REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA 22
Publicação do Ministério da Saúde - Ano X - abril a junho de 2009 – ISSN 1518-2355



"Trocando remédios por histórias"

O reconhecimento social da Atenção Primária à Saúde em João Pessoa, Cambará do Sul, Uberlândia e Santa Isabel

História da profissão Agente Comunitário de Saúde no encarte Saúde com Agente

Presidentes do Conass e Conasems falam da mudança cultural trazida pela Estratégia Saúde da Família no Brasil

Revista Brasileira Saúde da Família

Ano X, número 22, abril/junho 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 Ribeiro Sampaio (eventos)
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
Núlvio Lermen Júnior

Fotografias:
Arquivos Departamento de Atenção Básica, Arquivos SMS de Cambará do Sul, Arquivos SMS de João Pessoa, Arquivos Letícia Thomaz de Almeida, Ascom/Ministério da Saúde, Carine Amabile Guimarães, Déborah Proença, Flavio Goulart, Maria Moro, Marcos Gomes, Solange Pereira Pinto e Tiago Grandi

Colaboração:
Carine Amabile Guimarães, Everaldo Vieira Fernandes, Márcia Rique e Maria Moro

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Distribuição gratuita

Revista Brasileira Saúde da Família - Ano X, n 22 (abr/jun, 2009), Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Trimestral,

ISSN: 1518-2355

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

SUMÁRIO

CAPA 38 O diálogo constrói o que a miséria destrói



EDITORIAL 4

ENTREVISTA 6 Conass & Conasems

ESF EM FOCO 10 Saúde da Família na mídia

EXPERIENCIA EXITOSA

15 Comunidade, equipe de saúde e gestores unidos na valorização da Saúde da Família

26 Saúde da Família em Uberlândia: quem ainda não tem quer ter e quem já tem não quer perder

50 Atendimento em Cambará do Sul tem conceito nota dez

PERFIL 34 Enfermeira - Letícia Thomaz de Almeida

RESENHA 69 Atenção Primára à Saúde: agora mais do que nunca!

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 22

CARTAS

Minha irmã é dentista, trabalha no PSF e está grávida. Para se ausentar do trabalho ela foi informada que terá que "contratar" alguém para substituí-la. Ou seja, ela terá que pagar alguém para trabalhar no lugar dela para não perder a vaga. Isso está correto? As mulheres que trabalham no PSF não têm direito a licença-maternidade? As funcionárias públicas municipais não têm direito a essa licença? Obrigada! Iluanna Silva, por e-mail.

Cara Iluanna,

Em relação ao questionamento trazido, cumpre esclarecer que, segundo a Política nacional de Atenção Básica, a contratação dos profissionais de saúde que atuam nas equipes de saúde da família é de responsabilidade do gestor municipal. Mas, todos os profissionais, independentes da forma de contratação (estatutária ou celetista) gozam do direito à licença maternidade (Lei nº 8.212/91), cabendo ao gestor local promover durante o período de afastamento da gestante a substituição do profissional de forma a não haver a interrupção do atendimento à sua população. Esta é a resposta ao questionamento feito, e para um aprofundamento da situação em concreto seriam necessários maiores detalhes que a pergunta realizada não os revelou.

• • •

Existe alguma Portaria que diz que os médicos do PSF podem fazer a carga horária de 30 horas semanais em ESF e 10 horas semanais em hospital municipal? Gostaria de saber mais sobre o assunto, pois isso tem originado grandes dúvidas, uma vez que temos aqui em Lauro Muller um hospital municipal, que seria beneficiado pela medida. Daniria Rocha, Secretaria Adjunta de Saúde, por e-mail.

Cara Daniria,

A Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) onde no Capítulo II, Das Especificidades da Estratégia de Saúde da Família, no item 2. Das responsabilidades de cada nível de governo consta:

2.1 Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

IV - assegurar o cumprimento de horário integral – jornada de 40 horas semanais – de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de SF e até 8 horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte.

Usuário com a palavra

Fizemos uma enquete com alguns usuários da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, na Paraíba, sobre como está o PSF no município e se ele tem contribuído para melhores condições de saúde. Confira as respostas:

"Com o PSF ficou muito melhor. Não precisamos chegar cedo e enfrentar filas. Agora tem o acolhimento e o dia marcado para o nosso atendimento"
Maria da Soledade da Silva, 64, doméstica.

"O Saúde da Família tem beneficiado muito. Temos exames preventivos da mulher, controle da diabete e ainda é feita uma articulação com os especialistas. Hoje é bem melhor. Antes só havia acesso ao serviço para falar com o médico quando a doença aparecia"
Adriana Costa Ramos, 38, dona de casa.

"Tem contribuído para minha saúde bucal, cujo atendimento é muito bom. Hoje a atenção à saúde é bem melhor, mais ampla. Depois do PSF reconheço a grande diferença no contexto da saúde, pena que muita gente não entenda a forma de funcionamento e as vantagens da prevenção"
Kátia Michelle de Sousa, 28, professora.

"O que mais mudou em minha opinião foi o acesso. Antes era muito mais difícil, filas, esperas. Agora a assistência é mais eficiente"
Alexandra Gomes Pereira, 37, dona de casa.

"Há mais dedicação dos profissionais, principalmente os médicos que se preocupam com as informações todas dos pacientes que os agentes de saúde repassam"
Selma Francisca das Neves, 59, dona de casa.

"Com o PSF o atendimento médico é bem mais organizado. Além disso, a estrutura melhorou, pois temos cadeiras para sentar, bebedouro e banheiro limpo"
Ana Claudia Alves, 25, doméstica.

"Todos no posto me conhecem quando eu chego. Sinto que sou acolhida e melhor atendida"
Luciana de Araújo Melo, 34, doméstica.

EDITORIAL

É com renovado prazer que o Ministério da Saúde apresenta a todas as pessoas engajadas na Atenção Primária à Saúde, sejam profissionais, gestores, conselheiros, usuários, sejam outros interessados, este número 22 da *Revista Brasileira Saúde da Família.* Desta vez, o tema central é o reconhecimento social da Estratégia de Saúde da Família, a primeira das cinco diretrizes traçadas pelo Departamento de Atenção Básica em seu esforço para acompanhar e reforçar as ações do Pacto pela Saúde e do Programa Mais Saúde, o "PAC da Saúde".

O que vem a ser tal reconhecimento social? O termo é amplo, mas significa aproximadamente o entendimento que a sociedade tem a respeito da SF, se ela é percebida como uma intervenção eficaz na produção da saúde das pessoas e da coletividade e também se é mais adequada do que as modalidades tradicionais de atendimento. Está subentendido, também, que os atributos da Atenção Primária à Saúde sejam reconhecidos e valorizados socialmente, entre eles; a ESF como porta de entrada do sistema de saúde; a atenção ao longo do tempo e a fidelização da clientela; a integralidade; a resolução e/ou encaminhamento da maioria dos problemas atendidos; o vínculo entre equipe e clientela; o trabalho em equipe, além de outros aspectos.

Estamos preocupados ainda em saber se não apenas os usuários diretos da Estratégia de SF, que se contam às dezenas de milhões no Brasil, a aceitam e compreendem, mas também o que ocorre com os tomadores de decisão em geral no Executivo; os membros do Legislativo; os conselheiros de saúde; o Judiciário; o Ministério Público; a mídia e outras entidades, grupos ou pessoas formadoras de opinião. Seria interessante, também, saber o que pensam os membros da classe média alta, que não dependem diretamente da ESF, mas que são formadores de opinião e que frequentemente se alinham entre os que a ignoram ou depreciam.

Os 15 anos de vigência da Estratégia de SF no Brasil permitem arrolar alguns fatores que vêm contribuindo para que ela alcance o reconhecimento por parte da sociedade. Entre eles podemos citar o alto grau de cobertura e o rimo de expansão da estratégia; as inúmeras experiências positivas acumuladas nos municípios brasileiros; a continuidade da estratégia em muitos municípios, independentemente das mudanças político-administrativas, além do envolvimento de comunidades produtoras de conhecimento, geralmente ligadas às universidades.

Fomos buscar evidências de tal "reconhecimento social" da ESF em quatro diferentes municípios do Brasil, a saber: Santa Isabel-GO; Uberlândia-MG; Cambará do Sul-RS; João Pessoa-PB. São cidades de regiões, portes e orientações políticas diferentes, mas nelas alguns aspectos se mostram bastante eloquentes, como é o caso de diversos fatores facilitadores políticos e institucionais, do grau de cobertura, da continuidade administrativa, das ações intersetoriais, entre outros. É patente, ainda, a preocupação com resultados e impactos, com a satisfação dos usuários e, além de tudo, é claro, com o cumprimento dos atributos típicos da APS.

Que nossos leitores tirem bom proveito da leitura deste número 22 da RBSF é tudo que podemos desejar. Uma coisa é certa: aqui se reúne algo de muito expressivo no estado da arte da APS no Brasil, conferindo materialidade às palavras de ordem lançadas pela Organização Mundial de Saúde em 2008: *Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca!*

Conass & Conasems



ANTÔNIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI, *atual presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), é cirurgião-dentista formado há 25 anos, dos quais 23 dedicados ao sistema público e em particular à Atenção Básica em Saúde, atuando em municípios de pequeno e médio porte. Foi gestor municipal de saúde dos municípios de Floresta e Marialva, ambos no Paraná, onde implantou a Estratégia de Saúde da Família. Atualmente é secretário municipal de saúde de Maringá, também no Paraná. Nardi preside o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (Cosems/PR) e também faz parte da diretoria do Conasems, há oito anos. Durante a entrevista, Nardi manifestou muito orgulho em ter participado ativamente da história da construção do SUS e da APS em seu Estado e também no plano nacional.*

RBSF: A expansão e a qualificação da Atenção Básica, organizadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), são prioridades na Política Nacional de Saúde. Mesmo com os bons resultados obtidos nos últimos 15 anos, uma das diretrizes do Departamento da Atenção Básica (DAB) é incrementar o reconhecimento social da Atenção Primária no Brasil. Como o senhor vê tal diretriz e qual a posição do Conasems nesse sentido?

ANTÔNIO NARDI: Sou totalmente a favor, pois acredito que a ESF tem trazido resultados significativos na mudança do perfil epidemiológico da população, sobretudo quando o município tem alta cobertura. Precisamos, de fato, estimular movimentos para que a população reconheça e valorize a Atenção Básica como porta de entrada do sistema, espaço importante de acolhimento e vínculo com o usuário e, sobretudo, que tenha resolubilidade e impacto na melhoria da sua saúde. Além disso, temos que definir estratégias de valorização das equipes que atuam na Atenção Básica, para que tais profissionais se sintam orgulhosos e recompensados por atuar nessa área.

> *"Somos pautados por uma mídia negativa, com foco no que acontece nos hospitais. É preciso redirecionar isso para a importância da APS"*
>
> *Eugenio Coelho.*

EUGÊNIO COELHO: Trata-se de uma iniciativa muito importante porque a população de um modo geral, de fato, não consegue ter um juízo de valor das ações de Atenção Primária à Saúde. Ao longo dos tempos, o hospital, a alta tecnologia, as especialidades foram mais valorizadas, então, a população segue esse pensamento e, obviamente, quer ter acesso a especialistas, hospitais de ponta e tecnologia. Assim, penso que é preciso reconhecer

EUGÊNIO PACCELI DE FREITAS COELHO, *secretário de saúde do Estado do Tocantins, desde 2006, é o atual presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Sua formação é na área de gestão, atuando por 30 anos tanto na área privada como na economia mista e também no setor público. Foi também secretário de administração do Estado do Tocantins. Defende que também nas instituições públicas deve haver foco permanente em resultados e que estes, por sua vez, acarretem benefícios aos usuários do sistema. Eugênio Pacceli acredita que o fortalecimento da APS representa o melhor caminho para se promover o adequado ordenamento do sistema de saúde, possibilitando, assim, melhor distribuição de recursos e até o esvaziamento dos hospitais.*



que a APS pode e deve ser de qualidade e também resolutiva, para fazer com que a população entenda que o sistema todo é importante e que o hospital é apenas lugar a que se vai quando a necessidade é maior. Isso representa uma tarefa que demanda comunicação potente, que o SUS ainda não conseguiu realizar. O fato é que somos pautados por uma mídia negativa, com foco no que acontece nos hospitais. É preciso redirecionar isso para a importância da APS na resolução de muitos dos problemas do SUS.

Eu digo que o Conass vem trabalhando nos últimos anos de forma quase obsessiva no sentido de fazer com que a APS seja reconhecida. Temos várias iniciativas nesse sentido, por exemplo, os encontros das coordenações estaduais de Atenção Básica a cada dois meses, em conjunto com o Ministério da Saúde (MS) e muitas vezes com o Conasems. Tem também a cooperação com a Universidade de Toronto, no Canadá. O Conass entende que a APS não pode ser de responsabilidade de apenas um ente federado. Com esse equívoco, que se deu com a municipalização, a execução da APS ficou restrita aos municípios e isso é uma das causas de a APS não ter a evidência que merece.

> *"a APS pode e deve ser de qualidade e também resolutiva, para fazer com que a população entenda que o sistema todo é importante e que o hospital é apenas lugar a que se vai quando a necessidade é maior"*
>
> *Eugênio Coelho*

RBSF: Em sua opinião o que os gestores municipais do SUS, especialmente, têm feito para aprimorar e ampliar a experiência brasileira de Saúde da Família?

ANTÔNIO NARDI: Sem dúvida, existem muitas experiências

positivas de Atenção Primária nos municípios brasileiros. Isso é demonstrado até pelo empenho dos municípios em cumprir a EC 29. Temos estudos que mostram que os municípios investem até 30% a mais do que os 15% definidos legalmente, além de que 95% deles cumprem a emenda com rigor. Muitos gestores municipais de saúde têm atuado de forma criativa para a melhoria da saúde de seus munícipes. Embora a Estratégia de Saúde da Família seja importante, defendemos também alternativas mais flexíveis para a produção de impacto na saúde, dado que existem realidades muito distintas no Brasil. A ESF não deveria ser implementada de forma exatamente igual nas Regiões Sul e Amazônica, por exemplo.

EUGÊNIO COELHO: Os gestores estaduais têm feito discussões nos últimos anos, chamadas "construção de consensos". O último de tais consensos foi fruto exatamente de um seminário de APS, no qual um dos objetivos era discutir a qualidade e as dificuldades da Estratégia de Saúde da Família. Nesse sentido, os gestores estaduais definiram que a ESF não deve ser flexibilizada com relação a sua composição mínima de profissionais e, principalmente, com relação à carga horária do médico. Entendemos que é importante que a ESF tenha carga horária de 40 horas semanais, que realmente seja uma equipe multidisciplinar e que faça uma atenção integral à população do território sob sua responsabilidade.

RBSF: Nota-se que uma das dificuldades observadas é a fixação e contratação de profissionais de saúde para a Estratégia de Saúde da Família. Como o senhor vê novas alternativas postas no cenário, como contratos profissionais e de equipes por produtividade e resultados no atendimento?

ANTÔNIO NARDI: Temos debatido esse tema constantemente no Conasems, pois o consideramos um grande nó para a gestão municipal. O tema, pela sua complexidade, necessita de estratégias combinadas, tais como: serviço civil obrigatório; difusão do Telessaúde; valorização salarial e das carreiras; além de investimentos em educação permanente. Tudo isso mediante soluções compartilhadas entre as três esferas de governo. Contudo, temos consciência de que não resolveremos esse problema com foco apenas na questão salarial. Sabemos, além do mais, que os municípios são responsáveis por quase 70% dos empregos públicos em saúde, o que provoca sobrecarga e até mesmo constrangimento legal a eles.

> *"São alternativas criativas que devem ser valorizadas, dentro de um enfoque de estímulo ao trabalho em equipe"*
>
> *Antônio Nardi*

Precisamos, então, definir uma política de reposição da força de trabalho cedida por parte dos estados e da União. Mas defendemos também que o contrato de trabalho deva assegurar todos os direitos trabalhistas e previdenciários a todos os trabalhadores. Em relação às novas alternativas, podemos afirmar que existem experiências positivas nesse sentido, como a de Curitiba, onde se estabelece contrato para bonificação financeira das equipes de Saúde da Família, com base na realidade e definição coletiva de ações e metas, com foco na qualidade do atendimento no território de responsabilidade da equipe. São alternativas criativas que devem ser valorizadas, dentro de um enfoque de estímulo ao trabalho em equipe e visão da clínica ampliada e com impacto positivo na saúde da população.

EUGÊNIO COELHO: A dificuldade de contratação e fixação de profissionais não é apenas na ESF. É do SUS como um todo. E essa dificuldade de fixar profissionais é mais intensa no interior, pois eles estão concentrados nos grandes centros e é difícil interiorizá-los, mesmo nos Estados menores e que não têm grandes barreiras de acesso. A dificuldade de fixar existe não só na APS, mas também na média e na alta complexidade, por exemplo, com os diversos especialistas, anestesistas e demais profissionais que trabalham nas urgências e emergências. E isso, felizmente, já está gerando discussões mais amplas, inclusive entre os Ministérios da Educação e da Saúde. Ou seja,

essa discussão faz parte do cotidiano do SUS. Quanto a pagar profissionais por contrato de resultados no atendimento, acho que é salutar. Alguns municípios já remuneram seus profissionais por metas alcançadas de acordo com indicadores da APS. Isso é realmente positivo, pois induz a uma competição saudável e justa para aqueles que se esforçam e se empenham.

> *"Sem dúvida, existem muitas experiências positivas de Atenção Primária nos municípios brasileiros. Isso é demonstrado até pelo empenho dos municípios em cumprir a EC 29"*
>
> *Antônio Nardi*

RBSF: Ao longo de sua gestão, poderia apontar quais são as pautas relativas à Atenção Primária à Saúde, atuais e para o futuro?

ANTÔNIO NARDI: Hoje é consenso no Conasems a necessidade de fortalecer e qualificar a Atenção Básica. Para tanto, precisamos continuar mobilizados em defesa da regulamentação da EC 29 e em busca de um financiamento sustentável para a saúde, em especial, para a Atenção Básica. Existe hoje, no País, relação verticalizada no financiamento da Atenção Básica e é preciso contrapor a ela a tomada de decisões efetivamente tripartites, de forma a conhecer qual é a responsabilidade concreta de cada esfera de governo. Enquanto isso não acontecer, o financiamento continuará com indução e adesão de ações pontuais, não estimulando a criatividade e autonomia local.

Precisamos dar ênfase ao que chamamos de orçamento global para o cuidado em saúde, de forma a estabelecer parceria substantiva entre as esferas de governo, construindo, de fato, um Pacto Interfederativo, com preservação da autonomia de cada ente. Além disso, temos que definir estratégias para a organização do sistema de saúde, por meio de redes integradas de atenção à saúde, tendo a Atenção Básica como ordenadora da atenção.

As regiões de saúde é que devem definir as ações estratégicas a ser desenvolvidas, de forma a pactuar as responsabilidades não somente dos municípios da área de abrangência, mas também da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e do MS. Enfim, temos que tratar diferentemente os diferentes; não é possível ter a mesma regra para regiões distintas no País! Para tanto, temos que aprofundar o debate e buscar alternativas que não descaracterizem a Estratégia de Saúde da Família, mas que considerem as distintas realidades do nosso país.

EUGÊNIO COELHO: Acredito que é preciso ampliar o debate e a articulação junto ao Ministério da Saúde, com foco nas diferenças regionais e no financiamento da Atenção Primária. Temos vários "Brasis" dentro de um único Brasil e esse olhar diferenciado por parte de todos nós, inclusive do próprio Conass, é o que, a meu ver, fará a diferença para o usuário do SUS de todas as regiões de nosso país.

RBSF: Que mensagem o senhor gostaria de deixar aos nossos leitores?

ANTÔNIO NARDI: Gostaria de reforçar a ideia do Pacto pela Saúde como agenda prioritária dos atores do SUS. O Conasems tem apostado no Pacto, por entender que se trata de um instrumento de consolidação do SUS que fortalece a descentralização e a regionalização, com real empoderamento das regiões de saúde. Quero também deixar uma mensagem de esperança aos atores e parceiros do SUS. Esperamos que todos os gestores municipais de saúde continuem exercendo o papel de protagonistas na construção do SUS, incorporando na sua agenda a implementação do Pacto pela Saúde, buscando aperfeiçoar a gestão do SUS e a mudança do modelo de atenção à saúde.

EUGÊNIO COELHO: Que entendam o SUS como um patrimônio do povo brasileiro, um sistema de saúde que comemora, em 21 anos, avanços inquestionáveis e que, independentemente de gestores, deve continuar a ser fortalecido, ampliado, enfim, consolidado para atender às diversas demandas de nosso povo no que diz respeito à saúde pública. ■

Saúde da Família na mídia



Ter por legítimo; admitir como "bom, legal ou verdadeiro" é uma das definições do dicionário Houaiss para o verbo "reconhecer". Para se afirmar que uma política pública seja reconhecida pela sociedade como importante – ou seja, tenha o reconhecimento social –, precisamos observar alguns critérios.

Entre eles, podemos citar a percepção e opinião dos usuários, profissionais envolvidos, gestores, políticos e, também, da mídia. O processo de reconhecimento social envolve ações que possibilitam a confiança e o respeito ao que é disponibilizado.

No caso da Estratégia de Saúde da Família (ESF), nota-se que as comunidades atendidas, em geral, reconhecem o quanto a saúde melhorou e ampliou a qualidade depois de sua implantação. Estudos demonstram também os resultados positivos na prevenção de doenças, redução da mortalidade infantil, controle de doenças crônicas etc.

Nesta edição, a Revista Brasileira Saúde da Família traz o foco para o reconhecimento social da Atenção Primária à Saúde (APS).

Confira nestas páginas alguns recortes e exemplos de ações que retratam desde experiências exitosas, passando por entrevistas, até a publicação na mídia de temas tidos como importantes indicadores que se refletem na prática cotidiana da ESF.

Saúde da Família visa resgatar vínculo

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tenta resgatar a relação médico-paciente. Mas, como confiança não é algo fácil de ser restabelecida, a consolidação do vínculo ainda está em andamento em Bauru. A informação foi confirmada pela médica Deuseli Aparecida dos Santos, que integra a estratégia no Parque Santa Edwirges.

"Todo mundo que passa por nós já teve alguma experiência ruim com algum médico. Contam muitas histórias. Que foram tratados com falta de educação, que não foram orientados, que demoraram a ser atendidos. Todo mundo chega com um pé atrás porque não sabe o que vai encontrar. Tem medo de ser tratado com descaso novamente", comenta a médica.

De acordo com ela, existem dois outros complicadores na relação. Um deles é que muitos pacientes foram mal orientados e não sabem explicar por quais serviços passaram, nem para onde foram encaminhados.

O outro é que, muitas vezes, eles próprios têm dificuldade de comunicação. "O paciente recebe um impresso e não sabe dizer o que é aquilo. A gente recebe muitas pessoas analfabetas, com dificuldade de compreensão um pouco maior. Tem que ter mais paciência, compreensão", defende.

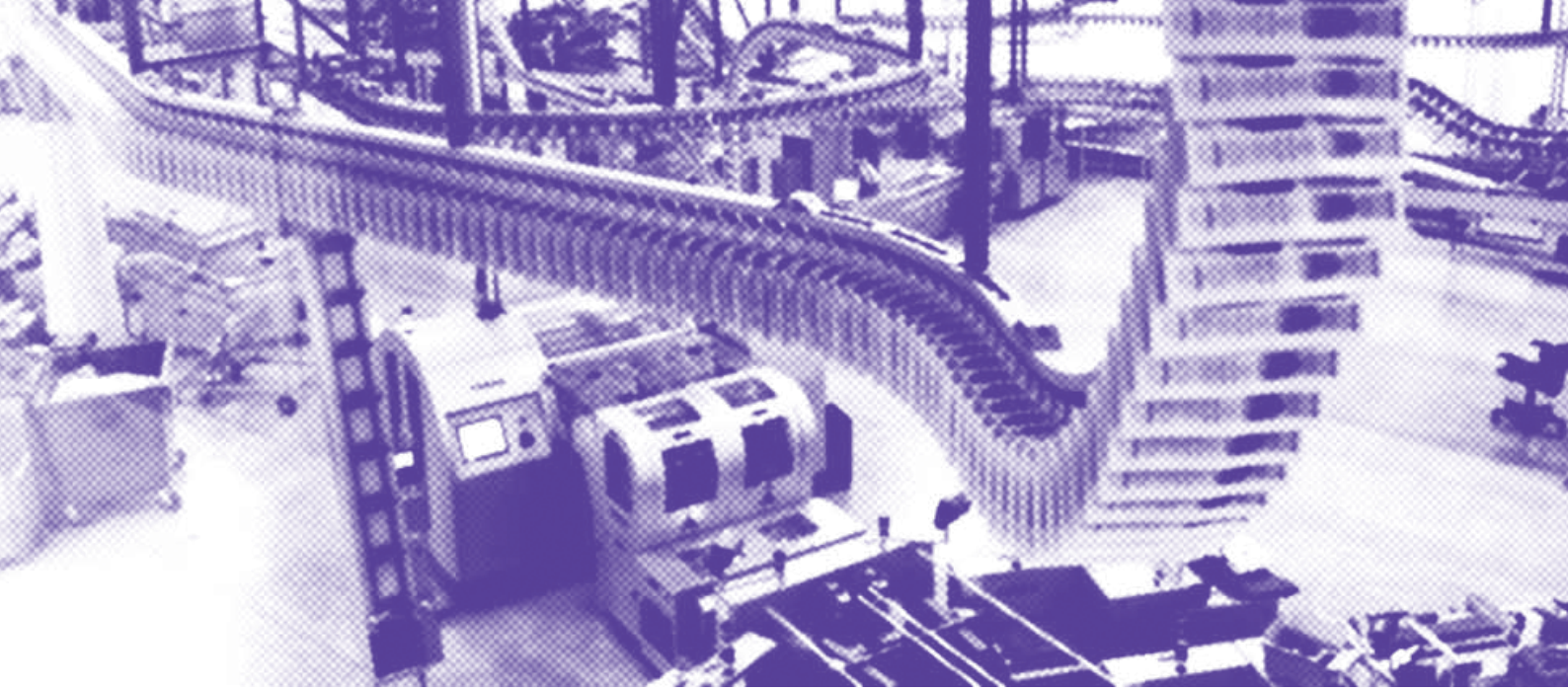
Por essa razão, Deuseli dá a cada um o tempo necessário para resolver todos os seus problemas. De acordo com ela, a Estratégia de Saúde da Família prevê um acolhimento que extrapola a questão médica e invade o aspecto social.

"Devemos dar à pessoa o que ela está precisando. Não dá para fazer todas as consultas em 10, 15 minutos. Cada um tem o seu tempo. É um trabalho social", garante.

Segundo Deuseli, o vínculo médico-paciente também é fortalecido com as visitas domiciliares. "Os pacientes contam que existe melhora no atendimento. A gente tem um retorno muito positivo do trabalho", diz a médica, otimista com a tendência de humanização no atendimento.

Fonte: Jornal da Cidade de Bauru





Telessaúde Piauí

Com o objetivo de capacitar profissionais da área de saúde, em especial as equipes da Estratégia de Saúde da Família, a Universidade Federal do Piauí (UFPI) participou do início da implantação do Programa Nacional de Telessaúde no Estado. Uma videoconferência com o coordenador nacional da Rede Universitária de Telemedicina (Rute), Luiz Messina, integrou representantes da UFPI, Secretaria Estadual de Saúde do Piauí, Hospital Getúlio Vargas e Maternidade Dona Evangelina Rosa, na tarde de quarta-feira (8/7).

O objetivo da videoconferência foi trazer esclarecimentos sobre a metodologia do Telessaúde e os principais pontos que devem ser abordados no projeto de atuação do programa no Piauí. "O Programa Nacional de Telessaúde tem o objetivo de integrar ações para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e redução da mortalidade materno-infantil no Piauí, e hoje estamos juntando forças para iniciarmos o projeto no Estado", diz Verônica Abdala, representante do Programa Nacional de Telessaúde.

Durante a reunião, ficou estabelecido que a UFPI funcionará como núcleo do Telessaúde no Piauí, dando suporte aos pontos de atuação do programa em todo o Estado. "É importante que as pessoas saibam que Rute e Telessaúde são programas distintos, mas que possuem o mesmo objetivo, que é capacitar esses profissionais, e que, além dos cursos de formação, fazem com que problemas de saúde sejam resolvidos no município de origem, sem a necessidade de deslocamento do paciente para a capital. Isso será possível por meio das aulas de teleassistências, ensinadas a distância, do núcleo da UFPI", continua Verônica.

A Rute é uma iniciativa que visa melhorar a infraestrutura para telemedicina nos hospitais universitários (HU). "A UFPI já fez o projeto para a dinamização do HU e para a capacitação dos profissionais de saúde e ele já foi aprovado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia. Essa aprovação já nos garantiu os equipamentos para a formação do núcleo de capacitação", afirma Pedro de Alcântara, membro da equipe da Rute na UFPI.

Segundo a coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (Nesp) da UFPI, Lis Marinho, a intenção é que o programa de Telessaúde seja integrado ao projeto de Qualificação da Atenção Básica. "Faremos o possível para que esse projeto dê certo e que possamos unir forças com o governo do Estado para que o Telessaúde seja implementado no Piauí. Investir na qualificação dos profissionais é garantir melhor atendimento e saúde de qualidade para a população", finaliza Lis Marinho.

Fonte: Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Curitiba: agentes comunitários de saúde festejam 10 anos

O secretário municipal da saúde de Curitiba/PR, Luciano Ducci, disse na terça-feira (23), na abertura do evento comemorativo aos 10 anos de implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em Curitiba, que esses profissionais de saúde são um instrumento essencial para muitas das conquistas mais importantes para a rede municipal de saúde. “Não dá mais para imaginar o nosso trabalho sem eles, que já estão incorporados à imagem da cidade”, disse Ducci.

Entre as vitórias que Ducci compartilha com os ACS, estão a redução da mortalidade infantil à menor taxa da história da cidade e também menor entre as capitais brasileiras, a classificação da cobertura vacinal infantil como a maior e mais eficiente do País e a inexistência de casos locais de dengue. “Muito de tudo isso se deve à dedicação de cada agente”, observou.

A comemoração pelos 10 anos do Pacs em Curitiba reuniu, no pavilhão de exposições Expo Unimed, os 1.116 agentes comunitários em atividade no município para o primeiro curso de atualização do ano. Desse total, 158 são remanescentes da primeira leva de aproximadamente 500 agentes que deram início ao programa, em maio de 1999.

O encontro contou com a apresentação de palestras, oficinas e dinâmicas sobre temas ligados à área de promoção em saúde como alimentação saudável, controle do tabagismo e estímulo à prática de atividades físicas, entre outras.

O trabalho do agente se desenvolve ao longo de 40 horas semanais em 108 unidades de saúde, durante as quais ele estabelece o vínculo com as pessoas residentes nas áreas sob sua responsabilidade. Outro desdobramento importante dessa atividade é o repasse, às unidades, das informações coletadas no trabalho em campo. Elas alimentam o banco de dados da Secretaria Municipal da Saúde e também o Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab), do Ministério da Saúde.

Fonte: Portal da Prefeitura de Curitiba



Saúde da Família: estratégia ajuda na redução de internações

Dois artigos publicados no jornal Zero Hora de Porto Alegre/RS, do último dia 6 de junho, trazem reflexões importantes sobre a Estratégia de Saúde da Família.

No primeiro, o médico Aloyzio Achutti questiona o que está sendo feito com as doenças velhas, em oposição a todo o alarde da nova gripe suína. No segundo texto, o médico Renato Soares Gutierrez, preocupado com a falta de leitos hospitalares, questiona se o aumento do número de equipes da Estratégia de Saúde da Família resolverá o problema e se há dados cientificamente validados que demonstrem essa relação.

Frederico Guanais e James Macinko respondem, por meio de estudo publicado recentemente no *Journal of Ambulatory Care Management*, no qual afirmam que aumentar o percentual da população atendida por equipes de Saúde da Família resulta, sim, na redução de internações hospitalares. As hospitalizações estudadas se referiam a algumas das "velhas doenças" lembradas por Aloyzio: problemas respiratórios, circulatórios e decorrentes do diabetes, considerados preveníveis por cuidados ambulatoriais.

Segundo os autores, a expansão da Estratégia de Saúde da Família no período de 1999 a 2002 resultou em uma redução de 126 mil internações, só pelos três problemas estudados, o que gerou economia de aproximadamente R$ 120 milhões. Sugerem ainda que esse tipo de economia deveria ser reinvestida na Estratégia de Saúde da Família, gerando um ciclo virtuoso, com qualificação do serviço e, consequentemente, aumento de sua eficiência.

Não é à toa que a Saúde da Família deixou de ser apenas mais um programa federal para tornar-se uma estratégia nacional de reestruturação da chamada Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), com repercussões em todos os níveis de complexidade da saúde pública. O que muita gente ainda não sabe é que as equipes de Saúde da Família são responsáveis por resolver até 90% dos problemas de saúde das pessoas que moram na sua área de atuação. Estudos como o de Guanais e Macinko demonstram que o caminho para melhorar a saúde da população passa pelo fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família. ■

Fonte: Jornal Zero Hora



Santa Isabel/GO

Comunidade, equipe de saúde e gestores unidos na valorização da Saúde da Família



Onde tinha tudo para dar errado e, no entanto, deu certo...

Santa Isabel, Goiás, é uma cidade pequena, menos de quatro mil habitantes, e também um município novo, criado nos anos de 1982. Sua economia não é das mais dinâmicas, calcada na pecuária e em lavouras de subsistência, com grandes latifúndios, nenhuma industrialização e reduzida oferta de serviços. Ali também não se acumulam tradições em matéria de políticas públicas, pois, pelo menos à primeira vista, o que pode ser antecipado seria uma política municipal polarizada em torno de correntes políticas representativas das oligarquias locais, como geralmente acontece no interior do Brasil.

As peculiaridades geopolíticas também não ajudam muito. A cidade fica a 19 km da Rodovia Belém-Brasília, na chamada região do Meio-Norte Goiano. Está rodeada por municípios maiores, que atraem a clientela potencial local, seja no comércio, na educação, seja na saúde. Nessa última, é forte a tradição mercantilista e especializada. O município, curiosamente, possui três centros urbanos, onde vive mais da metade de seus habitantes; a outra parte está dispersa em um território cujo formato, muito alongado,

e só alcançável por estradas empoeiradas e não raramente enlameadas, cria dificuldades para a oferta das ações de governo a tal população.

E, no entanto, na saúde, Santa Isabel brilha! Como, por quê? As explicações se fazem claras. Primeiramente, Santa Isabel tem algo que a diferencia de muitas outras cidades no Brasil: continuidade política e administrativa. Com efeito, há mais de oito anos uma política de saúde vem sendo construída no município, tendo como foco a Estratégia de Saúde da Família. E não é apenas um partido político ou um grupo de dirigentes que se mantém no poder. Há também um grupo de profissionais de saúde que também permanece e tem influído na formulação dos planos de governo em saúde. E aqui já sobressaem as diferenças: a administração atual, bem como a que lhe antecedeu detentora de dois mandatos, assumiu uma plataforma no mínimo inédita quando comparada aos projetos de saúde geralmente vigentes no interior do Brasil, focalizados na oferta de ambulâncias, de consultas médicas, de pronto atendimento: a inédita incorporação do discurso da prevenção das doenças e da promoção da saúde, com sua transformação em bandeira política.

Toda história tem seus personagens

Evando Queiroz, um médico na faixa dos 50 anos, é um personagem importante em Santa Isabel, tendo chegado à cidade em 2001, quando uma eleição municipal deu oportunidade a que surgisse, na saúde, boa parte das mudanças que hoje mostram seus resultados. É ele quem diz: "As mudanças foram de fato muito radicais, como a gente percebe, por exemplo, na enorme redução do tráfego de ambulâncias nas estradas que saem do município ou na maneira como as pessoas passaram a perceber sua saúde. Mas muito trabalho foi necessário para isso acontecer..."

Evando hoje não está mais à frente da única equipe de Saúde da Família local, depois de tê-la coordenado durante alguns anos. Ele agora atua em um programa inédito de fitoterapia no âmbito do município, mas com ramificações também para outras cidades vizinhas, prestando também atividades de apoio clínico para a equipe local. Ele também é herdeiro e continuador de uma tradição que se iniciou nos anos 70, quando a Diocese de



Goiás Velho capitaneou projetos de saúde e de promoção social em alguns municípios do Meio-Norte Goiano, como Ceres e Itapuranga, motivando assim a vinda para a região de vários profissionais de saúde jovens, todos imbuídos do espírito de uma nova forma de fazer acontecer a "saúde para todos", lema da época, sintonizada também com os princípios da Teologia da Libertação, aspecto em que o então Bispo de Goiás Velho, Dom Tomás Balduíno, tinha liderança nacional.

O médico de Família de Santa Isabel, hoje, é o jovem doutor Guilherme Machado, formado há dois anos pela Universidade de Brasília, com formação em Saúde da Família (SF) na UFSC, em Florianópolis, que conheceu a cidade e se encantou por ela quando fez ali seu internato pela UnB. Além dele, a equipe de SF é constituída pela enfermeira Dalva Diniz Menezes, pela odontóloga Magna Rodrigues de Santana e por mais algumas dezenas de técnicos, ACS, auxiliares, atuando tanto na zona urbana como na rural. Além desses, prestam serviços de forma permanente ao sistema local psicóloga, fisioterapeuta, farmacêutico, fonoaudiólogo, educadores físicos. A presença desses últimos, em unidades complementares, sem dúvida, constitui característica inédita do sistema de saúde de Santa Isabel.

Mediante escala de visitas semanais, a equipe conta ainda com enfermeira-obstétrica, médica-ginecologista e médico cirurgião, além do médico-clínico e fitoterapeuta Evando – todos residentes em Ceres, a 26 km de distância. Toda essa estrutura de apoio é denominada de equipe complementar e não há como não a identificar com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em fase de implantação por todo o Brasil, embora seus membros ainda relutem em denominá-la assim. Fato digno de nota é que tem havido poucas trocas de pessoas da equipe ao longo dos anos em que vigora a nova proposta de saúde.

Antes e depois...

No passado, nem tudo eram flores... O atendimento era centrado na figura de um único médico, que vinha de outro município e dava consultas em Santa Isabel duas a três vezes por semana. As filas eram enormes; atendia-se, às vezes, mais de 60 pacientes no intervalo de poucas horas; a despesa com medicamentos era desproposital; idem com internações; as ambulâncias rodavam milhares de km por mês. O médico Guilherme se espanta ao lembrar que a plataforma política nas últimas eleições dos adversários da atual proposta de saúde do município tenha sido, simplesmente, a volta pura e simples do atendimento como se dava no passado. "Mas agora isso não se aceita mais", diz ele.

As mudanças, conforme relato de Evando, o membro mais antigo da equipe, se iniciaram pela "arrumação da casa"; com garantia cada vez maior de acesso, principalmente para a população rural, além de acolhimento dos pacientes em todas as circunstâncias – a expressão "não tem mais ficha" ficou proibida –, brinca o médico.



Partiu-se, na mesma ocasião, para buscas ativas de casos de doenças, como diabetes, hipertensão, câncer de colo uterino e próstata. Somente no diabetes o número de casos conhecidos no município, que era inferior a uma dezena, saltou para mais de 50! Mas essas "campanhas" hoje já preocupam a equipe por constituírem um mecanismo que julgam que acabará por se esgotar. O esforço que se faz hoje é para que gradualmente se transformem em programas incorporados às atividades rotineiras das Unidades de Saúde da Família e daquelas de referência especializada locais.

A pequena Santa Isabel tem realmente muito que mostrar, em termos de antes e depois, ao longo desses oito anos. Mas isso deve ser entendido não só em termos de custos, mas também de racionalidade, de humanização e, principalmente, de melhoria de indicadores de saúde.

Na melhoria dos indicadores, há histórias contadas com orgulho. A equipe lembra com bom humor da campanha do câncer de próstata, realizada há dois anos. A expectativa inicial era de que não houvesse muitas adesões, dado o desconhecimento da questão pela população masculina e também pelos fatores culturais relativos ao toque prostático. Mas todos ficaram surpreendidos: houve mais de 400 homens examinados somente na sede municipal, dentro de um universo masculino pouco superior a isso. Resultados semelhantes foram obtidos na detecção de hipertensão arterial, de diabetes, de hanseníase, de câncer uterino. A taxa de cesarianas caiu de mais 90% para a metade disso, ao longo da vigência das mudanças na saúde.

As paredes da Unidade de Saúde da Família de Santa Isabel são fartamente ilustradas com pôsteres e quadros diversos, mostrando organogramas, esquemas terapêuticos e, principalmente, quadros de indicadores em mudança. A equipe valoriza muito essa publicidade relativa ao que fazem, embora também se lamente de não ter amplas condições de registrar tudo o que se faz necessário. "Esta é uma atividade em que a Universidade de Brasília poderia ajudar e também na interpretação de nossos dados e no desenvolvimento de projetos de investigação", lembra a médica-ginecologista Esther Albuquerque, que vem de Ceres prestar apoio à equipe e é uma entusiasta dos resultados que vêm sendo obtidos em Santa Isabel.

O orgulho com os resultados obtidos mediante acompanhamento de indicadores, uma marca de Santa Isabel, fica patente quando a secretária de saúde Rosângela Marinho de Souza Silva fala do controle da dengue na cidade. "É dengue zero!" – enfatiza. E conta que depois de muitas tentativas frustradas, centradas no esclarecimento do público e nos mutirões de limpeza, adotou-se a "estratégia



das bandeirinhas", que consiste em colocar nos terrenos ou na fronte das casas pequenas flâmulas coloridas indicando: vermelho, como área sujeita à dengue; verde, área limpa; amarelo, cuidados necessários. "O resultado foi imediato", conta o gerente municipal de endemias, Francisco Alves dos Santos acrescenta: "Todo mundo logo caçou um jeito de mudar a cor de sua bandeirinha para verde..."

Outro desafio enfrentado pela equipe foi aquele relativo à violência doméstica e, particularmente, contra a mulher, muito frequente na cidade. As mulheres sempre se sentiam tolhidas em narrar seus dramas domésticos para as equipes e assim foi difícil conquistar a confiança delas, lembra a enfermeira Nelci, participante da equipe complementar. Evando, na época médico de SF, se dispôs a realizar reuniões também com os maridos. Foi isso que fez as coisas começarem a mudar, ao ponto de tais casos terem ficado mais raros atualmente, como registra a psicóloga Claudia, também da equipe complementar e responsável pelo atendimento a esse tipo de problema no sistema local.

Outro fator distintivo da experiência em curso na pequena Santa Isabel é o programa de fitoterapia, que vem sendo desenvolvido há alguns anos, sob a coordenação do médico Evando, que já tinha trabalhado com programa semelhante nas cidades de Ceres e Itapuranga. As atividades recebem apoio técnico e financeiro de uma entidade da



Suíça, a Fundação D'Oltre, que tem projetos em outros países em desenvolvimento e que já vinha apoiando o grupo desde a etapa em que trabalhavam em Ceres. Existe um pequeno laboratório em fase de montagem, mas o que é considerado atividade mais importante são as reuniões com a comunidade, nas quais se busca não só levantar o conhecimento já disponível, como educar as pessoas para os usos e eventuais contraindicações das práticas fitoterápicas. Dentro do mesmo espírito, foi montada uma pequena oficina para produção da multimistura, uma combinação dessecada de folhas de mandioca, farelo de arroz e pó de casca de ovo, riquíssima em micronutrientes minerais e vitaminas, utilizada como aditivo nas sopas e outros alimentos. Essa última atividade é realizada com a colaboração da Pastoral da Criança.

Mais para quem precisa mais

A preocupação com a zona rural é muito forte em Santa Isabel. Diz o prefeito, Levino de Souza Silva: "Não é só porque eu vivo lá; essas pessoas passaram gerações e gerações abandonadas pelas autoridades e desde o começo pensei: em meu governo tem que ser diferente!"

De fato, entre as mudanças principais da saúde em Santa Isabel, está a atenção que tem sido dispensada à zona rural. No passado, as visitas eram feitas só pelo médico e mesmo assim muito raras, massificadas e quase sempre resultando em internações e encaminhamentos de urgência. Está tudo mudado hoje. Guilherme e Dalva, médico e enfermeira de SF, se deslocam a partir da sede, visitando cada comunidade pelo menos uma vez na



semana. Na base estão os ACS residentes nas próprias comunidades, mesmo naquelas onde a clientela está dispersa. “Isso faz a diferença”, garante a secretária Rosângela.

Compromisso e liderança são duas palavras que vêm à mente de quem conversa com as pessoas envolvidas com tal atendimento, sejam membros da equipe, usuários, sejam lideranças locais. Isso fica patente, por exemplo, na fala do agricultor Vitor Nonato, um ex-sem-terra, hoje assentado em Nova Aurora, na zona rural de Santa Isabel, que aborda com marcante entusiasmo as ações que vêm sendo desenvolvidas no assentamento e na produtiva articulação que as pessoas da saúde desenvolveram junto aos moradores.

Em Nova Aurora, a conversa com Luiza, uma das ACS, também de família assentada, é esclarecedora, e até emocionante. Ela resolveu investir suas economias na compra de uma moto para trabalhar melhor, dispensando assim a “magrela”, como ela se referia carinhosamente à sua bicicleta, hoje destinada apenas ao lazer. Luiza é também uma pessoa entusiasmada com o que faz. Relata serem rotineiras em sua vida chamadas noturnas para orientar pessoas doentes, medir pressão e temperatura e até mesmo acompanhá-las aos serviços de saúde mais especializados em Ceres. “Já acompanhei pessoas até em Goiânia”, comenta Luiza, com orgulho.

Curiosa também é a história do ACS Carlinhos (Carlos Roberto Ferreira), que está no primeiro mandato de vereador, eleito pelo Distrito de Natinópolis, mas que não abriu mão de suas tarefas na equipe de SF, cumprindo dupla jornada de trabalho. “E se não gostar de ser vereador volto a ser simplesmente ACS, o que me dá mais satisfação”, diz ele.

Um ponto a ser destacado é o financiamento do atendimento rural, que ultrapassa a parcela oficial do PAB, com participação do município no contrato de uma parte da equipe. Nesse aspecto, os médicos Evando e Guilherme se propõem a formular uma metodologia de cálculo de aumento de recursos para SF em municípios que, como Santa Isabel, tenham populações dispersas e longas distâncias para serem percorridas pela equipe. “Acho que poderíamos calcular um *plus* de financiamento da equipe de Saúde da Família a partir do percentual de gente morando fora de aglomerados urbanos, das distâncias a percorrer e das condições das vias de acesso; isso nos faria mais justiça, pois uma coisa é atender três ou quatro mil pessoas morando na mesma rua ou em ruas próximas; outra é viajar durante todo um dia para atender poucas dezenas; isso requer mais gente, mais veículos e também mais recursos”, assim antecipam eles alguns detalhes da proposta que formularão em breve e que será encaminhada ao Ministério da Saúde.

A saúde que não é só médica ou medicamentosa

O foco na promoção da saúde, como já foi comentado, tem marcante importância no sistema local de saúde de Santa Isabel. Nesse aspecto, é bastante ilustrativo o caso do Centro Poliesportivo da cidade, inaugurado em 2008 e construído com recursos próprios

municipais, como anuncia a placa situada na entrada dele. O equipamento é motivo de orgulho para o prefeito e para a equipe de saúde por ser uma realização autônoma da Prefeitura e por se voltar para o que é um princípio das ações de saúde locais, seja no âmbito técnico, seja político: a promoção da saúde. Ele não é um clube a ser disponibilizado para festas e eventos de tal natureza, embora haja pressões da comunidade para tanto, pois o mesmo terreno abrigou, no passado, uma festa anual de Peões de Boiadeiro. O Centro Poliesportivo foi criado para ser um equipamento de saúde, voltado para a promoção de estilos de vida saudável. A reivindicação inicial era para a construção de uma piscina, cujo projeto foi aprovado pelo governo do Estado, mas quando os recursos foram liberados viu-se que se destinavam apenas à construção de uma quadra de esportes. Isso provocou reação imediata da Administração Municipal, que rejeitou o projeto estadual em troca de um projeto próprio, no qual foram incluídos, além de uma piscina aquecida, quadra coberta, campos de futebol, salas de equipamentos de ginástica e também aquilo que o médico Evando considera a grande estrela do Centro: uma pista de caminhada com mais de 1 km de extensão. “Cansei de recomendar exercícios para os diabéticos, hipertensos, obesos e outros pacientes, mas eles nunca podiam fazer, por falta de local adequado; agora ninguém mais tem desculpas para dar...” – assim justifica o médico sua preferência pela pista. Na visita realizada pela reportagem da RBSF, em um final da tarde, isso ficou bem claro, dado o número de pessoas – a maioria mulheres idosas – que faziam alongamentos preparatórios para a caminhada diária. E o que é mais importante, sob orientação profissional da professora Dalila, que faz parte do grupo de educadores físicos contratados pela Prefeitura, todos lotados na SMS.



Entre as inovações em relação à abordagem médica tradicional está a pesagem mensal de crianças, uma verdadeira festa que foi possível à reportagem presenciar. A mobilização parecia muito bem sucedida, pois havia “sopão” (preparado com multimistura), pipoca, sobremesa, brincadeiras na rua, especialmente fechada para o evento, além de, principalmente, muita alegria. Vários adultos e adolescentes, vestidos de palhaços e bailarinas, todos voluntários, davam colorido especial ao evento. As crianças pequenas eram pesadas e suas mães orientadas, enquanto os irmãos mais velhos e outras crianças presentes se divertiam. A coordenadora da Pastoral da Criança e também vice-prefeita, Cássia Sílvia Caixeta Dourado, entusiasmada com o sucesso de mais uma “festa da pesagem”, destacou quão importante tem sido a parceria estabelecida entre as Pastorais da Igreja Católica e a municipalidade. “Parece pouca coisa, mas a gente sente como o envolvimento das pessoas com a saúde de seus filhos, principalmente os cuidados com a alimentação e o seguimento de peso e estatura, tem sido cada vez mais valorizado pela população”, lembra Cássia.

Como fator de impacto na mudança do modo de ver a saúde não mais como processo de competência isolada de médicos ou ligado à oferta de medicamentos,

pode também ser apontada a valorização que se dá, em Santa Isabel, à capacitação das equipes, seja entre as autoridades, membros da equipe, seja entre os próprios alunos. Aqui, mais uma vez, é motivo de orgulho o fato de que o desenvolvimento das atividades conta essencialmente com recursos locais, inclusive na docência. Digna de destaque também é a inclusão de temas que ultrapassam a mera formação técnica, tais como: ética, compromisso social, humanização, mudança do modelo clínico e assistencial. A fitoterapia e alimentação saudável são também temas constantes. Os calendários são flexíveis, mas a participação de todos é compulsória, com frequência aproximadamente semanal. Os profissionais de nível superior têm papel destacado na docência, mas o enfoque é amplamente participativo e de abertura para questionamentos por parte dos alunos. Como diz o médico Guilherme: "O foco está no porquê". "O único problema", diz a ACS Luiza, "é que as pessoas que a gente deixa de atender quando somos convocados para treinamento pensam que viemos a passeio. Difícil mesmo agradar a todo mundo..."

Outro fator que indica saúde praticada como um conceito ampliado é a atuação do Conselho Municipal de Saúde. O Conselho tem apenas oito membros, divididos entre representantes urbanos e rurais, residindo sua presidente, Claudiane Batista da Silva, no Distrito de Cirilândia. Um fato que reflete o grau de presença e mobilização do Conselho foi relatado pela atual vice-prefeita, Cássia, à época vereadora: o convênio que garantiria a vinda dos sextanistas da UnB para estagiar em Santa Isabel fora rejeitado pelos vereadores; o Conselho, porém, não se fez de rogado e recomendou a aprovação dele, criando um impasse. Tal deliberação foi posteriormente acatada pela administração municipal, sem obstáculos no Legislativo. A vice-prefeita exulta: "Depois disso, os vereadores passaram a tomar mais cuidado com suas decisões, preocupando-se mais com a opinião do Conselho". Beatriz Rosa Alves e João Batista Silveira, conselheiros municipais de saúde ouvidos pela reportagem, foram enfáticos em confirmar o respeito que as decisões do Conselho obtêm por parte da administração municipal, inclusive no apoio à Estratégia de Saúde da Família. O médico Evando também lembra que as mudanças na saúde abriram espaço para o surgimento de novas entidades comunitárias, à diferença do passado, dado o incentivo à organização social conferido pela política atual.

Reconhecimento social da ESF: perguntas (e respostas) que não querem calar

Afinal, a mudança do modelo de assistência e gestão em Santa Isabel, com foco na estratégia da Atenção Primária à Saúde, vem obtendo reconhecimento da sociedade, dos trabalhadores de saúde e dos tomadores de decisão com ela envolvidos? A



pergunta é suficientemente ampla, mas pode ser desdobrada em algumas outras, por exemplo: Quais são os fatores que resultaram no sucesso das ações empreendidas? Para além das realizações alcançadas, quais são os problemas e como são contornados? E, finalmente, radicalizando: Se, porventura, o programa fosse extinto, o que aconteceria? Esses foram os temas abordados nas inúmeras conversas e entrevistas formais realizadas com membros da comunidade, trabalhadores de saúde e gestores, de forma grupal ou individual. Uma síntese das manifestações é trazida aos leitores nas linhas abaixo.

Os fatores de sucesso são bastante evidentes, podendo ser arrolados entre eles: a interação permanente da equipe e das autoridades com as pessoas da comunidade, desde as etapas iniciais das mudanças; a liderança e o conhecimento trazidos pelos membros da equipe de saúde, da qual o médico Evando representa uma figura notável; a identificação e o reconhecimento a que os membros da equipe, com destaque para os ACS, detêm perante as pessoas da comunidade; os propósitos firmes de mudança, sempre negociados, mas nunca abandonados ou desprezados; a articulação externa intra e extrassetorial, por exemplo, com a Universidade de Brasília, com a Associação D'Oltre da Suíça; com os profissionais de Ceres que participam da equipe complementar; com as Pastorais Católicas, sem deixar de buscar outros parceiros, principalmente entre as igrejas evangélicas, muito presentes na região; a existência de uma tradição de práticas voltadas para a integralidade, equidade e respeito ao direito à saúde, conforme a expressiva história que alguns membros da atual equipe trazem na bagagem, em suas passagens por Itapuranga e Ceres.

Entre as pessoas comuns, usuários do sistema, os depoimentos são particularmente expressivos, como os seguintes:

Se não fosse por eles [a equipe de SF local] eu nem estaria viva. Eles descobriram que eu era diabética quando fizeram a campanha e os exames, eu não sabia de nada. Meu irmão morreu de diabetes, eu tenho saúde.

Honeida Amélia da Silva, dona de casa, Distrito-Sede.

Acabar com isso? Quem quer? A gente vai pra rua lutar, como já fez para conquistar esta terra!

Vitor Nonato, líder e morador do assentamento de Nova Aurora.

A gente se reúne uma vez por mês e, às vezes, até mais do que isso. A saúde em Santa Isabel mudou mesmo e a gente fica orgulhosa de ter participado disso, de ter o Conselho de Saúde sempre ouvido e valorizado nas decisões que tomam. É bom demais!

Beatriz Rosa Alves, conselheira municipal de saúde.

Eu morava em Tocantins, depois mudei pra Santa Isabel. Aqui a gente é bem cuidada e uma coisa boa é que a gente aprende a usar os remédios do próprio quintal e gasta menos com farmácia.

Maria das Graças Pereira dos Santos, moradora do Distrito de Cirilândia.

Eu vi que era diferente quando fiquei grávida de meu segundo filho. No primeiro, fiz pré-natal só duas vezes e nunca me perguntaram nada, nem exames pediam. Com este que estou esperando agora está sendo tudo diferente: recebo visitas em casa; o Dr. Guilherme já me viu várias vezes e também a enfermeira Dalva. Eles cuidam da gente o tempo todo!

Monalisa, moradora do Assentamento Nova Aurora.

Minha vida mudou, antes eu nem podia andar direito, andava com a cabeça virada para o chão e tudo me doía. Depois que comecei a fazer ginástica, com o apoio da professora Dalila, é outra coisa. Minha coluna endireitou, as dores diminuíram, ando pra todo lado e larguei de tomar todos aqueles remédios que me faziam mal.

Rosa Moraes, moradora do Distrito-Sede e usuária do programa de caminhadas do Centro Poliesportivo.

São muitos anos de trabalho, tem muitas histórias e, só de saber que as pessoas não sabiam que eram hipertensas e hoje saem daqui da zona rural e vão fazer a hidroginástica, é uma mudança muito grande na qualidade de vida delas.

Luiza Borges Damascena, ACS no Assentamento Nova Aurora.

Finalizando, uma pergunta delicada, relativa aos problemas enfrentados pela equipe ou alertados pela comunidade. Aqui, mais uma vez, os interlocutores não fogem da resposta, que é calorosamente sintonizada com a defesa do modelo, sem deixar de ser crítica. Enfatiza-se muito o caráter de mudança cultural envolvido no processo, o que levanta preocupações em relação à consolidação dele. "A gente não pode esmorecer, pois de repente há quem ainda deseje uma volta ao passado", alerta Evando. O *modus operandi* da política local também se enquadra nas preocupações, aguardando-se, com certo temor, nas próximas eleições, a polarização que tem sido típica em Santa Isabel, com não raras manifestações pela volta ao passado. O ambiente de trabalho, embora esteja em evolução, ainda apresenta limitações, pois as relações entre os trabalhadores nem sempre são de compromisso social ou profissional, mas de compadrio e clientelismo, da mesma forma que entre esses e a comunidade de usuários. Nesse campo, são observadas também – embora em processo de diluição – resistências e descrenças em relação à mudança dos processos de trabalho, por exemplo, no acolhimento e na busca ativa, seja por parte dos trabalhadores, seja pelos usuários. Curiosamente, como na cidade são muitos os funcionários públicos, tanto municipais como estaduais, que dispõem de planos pré-pagos de saúde (Ipasgo), isso tem provocado certa aspiração dos usuários do SUS a condições semelhantes de atendimento, traduzidas pela facilidade de acesso aos serviços especializados e hospitalares situados em outros municípios, principalmente Ceres e Goiânia.

O fato de Santa Isabel se constituir como "uma ilha de organização em um mar de desorganização e velhas práticas", na expressão de alguns membros da equipe, também preocupa, pois isso tem dificultado, muitas vezes, o convencimento da sociedade a respeito das vantagens do sistema atual comparado ao antigo modelo, centrado no médico, na hospitalização, na receita, no pedido de exame, no encaminhamento para outras cidades.

São perguntas críticas, sem dúvida, nem sempre com respostas factíveis ou completas no contexto atual, mas que geram muitas vezes afirmativas eloquentes de apoio às mudanças realizadas. Assim se vão construindo novos tempos para a saúde em Santa Isabel, juntando população, trabalhadores de saúde e governantes em busca de respostas convergentes para o bem-estar comum. O que não se deseja, absolutamente, é acabar com as conquistas, mas sim aprimorá-las cada vez mais. Santa e valorosa Isabel! ■



Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal de Santa Isabel
Contato: Rosangela Marinho de Souza Silva (Secretária de Saúde)
E-mail: saudesantaisabel@hotmail.com
CEP: 76320-000
Santa Isabel (GO)

Uberlândia/MG

Saúde da Família em Uberlândia: quem ainda não tem quer ter e quem já tem não quer perder



A pujante Uberlândia

Uberlândia, população estimada em 620 mil habitantes, é uma cidade mineira conhecida em todo o Brasil pela sua riqueza econômica, em termos industriais, e, particularmente, na área de serviços. A cidade sofreu crescimento populacional e grande diversificação produtiva a partir dos anos 70, em função de sua localização geográfica estratégica, além de outros fatores políticos e culturais. É um grande e tradicional centro comercial e logístico, de onde se irradiam mercadorias para toda a Região Centro-Oeste, Norte e Nordeste do Brasil. Também registra expressiva capacidade instalada em tecnologias de informação, sediando grandes empresas dessa área, abrigando, inclusive, alguns dos maiores *call centers* comerciais do Brasil.

A cidade é também conhecida como polo educacional, com duas universidades e sete instituições de ensino superior, com cerca de 60 mil alunos. Entre elas se destaca a Universidade Federal de Uberlândia (UFU), com 15 mil alunos. Na área de saúde existem hoje cursos de medicina (o mais antigo, criado em 1968), odontologia, veterinária, enfermagem, fisioterapia, nutrição e educação física. O Hospital de Clínicas da UFU funciona com cerca de 500 leitos e dispõe de serviços de referência para uma vasta região,

que alcança Estados vizinhos, como Goiás, Mato Grosso do Sul e norte de São Paulo, em toda a gama de tecnologias, inclusive em transplantes e outros procedimentos de complexidade alta.

A expressão econômica da cidade é hoje acompanhada de grande desenvolvimento dos serviços de saúde disponíveis, mas nem sempre foi assim em sua história.

A atuação pública no setor saúde foi tardia, somente se iniciando em meados dos anos 70, quando a Escola de Medicina, hoje da UFU e então uma fundação privada, assinou o chamado convênio MEC-MPAS, que trouxe o atendimento previdenciário, depois universalizado, para a esfera dos serviços universitários – situação ainda excepcional àquela época e na qual Uberlândia mostrou pioneirismo nacional. Nos anos 80 ocorre a criação e a forte expansão dos serviços municipais de saúde, no âmbito individual e coletivo, com a entrada em cena da própria Prefeitura, até então ausente do setor saúde. Nos anos 90 se dá, também, por meio da municipalidade, a construção de seis unidades de porte maior, conhecidas como Unidades de Atendimento Integrado (UAI), em pontos estratégicos da cidade, com até 200 funcionários cada, concentrando atendimento em especialidades médicas diversas, inclusive básicas, mas com forte tendência ao denominado pronto-atendimento 24 horas/dia. Nos primeiros anos da década atual se dá um movimento de organização da atenção a partir dos princípios da Atenção Básica (AB), com a implantação de 34 equipes de Saúde da Família entre 2003 e 2004, seguida da redefinição do papel das UAI no sistema local de saúde. Hoje as equipes de SF são em número de 42 e já cobrem quase 30% da população da cidade, inclusive a zona rural.

Eu amo o que faço. Quero me aposentar como ACS daqui a muitos anos.

Célia, agente comunitária da UBSF Seringueiras.

Um plano, uma direção

"Manda ele pra mim que ele é meu", essa frase foi relatada pela enfermeira de Saúde da Família Cláubia Julio Oliveira, ao negociar com um coordenador de UAI



o retorno de um paciente que havia procurado a unidade sem ter passado pela Atenção Básica. Parece algo banal, mas na verdade é um indicativo bastante expressivo das mudanças que vêm ocorrendo no sistema de saúde de Uberlândia nos últimos anos.

Em outras palavras, partindo de um sistema de saúde com múltiplas portas de entrada, dominado pelo atendimento a casos agudos ou supostamente agudos, com responsabilidades pouco definidas, começa a ser organizado um novo *status*, em termos de definição de fluxos, responsabilização e estimativas de riscos reais, não mais autoatribuídos, como vigorou historicamente na cidade. "As pessoas ainda têm a cabeça centrada nas UAI, mas está mudando", revela a enfermeira Leila Oliveira, da coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Na origem das mudanças uma estratégia bem definida, consubstanciada em um Plano Diretor para a Atenção Primária à Saúde (PDAPS). Dele nos fala o secretário municipal de saúde, o médico Gladstone Rodrigues da Cunha Filho, que "é preciso reconhecer que esse Plano Diretor depende muito da presença e do apoio da Secretaria de Estado da Saúde. Ele tem sido essencial para que todas essas transformações estejam acontecendo. Mas tudo, na verdade, se dá como uma daquelas conjunções astronômicas que nem sempre acontecem: aqui estamos alinhados governo municipal, governo estadual, universidade, conselho de saúde – todas essas vontades políticas – e também uma equipe técnica excepcional, que vem trabalhando de forma contínua, por meio de vários governos".

O PDAPS representa, na verdade, uma estratégia estadual de organização da assistência à saúde a partir da Atenção Básica, com foco na equidade e no acesso, que vem sendo implantada em todo o Estado, por meio de um grande esforço envolvendo não só a Secretaria do Estado da Saúde (SES), mas também diversas universidades, inclusive a UFU. Também as prefeituras que já aderiram ao PDAPS cedem pessoas de suas equipes para ampliar a capacitação no Estado, que é conhecido pelo grande número de municípios que possui – mais de 800! Somente a SMS de Uberlândia tem 22 de seus técnicos nos grupos de apoio do PDAPS. Nesse processo,

Eu, para falar a verdade, fui trabalhar na ESF como recém-formada numa fase que a gente pega qualquer coisa. Agora, cinco anos depois, tenho certeza: este é o meu caminho profissional. Não troco a Saúde da Família por nada. Eu me encontrei aqui.

Cláubia Oliveira, enfermeira de SF Célia, agente comunitária da UBSF Seringueiras.





destaca-se a presença constante da médica Maria Emi Shimazaki, consultora do programa estadual, também contratada pelo município para acompanhar, junto à equipe local, a evolução da implantação do PDAPS.

O núcleo de atividades previstas no PDAPS contém as linhas mestras das grandes mudanças por que vem passando o sistema de saúde de Uberlândia, como exemplifica a frase da enfermeira Cláubia. Em primeiro lugar, claro, vem o foco na APS, como porta de entrada e instância ordenadora do sistema local. Daí decorre uma metodologia inovadora e mesmo revolucionária: a classificação de risco, que permite que todos os pacientes, sem exceção, sejam classificados de acordo com o risco que apresentam na porta de entrada do sistema, para então ser determinado o tipo de atendimento que receberão: se aqui e agora; agora, mas não aqui; aqui, mas não agora; nem agora nem aqui...

Para que a classificação de risco funcione, todos têm que ser entrevistados e, se for o caso, examinados, no que os enfermeiros têm um papel essencial, sendo notável o orgulho que demonstram em assumir tais tarefas. Ou, nas palavras da enfermeira Karina Kelly Oliveira, que definiu a classificação de risco como algo "que ilumina nosso caminho". Os pacientes são classificados em quatro grupos, identificados por cores: vermelho: emergência verdadeira; amarelo: atendimento imediato necessário; verde: exige atenção, mas não precisa ser atendimento imediato; azul: pode esperar...

É interessante notar como a metodologia da classificação de risco está hoje incorporada no linguajar das equipes da SF e das UAI, até mesmo dos pacientes. Assim, não é objeto de disputa o fato de que apenas os "vermelhos" e "amarelos" (que na verdade são minoria) sejam encaminhados às UAI; os "verdes" e "azuis" são de responsabilidade da própria equipe. Era de um paciente "azul" que falava a enfermeira Cláubia em seu contato com um coordenador de UAI.

Na UAI São Jorge, visitada pela reportagem, havia corredores e salas separados para "amarelos" e "vermelhos", com "verdes" e "azuis" em outro setor, para aconselhamento e encaminhamento de volta à origem. Muitas reclamações? "No começo, sim, mas agora estão todos se acostumando; mesmo os pacientes já têm consciência do que significa a bolinha colorida em seu cartão", assegura o coordenador administrativo da UAI São Jorge, Ricardo Rodrigues.

Como hoje todo o sistema local de informação em saúde está informatizado e em rede, uma nova ferramenta com a qual grande parte dos municípios do País ainda sonha, o Cartão SUS, em sua versão local, o Cartão Municipal de Saúde, já é uma realidade em Uberlândia. Por meio dele é possível acessar prontuários de pacientes a partir de qualquer ponto da rede de serviços, contribuindo bastante para a organização da assistência, reduzindo drasticamente o efeito da autoatribuição de riscos e de condições de saúde, eterna fonte de perturbações nos sistemas de saúde de todo o mundo.

É Rubia Barra, diretora de planejamento da SMS, que nos revela quais são os planos futuros para a ESF no município. Ela diz que "atualmente são 40 equipes habilitadas e mais duas em processo de habilitação, mas o nosso atual Plano Municipal de Saúde 2010-2013 tem a meta de ampliar esse número para 54, de forma acoplada a um Plano Municipal de Investimento na Atenção Primária". No Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) do município, estão cadastradas hoje 184.024 pessoas, o



que resulta em uma cobertura de ESF de 29,1%.

Além disso, para a completa execução da expansão da ESF, estão sendo desenvolvidos projetos arquitetônicos inovadores de unidades básicas, com financiamento da SES-MG e do Ministério da Saúde.

São prédios especialmente preservadores de energia e ecologicamente corretos com o uso de ar-condicionado e de iluminação artificial restrito. O secretário Gladstone esclarece que o custo compensa. "Tive trabalho em explicar ao prefeito e aos meus colegas secretários que ficava mais caro sim, mas apenas no momento, pois ao longo do tempo são soluções poupadoras de energia, e também de dinheiro, já testadas em todo o mundo", explica.

O clima organizacional é positivo, embora coexistam na cidade dois sistemas de contratação de funcionários para a rede de saúde: o estatutário tradicional e os contratos terceirizados (por meio de organizações sociais, com salários melhores, atualmente em transição para adaptação a uma nova legislação municipal).

O reconhecimento social está presente

A aceitação das mudanças em direção à APS em Uberlândia parece, de fato, ser intensa. A reportagem conversou de forma isolada e também em grupos de sala de espera com algumas dezenas de pessoas, geralmente idosas, em duas unidades do sistema local de saúde: Shopping Park e Seringueiras I. A seguir alguns depoimentos que ilustram como a população se sente mais bem atendida no campo da saúde.

Dona Luiza Rosa, uma usuária idosa da UBSF Shopping Park, assim se expressou: "Antes, meu filho, era uma negação. Agora podemos pôr as mãos para o céu. Temos onde e pra quem recorrer quando ficamos doentes. Somos parte de uma família aqui".

Já Maria Conceição Dias, outra usuária idosa, relatou que prefere sua situação atual: "Eu morava em Belo Horizonte. Lá eu lutava com a maior dificuldade e aqui só encontrei coisas boas, ainda mais para quem é diabética, como eu. Eu ganhei vida aqui".

Ruth Lopes, outra usuária idosa da UBSF Shopping Park, compara: "Antes? Lá onde eu ia eles só mediam a pressão e olhe lá. Aqui não. Elas conversam, especulam, sabem o nome da gente, vão até na nossa casa".

O mesmo tom se repete na fala de Abadio Andrade: "Olha, meu filho, aqui todo mundo olha pela gente..." e também de Hélio Rezende, ambos usuários da UBSF Seringueiras I: "Nunca vi isso em nenhum lugar. A gente tem garantia aqui".

A confiança na equipe é demonstrada por Rufina Dias, filha de Maria Conceição, a paciente diabética: "É com a Cláubia (enfermeira de Saúde da Família) que eu tomo conselho antes de fazer qualquer coisa pela minha mãe". E é seguida por Vilcemar Cândida, usuária, UBSF Shopping Park: "Se a gente tem alguma coisa para reclamar, é do que não tem ainda. Com o que tem a gente está muito satisfeita".

Um curioso depoimento, revelador de novas atitudes com a saúde, é o de Geralda Célia, usuária da UBSF Seringueiras I, ao falar de sua participação no programa de atividade física que existe na Unidade, coordenado por uma professora de educação física: "A gente vai ficando livre de usar muito remédio", comemora Geralda.

Os vínculos são recíprocos e fundados também na emoção e no afeto. É Célia, ACS da UBSF Seringueiras I, que nos revela: “O pior é quando morre alguém aqui na área. A gente vai até o velório. Já chorei muito por isso. É como se fosse gente de nossa família esses pacientes que às vezes morrem”. A médica Rosa Manzano, da UBSF Seringueira I, acrescenta: “Já teve gente que mudou do bairro e, quando viu que em seu novo endereço não tinha cobertura de Saúde da Família, voltou aqui e pediu para se manter cadastrado”.

Da mesma forma, a enfermeira Karina se emociona com a reação eufórica de um paciente visitado em casa por ela: “Karina na minha casa! Que honra!”. Sua colega Cláubia chega até as lágrimas ao falar dos pacientes que acabavam de receber, com visível alegria, seus cartões de idosos das mãos dela. Nesse aspecto, a identificação das pessoas da equipe pelo nome, seja de qualquer nível ou profissão, é uma constante observada nas entrevistas e nos depoimentos em grupo.

A possibilidade de cancelamento ou extinção da ESF é sequer cogitada.

“Quem ainda não tem quer ter e quem já tem não quer perder”, é o que diz José Veridiano, conselheiro municipal de saúde, falando do estágio atual da ESF no município. “Este novo modo de agir traz na bandeja a necessidade da informação e isso muda a maneira de se pensar e fazer as coisas acontecerem”, afirma Augusto Batista, também conselheiro.

Os conselheiros de saúde entrevistados, José Veridiano (representante de trabalhadores, anteriormente representante da Associação dos Usuários do SUS, ASUS), a psicóloga Gláucia Galante (representante profissional) e Augusto Batista (da representação do gestor) consideram que a aceitação da Saúde da Família é hoje muito boa na comunidade.

Eles apontam que na última Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2008, houve, inclusive, demanda formal pela ESF nas áreas ainda não contempladas.

A defesa do SUS é hoje inquestionável nas discussões do Conselho, mas, especificamente sobre a APS, acham que ainda é necessário mais aprofundamento conceitual ou “alinhamento”, como disse José Veridiano.

De toda forma, lamentam que o foco mais forte dessas discussões no Conselho ainda seja no campo das reclamações de usuários e nos aspectos financeiros da assistência à saúde.

Sobre resistências à estratégia, as equipes percebem que elas existem, mas são cada vez menores, como afirmam a médica Ana Abdala e a enfermeira Leila, da Coordenação de AB.

Um exemplo de fator de resistência às visitas para cadastramento são as famílias que eventualmente possuem convênios de saúde, situação peculiar da realidade uberlandense e que não é de todo rara nos bairros atendidos. Com bom humor, a ACS Sandra (Seringueiras I) comenta:



"No começo, até os cachorros estranhavam a gente, mas tem melhorado bastante".

Cláubia, a enfermeira, acha que a situação da estratégia ainda exige cuidados de convencimento e propõe, nesse sentido, a criação de uma ONG ou entidade semelhante a ser denominada "Amigos do PSF"; voltada para tal ação, sem descuidar das outras tarefas que já vêm sendo realizadas, tais como palestras e debates em salas de espera. Nesse aspecto, julga que o acolhimento como tem sido praticado na rede, isto é, "levado a sério", além da classificação de risco têm sido instrumentos essenciais para se ganhar ainda mais adeptos da ESF.

Desafio, não poucos

É Rubia Barra quem diz: "O Plano Diretor veio para dar um choque de qualidade na Atenção Primária à Saúde, com a organização do atendimento por ciclos de vida, a humanização do atendimento, o acolhimento com classificação de risco, a implantação de programa de qualidade, a certificação das equipes que agora está em curso. Contudo, temos desafios a solucionar, sem dúvida; por exemplo, a reorganização mais profunda do sistema de saúde e a construção de redes integradas mais efetivas. São muitos os avanços obtidos, mas sabemos que muito ainda precisa ser realizado".

Suas palavras encontram respaldo entre os demais entrevistados. Da parte dos usuários, nota-se, ao lado de posturas favoráveis às mudanças, certo "saudosismo" relativo ao sistema antigo, quando o contato com o médico era menos demorado, mas quase sempre gerava pedidos de exames, consultas especializadas e, principalmente, extensas receitas.

Grande valor é dado também ao modelo de atendimento 24 horas/dia das UAI, supostamente mais seguro para a saúde dos usuários, da mesma forma que a oferta de especialidades, ambulâncias e, principalmente, mais médicos. Um enfoque curativo que o conselheiro José Veridiano acredita ter origem nas próprias condutas dos profissionais ao longo dos tempos, particularmente dos médicos. Para Augusto Batista, seu colega no Conselho de Saúde, a facilidade da oferta acabou gerando o uso abusivo dos recursos por parte dos usuários, o que não seria possível antes.

Entre outros tópicos considerados como prioritários na superação das dificuldades e desafios presentes, podem ser enumerados: 1) a necessidade de manter o pique e a motivação dos trabalhadores, pois, como lembra José Veridiano, "não há saúde pública sem trabalhadores com vontade"; 2) a uniformização ainda não alcançada das posturas de enfermeiros e médicos na incorporação das ferramentas como a classificação de risco, estando os





primeiros muitos mais dispostos e avançados do que os últimos em tal campo; 3) a exigência de esforços continuados para consolidação e sustentação política e simbólica da ESF, pois a experiência local é nova e ainda está se processando; 4) o preenchimento dos vazios assistenciais que ampliem a cobertura para além dos 30% até hoje alcançados; 5) da mesma forma, os vazios tecnológicos, que transformam algumas especialidades, como a reumatologia e a neurologia, em verdadeiras raridades, levando ao congestionamento das referências; 6) a necessidade de maior continuidade e permanência dos membros das equipes, mais uma vez, com foco nos médicos, aspecto agravado pelos reconhecidos problemas na formação, embora a Universidade Federal de Uberlândia já tenha aderido ao Programa Pró-Saúde, registrando-se a presença de alunos de medicina, de odontologia e de enfermagem na rede de APS.

Finalmente, como apontaram os conselheiros entrevistados, a aceitação da Saúde da Família em Uberlândia parece ser satisfatória e vir aumentando, mas, mesmo assim, advertem, é preciso investir mais na comunicação com a população. A enfermeira Karina resume em poucas palavras os dilemas presentes: "É como a gente ter que trocar o pneu com o carro andando..." E, pelo visto, eles trocam! ■

Secretaria Municipal de Saúde/
Prefeitura Municipal de Uberlândia
Contato: Rubia Pereira Barra
(Diretora de Planejamento)
E-mail: rpbarra@hotmail.com
Av. Anselmo Alves dos Santos,
600, Bairro Santa Mônica
Fones: (34) 3239-2444 / 2800
CEP: 38408-900
Uberlândia (MG)



Letícia Thomaz de Almeida

Letícia Thomaz de Almeida, 27, é enfermeira da Unidade Saúde da Família Sereno, Paz e Fé, no bairro Penha, município do Rio de Janeiro. Graduada pela Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac, São Camilo/RJ, está desde 2007 na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e atende atualmente 960 famílias. Flamenguista, adora praia, assistir ao pôr do sol na Pedra do Arpoador, acampar em Ilha Grande. Não perde festa de casamento, de 15 anos, infantil, da roça e churrasco de domingo. Nos últimos tempos, está em processo de reeducação alimentar e mudança de hábitos. O resultado a curto prazo? Já se sente mais bonita, feliz e disposta. Nesta edição da Revista Brasileira Saúde da Família (RBSF), saiba um pouco mais sobre sua trajetória, suas ideias e as lições que a ESF tem lhe ensinado. Confira seu perfil nas linhas abaixo.



RBSF: Como e quando descobriu sua vocação profissional?

Letícia Thomaz: Descobri que nasci para ser enfermeira durante a faculdade. Nos estágios me deparei com uma profissão rica em opções de cuidados com o ser humano e escolhi a que acho a melhor delas: a enfermagem em saúde coletiva. Para que eu pudesse ter certeza da minha vocação profissional, outro aspecto decisivo foi a minha monografia de conclusão de curso, pois o tema foi sobre a Estratégia de Saúde da Família e ganhei um prêmio de melhor trabalho da turma. Minha orientadora, a professora Carmem Luppi, me encorajou e sempre afirmava que a Saúde da Família era o meu lugar. Depois de formada, fiquei um ano sem emprego, entregando currículo em vários Programas Saúde da Família (PSF). Quando já pensava em desistir, fui a um congresso de cardiologia para ver minha professora e conheci em uma das plenárias o trabalho do PSF-Grotão, localizado no bairro da Penha, no Rio. Na ocasião, a enfermeira Áurea apresentava um trabalho de prevenção a doenças cardiovasculares promovido pela equipe à qual pertencia. Assim, uma semana depois, passei a frequentar

Saúde com a Gente

SaúdedaFamília

Publicação do Ministério da Saúde - Ano X - abril a junho de 2009 - ISSN 1518-2355

OLÁ, ACS!

Nesta edição do encarte **Saúde com a Gente** contamos um pouco mais sobre a história e origem da sua profissão. Além disso, trazemos um bate-papo com a Elane, ACS de João Pessoa na Paraíba, e, especialmente, dicas sobre um tema de grande importância: a obesidade infantil. O cronista da vez é Everaldo Vieira Fernandes, 20 anos, agente comunitário de saúde em Alto Caparaó (MG). E, você, também quer participar contando um caso, mostrando sua história? Escreva para nossa redação dab@saude.gov.br

UM PROFISSIONAL QUE JÁ TEM HISTÓRIA

*Por Flavio Goulart**

A figura do agente comunitário de saúde começa a deixar de ser apenas uma novidade no cenário da política de saúde no Brasil para se transformar, de fato, em uma inovação real, que vem mudando o modo de realizar os cuidados de saúde e a própria política do setor. E esse profissional, membro da equipe de Saúde da Família, possui história mais antiga do que se poderia supor.

Com efeito, sua origem parece ter sido na Rússia dos Czares, no século XVIII, época em que foi criada a figura do *feldsher*, palavra que, curiosamente, significa "barbeiro de campo". Suas tarefas eram inicialmente ligadas à higiene e à saúde das tropas imperiais em missões de guerra. Isso evoluiu, posteriormente, também para a prestação de serviços à população civil. Mais tarde é que surge uma nova categoria, agora ocupada também pelas mulheres: as *feldshers* parteiras.

Mesmo com o quadro restrito de tarefas que tinham no início, eles já constituíam uma categoria profissional treinada especificamente, dentro de um sistema formal e complexo de escolas, em sistemas de prestação de serviços igualmente formalizados, com exigências bem definidas para sua contratação, por exemplo, em termos de idade e

escolaridade. Eram considerados ajudantes dos médicos, mas, em caso de necessidade, também seus suplentes.

Com a Revolução Socialista, em 1917, eles foram inicialmente rejeitados, mas depois incorporados ao novo sistema de saúde. Atualmente, continuam numerosos na realidade russa, estimando-se que existam vários *feldshers* para cada médico em atividade – isso em um país onde o número de médicos por habitante é um dos mais elevados do mundo! Só para se ter uma ideia comparativa, no Brasil a relação entre ACS e médicos ainda é aproximadamente 1:1, mesmo com toda a expansão dos últimos anos.

Na África surgiram outras experiências semelhantes como parte da estratégia colonial, com atuação dirigida ao grosso da população, não às elites brancas (ou mesmo negras), que continuavam a utilizar a medicina europeia clássica, rejeitando preconceituosamente esse tipo de trabalhador. Mas o cidadão comum sempre o valorizou muito, até mesmo por ser o único recurso disponível. Isso aconteceu também em países colonizados pelos europeus na Ásia, como o Vietnã, que manteve a presença desses trabalhadores depois da descolonização e da unificação socialista da nação, nos anos 70.

Na China, talvez, a presença desse tipo de trabalhador no sistema de saúde foi e ainda é um marco mundial. Eles ficaram conhecidos como "médicos descalços", muito embora não fossem médicos e nem andassem, necessariamente, descalços. Eram geralmente camponeses que prestavam cuidados à saúde às suas comunidades no intervalo de seus trabalhos no campo, não sendo pagos pelo Estado especificamente por isso.

Os "médicos descalços" chineses tiveram imenso papel nas chamadas campanhas patrióticas sanitárias pós-revolucionárias. A primeira delas, coroada com êxito, ocorreu no início da década de 50, com o objetivo de eliminar as quatro pragas da época: moscas, mosquitos, ratos e percevejos. Mas as campanhas foram além. Hoje é sabido que o controle de esquistossomose, do calazar, das doenças venéreas, da peste, da cólera, da varíola, além de progressos feitos em relação à malária e à filariose, teve nesse "ACS" chinês um ator preponderante. Mas, desde o início, a principal tarefa desses trabalhadores chineses consistia na educação sanitária e na prevenção de doenças.

Um médico ocidental que conheceu o trabalho deles nos anos 50 revelou, com entusiasmo: "São eles que, decidida a preparação de uma campanha, levam o problema à comuna, discutem, esclarecem, ouvem opiniões, projetam, motivando-a para a tarefa". E você, ACS brasileiro, se reconhece nessa frase?

Muita coisa mudou, como se vê. O ACS, hoje, não é mais apenas um *feldsher*, um profissional "descalço", um suplente ou alguém com tarefas meramente auxiliares. Do passado, ele herdou, principalmente, a necessidade de uma boa formação, os pré-requisitos de qualificação, o foco na educação e na prevenção em seu processo de trabalho e o vínculo com as pessoas da comunidade na qual está inserido.

Suas tarefas, agora, são muito mais importantes. Ele não substitui e não é suplente de ninguém. Não está voltado apenas para populações pobres e marginalizadas. Tem responsabilidades muito bem definidas. Faz parte de uma equipe, enfim, na qual tem importância e responsabilidades cada vez maiores.

O papel que o ACS exerce deve ser entendido em duas vertentes inseparáveis: sua identidade com a comunidade à qual serve; e sua escolha e capacidade para a solidariedade com liderança. São esses atributos que conferem legitimidade e eficácia ao seu papel na equipe de Atenção Primária à Saúde, tanto do ponto de vista humanístico quanto cultural. Isso faz dele um recurso humano singular, extraordinário; verdadeiro símbolo de mudança em um sistema de saúde que evolui, como é o caso do SUS.

Para vocês ACS de todo o Brasil, o dito da OMS sobre a Atenção Primária à Saúde se aplica com perfeição: "Agora mais do que nunca!"

***Coordenador técnico da Revista Brasileira Saúde da Família**

Maria Elane Alves de Souza Santos



Maria Elane Alves de Souza Santos, 33 anos, nasceu em Campina Grande, na Paraíba, mas é em João Pessoa onde exerce a profissão de agente comunitária de saúde desde 2004, quando já havia adotado a capital paraibana para viver. Atualmente, o município nordestino conhecido também como "Porta do Sol" conta com 180 equipes de Saúde da Família, o que abrange uma cobertura de 89,6% da população total de 702.235 habitantes, conforme dados do IBGE de 2009. A Revista Brasileira Saúde da Família (RBSF) entrevistou a simpática agente, que nos conta um pouco sobre sua profissão. Segundo Elane (como prefere ser chamada), um momento marcante profissional foi a formação em Terapia Comunitária, que lhe ensinou muito, pois "se achava muito bam-bam-bam" e percebeu que na verdade "não era lá tudo isso e precisava de muitos cuidados também". Casada, sem filhos, considera-se extrovertida, religiosa e realizada. Confira a entrevista desta ACS que leva mais saúde à comunidade São José da segunda cidade mais verde do mundo.

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

Elane: Um dos motivos maiores para escolher ser agente comunitária de saúde foi gostar de trabalhar com o lado mais social da vida. Ou seja, essa profissão me dá possibilidade de desenvolver ações de promoção social, de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde. Em nenhum momento me arrependo da escolha que fiz. Pelo contrário, sinto-me muitas vezes sendo a voz da comunidade e isso é muito gratificante.

RBSF: Você considera a Estratégia Saúde da Família importante?

Elane: Considero importante sim, pois percebo que a gente trabalha em um contexto mais geral, vendo as pessoas de forma mais integral, holística. Ter saúde é ter moradia adequada, emprego, lazer, saneamento básico, educação. Enfim, para termos êxito precisamos trabalhar de forma articulada com outros setores, não é mesmo?

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

Elane: Acredito que uma grande vantagem seja a prevenção de doença e a preservação da saúde. Com o nosso trabalho indo até a casa da pessoa, podemos identificar áreas e situações de risco, sejam elas individuais, sejam coletivas, e, em tempo hábil, podemos também encaminhar as pessoas doentes à unidade, orientar a proteção à saúde, mo-

bilizar a comunidade a ter ambiente com condições favoráveis à saúde. E, por fim, notificar casos que necessitam de vigilância.

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

Elane: Eu aprendi com a comunidade formas de alimentação alternativa e nutritiva. Aprendi o que é a multimistura, xaropes, chás. Ah, e, principalmente, a superar as dificuldades com força e união, a lutar pelos objetivos em comum, a ter solidariedade. São muitos os aprendizados.

RBSF: É difícil ser ACS?

Elane: Sim, porque muitas questões fogem da autonomia de um ACS e isso me dá muitas vezes uma sensação de impotência. Contudo, com o bom entrosamento que tenho com a comunidade, os apoiadores, o Distrito e a equipe, tenho forças para articular sempre com o objetivo de beneficiar a comunidade, melhorando a qualidade de vida da população atendida.

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

Elane: Principalmente manter a motivação, o entusiasmo e a qualidade de um trabalho em meio a tantas demandas. Ser ACS é trabalhar com a singularidade de cada situação e isso exige dedicação e tempo. Outro fator desafiante é a adesão por parte da comunidade às orientações dadas. Temos que ser criativos para estimular a população a mudar sua cultura e aderir a novas formas de cuidado.

A gente trabalha em um contexto mais geral, vendo as pessoas de forma mais integral, holística

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

Elane: Sempre me perguntava o porquê de tanta gente na rua. Se era de dia tinha gente, se era de noite ou de madrugada tinha gente. Ficava intrigada com isso. Quando fiz o diagnóstico da área, percebi que as casas eram pequenas demais para tanta gente, e daí ocorre um revezamento para dormir. O que aparentemente poderia parecer vagabundagem era sim uma questão social.

RBSF: Faça uma breve comparação da comunidade antes e depois da Estratégia de Saúde da Família.

Elane: A comunidade antes usava uma única Unidade Básica de Saúde para atender a uma demanda enorme. Existiam apenas alguns agentes do Pacs, que até hoje se encontram nessa mesma comunidade, que já conta com quatro equipes de Saúde da Família. Há agora uma unidade



nova integrada, resultando em uma melhor qualidade de atendimento, com respeito e dignidade. A comunidade só teve a ganhar.

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

Elane: O próprio nome já diz: é trabalhar em equipe, em união, em acordo, tendo companheirismo. Ao trabalharmos com tantas demandas, são fundamentais também a organização e o planejamento para atingir nossos objetivos.

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

Elane: Tudo que proporcionar melhores condições de vida, como saneamento básico, infraestrutura adequada, trabalho, educação, lazer e higiene.

RBSF: Algum fato emocionante para nos contar?

Elane: Quando comecei a trabalhar, encontrei uma família, de pais separados, que tinha um filho de nove anos envolvido no mundo das drogas e do crime. Muitas vezes a mãe o encontrava desmaiado pelos becos. Certo dia, às duas horas da madrugada, como ele estava dopado com todo tipo de drogas ilícitas, ela me pediu ajuda, desesperada. Então fui ao Conselho Tutelar e me disseram que iriam à casa da mãe, mas não foram. Aí, em uma das vezes que fui até a casa onde moravam, presenciei a criança de cueca, pedindo para mãe que o deixasse assim, pois iria dizer aos colegas que estava de castigo, o que seria uma forma de não sair para o consumo de drogas e para cometer crimes. Tudo isso aconteceu com o menino chorando muito. Essa reação mexeu comigo demais. Perguntei a ele se queria sair dessa vida e ele disse que sim. Fui novamente ao Conselho, relatei o caso, liguei para algumas clínicas e busquei os setores competentes, mas nada foi resolvido. Hoje, ele tem 16 anos, foi expulso da comunidade e vive na rua, Deus sabe onde. Esse fato foi para mim um golpe que me trouxe um sentimento extremo de impotência.

Temos que ser criativos para estimular a população a mudar sua cultura e aderir a novas formas de cuidado

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

Elane: Meu recado é que acreditem que nenhum de nós já nasceu com jeito para super-herói. Os sonhos a gente constrói vencendo os limites, escalando as fortalezas e conquistando o impossível pela fé, coragem e alta determinação. Tenho certeza que assim nós venceremos. ■



Tome Nota



OBESIDADE EM CRIANÇA

A obesidade não é apenas um problema estético (beleza) que incomoda por causa das "brincadeiras" dos colegas.

Pode-se definir obesidade como o grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde, devido a sua relação com o aparecimento e complicações de algumas doenças como diabetes, hipertensão e outros problemas cardíacos.

O ganho de peso além do necessário é devido a hábitos alimentares errados, questões genéticas, estilo de vida sedentário, distúrbios psicológicos, problemas na convivência familiar, entre outros.

Costuma-se pensar que as crianças obesas ingerem grande quantidade de comida. Essa afirmativa nem sempre é verdadeira, pois a obesidade não está relacionada apenas com a quantidade, mas com o tipo de alimentos consumidos frequentemente.

Atividades físicas

Além da alimentação, a vida sedentária facilitada pelos avanços tecnológicos (computadores, televisão, videogames etc.) também é fator para a presença da obesidade.

Hoje em dia, devido ao medo da violência urbana, entre outros motivos, as crianças costumam ficar horas paradas em frente à TV ou outro equipamento eletrônico e quase sempre com um pacote de biscoito ou sanduíche regado a refrigerantes.

A prática regular de atividade física proporciona muitos benefícios, entre eles o aumento da autoestima, do bem-estar, a melhoria da força muscular, fortalecimento dos ossos e pleno funcionamento do sistema de defesa do organismo – sistema imunológico.

Ansiedade

Você pode colaborar na promoção à prática regular de atividade física e utilização dos espaços públicos que facilitem a incorporação dessa prática no cotidiano.

Não são apenas os adultos que sofrem de ansiedade provocada pelo estresse do dia a dia. As crianças e os jovens também são alvos desse sintoma, causados por preocupações em semanas de prova na escola ou pela tensão do vestibular, entre outros. Algumas pessoas em situações de ansiedade comem em excesso.

Fatores genéticos

Algumas pesquisas já revelaram que, se um dos pais é obeso, o filho tem maiores chances de se tornar obeso, e essas chances dobram no caso de os dois pais serem obesos.

Nas visitas domiciliares, você deve fazer orientações para a promoção à saúde, reforçando as orientações quanto ao aleitamento materno exclusivo, alimentação, a manter o esquema de vacinação sempre atualizado, medidas para higiene e cuidado com a criança e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Assim estará contribuindo para a manutenção e promoção à saúde das crianças das famílias que moram na sua área de atuação.

Orientações importantes que podem ser dadas por você:

- Os alimentos de diferentes grupos devem ser distribuídos em pelo menos três refeições e dois lanches por dia.
- Os alimentos como cereais (arroz, milho), tubérculos (batatas), raízes (mandioca/macaxeira/aipim), pães e massas devem ser distribuídos nas refeições e lanches do seu filho ao longo do dia.
- Legumes e verduras devem compor as refeições da criança. As frutas podem ser distribuídas nas refeições, sobremesas e lanches.
- Feijão com arroz deve ser consumido todos os dias ou no mínimo cinco vezes por semana.
- Leite e derivados como queijo e iogurte devem compor a alimentação diariamente, nos lanches. Carnes, aves, peixes ou ovos devem compor a refeição principal da criança.
- Alimentos gordurosos e frituras devem ser evitados. A preferência deve ser por alimentos assados, grelhados ou cozidos.
- Refrigerantes e sucos industrializados, balas, bombons, biscoitos doces e recheados, salgadinhos e outras guloseimas no dia a dia devem ser evitados ou consumidos o mínimo possível.
- Diminuir a quantidade de sal na comida.
- A criança deve beber bastante água e sucos naturais de frutas durante o dia, de preferência nos intervalos das refeições, para manter a hidratação e a saúde do corpo.
- A criança deve ser ativa, evitando-se que ela passe muitas horas assistindo à TV, jogando videogame ou brincando no computador.

Em todas as fases da vida, o importante é ter uma alimentação saudável, que é:

- Adequada em quantidade e qualidade;
- Variada;
- Segura;
- Disponível;
- Atrativa;
- Que respeita a cultura alimentar.

Para ter uma alimentação saudável, não é preciso excluir "coisas gostosas", mas é preciso saber equilibrar, evitando os exageros e o consumo frequente de alimentos altamente calóricos.

É preciso também desmistificar a ideia de que tudo que é gostoso engorda e é caro. Uma alimentação rica em alimentos pouco calóricos pode ser saborosa e caber no orçamento familiar.

Alimentos que são importantes e devem fazer parte da alimentação diária da criança:

Grupo	Tipo	O que são	Exemplos
1	Cereais, tubérculos e raízes	São aqueles que dão energia às crianças para falar, brincar, correr.	Arroz; fubá; farinha de mandioca; macarrão; batata; mandioca; aveia; pão; milho.
2	Carnes e leguminosas	São importantes para o crescimento e recuperação das células do corpo.	Feijão; frango; peixe; ovo; miúdos; lentilha; carne; marisco; soja; ervilha; fava; tremoço.
3	Verduras e frutas	São importantes, pois contribuem para proteger a saúde e diminuir o risco de várias doenças.	Abóbora; jerimum; couve; cenoura; espinafre; beterraba; caruru; taioba; frutas; brócolis; alface; pepino; tomate.

Fonte: Guia do Agente Comunitário de Saúde (DAB/SAS/MS)

Crônica da Saúde

A sociedade precisa de valores

*Por Everaldo Vieira Fernandes**



Por morar no interior, não estou acostumado com cenas às quais assisti durante essa semana numa cidade maior. Quando saí da aula, vi várias crianças enroladas em trapos dormindo na calçada, por onde pessoas bem vestidas circulavam normalmente como se nada tivesse acontecendo. Fiquei perplexo, pois meu coração partiu quando vi que ninguém está se importando com nossa sociedade. Para onde foram os valores que nossos pais nos ensinaram? Cadê a igualdade e equidade que a nossa Constituição tanto diz? Quando paro, penso e vejo que tudo isso acontece por displicência humana, fico irritado e com vontade de gritar, agir, fazer um movimento. Mas sozinho é impossível.

A maioria das pessoas está preocupada para onde ir no fim de semana, com qual roupa irá sair, em que restaurante irá jantar. Não me conformo com uma sociedade tão injusta. Será que ninguém vê o que eu vejo? Será que não veem que pessoas são assassinadas todos os dias? Que adolescentes cada vez se drogam mais? Que existem adolescentes com 14 anos grávidas? Que o tráfico só aumenta a cada dia? Cadê o governo? Onde está você, que, lendo isso, não faz nada, apesar de concordar comigo?

Uma andorinha não faz verão. Mas, se nos juntarmos, com certeza, faremos uma grande diferença. Comece pela sua casa, mude sua maneira de agir e conscientize as pessoas que convivem com você, no seu trabalho, no seu círculo de amizades. E, principalmente, na hora de votar, analise o passado do candidato. Somos uma raça e precisamos nos unir para chegar a algum lugar. Vamos melhorar este mundo que grita por socorro. Só depende de nós.

Everaldo Vieira Fernandes, 20 anos, é agente comunitário de saúde em Alto Caparaó (MG).

o PSF-Grotão e conhecer a prática da Saúde da Família.

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

Letícia Thomaz: Trabalho há dois anos e seis meses em uma das equipes de Saúde da Família do PSF-Sereno, Paz e Fé – são duas equipes de Saúde da Família e uma equipe de Saúde Bucal –, que atendem juntas a população de quatro comunidades: Sereno, Paz, Caixa d'Água e Fé. Lá realizamos grupos de educação em saúde semanalmente. Por exemplo, acontecem na nossa unidade os grupos: de escovação (uma das portas de entrada da odontologia); de crianças de 5 a 12 anos (promovendo saúde, cidadania, cultura e família); de adolescentes de 10 a 14 anos (oficinas de artesanato); de adultos e idosos (para promover a prevenção e consequências graves da hipertensão e diabetes); de mulheres (com temas relacionados à saúde, antecedendo o preventivo ginecológico); e de práticas complementares de saúde, acompanhadas pela ACS Angélica, que inclui auriculogia e reflexologia. Quinzenalmente, acontece o grupo de gestantes e mensalmente a oficina culinária de alimentação saudável. Além disso, realizamos o monitoramento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa -Família, visitas domiciliares, atendimento de puericultura, pré-natal, preventivo ginecológico, hipertensão e diabetes, hanseníase, tuberculose, vacinação de rotina do calendário do MS, BCG, triagem neonatal etc. E ainda incentivamos e protegemos o aleitamento materno e incentivo à doação de leite humano. Somos um posto de armazenamento de leite humano em parceria com o banco de leite da maternidade Herculano Pinheiro. Recebemos também internos de graduação em medicina e enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro integrantes da residência multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. Não tenho dúvidas de que o PSF-Sereno é um grande time de 19 pessoas que joga a favor da melhoria da qualidade de vida e saúde da área pela qual somos responsáveis.

RBSF: O que a levou à Saúde da Família?

Letícia Thomaz: O vínculo com as famílias da nossa área. Como é bom ser chamada de filha por uma idosa; ser chamada pelo nome nos becos da comunidade; ser convidada para ser madrinha das crianças; ganhar bolo-surpresa do grupo de adulto e idoso no dia do meu aniversário; trabalhar com pessoas no seu cotidiano, e não internadas em



hospitais; ter autonomia para realizar consultas de enfermagem; e, mais, trabalhar em uma equipe multiprofissional. É muito gratificante, não é?

RBSF: Então foi uma opção mais racional ou emocional?

Letícia Thomaz: As duas. Racional, porque a autonomia profissional pesou muito na minha escolha. Ou seja, poder passar mais tempo com a minha família nos fins de semana e feriados e trabalhar 40 horas semanais me proporciona tempo também para eu buscar qualidade de vida, como praticar exercícios e estudar à noite. Emocional, porque realizar a promoção da saúde é maravilhoso, cada criança que nasce na comunidade e se desenvolve bem, sem necessitar de medicamentos, alimentando-se exclusivamente de leite humano, é uma vitória celebrada por toda a equipe.

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

Letícia Thomaz: Acredito na Estratégia de Saúde da Família ao dar acesso à saúde, atenção e vínculo a famílias antes desassistidas, a partir do trabalho em equipe multiprofissional, em territórios definidos, promovendo a saúde, integralidade, a corresponsabilização do cuidado entre a equipe e os sujeitos envolvidos no território. É fantástico! Infelizmente, o Rio de Janeiro, por sua baixa cobertura, ainda não pode ser considerado modelo, mas, avaliando isoladamente as comunidades onde o programa está implantado, podemos sentir a diferença. Participar dessa história da reorganização do sistema de saúde brasileiro é muito gratificante. Tenho orgulho em dizer que sou uma enfermeira de Saúde da Família.

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

Letícia Thomaz: Com certeza, a Atenção Básica, que de básica só tem o nome, trabalha com a grande complexidade que são os sujeitos em sua integralidade, identificando os possíveis fatores que os levam a adoecer. Mas para que a saúde seja efetiva é preciso ter parceiros, integração entre os níveis de assistência à saúde, construir rede com outros setores como a assistência social, educação, cultura e lazer, trabalho, moradia, tornando a intersetorialidade uma prática. Precisamos melhorar, mas são apenas 20 anos de SUS e 15 anos da Estratégia de Saúde da Família num Brasil com diferenças regionais significativas. ■



Raio X



1- **PARA SER BOM MEU TRABALHO PRECISA DE:** equipe completa, organização, parcerias, infraestrutura... visitas domiciliares, vontade de fazer a diferença.

2- **FUNDAMENTAL NESTA PROFISSÃO É:** olhar a pessoa no papel de agente de transformação.

3- **UM PACIENTE/ATENDIMENTO/MOMENTO MARCANTE FOI:** uma visita domiciliar à família da dona Antônia. Eles moram com 16 cachorros, a casa é de taipa, em área de risco para desabamento, o fogão é à lenha, o banheiro é do lado de fora. Dona Antônia não abre as portas de sua moradia para vizinhos e nem para o seu ACS. Após participar semanalmente do Grupo de Saúde do Adulto e Idoso, ela aceitou a minha visita. Quando cheguei a casa, fez questão que eu entrasse, prendeu os cachorros, me contou mais sobre sua vida. Ao me despedir, ela me agradeceu por ter ido a seu lar, e não contive a emoção.

4- **UM IDEAL:** melhorar a qualidade de vida da população atendida.

5- **UM LEMA:** saúde para todos.

6- **UM DESAFIO:** conscientizar a população quanto à importância da participação nos grupos de educação em saúde, da prevenção, mudança de hábitos, pois as pessoas pensam que sabem de tudo, que precisam somente da consulta médica e do remédio.

7- **PARA SER FELIZ:** "É preciso amar a Deus sobre todas as coisas e ao próximo como a ti mesmo".

8- **SE NÃO FOSSE ENFERMEIRA, SERIA:** professora de educação física ou turismóloga.

9- **UM ATENDIMENTO ESPECIAL NECESSITA:** de escuta, acolhimento e resolutividade.

10- **UM SONHO REALIZADO FOI:** levar, nas férias, meus pais para viajar em um cruzeiro até Porto Belo, em Santa Catarina.

11- **TRÊS COISAS ESSENCIAIS:** Deus, família e saúde.

12- **UMA INSPIRAÇÃO/MOTIVAÇÃO:** o Rodrigo, adolescente da nossa área, que era usuário de crack. A nossa intervenção junto à equipe do Caps-AD Raul Seixas resultou na adesão ao tratamento para dependência química, chegando a encerrar o consumo de crack. É possível trabalhar o crack no RJ.

13- **UMA ALEGRIA PROFISSIONAL:** trabalhar com a Saúde da Família.

14- **UMA CHATEAÇÃO:** desigualdade salarial entre a equipe técnica, diferentes vínculos empregatícios na mesma equipe, falta de ACS na equipe.

15- **UM OBSTÁCULO:** a violência urbana.

16- **DAQUI A DEZ ANOS ESTAREI:** casada, com filhos, morando perto da praia, formando novos profissionais para a ESF, dando aula em alguma universidade pública na área de Saúde da Família.

17- **O MELHOR DA PROFISSÃO É:** cuidar de pessoas.

18- **SAÚDE DA FAMÍLIA É:** vínculo, mudanças no acesso à saúde, transformação de vidas.

19- **FINALIZANDO, UM CONSELHO:** queridos colegas que trabalham em PSF e que por muitos motivos estejam desmotivados a trabalhar a Atenção Básica no seu município, saibam que vocês não são os únicos, não estão sozinhos. Quebrar paradigmas não é fácil entre os profissionais de saúde, os gestores e a população atendida, mas não podemos nos esquecer da palavra vontade! Vontade de acertar, de recomeçar tudo de novo, de mudar e inovar, porque o seu trabalho é muito importante para o personagem e motivação principal da história do sistema de saúde: o brasileiro.



EXPERIÊNCIA EXITOSA

Terapia Comunitária: o reconhecimento social na promoção da saúde em João Pessoa

O diálogo constrói o que a miséria destrói

Angústia, tristeza, ansiedade, medo, estresse, solidão, incompreensão, apatia, desesperança, raiva, sentimento de culpa estão entre os sofrimentos emocionais mais recorrentes nos dias atuais. A pressão contínua da sociedade por padrões de comportamento, consumo, sucesso profissional, entre outros aspectos, afeta diretamente a qualidade de vida e saúde das pessoas.

Quando pensamos em comunidades vulneráveis, de baixa renda, com alto nível de desemprego, violência e situações de risco variadas, o quadro tende a piorar, pois não somente as emoções estão prejudicadas, como também as necessidades básicas, físicas.

Em contextos assim, com desequilíbrios sociais e pessoais, a probabilidade de adoecimento e agravos de doenças aumenta. Como prevenir se torna um desafio.

Acolhimento, escuta e cuidado são algumas das estratégias e

aliviar o sofrimento da população tem sido uma prática constante em várias Unidades de Saúde da Família (USF) do município de João Pessoa, na Paraíba, por meio de um instrumento barato e eficiente: a Terapia Comunitária (TC). “É um instrumento de saúde mental que acaba tratando de leves ansiedades, depressões, evitando-se possíveis agravamentos”, analisa Ana Flavia, psicóloga e apoiadora da USF Cordão Encarnado I e II.

Questões emocionais, sejam elas de origem individual, familiar, sejam elas sociais, que envolvam aspectos tais como: conflitos, relacionamentos, perdas, situação financeira, agressões, alcoolismo, drogas, desemprego, injustiça, doenças, preocupações etc., têm encontrado boa resolução, ressalta Márcia Rique, ex-diretora da Atenção à Saúde do Município e atual diretora geral do Distrito Sanitário IV, “nestes últimos três anos já verificamos mudanças de comportamento dos pacientes e também na relação entre os profissionais e usuários do SUS. Algumas pessoas, inclusive, já deixaram de usar remédios controlados após as terapias em grupo”.

Elza Alves, apoiadora da USF do Distrito Mecânico I e II, concorda e revela que “inicialmente eu tinha resistência por achar que teria a minha vida exposta para estranhos. Depois de experimentar, a gente aprende a conduzir de outro jeito o nosso cotidiano. É um espaço também de autorrealização. Lá na TC não tem julgamento, apenas trocas”.

Inserida na Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa desde 2007, a Terapia Comunitária já envolveu cerca de 25 mil participantes, em mais de 2.110 encontros promovidos por 120 terapeutas. São 97 grupos distribuídos em 55 locais, incluindo 30 USF.

São rodas de diálogo que não param de crescer e de se multiplicar na Atenção Primária à Saúde (APS) da capital paraibana, envolvendo técnicos, auxiliares, agentes comunitários de saúde e profissionais da enfermagem, medicina, psicologia, assistência social, farmácia, odontologia etc. e, claro, a comunidade atendida.

TC: tecendo vínculos de apoio

Conceitualmente, a Terapia Comunitária, chamada também de TC, é “um instrumento que permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilização dos recursos e das competências dos indivíduos, famílias e comunidades. Funciona como fomentadora da cidadania, da restauração da autoestima e da identidade cultural dos diversos contextos familiares, institucionais, sociais e comunitários”.

A TC consiste na prática de encontros periódicos (semanais, quinzenais ou, mais raramente, mensais), que duram aproximadamente duas horas, nos quais



são utilizadas dinâmicas de grupo e os participantes (sentados, em círculo) conversam sobre suas histórias de vidas, compartilham experiências, contribuindo assim para a formação de uma rede social solidária que contribui para o alívio do sofrimento emocional de seus integrantes.

"É um procedimento terapêutico, em grupo, que promove a atenção primária em saúde mental. Ao mobilizar as competências dos indivíduos, das famílias, das comunidades, colabora-se para a promoção da qualidade de vida e autonomia dos envolvidos. Ao valorizar a herança cultural, a integração e as experiências de vida de cada um, fortalece-se a autoestima", explica Ana Vigarani, pedagoga e precursora na formação de terapeutas comunitários na capital paraibana.

A enfermeira, Márcia Rique complementa que "a TC favorece a prevenção, a promoção da saúde e a reinserção social, uma vez que propicia a expressão dos sofrimentos vivenciados nas várias dimensões da vida e que afetam diretamente a saúde das pessoas".

A terapia comunitária é um exercício permanente de inclusão e de valorização das diferenças. Dessa forma, as redes solidárias vão se fortalecendo e os participantes se apoiando mutuamente em prol do bem-estar individual e coletivo, o que proporciona uma troca que se estende para além do grupo, chegando até a casa de cada um pela mudança sentimentos e atitudes, em alguns casos.

As regras: compartilhar sim, aconselhar jamais!

As TCs são realizadas em pátios, salas, ocas, tendas, casas, igrejas, hospitais, centros comunitários, escolas, ao ar livre ou em qualquer outro local no qual se possa formar um círculo de pessoas para uma roda de conversas.

Sem número mínimo (ideal cinco ou seis pessoas) ou máximo definido de pessoas, os participantes seguem regras combinadas e relembradas no início de cada sessão, entre elas: falar apenas de si mesmos (não é permitido falar de outras pessoas, fazer fofoca), respeitar o que o outro diz, respeitar a história de vida das pessoas, não dar conselhos (é proibido).

É um exercício permanente de escuta, acolhimento e compartilhamento da própria experiência. Assim, a roda de terapia vai ganhando força e colaborando para o alívio emocional de seus participantes. "A partir da história do outro, de como ele resolveu o problema dele, eu posso tentar resolver o meu problema também. Eu posso mudar a minha história ouvindo as histórias das pessoas. Quando um sofrimento é compartilhado, eu vejo que não estou sozinha no mundo e posso escolher soluções", ensina Márcia.

A forma de conduzir uma TC depende muito da experiência do terapeuta, sua sensibilidade para conduzir a roda de conversa, deixando os participantes confiantes e à vontade para falar de suas vidas, bem como de técnicas próprias dessa terapia.

O modo de funcionamento da TC é ensinado aos terapeutas comunitários em um curso de formação que dura até dois anos, incluindo módulos teóricos, condução prática e supervisão (chamada "intervisão") por terapeutas autorizados.

Mas como de fato uma terapia comunitária dá resultados e tem o reconhecimento quanto à sua efetividade? Como uma terapia contribui na saúde de pessoas que vivem em situações de risco, vulnerabilidade, violência, pobreza, privações? Isso é o que fomos conferir. Assistindo a algumas rodas de TC pudemos observar e registrar para a Revista Brasileira Saúde da Família como o diálogo constrói o que a miséria destrói; como a terapia comunitária auxilia na promoção da saúde mental e minimiza certos sofrimentos emocionais. Contando, sobretudo, uma história de vida. Uma não, várias!

Mais conversa, menos medicamentos

"Doutor, me dá um remédio para dormir?". Essa frase é mais comum nos consultórios médicos do que se imagina. Gente nova, gente idosa, não importa a idade, sexo ou condição social, o fato é que a procura aos serviços de saúde para pedir remédios que "diminuam problemas emocionais" tem aumentado.

É a mãe que não consegue dormir porque o filho adolescente ainda não chegou em casa e a



noite cai. É o pai de família desempregado. É a moça abandonada pelo namorado. É o rapaz cheio de dívidas. É a avó preocupada com o neto...

Um sem-número de gente sofre por múltiplas situações e procura os médicos para aliviar uma dor que não é meramente física. “Muitas vezes a gente faz o papel de terapeuta durante as consultas. Eu percebo que os pacientes têm muita necessidade de falar, desabafar os problemas cotidianos. Isso acaba tirando o espaço para atender de fato enfermidades que necessitam de outros cuidados médicos. Claro que tudo é importante, mas o tempo é curto e há espaços mais adequados para isso”, explica Christine Carrilho, médica da USF Alto do Céu VI.

Ricardo Coutinho, prefeito de João Pessoa, defensor da ESF, ressalta que a terapia comunitária se constitui uma ferramenta eficiente na prevenção de doenças e outros agravos. “É para fazer o bem, melhorar o nível de estresse e desamparo que as comunidades vivem. É pelo diálogo, troca, convivência e não pelo remédio que as pessoas melhoram seu dia a dia. Precisamos ampliar essa conduta, promover a mudança de olhar: sair do remédio, entrar no diálogo”, diz.

Conviver mais e trocar experiências é a receita mais indicada para melhorar a qualidade de vida em certos casos. “Grande parte dos usuários idosos, por exemplo, toma medicamento. Parte deles poderia evitar participando da terapia comunitária, pois há casos em que o sofrimento emocional vem da solidão e de sentimentos de inutilidade, entre outros. Conversando na terapia, eles podem preencher melhor suas vidas e assim evitar o uso frequente de certas drogas”, afirma Christine.

Outra forma para desestimular o uso excessivo de medicação por parte dos usuários é condicioná-la às participações nas rodas de TC. “Às vezes a pessoa quer um analgésico para tratar uma dor de cabeça cuja causa é uma briga com o filho, por exemplo. Então a gente recomenda ao usuário que ele integre um grupo de terapia e se a dor continuar a gente medica. Em geral, para situações assim, a dor passa”, adverte a médica e terapeuta Silvia Rodrigues.

Idosos sim, sozinhos não!

Todas as quintas-feiras eles se encontram no Centro de Cidadania. Vai começar mais uma terapia comunitária com o grupo de idosos (99% mulheres) da USF do bairro Funcionários II. A dentista Walkiria Vasconcelos e a agente comunitária Denise Silva são as terapeutas que comandam o grupo, e aprendem com ele. “A gente aprende com a história dos outros. A gente ganha e dá. É uma troca que proporciona outra leitura de mundo”, fala Walkiria.

São muitas as histórias. Os desabafos ora se parecem, ora se complementam. Muitos também são os depoimentos confirmando que a TC “é um remédio para sair da solidão”, compara a dona de

casa Fátima. “Se ficar só em casa o mundo passa, a vida acaba. Aqui tem alegria!”, enfatiza. E Aldenora, 61, confirma “melhorei muito a convivência, tenho mais paciência, sou mais alegre”.

Cada sessão chega mais uma convidada. Há dois anos eram apenas quatro pessoas na terapia. Ledilma, 44, se juntou à roda convidada por outra participante. Ela diz que ajudar os outros no grupo é muito bom e está gostando da terapia. “Partilhar as dificuldades dá ânimo para procurar resolver os problemas”, completa.

Não é somente a vida do participante que fica mais satisfatória, com a TC, o trabalho na USF e na comunidade ganha qualidade. Denise, ACS, conta como sua atividade melhorou depois da sua formação como terapeuta comunitária. “Hoje quando vou às casas faço uma escuta melhor. Entendo mais os meus sentimentos e os dos outros. Agora procuro entender as emoções das pessoas. Gasto mais tempo em ouvir do que simplesmente fazer uma visita. Tento compreender o problema antes de agir. Meu trabalho melhorou muito”.

Pausa para o lanche. O suco de caju acompanha um bolo de milho. A sala se enche de conversas paralelas. Não há espaço para tristeza nessa hora. Amizades se formam, a vizinhança se torna mais unida.

“No fim, a gente fica mais leve quando alivia os sentimentos falando”, recomenda Diana. E ela sabe o que diz.

Criança também participa

A agitação é grande. O dia promete! Há um ano e seis meses cerca de 70 crianças, entre 9 e 14 anos, participam dos grupos (um pela manhã e outro à tarde) de terapia comunitária na USF São José I e III.

A dentista Mônica Rocha Rodrigues e a técnica em enfermagem Kilma Cunha Barros estão no comando e na observação três alunos de medicina da Universidade Federal da Paraíba aprendem e colaboram na organização da meninada.

A TC original foi adaptada para o público infantil e os resultados se apresentam: menos crianças nas ruas, mais adeptos aos grupos. “Quando venho para o grupo eu fico um pouco mais feliz do que em casa”, revela um deles.

“As crianças já modificaram muito o comportamento. Antes não escutavam ninguém, não tinham limites. Elas se tratavam com socos, violência, até faca. Agora a gente já vê um cuidado com a aparência, melhor higiene pessoal, são mais autônomas, ajudam a organizar a sala depois das atividades. A socialização está muito melhor”, avalia Mônica.

Toda semana uma atividade diferente motiva o grupo. A dinâmica das profissões foi um sucesso. Cada participante registrou em uma folha o que queria ser no



futuro. Bailarina, cozinheiro, policial, jogador de futebol, professora, artista povoam os sonhos da galerinha.

No outro encontro, foi a vez de comentar o filme “Quem mexeu no meu queijo”. As tarefas variadas e criativas entretêm e mobilizam os participantes. Enquanto isso vão aprendendo a ouvir, a falar, a respeitar o outro, a se respeitar, a compartilhar, a se cuidar. “Eu sou assim, carinhosa, amorosa, estudiosa. Eu sou bonita. Eu não gosto de arrumar a casa”, anota a menina.

Em tom mais rogado, outro escreve “eu sou triste porque a minha madrasta bate em mim e meu pai não acredita quando eu falo isso para ele”. Seguido de outra que diz “eu não gosto de brigar e nem de polícia corrupta”.

Aos poucos, as dores e os sentimentos variados vão tomando forma e encontrando lugar para sair. “Eu tenho medo de morrer” fica lado a lado com “eu quero mudar as minhas atitudes de criança” ou ali adiante “eu gosto de ser assim: de cantar, de dançar e de brincar de amarelinha”.

Durante um texto e outro, vem o copo de refrigerante e o bombom para “aquietar os ânimos e fazer um agrado”, conta a ACS Maria Elane dos Santos.

E haja energia! São 1.088 crianças na comunidade e muitos grupos de TC certamente virão. “Meu amigo me trouxe para cá e eu prefiro vir aqui... não é bom ficar na rua sem fazer nada. Aqui a gente brinca e aprende coisas novas”, garante a menina de olhos castanhos vivos.

Equipe que se cuida cuida melhor

Em 2009, o município cresceu na integração da TC com a APS no cuidado da saúde mental, entre profissionais, equipes e terapeutas.

Ana Vigarani conta que neste ano os apoiadores das USF de João Pessoa passaram pela terapia comunitária. “A iniciativa surgiu da necessidade de sensibilização e por isso realizamos a oficina ‘cuidando do cuidador’ com todos os matriciadores (apoiadores do NASF) das equipes Saúde da Família. As terapias comunitárias podem acontecer em qualquer tipo de grupo, gestantes, adolescentes, profissionais, entre outros”.

Para a gerente da Atenção Básica do município, a médica Silvia Rodrigues Leite, é fundamental criar esse espaço de cuidado para os integrantes da ESF. “É necessário um olhar para si mesmo. A gente precisa aprender a cuidar de si mesmo para depois aprender a cuidar do outro. Isso traz consequências benéficas para os relacionamentos entre as pessoas. Contribui para olhar o outro de maneira mais intensa e inteira. Nesse caso, a gestão olhou não apenas para o usuário, mas também para o cuidador, propiciando que ele tivesse tempo para se ver e se olhar, se perceber



e se cuidar", salienta.

Segundo Cláudia Mascena Veras, diretora de Atenção à Saúde, a terapia comunitária tem sido um dispositivo benéfico na formação de vínculos entre equipes e comunidades, além de contribuir para a gestão. "Ao criarmos esse espaço de escuta e de diálogo, se favorece a abertura de espaços de convergência e se fortalece a política de gestão da saúde. A TC ajuda a identificar as fragilidades da comunidade e a partir dos indicadores podemos direcionar algumas políticas públicas".

A ACS Maria Elane Santos confirma: "Eu achava que sabia de tudo, que estava pronta para a atividade porque eu sou dinâmica e olhava para os sintomas. Hoje, depois do curso de terapeuta comunitária, mudei meu olhar. Abri a minha escuta e hoje eu vejo as pessoas além das doenças".

Houve ainda, no primeiro semestre, uma oficina piloto com cinco equipes SF para saber como estão trabalhando a saúde mental "na ponta", na prevenção, e quais os encaminhamentos são dados quando a comunidade precisa de tratamento especializado.

Tivemos a oportunidade de ver como a terapia comunitária auxilia na inserção sociocultural e busca a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças, a redução de sofrimentos que possam comprometer o viver de modo saudável, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade, como são os pressupostos da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Observamos, ainda, como o trabalho de terapia comunitária desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família contribui para o reconhecimento social quanto à eficácia da APS, tanto pela população como pelos profissionais. A participação na TC colabora não só com o alívio emocional dos usuários, mas também com a adesão aos programas de prevenção, aos cuidados com a saúde, e com a mudança cultural a respeito do uso de medicamentos e das doenças psicossomáticas. Como disse uma usuária, "troquei o remédio para dormir por boas doses de conversa na terapia. Até a minha pressão baixou. Agora eu sei cuidar melhor de mim e de minha família". É isso aí!

Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa
Avenida Júlia Freire, s/n Bairro Torre - João Pessoa, PB
Telefones: (83) 3214-7955/7970
Ouvidoria da Saúde: (83) 3214.7968
E-mail: ouvidoriasaude@joaopessoa.pb.gov.br



Terapia Comunitária na Atenção Básica: reconhecimento e resolutividade

Em 2008, o Ministério da Saúde reconheceu a Terapia Comunitária (TC) como ferramenta de trabalho para aproximar a saúde mental da Atenção Básica, incluindo-a na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC).

As ações nesse âmbito têm sido tão satisfatórias que viraram também o tema do V Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária de 2009 – "Terapia Comunitária: Promovendo a Saúde na Família e na Comunidade" –, com realização de 9 a 12 de setembro de 2009 em Beberibe, no Ceará.

Isso porque a terapia comunitária, e suas ações complementares, incentiva a corresponsabilidade na busca de novas alternativas existenciais e promove mudanças fundamentadas em três atitudes básicas: a) acolhimento respeitoso; b) formação de vínculos; e c) empoderamento das pessoas.

Além disso, a terapia comunitária vem se inserindo na área da saúde, reunindo os mais diferentes atores sociais de diferentes classes sociais, profissões, raças, credos, partidos, englobando agentes comunitários de saúde, profissionais da ESF, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, sociólogos, numa prática de ação conjunta e complementar.

O projeto de implantação da "Terapia Comunitária e Ações Complementares na Rede de Assistência à Saúde do SUS" pretende desenvolver nos profissionais da área da saúde, por meios de módulos teóricos e práticos, as competências necessárias para promover as redes de apoio social na atenção primária da saúde.

A proposta prevê capacitar os profissionais da rede básica na metodologia da TC para que possam utilizá-la em sua atuação nas comunidades, uma vez que são esses profissionais que primeiro recebem e contatam com os problemas dessas populações, ou seja, prepará-los para lidar com os sofrimentos e demandas psicossociais, de forma a ampliar a resolutividade desse nível de atenção.

O levantamento realizado sobre o impacto da TC demonstrou que 89% dos participantes tiveram suas demandas atendidas nas práticas da terapia comunitárias, não sendo necessário o encaminhamento para outras instâncias de atendimento.

A terapia comunitária tem se revelado, para os gestores de saúde e comunidade, um instrumento de grande valor estratégico rumo à efetivação do SUS, respondendo dentro desse universo a importantes diretrizes como equidade e universalidade: grandes fontes de inclusão e cidadania. ■

Do Nordeste para o Brasil

A terapia comunitária sistêmica integrativa, experiência surgida em 1987, foi desenvolvida pelo Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará sob a coordenação psiquiatra de Adalberto de Paula Barreto, doutor em Antropologia.

O Brasil possui uma rede de 11.500 terapeutas comunitários atuando em todas regiões, 29 polos formadores vinculados à Associação Brasileira de Terapia Comunitária (Abratecom). Todos aqueles que cumprem as exigências de formação são legitimados e reconhecidos pela associação para conduzir a terapia comunitária. Assim, podem ser habilitados como terapeutas comunitários profissionais de várias áreas, incluindo líderes e agentes comunitários.

Adalberto de Paula Barreto, em seu livro "O índio que vive em mim: itinerário de um psiquiatra brasileiro", em parceria com Jean-Pierre Boyer (ed. Terceira Margem), resume como se dá uma sessão de terapia comunitária:

"As reuniões terapêuticas comunitárias se desenrolam da mesma maneira. Uma 'situação-problema' é mencionada por uma pessoa. Cada pessoa sentada, ao ser referida por ter vivido uma situação semelhante, é chamada para se exprimir, para expor a sua experiência, 'seu saber', que pode oferecer uma grande variedade de soluções possível para o problema levantado. Em seguida uma reflexão é levada para a comunidade sobre os meios que ela tem para poder arcar com essas dificuldades. Enfim, a sessão termina infalivelmente com o ritual da corrente: dando-se as mãos, rezam, cantam para sentir a corrente de solidariedade e a ajuda mútua que nos une. [...] Nossa ambição, com efeito, é outra, ela concerne naquilo que pomposamente denomina uma ecologia do espírito. Isto é, liberar o homem do 'pecado social', de seu isolamento, de sua exclusão, de seus sentimentos de vergonha, de medo, de ódio, de angústia. Para que ele venha de novo, acreditar nele mesmo, encontrar a sua dignidade, sua identidade, a sua consciência, liberando sua palavra, suas riquezas e potencialidades curadoras, apoiando-se sobre as ligações de solidariedade comunitária e sobre os seus recursos culturais. Nosso objetivo é antes desenvolver uma psiquiatria das relações, e não dos lugares".

Para saber mais: www.abratecom.org.br



Tambauzinho: uma experiência mais que exitosa

Saúde da Família, Caps e terapia comunitária em prol da saúde mental.

São duas horas da tarde de sexta-feira, a música animada *I will survive* (Eu sobreviverei), de Gloria Gaynor, se alastra pelo pátio e contagia. Homens e mulheres se dirigem ao centro da roda para dançar alegremente. Risadas, movimento, palmas, rodopios envolvem o ambiente. Vai começar mais uma sessão de terapia comunitária no Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Tambauzinho, no bairro Tambiá, em João Pessoa, parceiro da Estratégia de Saúde da Família, contando sempre com o apoio dos agentes comunitários de saúde e das USF.

Desde fevereiro de 2007, o grupo se reúne semanalmente para compartilhar sentimentos e se "despir de amarguras, angústias, dores, mágoas", como diz Francisco Alves da Costa Junior, arte-educador e terapeuta comunitário que define a TC logo no início dos trabalhos, "Gente, vamos conversar, colocar para fora nossos sentimentos, como se fosse uma máquina de lavar a alma para jogar fora toda a sujeira, torcer, botar amaciante. Embora algumas manchas não saiam de jeito nenhum, teremos que aprender a conviver com elas. Mas uma limpeza sempre deixa a gente mais leve, não é mesmo?".

Com muito respeito, Sandra Carvalho, a psicóloga e coordenadora do Caps Tambauzinho, e o seu parceiro, o arte-educador Francisco Junior (ambos formados em terapia comunitária), conduzem a sessão e abrem espaço para os depoimentos do dia. Observando as falas voluntárias dos participantes do grupo, cuja maior parte é formada por pessoas com transtornos mentais

Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde,

3%

da população

necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes)



9%

da população

precisa de atendimento eventual (transtornos menos graves)

severos e persistentes, nota-se o quanto os encontros são esperados e fazem bem a todos.

Ciúmes, traição, abandono por parte dos filhos, intromissão de vizinhos, preconceito, ameaça de familiares para internação, estigma, preconceito, acusações, culpa entram na roda. Aos poucos vai se desenhando um cenário comum também àqueles que sofrem de transtornos mentais.

As histórias de uns se parecem com as histórias de outros. Olhares atentos e escuta alerta. O terapeuta pede que se vote em uma das histórias para aprofundar, faz parte da técnica da TC. Um por um levanta a mão e escolhe o caso que mais lhe atraiu, seja pela identidade, seja pelo sofrimento do autor, ou qualquer outro critério mais subjetivo.

Nessa tarde, o escolhido para detalhar a história é o vendedor Adriano Pedrosa, 32 anos. Separado da primeira mulher, recém-casado com a segunda, está deprimido e sofre porque não vê há dois meses o filho de sete anos, "porque a mãe dele não deixa e o garoto diz que não quer me ver", relata. A saudade é tanta que Adriano mal consegue se conter. Ele prossegue: "Esse menino é tudo para mim. Sempre dediquei minha vida a ele. É verdade que eu tive problemas sérios de depressão, mas meu filho é muito importante na minha vida. Não sei mais o que fazer. Sinto-me rejeitado", desabafa.

Assim que Adriano termina o seu relato, a terapeuta Sandra pede ao grupo que compartilhe alguma história vivida, alguma experiência em que se tenha experimentado ou vivido a saudade de um filho, uma rejeição ou outro sentimento semelhante ao sentido pelo colega que acabou de compartilhar sua dor. Ela pergunta se "alguém aqui já sentiu o que o Adriano está sentindo hoje? E como fez para resolver ou enfrentar um problema parecido com esse?"

Pouco a pouco, alguns integrantes da roda vão se abrindo – um por vez – e relatando episódios de abandono, rejeição, solidão. Contam como superaram esses sentimentos no passado. Adriano ouve cada história e vai se sentindo mais confiante.

Em seguida, Sandra retoma a palavra e pede a todos que fiquem em pé, se abracem ainda em círculo e digam uma palavra que represente "o que está levando do grupo nesse momento". Da roda vão saltando as palavras "paz, alívio, confiança, fé, perseverança, esperança..."

Francisco liga o som e a música "Eu sou mais eu" (versão de uma canção dançante estrangeira) embala a turma. Os sorrisos voltam aos rostos, os corpos se soltam e a alegria saltitante movimenta os 30 participantes da TC dessa tarde.

No final, quando todos se dispersam e a terapia termina, pergunto ao Adriano se ele pode nos contar como foi a experiência e como ele foi chegou ao Caps. Prontamente ele autoriza e diz que começou no grupo de

Quanto a transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge cerca de

6 a 8%

da população

TC em setembro de 2008, quando foi buscar ajuda terapêutica após uma tentativa de suicídio. "Eu estava agressivo, não dormia mais, sentia-me muito inferiorizado, perseguido pelos outros. Naquela época, fui medicado e atendido

por uma psicóloga, que me indicou também participar do grupo. Agora já não preciso mais dos medicamentos, mas continuo participando das rodas. Aqui a gente reflete, aprende com as pessoas. Posso dizer que voltei a me socializar. Antes estava longe de todos, acuado, deprimido. Estou mais confiante. Contudo eu sei também que preciso me manter vigilante. Não penso em sair da terapia comunitária. Isso aqui é uma luz. Um alívio. Ter quem me escute e escutar a superação dos outros nos dá segurança para seguir e lutar".

Os resultados individuais são visíveis e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários também. "Encontrei na TC amigos, colegas de problemas. Ficar longe da terapia me deixa depressivo. Daí quando alguém pergunta pra mim: 'mas você está bem para que continuar indo lá?' e eu respondo: 'estou bem exatamente porque continuo indo lá'", diz Pedrosa.

A comunidade reconhece e apoia o trabalho realizado na terapia comunitária. Os participantes são assíduos. O grupo tem aumentado. O acompanhamento e a reinserção social dos usuários ampliam a credibilidade. "Na coletividade juntam-se as partes saudáveis de cada um, já no individual tende-se a valorizar a doença", conclui Sandra Carvalho, psicóloga e coordenadora do Caps Tambauzinho.■

Estima-se, ainda, que uma grande parte das pessoas com transtornos mentais leves é atendida na Atenção Básica:

Queixas psicossomáticas, abuso de álcool e drogas ilícitas, dependência de benzodiazepínicos (drogas hipnóticas e ansiolíticas), transtornos de ansiedade menos graves etc.

Cambará do Sul/RS

Atendimento em Cambará do Sul tem conceito nota dez



Com pouco mais de 7 mil habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), esse município, localizado na Serra Gaúcha, tinha tudo para ser conhecido pelas suas riquezas naturais e possibilidades de aventura.

Região dos famosos cânions que dividem os Estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina – com um dito popular bastante curioso, "aqui, você começa a morrer no Rio Grande e termina em Santa Catarina", como diz o nosso guia Estéfano Santos Pereira –, Cambará do Sul é conhecida também como a capital do mel.

Mas não é só das maravilhosas paisagens, do charme do frio e das delícias do paladar que fazem dessa cidadezinha no interior gaúcho destaque entre suas vizinhas famosas, Gramado e Canela. Ela é referência estadual em Estratégia de Saúde da Família, e nós fomos lá conferir.

Cambará tem um histórico de dedicação ao trabalho comunitário que começou muito antes da implantação do então Programa Saúde da Família, no ano 2003. Começou com o médico de família Nilimar Marin, há 18 anos, com as visitas domiciliares e a grande proximidade com a comunidade que ele já tinha na época.

Mas o programa tomou novas proporções dentro da comunidade com a chegada, em 2004, da nova coordenadora, a enfermeira Carine Amabile Guimarães, que revolucionou o trabalho de um homem só em um trabalho de equipe. Quase uma família.

Nilimar Marin, um personagem inesquecível...



Há 18 anos, o médico Nilimar Marin iniciou o atendimento à população em suas casas e não parou mais. Com especialização em cirurgia geral, Nilimar se formou em 1988 em Caxias do Sul, município vizinho a Cambará do Sul, e desde então atuou como médico de Família, realizando visitas domiciliares e encantando a população da região com seu amor à profissão e dedicação à comunidade. Para ele, "prevenção é uma forma de cuidar do paciente com pouco custo. Muito mais fácil prevenir que curar".

Natural de Nova Pádua, Marin é cambaraense de coração e por lá apelidado de gringo. Embora esteja atuando no município de Jaquirana (desde janeiro de 2009), é frequentemente solicitado em cirurgias de emergência ou cesarianas em Cambará do Sul, como tivemos a oportunidade de presenciar esse apoio nos únicos dois dias em que estivemos na cidade.

Nilimar fez e faz escola. Ele diz com orgulho que, na verdade, sempre cumpriu ordens. Sempre não, desde o ano de 2004; mais precisamente em 10 de agosto. Foi aí que a história da saúde cambaraense começou a mudar e a Estratégia de Saúde da Família criou uma família, de fato e de direito, com uma equipe que mais parece com pai, mãe, tios e filhos, todos unidos em prol do bem-estar da população.

Eles brigam juntos, comemoram juntos e choram juntos. Choraram quando viram o Gabi nascer, uma criança com pouco mais de dois anos, um legítimo filho da Estratégia de SF. E choram até hoje a perda de Nilimar, o "pai da equipe".

"Eu não me conformo! Nós tínhamos o trabalho perfeito, era tudo perfeito. Mas aí nós perdemos o Nilimar", emociona-se a coordenadora municipal da Estratégia, Carine Amabile Guimarães.

Afeto, amizade e companheirismo são princípios cultivados no trabalho por todos da equipe, exemplo aprendido com o seu precursor, o doutor Nilimar. "Não somos apenas colegas, nos gostamos e passamos a maior parte do tempo juntos. O mais importante é que respeitamos a individualidade e as diferenças de cada um ali dentro. Esse é o melhor do nosso trabalho. Nós nos amamos. É isso que faz a nossa secretaria ser diferente de todas as secretarias de saúde que já conheci. Existe harmonia nessa equipe", fala a coordenadora com a voz embargada.

Mas, acima de tudo, a palavra de ordem de todos é dedicação. Parece que o lema do doutor – "uma comunidade satisfeita com meu trabalho" – virou febre e todos seguem seu exemplo. E ele ainda aconselha: "Humildade com todos os profissionais da equipe para a coisa acontecer e a coisa acontece, se for de forma coletiva, é claro", ensina Nilimar.

Sem previsão de retorno da grande figura médica da região, Carine é categórica ao afirmar, com esperança, que "um dia ele volta". É, realmente, o que toda a população cambaraense espera: que, um dia, o gringo volte.



Contudo, a saída do médico Nilimar no início de 2009 mexeu com as estruturas dessa família e fez Cambará contribuir com os números de uma triste estatística: a falta de profissionais médicos. Esse é o problema apontado por todos, desde usuários até agentes comunitários de saúde. O município sempre enfrentou dificuldades na contratação de profissionais médicos e desde o início deste ano a situação ficou crítica.

Mas não é só Cambará do Sul que tem essa dificuldade. Essa é uma realidade que geralmente o interior do Brasil se depara: médicos que não têm interesse em trabalhar em localidades mais afastadas diante das condições oferecidas.

O próprio secretário municipal de saúde José Silvano Fernandes da Silva conta que, desde que assumiu o cargo, em fevereiro de 2004, depara-se com problemas na equipe: ou os médicos não se adéquam ao trabalho da Saúde da Família ou não têm habilidades de trabalho em equipe.

Hoje, a equipe não tem mais ruídos na comunicação. Todos têm os mesmos interesses e falam uma mesma língua. Mas resta ainda o problema dos médicos. "O único problema, hoje, em Cambará é a questão dos médicos. Já foram gastos mais de quatro mil reais em anúncios e não se conseguem novos profissionais, mesmo com incentivos salariais", declara Silvano.

Com uma população atendida 100% pelo SUS, Cambará do Sul não possui nenhum tipo de atendimento médico privado. Conta com três equipes de Saúde da Família, distribuídas por seis postos de saúde, e um pequeno hospital, com 33 leitos.

As equipes dispõem, além do quadro regular instituído pelas normas da Estratégia de SF, de uma fisioterapeuta, uma psicóloga e uma assistente social, cedida pela Secretaria de Assistência Social. Um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) será implantado ainda neste ano, contemplando um profissional de cada especialidade (psicologia, pediatria, cardiologia e ginecologia).

O mais interessante da experiência desenvolvida em Cambará do Sul é que os gestores da ESF compreendem que Atenção Básica permeia vários setores, não só aqueles comumente relacionados à equipe de Saúde da Família. Para tanto, utilizam todos os recursos e parcerias disponíveis para um trabalho mais completo, sejam eles federais, estaduais, sejam municipais, mediante um trabalho integrado das Secretarias de Educação, Assistência Social, Vigilância Sanitária, Emater, entre outros. São estabelecidas parceiras em diferentes projetos geridos pela Secretaria de Saúde que também utilizam os ACS para levar qualquer tipo de informação às casas do município.

São vários projetos que diferenciam a Estratégia de SF cambaraense. Um deles é o que rege os Núcleos de Prevenção à Violência. Os núcleos atuam de forma integrada entre algumas esferas do governo do município, principalmente entre as Secretarias da Saúde, Educação e Assistência, contando apenas com recursos financeiros provenientes do Ministério. "O Ministério foi muito feliz nessa questão dos Núcleos para os municípios menores", afirma Carine.

Em um trabalho paralelo e complementar, Cambará ainda conta com um dos projetos de maior repercussão no Rio Grande do Sul, o Primeira Infância Melhor (PIM).





Núcleos de prevenção à violência

Coordenados pela Secretaria de Saúde, os Núcleos de Prevenção à Violência fazem parte de uma conquista municipal de atuação intersetorial. “O trabalho preventivo não pode ser só de assistência, tem que ser para toda a comunidade”, diz Tânia Maria Fantin, psicóloga alocada na ESF e colega de equipe da assistente social Loiva Menezes.

Em 2008, os núcleos trabalharam com o tema alcoolismo – uma demanda grande na região, porém com um diagnóstico muito difícil de ser realizado, visto que as características locais (de clima e de produção vinícola) já induzem ao consumo elevado do vinho.

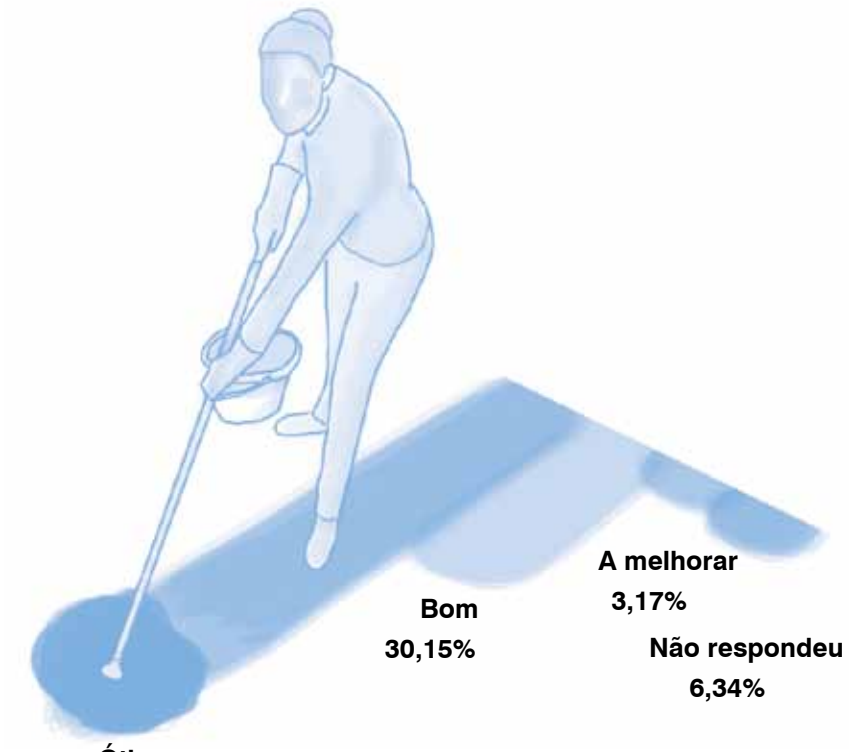
Neste ano, o trabalho concentra forças nas escolas de ensino fundamental, médio e supletivo, com o foco na drogadição. Ele parte de palestras informativas e debates sobre os temas definidos e caminha para uma proposta de trabalho definida em conjunto com os jovens, com escutas individuais e em grupos.

Primeira Infância Melhor

Implantado em 2005 e com 80% de cobertura, o projeto já conquistou vitórias significativas no município. As mães, inclusive, ao perceberem as diferenças nas crianças, deixaram de colocá-las em creches para não perderem o atendimento dos visitadores – uma espécie de ACS especial, que, por meio da observação, identificam maus-tratos, desnutrição e possíveis déficits psicológicos, físicos e/ou afetivos, trabalhados com atividades lúdicas que incentivam o desenvolvimento de todas as áreas da criança.

Comandado pela psicóloga

Limpeza do ambiente







Tânia, o PIM, segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, visa "orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças desde a gestação até os seis anos de idade".

Segundo Tânia, o trabalho é tão abrangente que as mães, e até as visitadoras, se beneficiam. "A visitadora está trabalhando a relação da mãe com a criança e a gente sabe que a prevenção começa ali porque é o momento mais importante de formação, em todos os sentidos, seja clínico, seja emocional. Até na prevenção à violência é justamente do período gestacional até o segundo ano, o período forte do PIM. Então, a visitadora vai até a casa para avaliar a parte afetiva de aceitação ou rejeição das mamães, o seu relacionamento com o neném ou com a gravidez, por exemplo."

Mesmo não participando oficialmente, Tânia considera o PIM um braço importante da Estratégia de Saúde da Família, pois a criança tem sua saúde monitorada ao receber acompanhamento durante os seis primeiros anos de vida, o que impede, na maioria das vezes, que ela "chegue doente lá na frente".

O que ela não sabe é que está literalmente certa não só pela característica do trabalho do PIM em si, mas também pelas orientações do Ministério da Saúde, que traz o cuidado durante a gestação como um dos pilares da promoção e cuidado à saúde.

Gestão da ESF

Em 2002 foi feito um grande levantamento pela prefeitura para traçar um planejamento estratégico para o futuro do município, o que culminou na implantação, no ano seguinte, do PSF como uma política do governo.

Mais de 20% dos recursos municipal são destinados à saúde pública cambaraense. Considerando apenas a Atenção Básica, cerca de 15% são repassados às três equipes da região, valor muito superior que os repasses destinados à área na maioria dos municípios gaúchos.

No entanto, o secretário de saúde admite que ainda há muito a fazer. Novas contratações e o reconhecimento unânime do trabalho não são suficientes. Ele quer mais! Uma das metas para os próximos anos é a reestruturação física dos centros de saúde. Estão previstas também a construção de uma nova UBS, que atenderá cerca de 40% da população, a troca de todos os veículos da secretaria e a compra de uma nova ambulância.

Embora a atuação da ESF no município encontre respaldo na gestão atual, Carine acredita que, caso a administração mude, a população não permitirá que o atendimento nos postos de saúde seja diferente. "Nossa forma de avaliação do trabalho é muito ligada à reação da comunidade, que é muito participativa. Se tem alguma coisa errada, eles vão lá e falam com o prefeito. Não deixam barato não. Botam a boca no trombone!", ressalta.

O engajamento da comunidade é tanto que o Conselho Municipal de Saúde realmente funciona. A própria plataforma política – a ampliação da licença-gestante – defendida pela então candidata à Câmara de Vereadores

Joseandra Susin Pereira foi estruturada com base na participação popular.

Participação popular e reconhecimento social

A comunidade é participativa e a equipe é engajada não porque tenham consciência diferenciada ou sejam politicamente atuantes. Isso acontece porque elas têm exemplos reais de mudança com a chegada da Estratégia ao município e às suas vidas.

Deuclides Brando, usuário assíduo há cinco anos em um dos grupos criados para fortalecer o trabalho da ESF e promover a saúde cambaraense, faz o seu relato: “Eu olhava a pressão porque era preciso. Quando me senti mal, daí é que fui precisar do posto de saúde e do hospital. Antes a gente nem sabia que tinha doença. O trabalho aqui é excelente, de todas as partes. Não conheço hotel cinco estrelas, mas o hospital eu conheço; é como se tivesse sido atendido em casa. Todos os meus filhos fazem uso do posto de saúde, mas só depois que eu fiquei doente. Minha filha mesmo está em Canela, mas usa o posto daqui”.

Já Mario Galaor Soares, outro usuário do centro de saúde que descobriu, por conta do trabalho de prevenção e controle, uma diabete já instalada, conta que o trabalho da ESF é muito bom. “O que seria de nós se não fosse o posto. O trabalho aqui é maravilhoso. A (enfermeira) Carine aqui



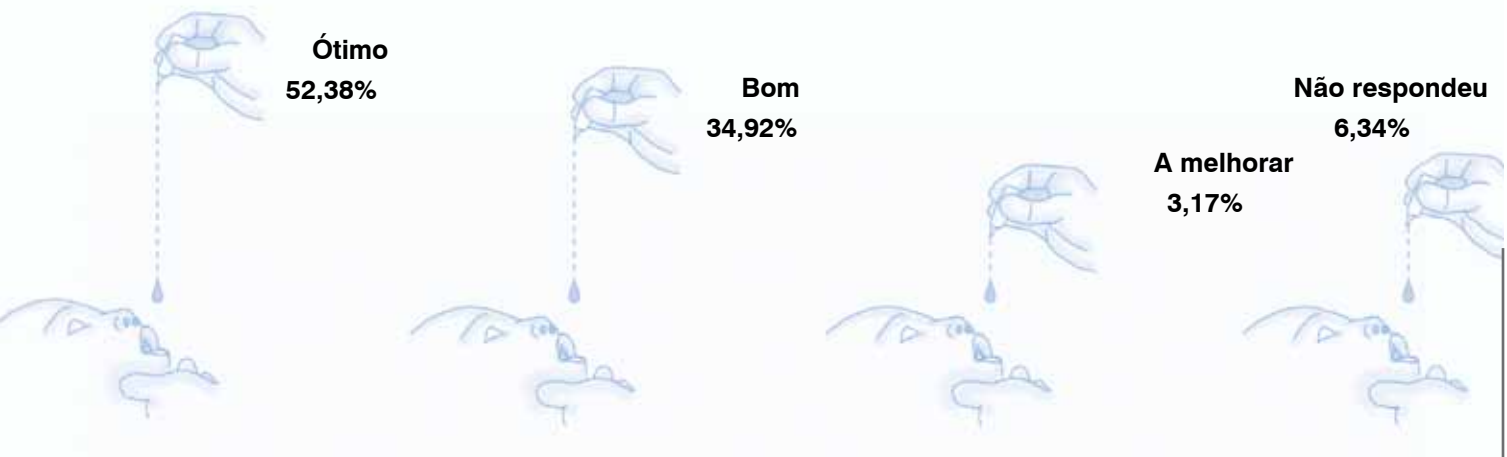
é a mãe do centro. Muito querida, muito legal, mas ao mesmo tempo muito chata, mas uma chata boa. Ela cobra mesmo. Todo mundo usa o posto e está cada vez melhor”, garante Mario.

Entretanto, não foi só a vida da comunidade que mudou com a chegada da Estratégia de Saúde da Família. A vida dos integrantes da própria equipe também foi transformada em virtude do trabalho.

O reconhecimento não deve se ater à população usuária, mas também àqueles que fazem com que o trabalho aconteça, pois só há reconhecimento quando há comprometimento com a tarefa: “Eu acho superimportante porque geralmente as pessoas não procuram se informar. Nada acontece por milagre. O PSF é onde tudo começa. Trabalhar todo mundo trabalha, mas prestar um atendimento bem feito, que merece o reconhecimento da gente, é uma coisa rara. Lidar com a saúde não é profissão, é missão. É um sacerdócio. Um médico, um enfermeiro, um agente de saúde tem que ter vocação para aquilo. Dizem que se a gente vai pro SUS é tudo precário. Mentira! Não vi diferença nenhuma (entre o atendimento de um hospital privado e o SUS)”, analisa Serly Dutra Aguiar, moradora em Cambará há mais de 20 anos e usuária da Saúde da Família.

E, como parte dessa missão, como bem colocado pela usuária Seli, tem a técnica em

Qualidade na assistência de enfermagem







enfermagem Soraya Aparecida Vieira de Souza, que descobriu que gostaria de ter uma nova função enquanto trabalhava na farmácia e presenciou a chegada de um jovem com um dos braços dilacerado: "Quando fui trabalhar na farmácia que eu vi que eu não era só dona de casa, mãe. Que eu tinha um porquê a mais na vida. Eu nunca pensei que fosse me dar bem (como técnica em enfermagem). Eu adoro fazer o que faço. Adoro ser útil pra comunidade", declara.

Mas o trabalho não acaba por aí. Agora, além de todas as reformas previstas para o aprimoramento do trabalho, o novo – e mais esperado – projeto da Secretaria de Saúde é a academia pública.

Academia pública

Funcionando de segunda a sexta, com horários alternados que comportem o maior número de pessoas (38 ao mesmo tempo) para usufruírem, a academia pública será um local destinado a atividades físicas.

A pretensão é, segundo informa a enfermeira Carine: "Melhorar a qualidade de vida das pessoas, que ficarão mais satisfeitas e, em contrapartida, a saúde vai ficar melhor. Os hipertensos terão um resultado sobre os níveis de pressão. É um trabalho preventivo. Não é só para os jovens. É também para o idoso, o hipertenso, o diabético, a gestante, o grupo de mulheres, enfim, para quem tiver o interesse em fazer uma atividade física"

As conquistas e o futuro

Como vimos, esse comprometimento com a comunidade cambaraense é de conhecimento público. Tanto é que Carine é sempre convidada pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde para proferir palestras a outros municípios gaúchos contando a experiência de trabalho em Cambará do Sul. Ela é também requisitada para auxiliar os municípios que desejam aprimorar e qualificar a saúde local.

"Mas quando a esmola é grande o santo desconfia..." E ninguém acreditava que fosse possível fazer saúde pública de qualidade com os recursos disponíveis. Então, a enfermeira decidiu, juntamente com a farmacêutica Joseandra, realizar uma pesquisa de satisfação dos usuários, pois somente os êxitos quantitativos da Secretaria de Saúde não satisfaziam. Elas também queriam mais!

Entre os meses de janeiro e fevereiro de 2007, Carine tomou a iniciativa de realizar uma pesquisa no Posto de Saúde Central ESF-2, uma das três Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município com Estratégia de Saúde da Família implantada, e contou com a boa vontade dos pacientes em contribuir com a enquete. O resultado agradou: 90% de satisfação. Foi o reconhecimento social pelos serviços prestados pela ESF.

Satisfação do usuário é tema de pesquisa



A pesquisa de satisfação do usuário, comandada pela própria equipe do Posto de Saúde Central ESF-2 no início de 2007, teve por objetivo identificar a percepção dos usuários quanto à qualidade do atendimento prestado, bem como sobre qual o tipo de serviço mais procurado. Para tanto, contou com o apoio comunitário e trouxe números expressivos.

Participaram da pesquisa 63 usuários, de diferentes faixas etárias e ambos os sexos, que responderam ao questionário com 11 questões (abertas e fechadas), sendo que apenas oito delas fizeram parte da avaliação: 1) Qual serviço você mais procura na unidade de saúde (consulta médica, imunização, farmácia, ambulatório, coleta de exames, fisioterapia, Secretaria de Saúde e psicologia); 2) Como você caracteriza a qualidade no atendimento e acolhimento na recepção em relação à cordialidade, clareza e agilidade; 3) Como você classifica a qualidade na assistência de enfermagem?; 4) Como você classifica a qualidade na assistência médica?; 5) Como você classifica as instalações e a limpeza da UBS?; 6) Como você classifica a qualidade dos serviços complementares (farmácia, coleta de exames, ACS, Secretaria de Saúde, marcação de exames, fisioterapia e psicologia)?; 7) De um modo geral, como você classifica o atendimento? 8) Você voltaria a procurar a Unidade caso necessário?

O método usado na pesquisa foi o descritivo, cujo objetivo principal é “levantar opiniões, atitudes, servindo para ampliar a visão” e mostrou que o Posto de Saúde Central ESF-2 em Cambará do Sul tem mais de 90% da aprovação popular.

Aliás, não foi só o atendimento que teve quase 100% da aprovação comunitária. A higiene e limpeza do ambiente também, 90,46% dos participantes assinalaram boa (30,15%) e ótima (60,31%).

Entre os serviços mais procurados estão a consulta médica, com 74,60%, seguida pela imunização (46,03%) e pela farmácia (42,85%). Esse último serviço, a propósito, sempre procura trabalhar com as prescrições do médico local para que ninguém fique sem medicamentos ou tenha necessidade de comprá-los.

Anualmente a Prefeitura realiza pesquisas de opinião no município, mas esta foi a única comandada pela equipe e não há previsões de uma nova enquete. No entanto, podemos supor, pelo que vimos e nos foi relatado, que, passados dois anos desde a apuração, a comunidade está ainda mais satisfeita que na época, visto que a Secretaria implementou vários projetos e tem a previsão de implementar ainda outros tantos.

Além desses projetos inovadores, a Saúde Bucal, coordenada por pela odontóloga Aline Iensen, foi outra conquista trazida para o município pela Estratégia. Inicialmente, Cambará contava com três odontólogos contratados, atuando apenas em trabalhos curativos. Após a inserção na ESF, o trabalho passou a ser voltado também para a prevenção, principalmente nas crianças em idade escolar, com a criação de projetos como o Sorrindo para o Futuro, em parceira com o Sesc.

E é assim, em uma incansável luta contra a estagnação, contra a doença e contra a apatia, que Cambará do Sul luta e vê seus filhos cada vez mais saudáveis e engajados em um movimento pró-cidadão. E nós, da Revista Brasileira Saúde da Família, estamos aqui, orgulhosos em mostrar que o que faz toda a diferença é a Atenção Primária à Saúde (APS), agora mais do que nunca! ■

Posto de Saúde Central ESF-2
Rua Osvaldo Kroeff, 103, Centro – Cambará do Sul/RS
Tel.: (54) 3251-1872
Fax: (54) 3251-1872
E-mail: saudecambara@yahoo.com.br



Por Flavio Goulart*

Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca!

Por que renovar a Atenção Primária à Saúde e por que "agora, mais que nunca"?

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que uma renovação da Atenção Primária à Saúde (APS) não só é necessária como urgente, já que constitui uma exigência palpável não só dos profissionais de saúde ou da arena política, mas também das pessoas comuns. Isso se dá em todo o mundo, dentro do panorama da globalização, que coloca a coesão social construída duramente ao longo das gerações sob risco. Segundo a OMS, poucos discordam da ideia de que os sistemas de saúde precisam responder melhor e mais rapidamente aos desafios de um mundo em mudança. E acrescenta: "a APS pode fazê-lo"!

O Relatório Mundial de Saúde/2008, produzido pela OMS e recém-divulgado, faz uma análise de como o aperfeiçoamento da APS, em termos de acesso universal, equidade e justiça social, se torna elemento essencial da resposta aos desafios da saúde em um mundo em mudança rápida, onde são palpitantes as expectativas dos países e dos cidadãos em relação à saúde.

O aperfeiçoamento da APS se torna elemento essencial da resposta aos desafios da saúde em um mundo em mudança rápida, onde são palpitantes as expectativas dos países e dos cidadãos em relação à saúde.

O Relatório Mundial de Saúde/2008 vem à luz no ano em que se comemora não só o 60º aniversário da OMS, como também o 30º aniversário da Declaração de Alma-Ata, na qual o foco é justamente a APS. Embora as alterações do contexto global em saúde tenham sido notáveis, os valores subjacentes à Constituição da OMS bem como os que constam da Declaração de Alma-Ata têm sido intensivamente testados e continuam verdadeiros. Mas, segundo a diretora-geral da OMS, Margaret Chan, se, de um lado, houve enorme progresso em saúde em termos globais, sem dúvida, as falhas em oferecer cuidados de acordo com esses valores são dolorosamente óbvias e merecem maior atenção da entidade e dos governos. Segundo a dra. Chan:

por isso se revisita a visão ambiciosa da atenção primária à saúde como um conjunto de valores e princípios para orientar o desenvolvimento dos sistemas de saúde e também se apresenta uma oportunidade importante para aprender com as lições do passado, considerar os desafios que se avizinham e identificar as avenidas mais importantes para os sistemas de saúde.

O relatório admite que, 30 anos após Alma-Ata, se muito foi possível obter, mesmo assim o progresso na saúde foi profundo e inaceitavelmente desigual, com centenas de milhões de pessoas deixadas cada vez mais para trás ou perdendo terreno, agravado pelo fato de que a natureza dos problemas de saúde alterou-se dramaticamente nas últimas décadas. A urbanização acelerada e a globalização, entre outros fatores, intensificaram as doenças infecciosas e aumentaram o peso das doenças crônicas; da mesma forma, as alterações climáticas e a insegurança alimentar terão enormes implicações para a saúde no futuro.

Assim, a pretensão de que tudo continue na mesma nos sistemas de saúde não seria definitivamente aceitável. O fato é que muitos dos sistemas mundiais de saúde parecem andar à deriva, com prioridades meramente imediatistas, além de cada vez mais fragmentados.

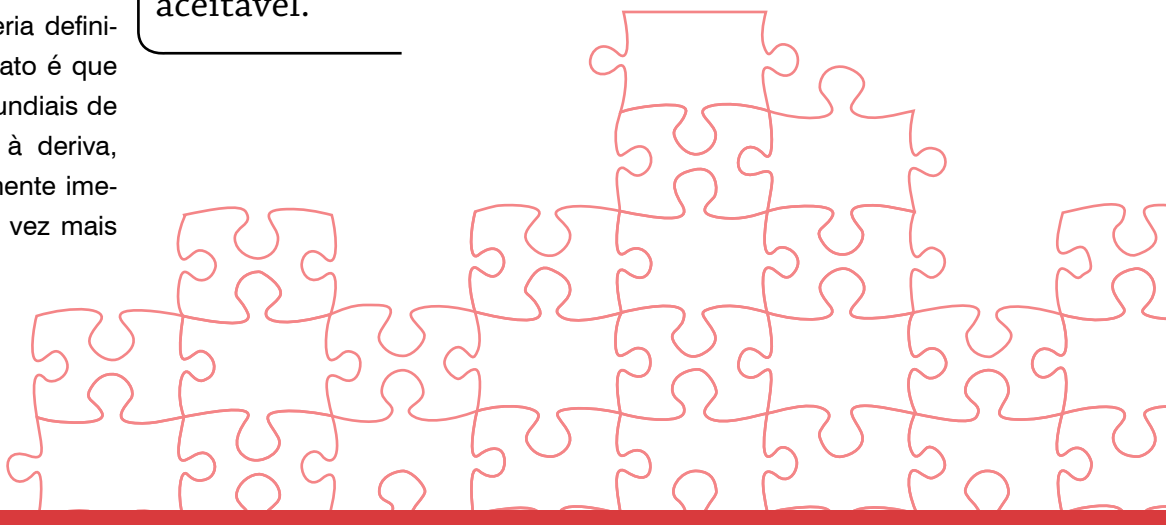
Apesar disso, a OMS é otimista quanto ao ambiente internacional atual, considerado favorável à renovação da APS, com forte e crescente interesse dos governos no apelo ao acesso universal e à integralidade da saúde nas políticas de saúde. O investimento nas reformas da APS, segundo o documento em foco, pode transformar os sistemas da saúde e melhorar a saúde das pessoas, das famílias e das comunidades.

Assim, quatro tendências de mudanças no âmbito mundial, na verdade interligadas entre si, são identificadas: acesso e proteção universais, com vistas à equidade; reorganização da prestação de serviços para as necessidades e as expectativas das pessoas; melhores políticas públicas para comunidades mais saudáveis; e remodelação da liderança da saúde, com governos mais eficazes e mais abertos à participação ativa dos cidadãos.

A pretensão de que tudo continue na mesma nos sistemas de saúde não é definitivamente aceitável.

O Relatório Mundial de Saúde/2008 contempla os seguintes tópicos: inicialmente, sobre como responder aos desafios de um mundo em mudança e sobre as expectativas sociais crescentes pelo melhor desempenho dos sistemas de saúde. Uma visão crítica dos "pacotes" que marcaram o passado das mudanças nos cuidados primários é posta em contraponto às reformas que o futuro deve ensejar, marcadas pelos quatro conjuntos de objetivos referidos acima. O documento finaliza com o repto de se aproveitar as oportunidades, que não são poucas, para fazer o conceito e a prática da APS avançar em todo o mundo.

Um aspecto bastante enfatizado e criticado no relatório da OMS é a excessiva simplificação que a APS originalmente desenvolvida em contextos de recursos abundantes recebeu em ambientes de recursos escassos, o que muitas vezes resultou em receitas inaceitavelmente restritivas e desagradáveis de APS para os países mais pobres. Em tais prescrições espúrias, a Atenção Primária daria resposta apenas a algumas "doenças prioritárias", sendo



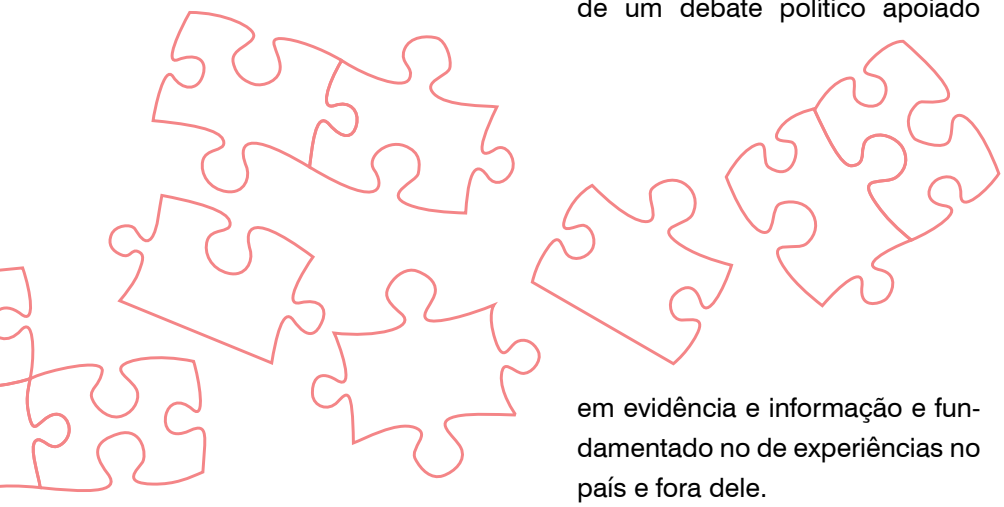
restrita ao domínio de unidades isoladas de saúde ou mesmo de trabalhadores solitários, em canais de prestação de serviços em sentido único, e não como relações duradouras entre pacientes e equipes de saúde, com francas oportunidades para a participação daqueles na tomada de decisão sobre sua saúde. Da mesma forma, se, de um lado, a APS abre oportunidades para a prevenção da doença, a promoção da saúde e a detecção precoce, não seria aceitável que, de outro, ela sirva apenas para o tratamento das doenças mais comuns, assim mesmo praticada mediante tecnologias rudimentares, para os pobres de zonas rurais que não se podem dar ao luxo de ter algo melhor. Além disso, a APS por certo exige recursos e investimentos adequados, não sendo aceitável que em países pobres a atenção à saúde seja financiada por pagamento direto, sob a alegação de que ela é barata e que os pobres teriam capacidade financeira para tal despesa.

O fato é que o acúmulo de experiências mundiais de APS tem acarretado mudanças de rumo na forma de organizar e disponibilizar os respectivos serviços, conforme se vê resumido no quadro abaixo.

APS: O "antes" e o "depois"

Amplo acesso a um pacote básico de intervenções em saúde e a medicamentos essenciais para os mais pobres, geralmente moradores de regiões remotas ou rurais	Transformação e regulamentação dos sistemas de saúde existentes, com o objetivo de acesso universal e da proteção social da saúde
Concentração na saúde da mãe e da criança	Preocupação com a saúde de todos os membros da comunidade
Focalização num pequeno número de doenças selecionadas, primordialmente infecciosas e agudas	Resposta integrada às expectativas e necessidades das pessoas, alargando o espectro de riscos e de doenças
Melhorias em higiene, água, saneamento e educação para a saúde das comunidades	Promoção de estilos de vida saudáveis e mitigação dos efeitos dos riscos sociais e ambientais
Tecnologias simples para trabalhadores de saúde comunitários, não profissionais e voluntários	Equipes de trabalhadores da saúde a facilitar o acesso e o uso apropriado das tecnologias e dos medicamentos
Participação com a mobilização de recursos locais e a gestão de unidades mediante comitês de saúde locais	Participação institucionalizada da sociedade civil em diálogos políticos e mecanismos de responsabilização (*accountability*)
Serviços financiados e prestados por governos, com gestão centralizada e vertical	Sistemas de saúde pluralísticos num contexto globalizado, com horizontalização do processo decisório
Gestão da crescente escassez e redução de postos de trabalho	Reconhecimento da necessidade de aumento de recursos e cobertura universal
Ajuda e assistência técnica bilaterais	Solidariedade global e aprendizagem conjunta
Cuidados primários como a antítese do hospital	Cuidados primários como coordenadores de uma resposta integrada a todos os níveis
Baixo custo e modesto investimento	APS não á barata e requer investimento considerável, porém mais compensador do que qualquer alternativa

O fato é que o acúmulo de experiências mundiais de APS tem acarretado mudanças de rumo na forma de organizar e disponibilizar os respectivos serviços.



Mobilizar a participação das pessoas

A experiência de vários países do mundo, dos mais pobres aos mais ricos, mostra que onde as reformas foram bem sucedidas o apoio político à APS veio por meio de exigências e pressão por parte da sociedade civil. Uma importante lição pode ser depreendida: a sociedade civil fornece aliados poderosos para a APS, que podem fazer a diferença entre boas intenções de pouca durabilidade e reformas sustentadas e bem sucedidas; entre esforços meramente técnicos e iniciativas apoiadas pelo mundo político, mediante consensos sociais. Não que as políticas públicas devam ser somente impulsionadas por exigências da sociedade civil; as autoridades sanitárias têm por dever garantir que as expectativas e procuras populares sejam respondidas com prioridades técnicas e alguma antecipação do futuro. A sociedade política deve, assim, coordenar as dinâmicas das pressões da sociedade civil para a mudança, no âmbito de um debate político apoiado em evidência e informação e fundamentado no de experiências no país e fora dele.

É preciso lembrar, ainda, que a saúde é um setor de importância econômica crescente e também um fator determinante do desenvolvimento e coesão social. Proteção contra as ameaças à saúde e ao acesso equitativo aos cuidados de saúde de qualidade são exigências prementes com que as sociedades atuais confrontam seus governos, fazendo com que a saúde tenha se tornado indicador tangível do sucesso das sociedades e dos governos. Isso constitui potencial reservatório de força para o setor e, sem dúvida, uma das bases para obter da sociedade e de suas lideranças políticas compromissos mais decididos.



Os sistemas de saúde não gravitam naturalmente em torno dos valores de equidade e solidariedade. Daí a necessidade de que cada país faça escolhas adequadas sobre o futuro do seu sistema de saúde. É possível não escolher a via da APS, mas esta seria uma decisão altamente penalizadora em relação ao futuro, seja em benefícios de saúde desprezados, em custos excessivos, em perda de confiança no sistema de saúde, seja também na erosão da legitimidade política. As sociedades, suas crescentes expectativas na saúde, devem ser empoderadas em sua capacidade de aprimorar os seus sistemas de saúde para as respostas a desafios em constante mudança. É por essas e outras razões que a OMS coloca com tanta ênfase a necessidade de mobilização da sociedade em apoio à APS, “agora mais que nunca!” ■

A experiência de vários países do mundo, dos mais pobres aos mais ricos, mostra que, onde as reformas foram bem sucedidas, o apoio político à APS veio por meio de exigências e pressão por parte da sociedade civil.

*Consultor OPAS – DAB/SAS/MS



A estratégia Saúde da Família já chegou a 5.421 municípios brasileiros

Saúde da Família

SUS Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

HOMEM QUE SE CUIDA NÃO PERDE O MELHOR DA VIDA.

ISSN 1518-2355

Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

O Ministério da Saúde está lançando uma política específica para os homens de todo o Brasil. É a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Com ela, muitas ações serão promovidas com o intuito de melhorar a saúde e a qualidade de vida dos homens brasileiros. Você sabia que de cada **3 mortes de pessoas adultas, 2 são de homens?** E que os homens vivem em **média 7 anos menos que as mulheres?**
E isso acontece porque os homens não se cuidam.

Dê atenção à sua saúde:

· Adote uma alimentação saudável;
· Não fume e evite bebidas alcoólicas;
· Pratique exercícios físicos;
· Faça exames preventivos.

Cuide-se. Não perca o melhor da vida.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

www.saude.gov.br
DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

SUS 20 ANOS

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL