equipe, o bom relacionamento, saber conviver com as diferenças, lutar pelo mesmo ideal. Sem união e integração o trabalho não caminhará. É importante também o papel de um coordenador competente, que tenha liderança, que seja conciliador, justo e competente.

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

Cida: Uma equipe que atenda a família em tudo que ela necessite, de forma integral, com uma equipe multiprofissional e que os casos que não possam ser resolvidos na Unidade Básica possam ser encaminhados e resolvidos nos centros de referências.

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

Cida: O meu recado – como ACS que escolheu ser ACS e ama a profissão – é que vocês realizem o seu trabalho de forma digna, oferecendo o melhor de si, jamais esquecendo que existem muitas vidas que dependem do nosso desempenho, de nossas orientações e informações. Lembrem-se de que nossas atitudes podem e devem melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas que talvez, no dia de nossa visita, só podem contar com a nossa palavra de carinho e atenção.

**RBSF: Qual é o maior desafio da profissão?**

Cida: É mudar hábitos nocivos arraigados na comunidade, tocar em assuntos delicados, mas necessários, de forma a não ferir preceitos e preconceitos das famílias. Convencer a comunidade que ela é responsável pela sua saúde.





# Eu não nasci de Óculos!

O PROGRAMA OLHAR BRASIL E AS ATRIBUIÇÕES DO ACS

Você já apertou os olhos para tentar enxergar mais longe? Conhece alguém que estica os braços para ler de perto? A claridade incomoda demais? Vários são os tipos de problemas oculares que podem afetar a população. Você sabia que muitos deles são responsáveis por evasão e repetência escolar, pelo desajuste individual no trabalho, por grandes limitações na qualidade de vida, pela provocação de acidentes, mesmo quando não se trata ainda de cegueira?

Sabendo disso, os Ministérios da Saúde e da Educação criaram o PROGRAMA OLHAR BRASIL, para cuidar da saúde ocular dos alunos matriculados na rede pública (Ensino Fundamental), dos usuários do Programa Brasil Alfabetizado, bem como da população com mais 60 anos de idade.

O Olhar Brasil conta com a participação efetiva de diversos profissionais que farão a triagem do público-alvo. Entre eles, os alfabetizadores do Projeto Brasil Alfabetizado, os professores e, com destaque especial, os agentes comunitários de saúde. A estratégia será aplicar a Técnica de Medida da Acuidade Visual (capacidade de enxergar), por meio da Carta de Snellen, aquele cartaz com letras e números

de tamanhos diversos que todo mundo conhece dos consultórios médicos, mas que pode também ser usado por pessoas especialmente treinadas para tanto. E você, ACS, em breve será uma delas!

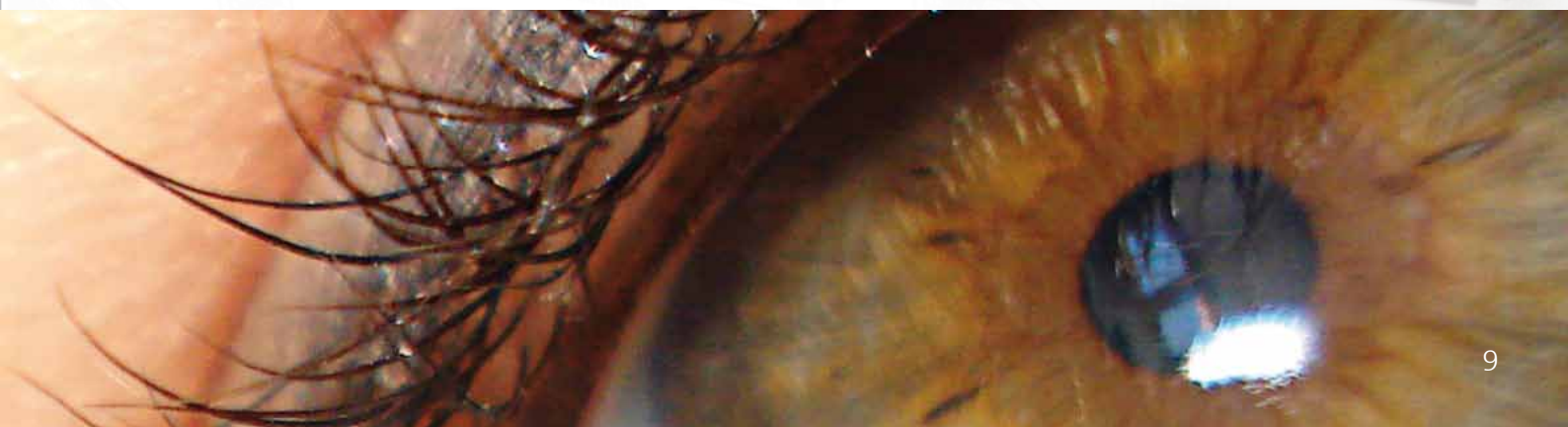


**Projeto OLHAR BRASIL**

Enquanto a capacitação não chega, você já pode prestar atenção em alguns dos sinais e sintomas que denunciam problemas visuais, seja nas crianças, seja nos demais grupos incluídos no Olhar Brasil. Veja o quadro abaixo.

- LACRIMEJAMENTO, principalmente durante ou após realizar atividades que exigem esforço visual, como ver TV, ler, desenhar.
- VERMELHIDÃO, secreção ou purgação nos olhos.
- CROSTAS nos cílios.
- HÁBITO de apertar ou arregalar os olhos para enxergar melhor, bem como se aproximar muito da TV ou na leitura.
- NECESSIDADE de afastar os objetos do rosto ou inclinar a cabeça para ler ou ver melhor.
- QUEIXAS de visão embaçada, sensibilidade excessiva à luz (fotofobia), dores de cabeça após esforços de visão, visão dupla.
- ESTRABISMO: desvio ocular (olho torto).

Para mais informações, entre em contato com a coordenação do OLHAR BRASIL, no Ministério da Saúde (DAE/SAS/MS), pelo e-mail: olharbrasil@saude.gov.br ou telefone (61) 3315-2084 e fax (61) 3321-6711. Olho vivo!



# O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RISCO



Um aspecto importante do que você, ACS, faz é ajudar na transformação de situações e problemas que afetam a qualidade de vida das famílias, aquelas em que alguém corre perigo, isto é, tem maior possibilidade ou chance de adoecer ou até mesmo morrer. Isso é que se chama de situação de risco. É sobre isso que queremos conversar um pouco com você.

Vamos ver primeiramente alguns exemplos de tais situações de risco:

**(a)** bebês que nascem com menos de dois quilos e meio;

**(b)** crianças desnutridas;

**(c)** filhos de mães e as próprias gestantes que fumam, bebem bebidas alcoólicas e usam drogas na gravidez;

**(d)** gestantes que não fazem o pré-natal ou são portadoras de diabetes ou pressão alta;

**(e)** pessoas acamadas, portadoras de deficiências e que necessitam de cuidados especiais, mas não têm alguém por perto para prestá-las;

**(f)** pessoas que estão com o peso acima da média e ainda por cima levam vida sedentária, com ou sem abuso de álcool, tabaco e outros fatores nocivos.

Em todos esses casos, as pessoas têm mais chance de adoecer e morrer se não forem tomadas as providências necessárias. São as chamadas situações individuais de risco.

Mas não é só isso. Existem também situações de risco associadas às carências de saneamento básico, destinação adequada do lixo, condições precárias de moradia, exclusão social, baixa renda, desagregação familiar, desemprego, violência dentro e fora dos domicílios, uso drogas lícitas e ilícitas, exposição a produtos tóxicos na lavoura etc. São as chamadas situações coletivas de risco, que, ao contrário das situações individuais, citadas anteriormente, podem afetar um grande número de pessoas na comunidade.

As situações de risco podem ser agravadas por diversos fatores que impedem as pessoas de terem acesso aos serviços de saúde. Alguns deles são: localização distante ou de acesso difícil aos locais onde as pessoas vivem e trabalham; ausência de condições para acesso às pessoas com deficiência, transporte precário ou mesmo ausente; horários e dias de atendimento inadequados, por exemplo, para as pessoas que trabalham fora o dia inteiro; baixa capacidade de atendimento; além de burocratização, preconceitos raciais, religiosos, culturais, entre outros.

A regra de trabalho para um ACS é de que todas as pes-

soas da comunidade devem ser acompanhadas, mas aquelas em situação de risco exigem prioridade especial. Para dar conta de um atendimento realmente prioritário e diferenciado para quem vive em tais situações de risco, você, ACS, precisa primeiramente conhecer muito bem o território onde trabalha e pelo qual sua equipe de Saúde da Família tem responsabilidade. É preciso conhecer não só os problemas da comunidade, mas também suas potencialidades de resolver problemas, de se ajudar mutuamente, enfim, de crescer e se desenvolver social e economicamente. Nesse sentido, um bom ACS é aquele que tem iniciativa, gosta de aprender coisas novas, observa com atenção e de forma cuidadosa as pessoas, as coisas, o ambiente. É fundamental também agir sempre com respeito e ética perante as pessoas da comunidade, bem como com os demais colegas profissionais.

Para isso, você detém uma tecnologia muito importante que não é só sua dentro da equipe, mas pela qual você tem especial responsabilidade: a visita domiciliar. É claro que sua atuação não deve ser restrita apenas aos domicílios das famílias, mas se estender também aos diversos espaços comunitários, como escolas, creches, oficinas, organizações comunitárias, bem como ao meio ambiente em geral.



Mas existem situações de risco que afetam a pessoa individualmente e, portanto, têm soluções individuais. Outras, entretanto, atingem um número maior de pessoas em uma mesma comunidade, o que irá exigir ações diferentes por parte do ACS e da equipe de SF como um todo. Para essas últimas, é fundamental a mobilização coletiva, por meio da participação da comunidade junto às autoridades e aos serviços públicos. Nesse aspecto, os conselhos e as conferências de saúde são espaços que permitem a participação democrática e organizada da comunidade na busca de soluções. Mas isso pode também ocorrer de outras formas, por exemplo, nas reuniões das equipes com a comunidade, por meio das caixas de sugestões, ouvidoria, disque-denúncia, entre outras.

## O ACS, frente às situações de risco, deve:

- **Identificar** áreas e situações de risco individual e coletivo;
- **Encaminhar** as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário;
- **Orientar** as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde;
- **Acompanhar** a situação de saúde das pessoas, para ajudá-las a conseguir bons resultados.

# Tome Nota

## ALCOOLISMO



O alcoolismo, também conhecido como "síndrome da dependência do álcool", é uma doença caracterizada pelos seguintes elementos:

- Compulsão: uma necessidade forte ou desejo incontrolável de beber;
- Perda de controle: a inabilidade frequente de parar de beber uma vez que a pessoa já começou;
- Dependência física: a ocorrência de sintomas de abstinência (ausência), como náuseas, suor, tremores e ansiedade, quando se para de beber após um período bebendo-se muito. Tais sintomas são aliviados bebendo-se álcool ou tomando-se outra droga sedativa;
- Tolerância: a necessidade de aumentar a quantidade de álcool para se sentir "alto".

Nem todos esses problemas precisam ocorrer juntos.

É uma doença que traz enormes danos físicos, sociais e pessoais. É necessário um tratamento específico.

É muito importante que os membros das equipes de Atenção Básica tenham acesso às informações sobre o alcoolismo, que ainda é tratado com exclusão, estigma e preconceito.

Essa imagem de preconceito afasta muitas vezes o doente da equipe de saúde. Desse modo, o vínculo entre profissional e doente não se estabelece, impedindo a concretização de um tratamento que possibilite a recuperação do alcoolista e de sua família, que geralmente se encontra tão adoecida quanto ele próprio.

Apesar de ser socialmente aceito, o álcool traz muito mais dano para a saúde da população brasileira que o restante das drogas ilícitas. Dados referentes ao ano de 2001 (DATASUS, 2001) mostram que no Brasil houve 84.467 internações para o tratamento de quatro vezes o número de internações ocorridas por uso de outras drogas.

De acordo com as orientações do próprio MS, a assistência aos usuários de álcool deve ser oferecida nos serviços de Atenção Básica e demais níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad).

Você pode estimular o desenvolvimento de ações de prevenção nas escolas, locais de trabalho, sindicatos e outras associações locais. As ações incentivadas devem ter caráter permanente, sem deixar de lado as ações voltadas para a prevenção e promoção à saúde.

### AÇÕES DO ACS

- **Identificar** na área de atuação pessoas que estão vivenciando esse problema;
- **Identificar** na comunidade grupos de autoajuda, por exemplo, Alcoólicos Anônimos;
- **Orientar** para procurar a unidade de saúde para acompanhamento e tratamento;
- **Caso** não existam grupos de autoajuda na comunidade, estimular que os usuários organizem um grupo;
- **Orientar** a família sobre a importância de acompanhar e participar no tratamento.



de Saúde da Família e blindá-la contra as investidas do senso comum e do oportunismo político, insistentes na acusação de que a Atenção Básica não apresenta relação custo-benefício recomendável.

No plano dos municípios, entretanto, a questão do financiamento, em que pese ser também complexa e essencial, deve ser tratada de forma diferenciada em relação aos demais níveis de governo. Com efeito, ao município cabe, primordialmente, cumprir as leis vigentes, no caso a emenda Constitucional 29, no que se refere à alocação de recursos na saúde, embora os exemplos das outras esferas de governo nem sempre sejam positivos. Mas não se esgota nisso, certamente.

Assim, por exemplo, elaborar e incentivar propostas de pagamento por resultado, para prestadores, equipes e mesmo profissionais isolados, tem sido um aspecto muito discutido e até experimentado em algumas realidades. Cabe analisar de forma crítica e sem preconceitos as experiências disponíveis, que começam a se tornar numerosas, para verificar as possibilidades de seu aproveitamento mais amplo, respeitando sempre os dispositivos constitucionais do SUS. Nesse aspecto, o DAB deve se fazer um observador presente e atento, reunindo expertise e promovendo amplo debate sobre as propostas surgidas.

Alternativas de gestão relativas ao financiamento, estas de nítido âmbito municipal, devem também ser identificadas, acompanhadas e divulgadas, podendo ser citadas, como exemplo, as experiências municipais de orçamento participativo, hoje bastante comuns no Brasil; as audiências públicas de prestação de contas; o uso intensivo de indicadores de produtividade e qualidade; os contratos de gestão; os sistemas de apuração de custos; o uso mais intensivo da regulação sanitária, entre outras.

## 3
## FORTALECIMENTO da gestão descentralizada

O Programa de Saúde da Família já nasceu sob a égide da descentralização e ela só tem se fortalecido desde a criação do PSF, na década de 90. As decisões relativas à Atenção Básica costumeiramente têm sido discutidas diretamente com o Conass e o Conasems, além do encaminhamento das questões relevantes e que impliquem mudanças na política nos fóruns apropriados, ou seja, as comissões intergestores do SUS (CIB e CIT). Os coordenadores estaduais de Atenção Básica, assim como os Cosems, têm sido parceiros habituais do DAB/SAS. A perspectiva da terceira diretriz, ou seja, fortalecimento da gestão descentralizada, é de amplia-





ção desses contatos, de modo a fazer da Atenção Básica no País uma construção efetivamente participativa e solidária entre os gestores da saúde.

Duas ferramentas desenvolvidas nos últimos anos pelo DAB/SAS, Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) e Programa de Gestão da Atenção Básica (Prograb) têm sido auxiliares importantes no processo de integração e consolidação de laços com os estados e municípios. A estimativa é de que a utilização de ambas seja ampliada intensivamente nos próximos anos.

Da mesma forma, o DAB tem procurado dar apoio e visibilidade às experiências que promovem o incremento da efetividade nas práticas de Atenção Básica em curso no País, que, aliás, não são poucas, seja no âmbito de equipes, de municípios, seja de estados. Esse apoio se estende, também, à conformação de redes orientadas pela APS. A circulação continuada da Revista Brasileira Saúde da Família, dos Cadernos da Atenção Básica, bem como de outras publicações, com o registro de experiências relevantes, a realização de eventos, inclusive internacionais e, acima de tudo, a realização da Mostra de Experiências em Saúde da Família, já em sua terceira edição, demonstram a decisão política do DAB nesse campo. Reconhece-se, também, que a identificação, a categorização e a consequente difusão das experiências bem-sucedidas em Atenção Básica, como em outros campos da saúde, são desafios de grande porte e permanente, dadas as dimensões e a variabilidade da realidade brasileira.

Fortalecer a gestão da Atenção Básica implica também praticar a equidade, com priorização, nas ações a serem desenvolvidas, das unidades federativas ou mesmo territórios restritos onde a capacidade de gestão é baixa. Devem-se levar em conta, também, disparidades de outras naturezas, por exemplo, geográficas, relativas a populações vulneráveis ou grupos específicos.

O desenvolvimento das redes de atenção à saúde está hoje na ordem do dia no País. O DAB participou intensivamente da formulação da proposta de Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias), uma solução inovadora para se avançar na integração,

tanto no âmbito sistêmico quanto no de ações e serviços, bem como para incrementar o desempenho do sistema de saúde em termos de acesso, equidade, eficiência econômica, eficácia clínica e sanitária e, consequentemente, na satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde. Nos termos dessa proposta, reconhece-se, explicitamente, que o fortalecimento do SUS passa, necessariamente, pelo fortalecimento da Atenção Básica e que a Estratégia de Saúde da Família reúne as condições necessárias para se constituir no grande eixo articulador e mobilizador de redes de atenção à saúde. Não é por acaso que tal arranjo esteja presente tanto em sistemas de saúde públicos e universais, quanto de seguro social ou de mercado.

Assim, buscando uma síntese da literatura e de documentos oficiais, uma rede de atenção à saúde, como a proposta de Teias, pode ser definida como um conjunto de unidades de provisão de ações e serviços de saúde e de apoio logístico, e suas estruturas públicas de governança, coordenadas para responder de forma contínua e integral às necessidades de saúde de um determinado espaço-população a partir de arranjos eficientes e transparentes de alocação de recursos.

As redes de atenção à saúde podem ser consideradas, também, como espaços privilegiados para o desenvolvimento das práticas de promoção da saúde, configurando, mais uma vez, um dos fatores de efetividade da Atenção Básica, qual seja o de promover o amálgama de diversas políticas públicas no âmbito das comunidades.

Como outro aspecto importante relativo ao fortalecimento da gestão, deve ser também lembrado o monitoramento e a avaliação da Atenção Básica, de forma ampla e com a participação dos estados e municípios. Esse é um campo em que as iniciativas ainda são bastante tímidas. A ação de formulação, o acompanhamento e a gestão da Atenção Básica por parte do DAB devem levar em conta, necessariamente, o enfrentamento de tal desafio.



***Agente comunitária de saúde (ACS) pesa o bebê em atendimento domiciliar***




# 4

## QUALIFICAÇÃO do processo de trabalho das equipes

Nesse aspecto, duas iniciativas recentes do DAB/SAS devem ser lembradas: a criação dos Núcleos de Apoio em Saúde da Família (Nasf) e o processo de integração com a Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde criou os Nasf (Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008) com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica como um todo, aprimorando sua resolutividade, sua inserção territorial e o processo de regionalização a partir dela. Um Nasf é constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Ele representa, sem dúvida, uma estratégia inovadora, na qual, além dos conhecimentos técnicos, trabalha-se também com noções políticas, de responsabilização por território de atuação e simbólicas, de desenvolvimento de habilidades para atuar de acordo com o paradigma da APS, promovendo assim mudanças na postura e na atuação dos profissionais das equipes. Seus campos de atuação incluem ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção da saúde, humanização, educação permanente, integralidade, territorialização, além da atenção e gestão da saúde.



A Vigilância em Saúde, entendida como forma de pensar e agir, tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, devendo constituir-se em um espaço de articulação de conhecimentos

e técnicas oriundos da epidemiologia, da clínica, do planejamento e das ciências sociais, constituindo-se, então, referencial para a mudança do modelo de atenção em plena harmonia com os princípios e diretrizes da Estratégia de Saúde da Família.

A integração de ações entre DAB/SAS e SVS tem no conceito de Teias seu eixo de sustentação. Com efeito, tal estratégia tem, entre outras perspectivas de transformação substantiva no sistema de saúde, a responsabilidade de equilibrar a histórica tendência assistencial dos sistemas de saúde. Assim, deve ser assegurada na rede integrada a efetiva presença das ações de vigilância em saúde, o que marca mudanças no sentido de orientar o planejamento das ações de saúde a partir da análise de indicadores de saúde e de organização das ações e práticas sanitárias. Busca-se, assim, a integração dos saberes e práticas da clínica com aqueles da vigilância e da promoção à saúde. Organiza-se, dessa forma, a produção de saúde em dado espaço e população, a partir da articulação, coordenação e integração das ações e serviços da Atenção Básica, da promoção da saúde e da vigilância em saúde, facilitando o desenvolvimento da integralidade da atenção. Desdobramentos desejáveis de tal integração são o desenvolvimento e implantação de protocolos de melhores práticas para equipes de SF e a abordagem integral das doenças crônicas e degenerativas, como hipertensão arterial, diabetes, asma, obesidade, entre outras.

A inserção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na SF também constitui aspecto a ser valorizado dentro dos objetivos de qualificação das equipes de Atenção Básica.




## 5

## ESTÍMULO À FORMAÇÃO e educação permanente

A parceria entre o DAB e a Secretaria de Gestão do Trabalho/MS (SGETES) é histórica e deve ser cada vez mais fortalecida. Duas iniciativas recentes originadas nessa última devem ser destacadas como fortes fatores para o cumprimento da di-

retriz de número cinco (estímulo à formação e educação permanente). São elas: a Universidade Aberta do SUS e o Telessaúde.

A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) constitui em uma estratégia de intervenção conjunta entre instituições acadêmicas e serviços de saúde, visando responder a necessidades de formação dos profissionais do SUS. Tem metas ambiciosas a alcançar, postulando-se a oferta de Curso de Especialização em Saúde da Família para 52 mil profissionais, além de capacitação em gestão para mais de que o dobro disso. A UNA-SUS tem entre seus objetivos o desenvolvimento e a utilização de metodologias e conteúdos inovadores, sem embargo de sua adaptação ao contexto social e cultural de cada aluno, de forma diferente do que é a prática tradicional das universidades. A passagem da forma presencial para aquela mediada por novas tecnologias, como a proposta da UNA-SUS oferece, tem como premissa a observação de que de pouco adianta o avanço tecnológico oferecer novas possibilidades se não for possível evoluir na maneira de pensar o processo de ensino-aprendizagem.

*O Programa Nacional Telessaúde é uma proposta de teleducação combinada com a teleassistência voltada para o apoio à Atenção Básica à saúde no Brasil.*

O Programa Nacional Telessaúde é uma proposta de teleducação combinada com a teleassistência voltada para o apoio à Atenção Básica à saúde no Brasil, tendo como objetivo a qualificação das equipes de Saúde da Família, por meio da utilização de tecnologias de informação e comunicação, melhorando a resolubilidade na Atenção Básica do SUS. Seu foco de ação prioritário são as zonas remotas, isoladas e marginais no País. O programa deriva de uma série substancial de parcerias institucionais, que in-





cluem os Ministérios da Saúde, Educação, Ciência e Tecnologia, Comunicações, Defesa, Casa Civil e ainda o Conselho Federal de Medicina, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunitária, além de diversas universidades.

Está prevista a abertura de 900 pontos de Telessaúde no País, sendo que 32 destes já estão em funcionamento. Nove núcleos serão localizados em universidades, nos estados do AM, CE, PE, GO, MG, RJ, SP, SC e RS. A proposta é de que cada um desses núcleos terá 100 pontos instalados nas Unidades de Saúde da Família, contemplando assim em torno de 2,7 mil equipes, beneficiando aproximadamente 11 milhões de pessoas. O Telessaúde está sendo implantado mediante articulação política com os estados e municípios selecionados, com participação dos respectivos Cosems. Os benefícios do Telessaúde no fortalecimento da Atenção Básica parecem inquestionáveis e isso é confirmado por uma avaliação piloto realizada em 33 municípios das regiões norte e nordeste de Minas Gerais.

De forma adicional a essas iniciativas, o DAB realiza estudos para concessão de incentivos financeiros aos municípios que tiverem entre seus quadros vinculados à ESF especialistas em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade, bem como de disponibilizar apoio material e cooperação técnica a centros formadores nacionais envolvidos com a ESF.

Em síntese, o DAB busca, de forma coerente com o momento atual do SUS, uma inserção diferenciada no panorama da gestão da saúde. E nesse momento se tem por um lado os percalços crônicos e já conhecidos, particularmente nos campos do financiamento escasso e das resistências às mudanças nos modelos de gestão e de atenção, por outro está permeado de oportunidades, entre elas – mais significativa – a amplitude da expansão da Estratégia de Saúde da Família, evento sem precedentes históricos no Brasil.

Importa também lembrar que boa parte do conteúdo das cinco diretrizes da Atenção Básica, em termos, por exemplo, de promoção de reconhecimento social, de proposições criativas no trato com os recursos públicos, no desenvolvimento de instrumentos de gestão, na qualificação da estratégia e das pessoas que nela militam, pode ter no DAB um agente propulsor e incentivador, mas sua origem muitas vezes se situa justamente onde seria mais lógico esperar, ou seja, nos municípios e nos estados.

O DAB deve ter consciência de sua missão de captar essas experiências, analisá-las e abrir caminhos para que elas sejam conhecidas por todos os gestores e praticantes da Atenção Básica, de forma que possam provocar, de fato, mudanças no panorama da atenção à saúde no Brasil, rompendo com a fragmentação e a não coordenação históricas. ■

# OBAMA e a Saúde da Família



Por **Flavio Goulart***

A saúde nos Estados Unidos é a mais cara do mundo, com um gasto superior a dois bilhões de dólares ao ano. Mesmo assim, 45 milhões de pessoas não têm nenhuma proteção, pois lá – diferentemente do Brasil – a saúde não é um direito, mas sim um bem de mercado. E há muitos que pagam por isso com a própria vida...

O presidente Barack Obama prometeu, desde sua campanha eleitoral do ano passado, uma reforma do sistema de saúde, que agora parece dar seus primeiros passos. Há poucos dias começou oficialmente esse processo, determinando que uma comissão nacional, incluindo o setor privado, comece a desenvolver planos capazes de satisfazer consumidores e empresários. Obama sabe que tentativas anteriores no mesmo sentido, inclusive a última capitaneada por Hillary Clinton no início do governo de seu marido, fracassaram estrondosamente.

Ele tem sido muito cauteloso e nunca chegou a prometer uma cobertura universal completa, mas parece querer privilegiar pelo menos os 45 milhões de norte-americanos que não dispõem de qualquer proteção, por carecerem de condições para pagar um seguro de saúde, que



é a base do sistema de lá.

No entanto, precisará ter muita habilidade política, pois a disputa pela saúde nos Estados Unidos é muito forte e muito rica: só o governo federal gasta mais de 700 bilhões de dólares, 24% do orçamento anual do país, nos programas destinados aos mais pobres e idosos, o que corresponde a quase metade dos gastos totais em saúde do país.

Lá, segundo a Organização Mundial de Saúde, investe-se cerca de US$ 2.862 anuais por cidadão com a saúde, cifra mais de dez vezes superior à brasileira. Mesmo assim, 45 milhões de pessoas ficam de fora do sistema, sem qualquer chance de inclusão.

Além de não se constituir em um direito de todos os cidadãos, a saúde nos Estados Unidos peca por diversas distorções. Por exemplo, aquilo que o jornal *The New York Times* denomina de "cobertura de saúde no estilo faça você mesmo". As pessoas cada vez mais procuram centros médicos de caridade, buscam remédios naturais e acupuntura, evitam insistentemente visitar consultórios médicos, a não ser em casos muito especiais.

Nasceu assim um sistema de saúde paralelo, para aquelas muitas pessoas que não podem pagar, cuja atenção médica está concentrada em algumas unidades públicas de emergência – as únicas à disposição de tal população – e que remetem os paciente ao seguro privado tão logo eles superem as crises agudas.

Obama tem muita luta pela frente se quiser realmente modificar essa situação. Dificilmente fugirá de alguns princípios de organização de sistemas de saúde, tais como: resposta e solução de cada novo problema ou necessidade em saúde; atenção e cuidado personalizados ao longo do tempo; abordagem por territórios; capacidade de dar resposta a todos os problemas de saúde, seja resolvendo-os, seja encaminhando-os a outro nível; equipes multidisciplinares em todos os pontos de uma rede; visitas domiciliares e personalização do cuidado etc. Tudo isso com alcance para todos e sob condução estatal.

Bom... isso tem nome: chama-se sistema de saúde centrado na atenção básica e nós já o conhecemos por aqui, pois o SUS, com a Estratégia de Saúde da Família, espelha-se em algo assim. Os Estados Unidos se curvam diante do Brasil – não é à toa que Obama parece tão encantado com seu colega presidente brasileiro. ■

---

***** Doutor em Saúde Pública






# MÉDICO DE FAMÍLIA

## Alberto Nicolau Raick

Alberto Nicolau Raick, 75, é médico da Unidade de Saúde da Família do Lago Oeste, Regional de Sobradinho, Distrito Federal, desde 1999. Sua trajetória profissional é fora do comum. Foi professor de Patologia na *Temple University* (*Philadelphia* – USA), *Toronto University* (Canadá), na Universidade Federal de Minas Gerais e também na Universidade de Brasília, tendo participado da formação de mais de uma geração de médicos. Realizou estudos de pós-graduação nos Estados Unidos e no Canadá. Aposentou-se em 1997 pela UnB e, como não queria ficar ocioso, teve que optar entre o concurso de Patologista no Hospital Regional de Taguatinga/DF, para o qual tinha sido aprovado, e a abertura de novos horizontes e desafios como médico do Programa Saúde da Família (PSF). Ficou com a segunda opção e não tem, até hoje, o mínimo arrependimento disso, muito ao contrário. O Dr. Raick, de ascendência libanesa, nasceu na Ilha do Marajó, estudou em Belém e no Rio de Janeiro e formou-se em Medicina na antiga Universidade do Estado da Guanabara (atual Uerj) em 1959. Saiba um pouco mais sobre sua trajetória, suas ideias e as lições que a Saúde da Família lhe ensinou nas linhas abaixo.



*RBSF: Fale um pouco sobre seu ambiente de trabalho e sua prática de médico de Família no Lago Oeste.*

**Alberto Raick:** O Lago Oeste é um bairro de chácaras, situado a vinte e poucos km do Plano Piloto, em Brasília. Os donos dos terrenos são pessoas de classe média, que passam fins de semana e alguns até residem, mas a clientela da nossa unidade é formada basicamente pelos caseiros, serviçais e suas famílias, além de pessoas da zona rural mais próxima. Além desse núcleo, existe outro chamado Basevi, antigo acampamento de uma construtora, onde as famílias ocuparam terrenos e hoje têm lá suas casas. Estes aí são prestadores de serviços, carpinteiros, pedreiros e trabalham em Brasília, diferentemente dos usuários do Lago Oeste. E demonstram ser mais organizados e reivindicativos também, por serem pessoas fixadas ao local onde moram, ao contrário dos outros, que têm rotatividade maior em seus empregos. São cerca de 1.900 famílias sob nossa responsabilidade, todas cadastradas. Os agentes comunitários de saúde (ACS) têm instruções de identificar e cadastrar cada nova família que chega ao setor, o que acontece com relativa frequência. Nossa equipe está hoje completa, mas já passamos por muitas dificuldades, inclusive de pessoal. Temos enfermeira, auxiliares, ACS, pessoal de serviços gerais e também uma equipe de Saúde Bucal completa. São pessoas eficientes e dedicadas, muito bem aceitas pela comunidade. É gratificante trabalhar com eles.

*Eu acho que a Atenção Primária à Saúde tem um componente importante que toca o espírito humanitário das pessoas.*

*RBSF: O que o levou à Saúde da Família?*

**Alberto Raick:** Para dizer a verdade, em toda a minha carreira de professor e patologista, jamais havia pensado nisso. Eu tive uma formação muito voltada para a ciência. Queria ser químico e acabei virando médico. Ao me formar, pensei em fazer cirurgia, mas logo cheguei à conclusão que para isso eu precisava de uma formação mais sólida em anatomia e, principalmente, em patologia.




***Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica Saúde Rural Família Saudável***

Foi assim que entrei nesse campo, onde fiquei por mais de 40 anos. Sempre alguém me dizia que eu deveria abrir um consultório, pois, afinal de contas, minha formação de patologista me daria cancha para fazer clínica de forma adequada, mas nunca cheguei a me animar com isso. Até que, um dia, depois de me aposentar pela UnB, ouvi falar do Programa Saúde em Casa (o antigo nome da eSF – equipe de Saúde da Família, em Brasília) e resolvi me candidatar, abrindo mão de uma vaga para a qual havia sido aprovado em concurso, para o Setor de Patologia no Hospital de Taguatinga, aqui no DF. Foi uma atitude de "virar a página" mesmo... Eu fui para o Programa Saúde em Casa porque queria fazer medicina de forma integral, em primeiro lugar, fora do retalhamento em pedaços do paciente, como vejo em toda parte. Queria também ajudar as pessoas, claro, mas no fundo tinha uma enorme curiosidade a respeito daquilo, que para mim era novidade. Aliás, quero deixar bem claro: eu não sou alguém que está começando uma carreira; ao contrário, com 75 anos de idade, estou é terminando. E quero fazer isso da melhor maneira possível!



*RBSF: Como o senhor explica uma mudança de rumos tão radical – de professor de patologia a médico de Família?*

**Alberto Raick:** Até que não foi tão radical assim... Eu sempre entendi o patologista como um membro verdadeiro da equipe médica. Eu nunca deixei de me sentir médico. Minha prática profissional sempre incluiu a organização de sessões anatomoclínicas, onde patologistas e clínicos interagem intensamente, com muito aprendizado recíproco. E eu sempre participei delas com muito gosto, até por considerá-las um ambiente destacado de aprendizado. E foram mais de 40 anos nessa vida. Quando optei pela Saúde da Família, eu me sentia



preparado para tanto. E me sinto até hoje.

*RBSF: Foi uma opção mais racional ou emocional?*

**Alberto Raick:** Um pouco de cada coisa... Eu acho que a Atenção Primária à Saúde tem um componente importante que toca o espírito humanitário das pessoas. É o lado de ajudar os outros, dar força para as pessoas superarem seus problemas de saúde, tão mal resolvidos pela medicina especializada e tecnológica que nós temos hoje em dia. Mas, por outro lado, eu considero essa opção como a mais racional, a única capaz de mudar substancialmente os defeitos históricos do sistema de saúde.

*RBSF: Defeitos? Por exemplo...*

**Alberto Raick:** Para mim, o principal deles é fazer esta medicina de pedaços. Isso é terrível, só leva ao retalhamento dos pacientes, e não à compreensão e à resolução real de seus problemas. Hoje há especialistas até em arritmias cardíacas, veja só... Alguém tem que juntar esses pedaços e aqui entra o médico de Família. Para fazer as coisas no atacado e não mais no varejo! Mas não é para qualquer um: tem que estar preparado para tanto, tem que ter disposição para romper com as ideias antigas da medicina e superá-las com novas maneiras de fazer as coisas.

*RBSF: Como vê a prática da ESF hoje e como se sente na condição de médico de Família?*

**Alberto Raick:** A saúde das pessoas é fundamental na sociedade. Parece óbvio, não é? Desde os tempos de Alexandre Magno, havia um tanto de médicos para cuidar das tropas que andaram por meio mundo e foi assim que ele foi muito bem sucedido. Acho que, além da fragmentação de que falei antes, do despreparo dos profissionais, temos outras coisas que preocupam, uma visão limitada do que é Atenção Básica, por

*Eu fui para o Programa Saúde da Família porque queria fazer medicina de forma integral, em primeiro lugar, fora do retalhamento em pedaços do paciente, como vejo em toda parte. Queria também ajudar as pessoas.*




***Equipe Saúde da Família da Unidade Básica Saúde Rural Família Saudável***

exemplo. O que vejo hoje é o foco muito centrado em promoção e prevenção. É claro que isso é importante, mas vale muito pouco se não houver atenção curativa, de qualidade. Penso que isso tem sido um desvio muito grande, aqui no DF inclusive. É só ver a produtividade de muitas equipes. Alguns médicos não passam de cinco atendimentos, em média, ao dia. Eu atendo normalmente de 20 a 25 pessoas, já atendi até mais de 40 e acho que isso faz parte de meu trabalho, que não deixa de lado a prevenção e a promoção da saúde, mas oferece às pessoas o que elas mais precisam naquele momento em que nos procuram: a atenção curativa. As autoridades de saúde precisam estar atentas a isso. Esse preventivismo radical está na contramão dos verdadeiros objetivos da Saúde da Família e acaba por desmoralizar a estratégia.

*RBSF: Sua vivência de infância e juventude no interior da Amazônia influenciou sua decisão? O que o senhor trouxe de lá?*

**Alberto Raick:** Eu fui criado numa pequena cidade da Ilha de Marajá, no Pará, chamada Afuá. Cansei de ver as pessoas padecerem e morrerem por falta de assistência médica. Você não imagina o que era aquilo há 60 ou 70 anos! Eram dias e dias de montaria, de canoa até encontrar um médico, ou mesmo vacinas e medicamentos. E aquela figura antiga do médico de Família, do jeito que funcionava, também não me convence. Eles eram muito poucos, trabalhavam de forma privada e não atendiam nem uma migalha das verdadeiras necessidades da sociedade. A solução está em um programa público mesmo. Também no Pará, assisti ao nascimento de uma bela experiência de prestação de cuidados de saúde no âmbito do serviço público: o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), hoje Fundação Nacional de Saúde (Funasa). No tempo em que ninguém falava em Atenção Primária, uso da epidemiologia ou cobertura por território, eles já faziam tudo isso. Aliás, meu primeiro emprego depois de formado teria sido na Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) se não fosse desviado para a carreira uni-

*Trabalhar na Atenção Básica não é coisa para principiantes.*



versitária. Mas, sem dúvida, ter vivido em Afuá, uma cidade tão pequena e remota, influenciou minhas preocupações com a saúde das pessoas, com a necessidade de ela realmente alcançar a todos, independentemente de classe, moradia, raça etc.

*RBSF: O senhor acha de fato que a Atenção Básica tem condições de ser estruturante em relação ao sistema de saúde como um todo, como está no Pacto pela Saúde e em outros documentos oficiais?*

**Alberto Raick:** Aí a coisa complica. Tem que ser, talvez um dia seja... Mas até lá há um longo caminho, muito longo mesmo... Veja bem: o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não definiu completamente qual o modelo de saúde vai adotar. O da medicina de pedaços? Este é o que domina em toda parte... Tem que existir, sim, uma Atenção Básica vigorosa, com capacidade de vigilância, inclusive sobre as outras partes do sistema. Mas ela não pode ser composta apenas pela prevenção e promoção da saúde – ela tem que ser muito mais do que isso! Mas também não podemos criar dois sistemas separados, um de prevenção e promoção, outro de cura. Se a Atenção Básica se restringir a apenas um dos lados da fórmula, ela se estiola. O Ministério da Saúde e os gestores em geral têm que ser mais incisivos nisso. Veja, por exemplo, o velho tema da referência e contrarreferência dentro do sistema de saúde. Em todos estes anos no PSF eu só vi a primeira parte acontecer, nunca vi a tal da "contrarreferência". Um sistema de Atenção Básica sem esse componente não vai funcionar... E no sistema de saúde que temos não existe retaguarda, essa é a verdade. Os especialistas têm que estar a serviço dos praticantes da Atenção Básica, e não de seus equipamentos e dos privilégios que ainda detêm no SUS. Tem que quebrar o papel do hospital também, pois essa instituição é poderosa demais, inclusive na imaginação dos pacientes. Para mim, um bom sistema de saúde é aquele que resolve problemas, nada mais. Tem que resolver os problemas dos pacientes, portanto. Não adianta ficar só pensando, medindo, mandando fazer exercícios e dieta – as pessoas querem e realmente precisam de mais do que isso! E para finalizar: é preciso ter gente não só muito motivada, como também muitíssimo bem treinada, para trabalhar na Atenção Básica. Não é coisa para principiantes...



*Os especialistas têm que estar a serviço dos praticantes da Atenção Básica, e não de seus equipamentos e dos privilégios que ainda detêm no SUS.*



# RAIO-X



1 - **PARA SER BOM, MEU TRABALHO PRECISA DE:** ampliação da minha equipe e maior integração da Atenção Básica com a Atenção Especializada

2 - **FUNDAMENTAL NESTA PROFISSÃO É:** bom preparo técnico, experiência, gostar de cuidar de gente

3 - **UM PACIENTE/ATENDIMENTO/MOMENTO MARCANTE FOI:** o prazer e a alegria de ver pacientes com problemas graves serem tratados e se recuperarem

4 - **UM IDEAL:** ver um dia nosso sistema de saúde ter cobertura total da população, com qualidade e eficácia de suas ações, com a burocracia reduzida ao mínimo necessário...

5 - **UM LEMA:** a medicina só é de qualidade se é feita com humanidade

6 - **UM DESAFIO:** os problemas de saúde pública e de educação serem resolvidos no País

7 - **PARA SER FELIZ:** cumprir nosso dever, de forma satisfatória, eficaz, solidária e humana

8 - **SE NÃO FOSSE MÉDICO (OU ENFERMEIRO, DENTISTA ETC.), SERIA:** jurista ou político

9 - **UM ATENDIMENTO ESPECIAL NECESSITA DE:** todos os pacientes que atendo são especiais para mim e merecem atenção integral e todo o cuidado necessário

10 - **UM SONHO REALIZADO FOI:** conseguir ser admitido no seleto grupo de patologia do prof. Maclure, da antiga Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, no Rio (hoje UFRJ)

11 - **TRÊS COISAS ESSENCIAIS:** inteligência, diligência e seriedade no que se faz

12 - **UMA INSPIRAÇÃO/MOTIVAÇÃO:** conquistar os sonhos, disciplinar a mente

13 - **UMA ALEGRIA PROFISSIONAL:** ver ex-alunos exercerem com brilhantismo a medicina

14 - **UMA CHATEAÇÃO:** burocracia em demasia e barreiras culturais que precisamos transpor no nosso cotidiano

15 - **UM OBSTÁCULO:** a escassez de tempo

16 - **DAQUI A DEZ ANOS ESTAREI:** certamente no descanso eterno...

17 - **O MELHOR DA PROFISSÃO É:** servir ao próximo e entender os mecanismos das doenças

18 - **SAÚDE DA FAMÍLIA É:** uma nova realidade, mas que ainda precisa ser mais bem entendida e concluída

19 - **FINALIZANDO, UM CONSELHO...** Estude e trabalhe com a alegria de estar vivo!

Há gente que sorri todo o tempo; há os que não sorriem nunca; os que sorriem quando querem chorar; os que sorriem de alegria. Mas há também quem não pode sorrir porque está privado de fazê-lo, por lhe faltarem os dentes. Não sorrir por falta de dentes é como se furtasse da pessoa também a confiança, a autoestima e o amor próprio. Para essas pessoas privar-se e a quem as ama de um sorriso é como um ato de violência. Em Apucarana, no Paraná, tem gente que quer reverter essa triste situação...

# SAÚDE BUCAL e ação intersetorial fazem Apucarana sorrir



Apucarana é uma cidade média da região de Londrina, interior do Paraná, tem um pouco mais de 115 mil habitantes e é de lá que, há três anos, uma experiência peculiar vem chamando a atenção das cidades vizinhas e de especialistas em saúde. Desde 2006 que a cidade trabalha de forma preventiva a saúde bucal dos alunos do Ensino Infantil e Fundamental em suas 37 escolas municipais.

Quase dez mil crianças são acompanhadas pelos projetos Aluno Bom de Boca, Gincana Sorriso Cidadã e o Saúde Bucal Legal nos Centros Municipais de Educação Infantil (Sabulec). Esses projetos foram idealizados por

Adriana Prestes Palú, diretora do Departamento de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde, Elizabeth Corrêa de Souza, coordenadora do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Simone Regina Jost, coordenadora pedagógica da Secretaria de Desenvolvimento Humano (Educação) de Apucarana. Essas iniciativas fazem parte do programa da prefeitura municipal que visa usar ferramentas intersetoriais para a promoção da saúde bucal na cidade.



O que difere esses programas de outros é o seu caráter intersetorial e o fato de todas as escolas públicas apucaranenses funcionarem em período integral. Aproveitando dessa peculiaridade, as responsáveis pelo projeto deram os contornos a iniciativas orientadas pelo Departamento de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde.

O projeto Aluno Bom de Boca é gestado durante o mês de março de cada ano, quando é realizado um levantamento das doenças bucais mais comuns atendidas pelas equipes de Saúde Bucal no município e em seu entorno rural, os procedimentos realizados e as necessidades de cada aluno e de suas escolas, de maneira geral. Em setembro, foi realizada a segunda etapa do processo com novos exames clínicos comparativos, executado pelos mesmos profissionais e nas mesmas condições do realizado em março. Os alunos que se mantiveram sem cáries e que não se submeteram a quaisquer outros procedimentos curativos odontológicos durante esse período foram listados e receberam o honroso título de "Aluno Bom de Boca".

Segundo Adriana Prestes Palú, o fato de as escolas municipais funcionarem em período integral favorece, e muito, as iniciativas de promoção à saúde bucal entre os alunos da rede pública. "As crianças passam o dia inteiro dentro das escolas e dessa forma é mais provável que iniciativas desse tipo tenham resultados mais eficientes porque são observadas, mas isso não quer dizer que não possam desenvolver nenhum tipo de doença bucal porque não podemos controlar o que eles fazem em suas casas, quais são seus hábitos de alimentação e higiene e os costumes de suas famílias", diz.

O prefeito da cidade, João Carlos de Oliveira, fala que os programas oferecidos pelo Departamento de Odontologia e pelas equipes de Saúde Bucal são importantes, pois priorizam as crianças pobres, já que são executados em escolas da rede municipal de ensino. "Esse trabalho desenvolvido no município, encabeçado por Adriana Prestes Palú, é importante porque é realizado em escolas públicas, onde há mais pessoas pobres que não podem buscar assistência privada. A população se sente valorizada já que o que se oferece aqui vai ao encontro das necessidades do povo", diz o prefeito.

Outra iniciativa sem-

pre aguardada pelas crianças é a Gincana Sorriso Cidadão, uma união entre a Secretaria Municipal de Saúde, equipes de Saúde Bucal, Secretaria de Desenvolvimento Humano e o 30º Batalhão de Infantaria Motorizada do Exército, que tem como lema a prevenção das doenças bucodentais como exercício de cidadania. Anualmente as ESB elegem uma temática a ser adotada na capacitação dos professores da rede municipal acerca de prevenção e promoção da saúde bucal. A gincana é realizada em duas etapas: a regional e a final. As 37 escolas municipais da cidade são divididas em seis polos distintos, e cada um realiza a primeira etapa da atividade. Naturalmente que todas as provas versam sobre a temática de prevenção e promoção da saúde bucal: paródia musical, jogos culturais, atividades físicas e esportivas e a prova de escovação. Na fase final os alunos vencedores das etapas regionais repetem os testes na sede do 30º batalhão e as escolas finalistas são premiadas e têm seus trabalhos reconhecidos e legitimados por toda a comunidade.




*Alunos aprendem a cuidar dos dentes e se divertem na Gincana Sorriso Cidadão*

## O poder do simbólico

A parceria do Exército é na verdade bem pragmática, pois sua única contribuição, de fato, é o empréstimo de suas instalações para a realização do evento. Porém, é no poder da simbologia que essa parceria finca raízes mais profundas no subconsciente da comunidade escolar. Todos esperam pelo momento em que irão às instalações do 30º Batalhão de Infantaria Motorizada para a parte final da gincana. "A melhor parte é quando vamos ao batalhão, é muito legal e todo mundo torce por suas escolas", diz o menino Caio, da segunda série da escola municipal João Batista.

A gincana é só o ápice de um programa anual de promoção à saúde bucal que também contempla as crianças menores. É o projeto Sabulec, desenvolvido para os centros de educação infantil, Cemei. Nessa iniciativa, o teatro de fantoches é a ferramenta que hipnotiza os pequenos e os condiciona, desde cedo, ao cuidado com a saúde da boca. Após cada apresentação para os alunos e orientação aos professores, tudo que foi dramatizado e dito pelos bonecos de pano é posto em prática: as crianças fazem a profilaxia bucal assistidas por técnicos em higiene dental, assistentes

de cirurgião-dentista e todo o trabalho é coordenado e acompanhado por um cirurgião-dentista.

Para Adriana Prestes Palú, criar alunos multiplicadores de bons hábitos de higiene bucal é o foco das 17 ESB de Apucarana e o objetivo dos parceiros na execução dos projetos em curso na cidade. “Queríamos municiar as crianças das escolas com informações sobre cuidados com a saúde da boca e, mais ainda, estimulamos que elas ajam como multiplicadores de informação, de modo que entendam a saúde bucal como um direito e que a busquem por meio de uma Unidade Básica de Saúde ou de uma escola. Isso é o verdadeiro exercício de cidadania.

## DIGA NÃO à violência de não sorrir!

Todos os anos o Departamento de Odontologia da SMS de Apucarana em conjunto com a Secretaria de Desenvolvimento Humano propõem uma temática distinta para um concurso de desenho e redação sobre saúde bucal realizado nas 37 escolas municipais apucaranenses. Escolhido o tema, o Departamento de Odontologia da SMS elabora uma cartilha sobre o assunto e esse material é distribuído aos professores das escolas da rede municipal que as usam como apoio técnico. Cabe às equipes de Saúde Bucal a capacitação dos professores para que o assunto seja discutido em sala de aula dentro de um contexto adequado pedagogicamente. Os alunos de Educação Infantil concorrem com desenhos e os do Ensino Fundamental com produção de texto de qualquer gênero. Essa atividade é realizada em três fases e os finalistas participam de cerimônia solene com o prefeito e personalidades locais. Os prêmios são doados pela iniciativa privada e pela comunidade. O último concurso teve como tema “Diga não à violência de não sorrir”.

Independentemente das atividades ou concursos estimulados pelos parceiros dos projetos de saúde bucal, todas as escolas da rede municipal são visitadas semanalmente por um técnico em higiene dental, que ensina e auxilia as crianças a fazerem bochechos com flúor, e mensalmente todas elas recebem a visita de um dentista. A comunidade escolar participa ativamente dos projetos desenvolvidos pelo Departamento de Odontologia e pelas equipes de Saúde Bucal. “A comunidade escolar foi se apropriando do nosso sonho”, revela Adriana Prestes Palú.

Em 2008, segundo dados da SMS, o programa de bochecho semanal de flúor chegou à marca de 56.366 bochechos assistidos, foi registrado também um decréscimo de 13% no número de procedimentos clínicos individuais graças à intensificação das atividades preventivas realizadas pelo Departamento de Odontologia junto às escolas e à comunidade. Desde 2008, Apucarana conta um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Há gente de todo o tipo: há os que sorriem o tempo inteiro, há os que não sorriem nunca, os que sorriem quando querem chorar, os que sorriem de alegria, mas há quem não pode sorrir porque está privado de fazê-lo, não sorriem porque não têm dentes, não sorriem porque se lhe faltam alguns dentes é como se lhe furtassem também a confiança, a autoestima e o amor próprio. Para essas pessoas privar-se e a que as ama de um sorriso é sim um ato de violência. ■

---

**A SMS de Apucarana fica na Rua Miguel Simeão, 69, Centro – Apucarana-PR**
**CEP: 86800-260**
**Tel.: (43) 3422-5888**
**Fax: (43) 3422-7482**
**e-mail: smsapu@pr.gov.br**

A Estratégia de Saúde da Família vem desempenhando, no Brasil, um papel inédito: integrar e viabilizar o resultado de diferentes políticas públicas. Do município de Petrópolis-RJ nos vem um belo exemplo de integração entre duas políticas nacionais fundamentais: Saúde da Família e Promoção da Saúde

# ELIMINANDO QUILOS no Coppa



*Comunidade do bairro Cascatinha, de Petrópolis, Rio de Janeiro.*

Amizade, carinho, bons papos, caminhada, ginástica e mudança quase total de hábitos são fatores que unem os participantes do grupo Coppa (Controle da Obesidade e Prevenção de Patologias Associadas). A animação é tão grande que parece torcida de time. Cada um que chega pelo estreito corredor recebe aplausos e palavras de estímulo. Acolhimento é a palavra de ordem e assim quilos e mais quilos são eliminados.

## Trabalho em equipe e multidisciplinar

Criado há dois anos, o Coppa tem na multidisciplinaridade um aliado forte. Nutricionista, enfermeira, psicóloga, preparador físico, agentes comunitários de saúde, médica e alunos das áreas afins juntam seus saberes e esforços com o propósito: de atender a população obesa do Bairro Cascatinha, em Petrópolis (Rio de Janeiro). "Como a obesidade é multifatorial, tendo várias causas, tratamentos e complicações, optamos por um projeto multidisciplinar. Talvez apenas um profissional não consiga explorar todas as faces do problema. Além disso, uma equipe multifuncional traz resultados mais efetivos para a população, profissionais e estudantes da área da saúde", analisa a nutricionista Brigitte Olichon, uma das idealizadoras do grupo.

Os encontros acontecem todas as quintas-feiras, à tarde, no Ambulatório Escola, localizado no Bairro Cascatinha, e a população atendida é composta basicamente de mulheres, na faixa etária dos 45 anos de idade e que moram nas proximidades. Na média, 25 pessoas participam por dia.

Inicialmente a divulgação do trabalho era feita apenas no próprio ambulatório e nas unidades Saúde da Família, por meio da sensibilização dos profissionais que atendiam a comunidade. Hoje em dia, o sucesso do Coppa é tão grande que a difusão se dá pelo "boca a boca" entre os participantes e, é claro, pelas as silhuetas visivelmente mais



*Enfermeira Lumena Motta ajuda a prevenir a hipertensão*

esbeltas e sadias.

A enfermeira Regina Bosio, gerente do ambulatório, explica que o tema da obesidade nasceu da constatação de que os pacientes procuram atendimento médico quando estão já em processo avançado de sua patologia, principalmente com as complicações da hipertensão e diabetes, o que dificulta e encarece o tratamento, além de possuírem dificuldades em aderi-lo, sobretudo quanto à dieta. Acontece também que muitos indivíduos obesos não buscam atendimento médico na prevenção dessas patologias, fortemente associadas ao seu estado físico. "Tudo isso foi observado pelos profissionais do ambulatório e das Unidades Básicas de Saúde próximas. Então surgiu a ideia de criar um grupo de apoio multidisciplinar, de ação dinâmica e pedagógica", diz Bosio.

## Cumplicidade e alegria sem perder o foco

O trabalho realizado no Coppa é tão forte que é uma festa quando cada um chega. A mulherada brinca logo. O único representante masculino do grupo já está 12 quilos mais magro. Salvador Armando Neto, 47, baniu da alimentação refrigerantes, doces e café. "Nem pensar!" – diz ele. Ansioso, diabético e hipertenso, resolveu aderir ao programa. "Sozinho eu vivia o 'efeito sanfona', emagrecia e engordava novamente. Com o grupo se tem incentivo. A gente vibra com a vitória e as broncas são afetivas", analisa Salvador.

Segundo a enfermeira Lumena Motta, a dinâmica prevê encontros semanais, com um cronograma de atividades preestabelecidas e distribuídas entre os diversos olhares. "Iniciamos os encontros com a mensuração de peso na balança digital, da circunferência abdominal, aferição de glicemia capilar e pressão arterial. Cada participante tem duas fichas: uma que fica conosco e outra que fica com o participante, para que ele acompanhe seu progresso. São estipuladas algumas metas iniciais quanto ao peso e ao Índice de Massa Corporal (IMC), prevendo uma perda de 10%, que é o preconizado para a melhoria de cerca de 50% nos riscos para o desenvolvimento (ou agravamento) da hipertensão e diabetes. Aos participantes é fornecido um cardápio simples e saudável, sem indicação calórica".

Depois desse primeiro momento, acontece a dinâmica do dia, que pode ser uma oficina de alimentos, uma palestra, um jogo, uma atividade física, um filme ou uma reflexão em grupo. "Ao final da dinâmica, sempre abrimos para dúvidas, perguntas, congratulações com aqueles que conseguiram resultados na semana ou apresentação de novos integrantes. Neste ano estamos contando também com a participação voluntária de um preparador físico e uma psicóloga", diz Brigitte.

## Enfrentando a resistência e a mudança de hábitos

O encontro do Coppa dura cerca de duas horas e meia, mas o esforço pessoal dos seus



*Estagiárias de nutrição participam do programa de combate à obesidade*

integrantes continua além, no cotidiano. A mudança nos hábitos alimentares é o lema dos envolvidos na disputa com a balança e com a saúde e influencia na alimentação de toda a família. Rosinéia dos Santos Silva, 38, aderiu ao projeto em 2007 e continua apoiando os colegas. “Eu comia errado, fora de horário e com muito intervalo entre as refeições, além de adorar doce e frituras. Estou mudando tudo lá em casa. Além de mim, meu marido e meus filhos estão aprendendo a comer direito. Hoje, por exemplo, eu faço arroz-doce com leite desnatado e adoçante”, ensina.

Mesmo com a resistência inicial e alguns boicotes familiares, os integrantes do Coppa garantem que estão mais felizes e se sentem mais saudáveis com a reeducação alimentar. Não é só uma questão de perder peso, as pessoas ganham autoestima. “Fiquei mais alegre e comunicativa depois que comecei a participar das reuniões. Estou mais confiante. As colegas dão apoio e torcem pelo nosso sucesso. Agora eu até danço forró. Antes vivia com vergonha e fechada em casa. E tudo isso sem remédio”, comemora a costureira Andréa Gomes Fernandes, 38, que já emagreceu 23 quilos.

O programa se desenvolve por etapas e são estabelecidas pequenas metas de perda de peso até se chegar ao objetivo final, a conquista do peso ideal atribuído pelo participante. Muitos dos integrantes do Coppa já atingiram suas metas iniciais e permanecem no grupo, tendo estabelecido novas metas; outros se desligaram para dar espaço a novos colegas. Todos afirmam que, mais do que o acompanhamento semanal, o apoio do grupo e a amizade são fundamentais para o alcance das metas.

## A consciência influenciando na melhoria da saúde

A médica de família Maria Ângela Gazanego Pontes confirma que a partir do trabalho de reeducação alimentar e conscientização a saúde geral tem melhorado. “O tratamento de doenças do estômago, hipertensão, diabetes está mais fácil para aqueles que aderiram ao Coppa. A junção da medicina com a nutrição melhora a terapêutica e a visão do todo”.

Sem dúvida, objetivos iniciais de favorecer a adesão ao tratamento e a captação de pacientes silenciosamente já

## O prazer de comer bem com menos calorias

Nas oficinas de culinária, uma das atividades preferidas pelos participantes do COPPA, eles aprendem a preparar pratos e sobremesas de modo menos calórico. Na véspera da Páscoa, por exemplo, os alunos fizeram uma mousse de chocolate light com apenas 29 kcal, cerca de 10% do valor calórico de uma tradicional. Outra receita muito apreciada é a batata frita de forno, que apresenta 162 calorias a porção, contra as 400 calorias da receita comum. Anote aí:

Corte as batatas em formato de “palitos” e ferva durante cinco minutos com um pouco de sal. Escorra e ponha no tabuleiro. Regue com azeite de oliva extravirgem. Asse durante 45 minutos no forno, virando até dourar. Está pronta para servir.

### Exemplo de cardápio saudável:

**Café da manhã:** leite desnatado + pão integral + queijo branco

**Lanche:** uma fruta

**Almoço:** salada crua + arroz (ou batata ou macarrão ou angu ou farinha) + feijão + legume cozido + verdura cozida

**Lanche:** leite desnatado + pão integral + queijo branco + uma fruta

**Jantar:** salada crua + carne (ou frango ou peixe ou ovo) + legume cozido + verdura cozida. Ou sopa de legumes

**Ceia:** uma fruta e/ou queijo branco ou iogurte desnatado ou leite desnatado ou gelatina diet

**Água:** oito copos por dia

**Atividade física:** 30 minutos no mínimo



*A nutricionista Brigitte Olichon confere a horta medicinal da Unidade Básica de Saúde*

doentes estão sendo alcançados. “Muitos obesos que nos procuram ‘apenas’ para perder peso (por uma questão estética) descobrem que estão no limiar da hipertensão e/ou diabetes e são então encaminhados ao serviço médico, antecipando agravos e facilitando o tratamento precoce”, analisa a nutricionista Brigitte.

Nem a cultura calórica das culinárias alemã e mineira espalhadas pela serra de Petrópolis, com suas subidas que desanimam os sedentários a fazer caminhadas, nem mesmo o inverno, que convida ao chocolate quente adornado de outras especiarias, podem conter o Coppa, que planeja ampliar suas atividades para outras Unidades Básicas de Saúde da Família. “O retorno que temos no grupo – dos participantes, dos profissionais envolvidos e dos profissionais das USFs – é muito positivo. Por conta disso, já iniciamos a formação de outro grupo semelhante na USF de Nova Cascatinha e pretendemos, ainda este ano, formar ao menos mais três grupos em USFs vinculadas à Fase (Faculdade Arthur Sá Earp Neto) no município. Existe também uma solicitação de formarmos um ‘COPPinha’, voltado para adolescentes, mas para isso precisaríamos de mais profissionais envolvidos. Uma questão de tempo”, planeja a equipe.

## Mudando as perspectivas

A tendência para o excesso de peso no País aumenta a cada ano, atingindo quase metade da população. No Brasil, o custo anual da obesidade é de quase R$ 1 bilhão, e as doenças relacionadas consomem 5% dos gastos com internação pelo SUS. A integralidade das ações preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser entendida na não fragmentação das ações prestadas por meio da interdisciplinaridade. Essa diversidade disciplinar torna-se mais complexa quando a realidade da saúde ultrapassa a dimensão individual e passa para a esfera coletiva.

Sabe-se que o ambiente tem papel decisivo na obesidade, além das dimensões psicológicas e sociológicas, que podem influenciar a origem, manutenção, evolução e prognóstico do processo de adoecer. A interdisciplinaridade mostra-se como uma possibilidade de construir melhores métodos de planejar e conduzir a ação na resolução de problemas cotidianos, bem como o reconhecimento da necessidade de estabelecer formas horizontais de intercâmbio, tanto entre os membros da equipe de profissionais como na relação profissional/paciente-usuário do serviço. Pensar a saúde nessa perspectiva leva a concebê-la como campo fértil para desafios, descobertas e construção de projetos interdisciplinares. O grupo Coppa sabe o que faz! ■

---

**O Ambulatório Escola fica na Rua Hivio Naliato, 869 – Bairro Samambaia – Petrópolis/ RJ**
**CEP: 25710-190**
**Tel.: (24) 2231-1818**
**Fax: (24) 2243-5854**

# A EDUCAÇÃO PERMANENTE

## e a qualificação da gestão do trabalho na Saúde da Família: desafios, possibilidades e perspectivas

Célia Regina Rodrigues Gil*




No processo de fortalecimento da Atenção Básica do SUS, a Saúde da Família cada vez mais vem superando o perfil de "programa", sendo assumida por muitos gestores e trabalhadores como estratégia de reorganização dos serviços e reorientação das práticas do cuidado. No entanto, em que pese seus 15 anos de desenvolvimento, muitos são os desafios a serem enfrentados para efetivá-la como eixo estruturante da Atenção Básica.

É importante contextualizar tais desafios para qualificar o debate sobre as reais possibilidades e limites da Estratégia de Saúde da Família a fim de evitar análises reducionistas que podem contribuir para minimizar sua importância mais do que maximizar suas potencialidades. Cabe analisarmos a situação de nosso contexto sócio-histórico, que abriga diferentes tipos de desigualdades (sociais, políticas, econômicas, sanitárias, entre outras) decorrentes do crescimento econômico periférico e dependente, além da dívida política marcada pelo autoritarismo, que dominou o País por décadas, deixando sequelas que se refle-

> *"Um pouco de cada coisa... Eu acho que a Atenção Primária à Saúde tem um componente importante que toca o espírito humanitário das pessoas."*

tem na fragilidade do processo de democratização da sociedade e da luta pela conquista de políticas públicas e sociais mais estáveis, duradouras e voltadas ao bem-estar da população.

Vivemos ainda um incipiente direito de cidadania que sequer está incorporado ao cotidiano dos indivíduos e famílias que ainda necessitam lutar pela sua sobrevivência mais do que por seus direitos humanos e pelo direito à saúde e, ainda, precisamos superar a antinomia que prevalece no Brasil entre políticas econômicas e políticas sociais para que sejam incrementadas e consolidadas políticas sociais orientadas para a equidade e superação das necessidades dos diferentes segmentos sociais visando minimizar as desigualdades existentes.

Soma-se ao nosso contexto a dimensão territorial continental do Brasil cuja configuração se dá por um expressivo número de municípios (5.564), sendo a metade deles com uma população inferior a 10 mil habitantes. O IBGE nos mostra que 90% dos municípios brasileiros têm uma população de até 50 mil e que apenas 4,5% dos municípios têm uma população acima de 100 mil habitantes. Ainda, somos cinco macrorregiões totalmente distintas entre si, cada qual com suas peculiaridades e perfil de necessidades. Não bastassem todos esses desafios, enfrentamos a necessidade de superação do modelo hegemônico de saúde amalgamado na assistência curativa, fragmentada e centrada na doença para um modelo que priorize a integralidade do cuidado, o ser humano e a vida e que seja centrado nas necessidades de saúde.

*Se eu não me sinto corresponsável pelo projeto institucional, por que vou investir nele?*

Apesar de todas essas adversidades, a Estratégia de Saúde da Família vem se expandindo vivendo seu paradoxo: quanto mais se expande, maior fica a visibilidade da insuficiente preparação e qualificação dos profissionais para as novas abordagens e ações necessárias à mudança do paradigma do modelo de atenção à saúde. Essa situação tem suscitado muitas reflexões acerca do *modus operandi* da Saúde da Família, pois, quanto mais aumenta o escopo das necessidades de saúde nesse âmbito do cuidado, maior a dificuldade dos profissionais em manejá-las. Tal fato tem instigado uma produção crescente de estudos e reflexões sobre a construção e adequação de tecnologias mais apropriadas à prestação do cuidado nesse espaço de produção e recuperação da saúde.

Nos últimos dez anos muitas foram as iniciativas criadas pelo Ministério da Saúde buscando estimular a consolidação da Saúde da Família. No campo do trabalho podemos citar a criação do PAB variável, do incentivo por extrato cobertura e, mais recentemente, do incentivo para implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), entre outros. No campo da educação, a criação dos Polos de Capacitação para a Saúde da Família, os Cursos de Especialização e de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, a realização das Mostras Nacionais de Produção em Saúde da Família, os diferentes incentivos para as mudanças curriculares voltadas à inclusão e ampliação da formação na Atenção Básica, como o Promed, Pró-Saúde, Pet-Saúde. Todas essas iniciativas foram e são fundamentais para a mobilização em torno das novas práticas necessárias às mudanças que tanto desejamos imprimir no SUS e, em especial, na Atenção Básica.

No entanto, há um caminho bastante estruturante e efetivo, fundamental para a gestão dos serviços e para a gestão do cuidado – é o caminho da Educação Permanente em Saúde.

A Educação Permanente trabalha fundamentalmente com a utilização de recursos organizacionais, ou seja, recursos que

não implicam necessariamente custos físicos e financeiros adicionais. Entretanto, para que a Educação Permanente seja bem sucedida, dois atores são fundamentais no processo: os gestores municipais e os trabalhadores da Atenção Básica. Não há como ocorrer mudanças nas práticas do cuidado e no *modus operandi* das equipes de Saúde da Família se não houver um desejo, uma intencionalidade desses atores. Isso porque a Educação Permanente pressupõe o diálogo permanente e a firmação de compromissos de gestores e trabalhadores com uma única finalidade: a de cuidar melhor da saúde das pessoas, das famílias e da população pela qual cada equipe ou cada Unidade de Saúde é responsável. Para isso, algumas definições são importantes, tais como:

1) Transparência do projeto institucional para a saúde: do nosso ponto de vista, esse é o primeiro passo para o município desencadear o diálogo com seus trabalhadores. O que queremos para a saúde do nosso município/estado? Onde pretendemos chegar com esse nosso projeto? De que Atenção Básica estamos falando e qual é o papel que a Saúde da Família deve desempenhar para a consecução desse projeto? É importante que essa construção seja coletiva, que ocorra de forma participativa e aberta, com uma escuta ativa dos trabalhadores que estão inseridos nas equipes e na prestação dos serviços de saúde. Na medida em que há essa participação e envolvimento, os trabalhadores e gestores criam pactos de compromissos e responsabilidades mútuas que ajudam a pensar a organização dos serviços tanto internamente como para a finalidade dele, ou seja, pensando no que pode ser melhor para o usuário. A ausência dessa interlocução entre equipe gestora e trabalhadores, principalmente os das equipes locais, compromete a qualidade do processo participativo na construção das novas práticas de gestão do trabalho e de gestão do cuidado, afinal, a tendência do mundo do trabalho é cada um trabalhar dentro de suas "caixinhas", cada qual no "seu" projeto. Se eu não me sinto corresponsável pelo projeto institucional, por que vou investir nele?

2) Análise do que já existe identificando os avanços, dificuldades e desafios: da mesma forma que o item anterior, é importante que o gestor e equipe gestora conheçam o que já foi feito na instituição para que aquela sensação de "começar do zero" seja minimizada. Nada mais desmobilizador para as novas práticas do que negar os avanços e desafios que os trabalhadores já enfrentaram na busca de melhorar as condições de trabalho e do atendimento à população. É importante considerar que ao longo da construção do SUS e da Saúde da Família há um saber e um fazer que já foram construídos principalmente pelos profissionais que atuam na ponta do sistema. Saber escutar, valorizar e qualificar esses saberes é tarefa importante para os gestores na construção do projeto institucional coletivo.

3) Definição dos mecanismos de desenvolvimento do projeto e da articulação entre equipe gestora e equipes locais: este terceiro ponto do tripé de sustentação da implantação da Educação Permanente é bastante importante. No contexto nacional, a reflexão acumulada sobre as práticas em saúde já existentes nos permite configurar um perfil profissional desejável para um novo saber fazer e saber ser em saúde, tais como: visão ético-humanista e política; visão crítico-reflexiva e criativa; atenção à saúde centrada no sujeito do cuidado (usuário); saber e agir compartilhado (trabalho em equipe); ação vol-

*A Educação Permanente trabalha com a utilização de recursos organizacionais, ou seja, recursos que não implicam necessariamente custos físicos e financeiros adicionais.*

tada para as necessidades de saúde (integralidade do cuidado); valorização da subjetividade no cuidado em saúde (escuta ativa); valorização da determinação social do processo saúde/doença no planejamento das ações (valorização do território processo) e capacidade de atuação compartilhada e articulada (práticas multiprofissionais e interdisciplinares e intersetorialidade).

Na Educação Permanente o processo de trabalho é valorizado como espaço privilegiado de aprendizagem. Para tanto, é preciso criar oportunidades para que os trabalhadores reflitam sobre suas ações, ressignificando-as e redirecionando-as sempre que for necessário (ação-reflexão-ação). Essa transformação do processo de trabalho necessita ser orientada visando a melhoria da qualidade dos serviços e do cuidado. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que nele precisa ser transformado. Nessa caminhada, a reflexão voltada ao desenvolvimento e apropriação de saberes, habilidades (cognitivas, procedimentais e atitudinais) e valores deve ser o ponto máximo a ser alcançado pelos trabalhadores e equipe gestora no processo da educação permanente. É preciso relembrar que, em qualquer organização, as "pessoas" são os únicos recursos capazes de mudar (ou não) determinadas práticas. E para que essa transformação ocorra no interior dos serviços de saúde é preciso envolver, sensibilizar, mobilizar e comprometer os sujeitos que operam os serviços, que realizam as ações, que interagem com os usuários. Desalienar o trabalhador, torná-lo sujeito ativo do processo de trabalho e copartícipe da construção do SUS, da Atenção Básica e da Saúde da Família é um desafio que os gestores podem tomar para si criando relações de confiança e parceria no desenvolvimento do trabalho. É preciso resgatar o lado humano do trabalho e do trabalhador da saúde para além da mera produção quantitativa de procedimentos, ampliando o diálogo, o debate, a troca de informações, valorizando as necessidades e aspirações dos usuários e mobilizando a equipe para assumir responsabilidades e realizar tarefas de sua escolha, porém, comprometidas com a melhoria da qualidade dos serviços. Os integrantes das equipes de saúde devem ser sujeitos ativos no processo de trabalho e, portanto, devem assumir responsabilidades e buscar a satisfação dos usuários além de buscar a sua própria satisfação e autorrealização no trabalho.

É possível que a construção e desenvolvimento do processo de Educação Permanente sejam realizados com a participação de agentes facilitadores. Há inúmeras experiências mostrando bons resultados advindos das parcerias entre os serviços de saúde e as universidades. Da mesma forma, há experiências exitosas que conseguiram envolver a comunidade nesse processo com resultados gratificantes para as equipes, para os gestores e principalmente para os usuários.

O mais importante na Educação Permanente é saber que o investimento da equipe gestora nessa ferramenta produz resultados significativamente melhores e mais efetivos para os serviços de saúde. Portanto, onde houver compromisso e visão estratégica do gestor, a educação permanente será uma grande aliada na qualificação do trabalho, em especial da Saúde da Família e seus resultados poderão ser apreendidos por meio da satisfação e valorização do trabalho das equipes pelos usuários. ■

*** Enfermeira, docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. Doutora em Saúde Pública pela ENSP. Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/UEL.**



# Abra a porta para 231 mil Agentes Comunitários de Saúde



Saúde da Família

ISSN 1518-2355

# FOI A ÚLTIMA SAIDEIRA DELE

## NÃO DIRIJA DEPOIS DE BEBER



Disque Saúde: 0800 61 1997 | Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs

Infelizmente, muitas festas têm se transformado em motivo de tristeza. Foi assim com o motorista desse carro. Após boas risadas e alguns drinques, ele não conseguiu chegar em casa. E olha que nem bebeu muito, mas o suficiente para ser a sua última dose. Um copo de cerveja, por exemplo, leva até seis horas para ser eliminado do organismo. Não dirija depois de beber.

**POR VOCÊ E PELOS OUTROS, RESPEITE AS LEIS DE TRÂNSITO.**

Denatran | Ministério das Cidades | Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL