REVISTA BRASILEIRA

# SAÚDE DA FAMÍLIA 32

Publicação do Ministério da Saúde - Ano XIII - maio a agosto de 2012 – ISSN 1518-2355




**PMAQ-AB**
ciclo virtuoso que alcança todo o Brasil

**ENTREVISTA**
Maya Takagi e o desafio da intersetorialidade para a alimentação saudável

**SORRISO**
a amplitude terapêutica do NASF

**BRASIL CARINHOSO**
promove crescimento e desenvolvimento sadios

**ENCARTE**
originalidade dos ACS chega a Angola

**SAÚDE NAS PRISÕES**
Universalidade no SUS

**Revista Brasileira Saúde da Família**
Ano XIII, número 32, mai./ago. 2012

**Coordenação, Distribuição e informações**
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Edifício Premium SAF Sul – Quadra 2 – Lotes 5/6
Bloco II – Subsolo
CEP: 70.070-600, Brasília - DF
Telefone: (0xx61) 3315-9044
Home Page: www.saude.gov.br/dab

**Editor Chefe:**
Hêider Aurélio Pinto

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

**Coordenação Técnica:**
Patricia Sampaio Chueiri
Alexandre de Souza Ramos
Mariana Carvalho Pinheiro

**Secretária de Redação**
Déborah Proença

**Conselho Editorial:**
Alexandre de Souza Ramos
Angelo Giovani Rodrigues
Antonio Neves Ribas
Déborah Proença
Felipe Cavalcanti
Fernanda Ferreira Marcolino
Fernando Ladeira
Hêider Aurélio Pinto
Kimielle Cristina Silva
Larissa Menezes Silva
Marcelo Pedra Machado
Marco Aurélio Santana da Silva
Mariana Carvalho Pinheiro
Patricia Sampaio Chueiri
Patrícia Tiemi Cawahisa
Paulynne Cavalcanti

**Equipe de Comunicação:**
Déborah Proença
Fernando Ladeira
Luciana Melo
Marcos Botelho
Raphael Gomes
Tiago Souza

**Diagramação e ilustrações:**
Roosevelt Ribeiro Teixeira

**Revisão:**
Ana Paula Reis

**Normalização:**
Marjorie Fernandes Gonçalves

**Fotografias:**
Ana Nascimento/ MDS, Radilson Carlos Gomes (RCG), Déborah Proença, Fernando Ladeira (FL), Camila Giugliani, Carlile Lavor, D. Borges. Acervos: SMS Sorriso, UBS Alice Tibiriçá, Projeto Uhayele Angola, Telessaúde RS/SC, Conasems, Agência Brasil, Ministério da Saúde, Peter Illicciev - Fiocruz Multimagens, SES-AC. Capa: Fernando Ladeira

**Colaboração:**
Marcos Nascimento, Patrícia Jaime, Eduardo Melo, Marcos Botelho, Fábio Vieira, Andrigo Wiebling.

**Impresso no Brasil** / *Printed in Brazil*
Distribuição gratuita

Revista Brasileira Saúde da Família / Ministério da Saúde – Ano 13, n. 32
(mai. / ago. 2012). – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
Quadrimestral.
Ano 13, n. 32, publicada pela Gráfica do Ministério da Saúde.

ISSN: 1518 2355

1. Saúde da Família - Periódico. I. Brasil. II. Ministério da saúde. III. Título. IV. Série.

CDU 614

# SUMÁRIO


CAPA 28 PMAQ-AB e censo: rotas de avaliação pelo Brasil afora





CARTAS 04

EDITORIAL 05 Por um Brasil saudável

ESF EM FOCO 06 Envelhecimento é pauta da 65ª Assembleia Mundial da Saúde

19 Congresso Nacional Conasems

ENTREVISTA 08 Maya Takagi

BRASIL 13 Rio +20

20 Saúde no sistema prisional

40 Brasil Carinhoso

44 Avaliação do Plano de Crônicas

EXPERIÊNCIA EXITOSA 16 Atenção integral a saúde do idoso

46 Sorriso/NASF

CARREIRA 24 Daiani de Bem Borges, farmacêutica

PELO MUNDO 49 Família

DE OLHO NO DAB 36 VI Congresso Internacional de AB

39 World Nutrition

ARTIGO 52 Saúde e trabalho: condições de trabalho do agente comunitário de Saúde


SAÚDE
MAIS PERTO DE VOCÊ


**Departamento de Atenção Básica**
Edifício Premium -SAF Sul- Quadra 2 –
Lotes 5/6 –Bloco II –Subsolo
Brasília- DF – CEP – 70070-600
Fone: (61) 3315-9044
http://dab.saude.gov.br/portaldab/

Revista Brasileira
Saúde da Família
Nº 32

# CARTAS

**Sou médico com título de especialista em Medicina de Família e Comunidade e soube que nas equipes da Estratégia Saúde da Família em que há presença do médico com residência médica em Medicina de Família e Comunidade, ou título de especialista na área, haveria direito ao repasse de mil reais a mais no orçamento mensal da equipe, mas não estou conseguindo. Segundo a Secretaria de Saúde do município em que trabalho, o incentivo ainda não estaria vigorando. Gostaria de saber se a informação procede e o que é necessário para receber tal benefício.**
**Agradeço a informação.**

**Marcello Macedo (por e-mail)**

Prezado Marcello,

Já tivemos uma portaria que trazia esse incentivo, mas foi revogada. Isso se deve ao advento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade e à criação do adicional de "melhoria do acesso e qualidade", que inclui toda a equipe e leva em consideração o trabalho desenvolvido, além da organização do processo de trabalho e das diretrizes da Nova Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/ MS nº 2.488/2011). Qualquer dúvida, por favor, nos retorne!

• • •

**Estou terminando o curso de Enfermagem e meu trabalho de conclusão de curso (TCC) tem como tema a prescrição medicamentosa e a solicitação de exames pelo enfermeiro que trabalha no PSF. Gostaria de saber se o Ministério tem protocolos sobre o assunto e, se tem, poderiam encaminhá-los. Obrigada.**

**Sabrina Teixeira (por e-mail)**

Prezada Sabrina,

O Ministério da Saúde não adota protocolos específicos para a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro que atua no PSF.
De acordo com a Lei nº 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, está entre as atribuições privativas do enfermeiro a "prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde". A Política Nacional de Atenção Básica define como competências do enfermeiro a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames complementares, de acordo com protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal. Assim, essa é uma discussão que cada Estado ou município precisa fazer de acordo com as políticas de saúde da atenção básica.
No contexto da Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro possui autonomia para exercer algumas atividades que visam à continuidade do cuidado, lembrando que a prescrição medicamentosa deve estar devidamente estabelecida em protocolo estadual ou municipal, respeitando o sentido de continuidade do cuidado e os saberes e competências da profissão.
Segue o link do Manual de Enfermagem do Programa Saúde da Família – Ministério da Saúde para ajudar com a sua pesquisa:
http://pt.scribd.com/doc/34807294/Livro-Manual-de-Enfermagem-USP-Ministerio-Da-Saude

**Esta seção foi feita para você se comunicar conosco.**
**Para sugestões e críticas, entre em contato com a redação: comunica.dab@saude.gov.br**
**A Revista Brasileira Saúde da Família reserva-se ao direito de publicar as cartas editadas ou resumidas conforme espaço disponível.**

# Por um Brasil saudável

Setenta por cento das equipes que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) já foram avaliadas. Os números são surpreendentes: de maio ao final de agosto, 12.165 equipes de atenção básica foram avaliadas e 47.000 usuários entrevistados. Em 1.810 municípios, 7.236 equipes já estavam com a certificação de qualidade definida e passam a receber a certificação de qualidade, a partir da qual o município pode garantir até o dobro do recurso repassado por equipe sem adesão ao programa. Os números foram apresentados na reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), realizada em 30 de agosto, em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

O primeiro ciclo do PMAQ-AB, previsto para terminar na segunda quinzena de setembro, inclui a avaliação externa de 17.304 equipes de atenção básica nos 3.972 municípios aderidos. Quase 70 mil usuários dos serviços de saúde foram convidados a opinar sobre o acesso e qualidade da atenção básica à saúde brasileira. São números expressivos que puderam ser concretizados pela ação conjunta e parceira entre o Departamento de Atenção Básica (Secretaria de Atenção à Saúde/ Ministério da Saúde) e 45 instituições de ensino superior e de pesquisa, que iniciaram os trabalhos em maio e finalizam o primeiro ciclo de avaliação agora, cumprindo os prazos pactuados com o Ministério da Saúde. A divulgação dos dados deve ser feita até o final do ano pelo ministro.

Serão milhões de dados processados que servirão de base para futuras ações do Ministério da Saúde, dos governos estaduais e municipais e das próprias equipes de saúde, que terão possibilidade de acessar os dados e continuar o movimento pela melhoria da atenção à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde. A essas informações serão acrescidos os resultados do censo de infraestrutura, que atinge todas as quase 39 mil Unidades Básicas de Saúde em atividade no País. A realização do censo está prevista para terminar em outubro.

Com a certificação das 17.304 equipes e o encerramento dessa etapa do programa, será iniciado um novo ciclo, renovando o movimento pela melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Mais do que a transparência na gestão, o compromisso das equipes de atenção básica, de saúde bucal, dos municípios e dos Estados por um Brasil saudável. Usuários do SUS satisfeitos!

Além do PMAQ-AB, que é matéria de capa nesta edição, contamos com matérias que tratam do Programa Brasil Carinhoso, do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas, da experiência exitosa com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Sorriso (MT) e a entrevista com a secretária Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), Maya Takagi, entre outras. No encarte, a atuação dos agentes comunitários de saúde em Angola (África) e a formação possibilitada pelo Telessaúde Redes Brasil aos ACS.

Desejamos a você uma boa leitura.

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

# Envelhecimento é pauta da 65ª Assembleia Mundial da Saúde

*Por: Luciana Melo / Fotos: Agência Brasil*

"Envelhecimento e saúde: uma boa saúde aumenta os anos de vida" foi o tema da 65ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Genebra (Suíça), de 21 a 26 de maio. Entre os subtemas abordados estiveram o monitoramento das Metas de Desenvolvimento do Milênio; prevenção e controle de doenças crônicas; sistemas de saúde e cobertura universal; pesquisa e desenvolvimento; regulamento sanitário internacional; erradicação da poliomielite; saúde dos adolescentes; tuberculose; HIV/aids; nutrição; e vigilância sanitária.

A transferência de tecnologia, medicamentos genéricos e propriedade intelectual foi um dos destaques das discussões. A pauta foi liderada pelos membros do BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul). Capacitar as agências reguladoras nacionais e promover a cooperação sustentável entre elas foram apontados como cruciais para haver maior acesso aos medicamentos e à eficiência de produção e distribuição deles.

A União das Nações Sul-Americanas (UNASUL, que integra o Mercosul e a Comunidade Andina de Nações – CAN) defendeu a livre circulação de medicamentos genéricos e propôs a criação de um mecanismo de resolução, dentro da OMS, para que os países membros tenham maior autonomia para decidir políticas acerca desse assunto.

Outro tema relevante, e consenso entre os 194 delegados presentes na Assembleia, foi a adoção das recomendações da Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que enfatizam a questão dos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. Fruto da Conferência Mundial de DSS, realizada no Rio de Janeiro em outubro de 2011, o documento final prevê a boa saúde, que, segundo o documento, exige a existência de um





sistema de saúde universal, abrangente, equitativo, efetivo, ágil e acessível.

A posição defendida pelo Brasil é de que saúde e desenvolvimento sustentável estão interligados, e que o bem-estar de todos os povos deve ser a força motriz das estratégias de saúde, e não a doença. O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, em seu discurso no primeiro dia da Assembleia, falou da importância da consolidação de uma nova visão sobre a saúde como fator fundamental de desenvolvimento e justiça social, capaz de promover a ideia de que o acesso é parte dos direitos humanos, e não uma mera relação de consumo.

Alexandre Padilha também destacou o sucesso do programa de distribuição gratuita de medicamentos "Saúde Não Tem Preço", que já beneficiou mais de 10 milhões de brasileiros e, recentemente, priorizou o controle das doenças crônicas no Brasil. Parte do programa, de medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes nas farmácias populares, foi uma das principais ações de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis no Brasil em 2011. "Em nosso país, 72% dos óbitos decorrem dessas enfermidades. Com o apoio e liderança da OMS, temos que sair daqui com consenso sobre metas e indicadores para monitorar os avanços nas ações a serem adotadas ao enfrentamento desse grande desafio", afirmou o ministro.

A atuação do governo brasileiro em Genebra incluiu ainda a assinatura de novo termo de cooperação técnica entre o Brasil e o Canadá e discussões sobre a gestão da atenção básica. O termo de cooperação prevê ações nas áreas da saúde indígena, de enfrentamento às doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, de telemedicina e telessaúde.

*"...A posição defendida pelo Brasil é de que saúde e desenvolvimento sustentável estão interligados, e que o bem-estar de todos os povos deve ser a força motriz das estratégias de saúde, e não a doença..."*

Indicado para apresentar as experiências brasileiras do Ministério da Saúde, o secretário de Vigilância em Saúde do MS, Jarbas Barbosa, destacou os avanços do modelo brasileiro de atenção básica, orientado pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Jarbas mencionou estudos que mostram que o modelo adotado em que o sistema de saúde vai até o usuário tem melhores resultados do que a forma mais tradicional de assistência. Observou-se, por exemplo, a redução de 47% da mortalidade infantil (dados do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE) e da hospitalização por doenças cardiovasculares e respiratórias.

"O sucesso da Estratégia Saúde da Família nos mostrou que essa é a melhor forma de dar à população brasileira acesso aos serviços de atenção básica e à rede de atenção à saúde. Por isso, tornou-se uma das prioridades do Ministério da Saúde consolidar esse modelo junto às gestões municipais e estaduais", declarou o secretário. O percentual de cobertura da população pelas equipes de Saúde da Família é de 53,9%, segundo dados do Ministério da Saúde, de junho deste ano.

A Assembleia Mundial da Saúde, principal órgão controlador da OMS, se reúne anualmente em Genebra (Suíça) para estabelecer as políticas da Organização, que definem as questões prioritárias da saúde mundial. As resoluções da Assembleia são adotadas pelos delegados dos países membros, que, atualmente, somam 194 (incluindo o Brasil), e por organizações não governamentais. Além de discutir o processo de reforma da OMS, o mais importante evento da saúde pública internacional tem por objetivo fomentar o intercâmbio de informações e compartilhar experiências de regulação sanitária mundial. ■

# MAYA TAKAGI

*Por: Fernando Ladeira / Fotos: Ana Nascimento (MDS)*



*Formada em Piracicaba, a engenheira-agrônoma Maya Takagi destacou-se como uma das coordenadoras do projeto Fome Zero, desenvolvido e apresentado à sociedade pelo Instituto Cidadania, entre os anos de 2001 e 2002, e incorporado ao Governo Lula pelo então Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome, entre 2003/4, onde atuou como assessora especial. Em 2004, ingressou na Embrapa como pesquisadora e, no ano seguinte, começou a trabalhar no Gabinete Adjunto de Informações da Presidência da República.*

*Seus tempos de sovar massa de pão com as mãos e fazer caminhadas com tranquilidade se foram, e os momentos de lazer estão reservados para a família e cuidados com os filhos de 7 e 4 anos de idade. Especialmente após assumir o cargo de secretária nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sesan), desde fevereiro de 2011, no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), onde tem tido importante participação na costura de ações interministeriais em prol da segurança alimentar e nutricional no País.*

*Maya Takagi conversa com a Revista Brasileira Saúde da Família (RBSF) a respeito das ações do governo federal que evoluem para um pacto nacional em favor da retirada de 16 milhões de famílias da extrema pobreza. Além de medidas que garantam a produção de alimentos em quantidade e qualidade, com melhor e estratégica distribuição.*

***RBSF – Como está inserido o tema da segurança alimentar, hoje, dentro do governo federal?***

**Maya:** O tema da segurança alimentar e nutricional está inserido com peso estratégico de política de Estado desde 2003, quando foi fortalecido com o projeto Fome Zero e com a meta do ex-presidente Lula de garantir pelo menos três refeições ao dia para todos os brasileiros. A discussão do Fome Zero foi alçada ao caráter de política pública dentro do conceito de Política de Segurança Alimentar e Nutricional e, na ocasião, foi constituído o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), vinculado à Presidência da República. Ele é composto por dois terços da sociedade civil e um terço do governo, e esse um terço é formado por 19 ministérios. A secretaria-geral é de responsabilidade do MDS, mas todos os ministérios têm participação importante, ressaltando, fundamentalmente, os da Saúde, do Desenvolvimento Agrário, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento e o da Educação. Parceiros que conseguem trabalhar reforçando a visão de que a segurança alimentar deve ser garantida pelo Estado brasileiro, União, Estados, municípios e pela sociedade civil, de forma participativa.

***RBSF – Em que ponto o tema e a prática caminham, hoje, dentro das ações de governo?***

**Maya:** Lançamos a política, essa institucionalidade que lhe dá concretude, e ainda a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Cisan), o Consea, e já tivemos quatro conferências, sendo a quarta no ano passado. Antes, garantimos o direito à ali-

mentação na Constituição Federal, em mobilização forte da sociedade civil. Então, acho que um dos principais desafios atuais é fortalecer a noção de direito à alimentação adequada e saudável, que é o cerne da política hoje. Avançamos no acesso à alimentação, de 2003 para cá, e os índices de desnutrição infantil caíram bastante, em razão de um conjunto de fatores de evolução da sociedade, tais como o crescimento com distribuição de renda, a geração de empregos, o aumento do salário mínimo, e o Bolsa-Família teve papel fundamental associado a esses fatores. Temos que avançar bastante no fortalecimento da noção do direito, superar a noção da alimentação como favor ou algo que está sujeito a uso político. Um segundo ponto fundamental é a alimentação adequada e saudável. Melhoramos o acesso quantitativo, mas estamos perdendo a batalha da qualidade dos alimentos que os brasileiros consomem todos os dias, que se reflete no aumento exponencial do sobrepeso e da obesidade nos últimos 10, 20 anos, com olhar especial nas crianças, que vão se tornar os adultos do futuro com uma série de problemas de saúde.

***RBSF – Com impacto nos serviços públicos?***

**Maya:** Tem um impacto especial na rede de saúde pública, por isso a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável só pode ser realizada de forma intersetorial, porque a ação de um ministério isoladamente e suas políticas públicas se estendem a outras políticas. Por exemplo, na rede escolar, como levar o tema para as crianças, ou como abordar com as famílias que recebem o Bolsa-Família que estão melhorando o acesso à alimentação, mas não necessariamente com uma alimentação diversificada e saudável. Melhoramos a condição alimentar, no sentido quantitativo, mas precisamos fortalecer ações de promoção da alimentação adequada e saudável, que está associada à maior oferta e ao melhor acesso a esses alimentos, a questões de regulação, de campanhas, de educação para o consumo, pois, muitas vezes, as famílias não têm a percepção do quanto uma alimentação adequada afeta positivamente a sua saúde.

*"...garantimos o direito à alimentação na Constituição Federal, em mobilização forte da sociedade civil. Então, acho que um dos principais desafios atuais é fortalecer a noção de direito à alimentação adequada e saudável, que é o cerne da política hoje..."*

***RBSF – Volto aos temas do direito e da qualidade da alimentação. Como estão sendo trabalhados? Pois o Consea é formado por dois terços da sociedade, e o governo federal tem limites na capilaridade, já que depende dos Estados e municípios.***

**Maya:** Nossa ideia é de que os programas e ações associados à alimentação incorporem o conceito do direito a uma alimentação de qualidade, e que o controle social, a sociedade, os monitorem. Na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional e no decreto que a regulamentou, estabelecemos a meta de adesão de Estados e municípios ao Sistema Nacional de Segurança Alimentar, Sisan, que articule a União a essas esferas de governo e sociedade civil. Os Estados e municípios aderem ao Sisan, estabelecem um rol de compromissos e os incentivamos a aderir ao pacto pelo direito humano à alimentação adequada, para fortalecer o conceito de direito e universalizá-lo. No âmbito do Sisan, criamos e conseguimos, com os 19 ministérios e uma consulta ao Consea, lançar o primeiro Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional com metas para os próximos quatro anos, baseado no PPA, o Plano Plurianual. Essas ações serão apresentadas em próxima plenária, na primeira devolutiva de nossos principais objetivos, metas e iniciativas, de forma regular, periódica, junto à adesão de Estados e municípios – etapa que já estamos iniciando. Vinte e quatro Estados já aderiram ao Sisan, com o compromisso de em um ano elaborar planos es-

taduais de segurança alimentar, com metas e iniciativas para a garantia do direito de uma alimentação adequada e saudável. A etapa seguinte será a de adesão dos municípios. Queremos atuar de forma articulada, no nível federal e junto a Estados e municípios.

Estamos agora na fase de construção desse sistema, que não será, certamente, como o SUS porque não haverá repasse de recursos, já que não é uma prestação de serviços. É mais um estabelecimento de conceitos e regulações, marcos regulatórios e práticas que queremos fortalecer dentro do território brasileiro, de forma articulada. É um desafio que temos em construção, faremos oficinas com os Estados pensando na adesão dos municípios e em como estruturaremos uma comissão tripartite de pactuação.

***RBSF – Sente que há uma consciência maior da questão da garantia do direito à alimentação?***

**Maya:** – Sim, na situação da seca no Nordeste, pelos relatos municipais e estaduais e da própria sociedade civil que atua na região de que a situação de carência absoluta e do uso político muito forte de distribuição de alimentos está diferente hoje, por uma série de motivos: o Brasil avançou muito na garantia de direitos, nas políticas públicas de saúde e na agricultura familiar, por exemplo. Atualmente, temos quase 450 mil cisternas construídas em parceria com a sociedade civil no semiárido nordestino, que servem como um instrumento importante de convivência com o ambiente, e pretendemos chegar a 750 mil. Em situações em que não ocorre chuva, a cisterna fornece abastecimento de água à família para que possa suportar bem esse período. Além disso, benefícios e serviços estruturados tais como o programa Bolsa-Família, a garantia da safra e a atuação dos profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família servem como anteparos importantes para alcançar o direito à alimentação.

> *"...Temos que olhar para o direito à saúde, o direito à alimentação, e não dá para negligenciar o crescimento do sobrepeso e da obesidade causados por aspectos em comum, em especial o excesso de consumo de produtos ultraprocessados, com quantidade elevada de açúcar, de gorduras e de sal..."*

***RBSF – Na questão da qualidade da alimentação, por exemplo, o Programa Saúde na Escola (PSE) tem atuado?***

**Maya:** Temos que olhar para o direito à saúde, o direito à alimentação, e não dá para negligenciar o crescimento do sobrepeso e da obesidade causados por aspectos em comum, em especial o excesso de consumo de produtos ultraprocessados, com quantidade elevada de açúcar, de gorduras e de sal. É fundamental envolver também outros atores sociais, assim como o Ministério da Saúde já tem dialogado e pactuado com as indústrias de alimentos em relação ao sal e à gordura trans. O importante é que todos os atores sociais tenham consciência de seu papel e colaborem na construção de modos de vida saudáveis para a população brasileira.

***RBSF – E na questão da agricultura? Como tem sido fazer o acerto entre ministérios para chegar à questão comum da segurança alimentar?***

**Maya:** O Brasil é um caso emblemático de convivência de uma classe produtora empresarial altamente tecnificada, voltada para exportação, com uma agricultura familiar bastante consolidada, fruto de um processo de construção que contou com uma sociedade civil bastante mobilizada. Temos movimentos sociais fortemente atuantes e mobilizados no País que fazem a diferença, no sentido de avançar na consolidação de políticas voltadas para a agricultura familiar. Ao olhar para os dados da agricultura familiar que o Ministério do Desenvolvimento Agrário divulga, vemos que ela é responsável por 70% da produção de alimentos que ficam no Brasil, mas exporta também. Acredito que o Brasil já superou a questão da falta de alimentos para consumo interno. Temos condições e

conseguimos atender à demanda interna, não temos problema de insuficiência de produção, e sim de distribuição, pois há concentração muito grande, por exemplo, do arroz e do leite em pó no Sul e, quando é preciso levar estes alimentos para o Norte e Nordeste, o custo é enorme. É fundamental desconcentrar e estimular a produção local, principalmente de alimentos frescos.

***RBSF – Como tem sido a relação com o setor saúde? Como é a participação e qual o grau de importância?***

**Maya:** O Ministério da Saúde tem sido um grande parceiro, um grande ator na política de segurança alimentar e nutricional. No ano passado, um dos eixos importantes anunciados na Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional foi a revisão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), publicada no final da década de 90. Ele tem sido um parceiro importante no Plano de Prevenção e Controle da Obesidade e articulamos para que esse Plano fizesse parte do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas, lançado no ano passado pelo Ministério da Saúde. Discutimos e convocamos consulta pública para o marco teórico conceitual em educação alimentar e nutricional, em parceria com os setores da saúde e da educação, que sirva de referência para a atuação dos gestores de todos os níveis de governo dessas áreas.



***RBSF – Na prática, como uma equipe de Saúde da Família, ou uma equipe médica tradicional, pode participar ou colaborar com essa questão?***

**Maya:**– A equipe de Saúde da Família se insere, primeiro, na identificação das problemáticas múltiplas das famílias que afetam a sua segurança alimentar e nutricional, em que se incluem não só a carência nutricional, mas outros tipos de necessidades que permitam seu encaminhamento aos serviços de assistência social para inclusão em políticas públicas, especialmente os programas de transferência de renda. A equipe é um dos canais essenciais para a busca ativa das famílias em situa-

ção de vulnerabilidade social, por isso foi inserida como ação a ser fortalecida no Brasil sem Miséria. Até o início do ano, trabalhávamos com uma estimativa do governo de 800 mil famílias, que nem sequer são identificadas, para serem beneficiadas por políticas. Dessas, já inserimos 500 mil no cadastro único, e a rede de saúde é uma porta de identificação muito importante. A educação alimentar e nutricional pode ajudar bastante na orientação da gestante, incentivar a amamentação e a alimentação adequada e saudável. O Ministério da Saúde iniciou, recentemente, uma parceria para fortalecer as ações de suplementação de ferro e de vitaminas, que é um fator de risco, pois a criança pode ter peso e altura adequados, mas apresentar carências nutricionais importantes. Parte do Programa Brasil Carinhoso complementa o Brasil sem Miséria e é voltado às crianças de famílias em situação de vulnerabilidade social do cadastro único, e certamente envolve os ACS, permitindo o acesso a esses complementos e suplementos alimentares.

*"...trabalhávamos com uma estimativa do governo de 800 mil famílias, que nem sequer são identificadas, para serem beneficiadas por políticas. Dessas, já inserimos 500 mil no cadastro único, e a rede de saúde é uma porta de identificação muito importante..."*



***RRBSF – E como se espera retirar os 16 milhões de famílias da situação de miséria?***

**Maya:** – Os 16 milhões de famílias estão na situação de extrema pobreza, e trazê-los para uma melhor condição é o grande objetivo do Plano Brasil sem Miséria, e temos expectativa plena disso. Um dos meios é a transferência de renda, para a qual foram feitos ajustes no Bolsa-Família, com suplementação de recursos per capita para as famílias na faixa de extrema pobreza e com crianças abaixo de seis anos. Outros dois eixos são essenciais, o da universalização do acesso aos serviços das redes de saúde, de educação e de assistência social, e o da inclusão produtiva, promovendo ações para melhorar a capacitação e oportunidades para que as famílias tenham maior autonomia de renda. Quer dizer não só ofertar renda, transferência de renda, mas também condições para que ela melhore as condições de inserção no trabalho e melhore a renda. Pela primeira vez, temos um conjunto de Estados complementando a transferência de renda do governo federal para esse público, mostrando que é uma ação de Estado, de todo o Brasil, e não de um governo. Todos ganham com essa melhoria da condição de vida da camada mais pobre do Brasil. ■






# Saúde ganha espaço na Rio+20

*Por: Luciana Melo / Fotos: Agência Brasil e Peter Illicciev - Fiocruz Multimagens*

Os riscos que as atuais e futuras gerações passam com o descaso pelo planeta Terra podem ser amenizados por meio de conferências, tratados e protocolos? Depois de 20 anos da Eco 92 e há poucos meses da Rio+20, muitos são os desafios a serem ainda solucionados e lacunas a serem preenchidas, porém não há dúvida de que houve muitos avanços nas discussões dos modelos de produção e consumo da sociedade, e das relações entre meio ambiente e saúde. Também passamos a ter maior consciência dos impactos que causamos com nossos atos, modos de consumo e padrões de uso dos recursos ambientais.

Duas declarações finais, a da conferência oficial, intitulada "O futuro que queremos", com 49 páginas, e uma da Cúpula dos Povos, além do mar de gente, ideias, manifestações e reivindicações por um planeta mais sustentável, foram o saldo da Rio+20, que terminou com opiniões divididas. A erradicação da pobreza, atrelada ao desenvolvimento sustentável, citada no documento oficial, foi considerada um grande avanço e diferencial nos debates da Rio+20. O tema introduziu a preocupação com a miséria, numa discussão que era, anteriormente, direcionada a aspectos econômicos.

Houve críticas ao documento final, e as principais foram as indefinições para responsabilidades específicas, incentivos financeiros, discriminação de prazos para a adoção de medidas e a ampliação de poderes do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA). As ausências de Barack Obama (EUA), Ângela Merkel (Alemanha) e David Cameron (Reino Unido) também foram alvo de críticas.

A conferência da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre desenvolvimento sustentável, que aconteceu entre 13 e 22 de junho no Rio de Janeiro (RJ), teve a participação de quase 45 mil pessoas e foi a maior da ONU já realizada. O encontro dos mais de 100 chefes de Estado e, aproximadamente, 12 mil delegados teve contraponto político na Cúpula dos Povos, evento paralelo que reuniu 300 mil pessoas no Aterro do Flamengo. Nessa última, a sociedade civil e as universidades estiveram à frente de discussões e mobiliza-




# Após negociações, saúde é incluída

A luta pela inclusão da saúde, iniciada pelos brasileiros, no documento da conferência foi vencedora, e nove parágrafos (138 a 146) foram aprovados pelos chefes de Estado. Veja, a seguir, a síntese dos parágrafos e o link do documento na íntegra no Saiba Mais:

- O reconhecimento da importância dos determinantes sociais e ambientais da saúde;
- O compromisso com os sistemas universais de saúde;
- Os signatários pedem que todos os agentes pertinentes participem de ações multissetoriais coordenadas, de forma a atender às necessidades de saúde da população mundial;
- O compromisso em redobrar os esforços no enfrentamento ao HIV/aids, malária, tuberculose, gripe, poliomielite e outras doenças transmissíveis que continuam sendo motivo de grande preocupação mundial;
- O reforço de políticas multissetoriais para a prevenção e o controle de doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer, as doenças cardiovasculares, o diabetes e as doenças respiratórias;
- O direito de usar as legislações referentes à propriedade intelectual para promover o acesso universal a medicamentos;
- O estabelecimento de compromissos relativos à saúde sexual e reprodutiva, garantindo o planejamento familiar nas estratégias e nos programas nacionais;
- O compromisso em reduzir a mortalidade materna e infantil e melhorar a saúde das mulheres, dos jovens e crianças.

## Saúde, Ambiente e Sustentabilidade

Além de garantir espaço no documento oficial, o debate sobre a saúde também marcou presença na tenda "Saúde, Ambiente e Sustentabilidade", da Cúpula dos Povos. Os determinantes sociais e ambientais da saúde, os padrões de consumo e meio ambiente, e o desenvolvimento sustentável tiveram lugar de discussão no gramado oficial dos movimentos sociais.

Um dos debates mais importantes ocorridos na tenda foi o de segurança alimentar, colocada como um dos elementos-chave para a tão almejada transição para um futuro sustentável. Foi salientada a importância de mudarmos os sistemas de governança de alimentos e agricultura, e sairmos do modelo da monocultura de lógica agroexportadora com elevado uso de agrotóxicos (veja link para relatório sobre agrotóxicos no Saiba Mais), para um modelo agroecológico. Temas como o uso de transgênicos, o impacto de grandes empreendimentos sobre o meio ambiente e a saúde e a segurança química também foram abordados.

## Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

No lugar de tratados e protocolos com medidas mandatórias, estabeleceu-se, durante a conferência, para setembro de 2013, um grupo de trabalho com 30 integrantes que decidirá um plano de trabalho e uma proposta para os ODS à Assembleia-Geral da ONU. Ficou previsto no acordo o lançamento, até 2015, dos ODS que provavelmente irão substituir as atuais metas de desenvolvimento do milênio.

Para além dos acordos, fica a pergunta: quem fiscaliza quem? Esta talvez seja uma das maiores questões relacionadas ao pós-conferências. Estados, organismos internacionais ou movimentos sociais seriam os responsáveis por fiscalizar e impor cobranças reais e punições, caso os objetivos e metas não sejam cumpridos? Finda mais uma conferência e fica a lacuna, ainda sem solução.

ções em torno dos grandes temas e desafios da crise planetária.

Outro ponto de encontro da Rio+20 foi o Forte de Copacabana, onde o Projeto Humanidade 2012 ficou instalado e fez enorme sucesso de público. De acordo com dados da prefeitura do Rio de Janeiro, mais de um milhão de pessoas participou dos eventos paralelos da Rio+20.

Para Ary Carvalho de Miranda, médico e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e participante dos debates sobre saúde e meio ambiente na Cúpula dos Povos, refletir se as resoluções de encontros como a Rio+20 correspondem com a realidade é fundamental, pois para ele "essas conferências estão dissociadas da vida real". Segundo Ary, os interesses hegemônicos do grande capital transnacional são os verdadeiros protagonistas da crise socioambiental e geram uma contradição insolúvel, pois buscam a solução para a crise criada pelo próprio capital. Além de os Estados não cumprirem os compromissos firmados e haver uma piora mundial nos indicadores de fome, índices de desemprego e acesso adequado à agua.

O Brasil saiu à frente na liderança pela inclusão do tema saúde no documento final da conferência e nas discussões que antecederam o evento. Em março, quando foi divulgado o rascunho zero, o tema saúde não constava e, devido ao esforço conjunto da Fiocruz, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde e parceiros como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o tema acabou ocupando nove parágrafos do documento final. ■

## Entrevista:
# Paulo Buss

Coordenador do Centro de Relações Internacionais em Saúde – CRIS/Fiocruz



Foto: Peter Ilicciev

**1) Como foi o processo para incluir o tema saúde na Rio+20?**

Foi longo e difícil, pois começou ainda em novembro de 2011, quando foi divulgado o draft zero do documento "O futuro que queremos", e não havia sequer menção ao tema da saúde humana. O Brasil logo se movimentou e o tema passou a ser considerado para os debates em Nova York em março. A contribuição brasileira foi, então, levada ao debate e incorporada como proposta do G77 – os 130 países que compõem o Grupo dos Não Alinhados. Finalmente, o texto foi tomando corpo e acabou sendo assumido pela Rio+20 na versão final, com nove parágrafos, um dos mais longos temas específicos do documento.

**2) Qual é a sua leitura do que foi incluído sobre o tema no documento final da conferência?**

Como muitos, eu esperava muito mais da Rio+20, com metas concretas ecompromissos explícitos dos governantes. No entanto, muitos dos países mais poderosos do mundo estão em crise econômica – gerada, aliás, nos países centrais do capitalismo global pelo capital financeiro internacional, de forma irresponsável – e não quiseram assumir compromissos que implicassem desembolsos financeiros. Isso pode até vir a ser fatal, pois a crise ambiental vai se aprofundando e há um momento de "não retorno", do qual acho que estamos muito perto.
O documento da Rio+20 afirma que a saúde é uma pré-condição e um resultado importante e indicador da consecução dos três pilares do desenvolvimento sustentável (DS). Assume que ações para doenças transmissíveis (entre as quais aids, tuberculose e malária) e não transmissíveis (diabetes e hipertensão) são necessárias para reduzi-las e alcançar os indicadores. Defende a cobertura universal em saúde e a cooperação internacional para o fortalecimento dos sistemas de saúde.

**3) O debate sobre os temas relacionados à saúde na tenda "Saúde, Ambiente e Sustentabilidade" foi produtivo?**

Foi excepcionalmente produtivo e criativo, elaborando inúmeras propostas que agora os movimentos sociais deverão transformar em bandeiras permanentes nas esferas nacionais e global. O movimento social será fundamental para que o legado da Rio+20 se concretize. Sem uma sociedade civil forte, cobrando dos governos e das Nações Unidas, todas as promessas ficarão na retórica. É hora de ação!

## Saiba mais

Leia o documento oficial da Rio+20, em espanhol:
http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N12/436/91/PDF/N1243691.pdf?OpenElement

**Leia o relatório da Abrasco a respeito do uso de agrotóxicos:**
www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2012/DossieAGT.pdf

# Rio Negro, amigo do idoso

*Texto e fotos: Déborah Proença*



A 19 horas de lancha expresso de Manaus, Santa Isabel do Rio Negro, localizada no meio da Calha do Rio Negro, impressiona. Com IDH de 0,548 e 95% de sua população com origem indígena (14 etnias), no quesito saúde do idoso, Santa Isabel vem desbancando muita cidade grande por aí. Atividade física, artesanato, educação básica, massagem, transporte e medicamento gratuito e muito mais serviços em benefício dos mais antigos. É o Centro de Convivência do Idoso (CCI).

O Centro de Convivência nasceu da vontade de se fazer mais, fazer diferente e de melhorar o que já existe. Rogério de Souza Loredo, um médico de Família e Comunidade acriano que adora desafios, chegou a Santa Isabel em 2009. O Centro já existia há um ano sob a batuta de Alzenira de Lima, a Dona Nira.

Até então, o CCI restringia-se a promover algumas atividades físicas e artesanato. A frequência era pequena e fundamentalmente feminina. Foi quando Rogério propôs mudança gerencial na saúde do município, devido à expressiva participação de idosos na formação populacional da cidade e à demanda diferenciada que este público exige. "O posto estava sempre congestionado. Cuidar de idoso é diferente, requer atenção especial e paciência", lembra o médico.

Assim, direcionou-se a demanda de cuidado da saúde dos idosos, que era dividida entre as duas

Unidades Básicas de Saúde (UBS), para uma UBS construída dentro do Centro de Convivência, em que, além dos atendimentos às terças e quintas pela manhã, também se fornece medicação prescrita.

Três vezes por semana, os idosos se reúnem para praticar caminhada, alongamento e ginástica, depois de um reforçado café da manhã. Na volta da atividade física, feita na praça, é dada pausa para a merenda, um verdadeiro almoço às 10h30 da manhã. Depois, quem desejar pode fazer artesanato, participar das aulas de alfabetização, ser atendido pelo médico na UBS ou ser levado para casa pela Kombi do CCI (que busca e deixa todos na porta de casa). "Ah, melhorou demais. Tem até transporte pra gente", conta Dona Angelina, 54 anos.

Dona Angelina, aliás, é um caso à parte. Uma das poucas usuárias do Centro com menos de 60 anos, integra a nova estratégia de envelhecimento ativo, também adotada pelo médico. "A tendência é essa. Hoje o foco não é o envelhecimento, puro e simplesmente, e sim envelhecer com saúde. Esse é o novo paradigma. Vou esperar o paciente ter 60 anos com uma gastrite que eu poderia tratar antes? Não. Faço a sondagem no posto. Quando vejo alguém muito complicadinho, encaminho para o CCI. Eu mesmo me encarrego de trazer o fluxograma dele pra cá, pois trabalhamos, aqui, com uma estratégia mais integral".

Outra situação diferenciada são os usuários que necessitam de reabilitação. Vitor, com apenas quatro anos de idade, sofreu uma paralisia e é atendido no CCI. "Não é idoso, mas precisa de reabilitação, então vem para o CCI", diz o médico. Na estratégia de integralidade do atendimento, Rogério considera a medicina tradicional chinesa e as massagens como fundamentais. Acupuntura, eletroacupuntura, eletroestimulação e massoterapia são algumas das técnicas utilizadas para reabilitar e tratar dos idosos.

Dona Maria Peti, 72 anos, é um exemplo de envelhecimento ativo. É uma das poucas moradoras da área rural, e não perde nenhuma aula. "A atividade física dela começa ainda em casa, quando pega a canoinha, atravessa o rio e caminha até aqui. Ela não pede o transporte", conta Dona Nira. "No começo, meu marido ficava com ciúme,

## *Prêmio em Portugal*

Pensando grande, como dizem os caboclos amazonenses, a equipe do Centro de Convivência do Idoso (CCI) está sempre antenada em oportunidades. Foi assim que conquistou uma Menção Honrosa no prêmio "Inovação no Envelhecimento", edição 2011, promovido pela associação portuguesa "Amigos da Grande Idade". A intenção era incentivar pesquisadores e instituições sociais e de saúde a refletirem sobre o envelhecimento em Portugal (especialmente) e no mundo e seus possíveis projetos.

"Foi show lá! Nós fomos os únicos brasileiros a ganhar uma menção honrosa. O diretor do Instituto do Envelhecimento e professores da Universidade de Lisboa, e os do Centro de Reabilitação de referência de Lisboa, e que atende o país todo, estão doidos para vir aqui e conhecer o Centro de Convivência. Ficaram admirados com a experiência", lembra o médico Rogério.

No ano europeu do envelhecimento ativo, o prêmio foi entregue no 1º Congresso Internacional do Envelhecimento, que faz parte de uma série de ações integradas para disseminar o conceito de que o envelhecimento precisa ser encarado como uma experiência positiva, em que uma vida mais longa pode ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, segurança e participação nas questões sociais, econômicas, culturais, religiosas e civis, e não somente como a capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho.

O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida com saúde e qualidade para todos os idosos, inclusive os que estão frágeis, fisicamente incapacitados e/ou que requerem cuidados especiais. Nesse sentido, as pessoas com mais de 60 anos podem ser uma presença e participação valiosa para suas famílias e sociedade, desde que o ambiente possibilite.

Assim, em 2005, surgiu a ideia do projeto mundial "Cidade Amiga do Idoso", desenvolvido pelos médicos Alexandre Kalache e Louise Plouffe, com apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 33 cidades de todo o mundo.

Segundo o guia deste projeto, "em termos práticos, uma cidade amiga do idoso adapta suas estruturas e serviços para que sejam acessíveis e promovam a inclusão de idosos com diferentes necessidades e graus de capacidade".



mas depois ele viu que eu melhorei, fiquei mais feliz, voltei a rir e a conversar. Ele é apaixonado por mim!", entusiasma-se Dona Peti.

Para o pleno funcionamento deste modelo de gerenciamento específico para o idoso, Rogério destaca que se devem abranger socialização e abordagem educativa. "Essa estratégia é muito importante, ainda mais pra comunidade indígena, que a informação deles é mais oral".

"Trabalho com metas e a minha primeira foi fazer o modelo de gerenciamento específico pro idoso. Um modelo de atenção para atuar na prevenção, no tratamento e na reabilitação. A gente consegue fazer isso aqui. A gente previne, a gente trata e a gente reabilita", orgulha-se o médico.

## O Brasil em branco e preto

Com uma população estimada em 21 milhões de pessoas com mais de 60 anos, a expectativa de vida dos brasileiros cresce a cada geração. Se na década de 70 a proporção de idoso não extrapolava 4%, hoje passa de 11%. E, de acordo com projeções do IBGE, essa porcentagem crescerá para 18% em 2030 e 29% em 2050, ultrapassando a casa dos 60 milhões de pessoas. É a faixa da população que mais cresce atualmente no País, tanto pela expectativa de vida, que aumentou, quanto pela taxa de natalidade, que diminuiu.

Karla Cristina Giacomin, presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), garante que essa é uma grande conquista. "Nunca a humanidade conseguiu envelhecer. Se você pensar, no século passado só se conhecia um dos quatro avós. Hoje, a criança que nasce conhece os quatro".

Com um perfil cada vez mais ativo, é preciso (re)pensar estratégias que abranjam as necessidades desse grupo. Acompanhando esta evolução, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2003, a Política Nacional de Saúde do Idoso, estabelecendo diretrizes para o cuidado e focando sua atuação junto a Estados e municípios, principalmente em capacitações profissionais. ■

## Saiba mais

Do que o Ministério da Saúde faz para o idoso!

***http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=153***

Congresso Nacional Conasems

# XXVIII Congresso expande participação e importância de atores do SUS

*Por: Fernando Ladeira/ Fotos: Acervo Conasems*



A "Sustentabilidade do SUS" foi o tema escolhido para o XXVIII Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), realizado entre 11 e 14 de junho, em Maceió (AL). Evento anual de porte já consolidado, reuniu aproximadamente 4.850 pessoas entre gestores municipais, estaduais e federais, representantes de conselhos estaduais e municipais e pesquisadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Eles também participaram de duas realizações paralelas: o Seminário do Observatório Internacional de Políticas e Sistemas de Saúde e o IX Congresso da Cultura de Paz e Não Violência.

Os participantes puderam ainda presenciar, no dia 12, a primeira reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – formada por representantes do Ministério da Saúde (7), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass, 7) e do Conasems (7), fora de Brasília após seu reconhecimento e institucionalização pela Lei nº 12.466/2011. Entre os tópicos da pauta apreciada, estavam a situação atual do processo de implantação do Decreto nº 7.508/2011 e a minuta de portaria das diretrizes para regulação do acesso a ações e serviços de saúde na implementação da Política Nacional de Regulação.

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, na cerimônia de abertura do XXVIII Congresso, agradeceu aos presentes os bons resultados que vêm sendo obtidos na saúde da população. Citou, por exemplo, em relação à saúde bucal, que este ano serão entregues pelo SUS, aproximadamente, 400 mil próteses, o que representa um aumento de quase 18% em relação a 2011. Informou, também, que a mortalidade materna, com 1.317 casos registrados entre janeiro e setembro de 2010, baixou 21% no mesmo período em 2011, registrando 1.038 mortes. E a dengue, que nos quatro primeiros meses de 2010 provocou 467 mortes pelo País, além de 11.845 casos notificados, caiu no mesmo período de 2012 para 74 mortes e 1.083 casos registrados. Outros agradecimentos foram feitos pelas ações em cirurgias eletivas e a ampliação de cuidados pela Rede Cegonha, entre outros.

Durante o congresso, em acordo com o tema Sustentabilidade do SUS, foram abordadas questões como a adesão e participação da população, a Ouvidoria, o financiamento da saúde, os consórcios públicos, a formação dos profissionais, a atenção básica e as redes de atenção à saúde, a assistência farmacêutica, a rede de urgência e emergência, a saúde na fronteira e a saúde indígena, entre tantos outros.

O presidente do Conasems, Antônio Carlos Nardi, satisfeito ao final do encontro, ressaltou a importância da mesa que envolveu a Frente Nacional de Prefeitos, em que foi aprovada uma carta-compromisso com o SUS enquanto bandeira perene dos municípios. Segundo Nardi, "a cada congresso, temos mostrado que o evento deixou de ser exclusivo de Secretarias Municipais de Saúde para tornar-se um congresso do Sistema Único de Saúde, de todos que lutam por uma saúde de acesso e qualidade, equidade e decência, que são os pilares de sustentação do SUS". ■





# **PNSSP** – o SUS para quem não tem liberdade

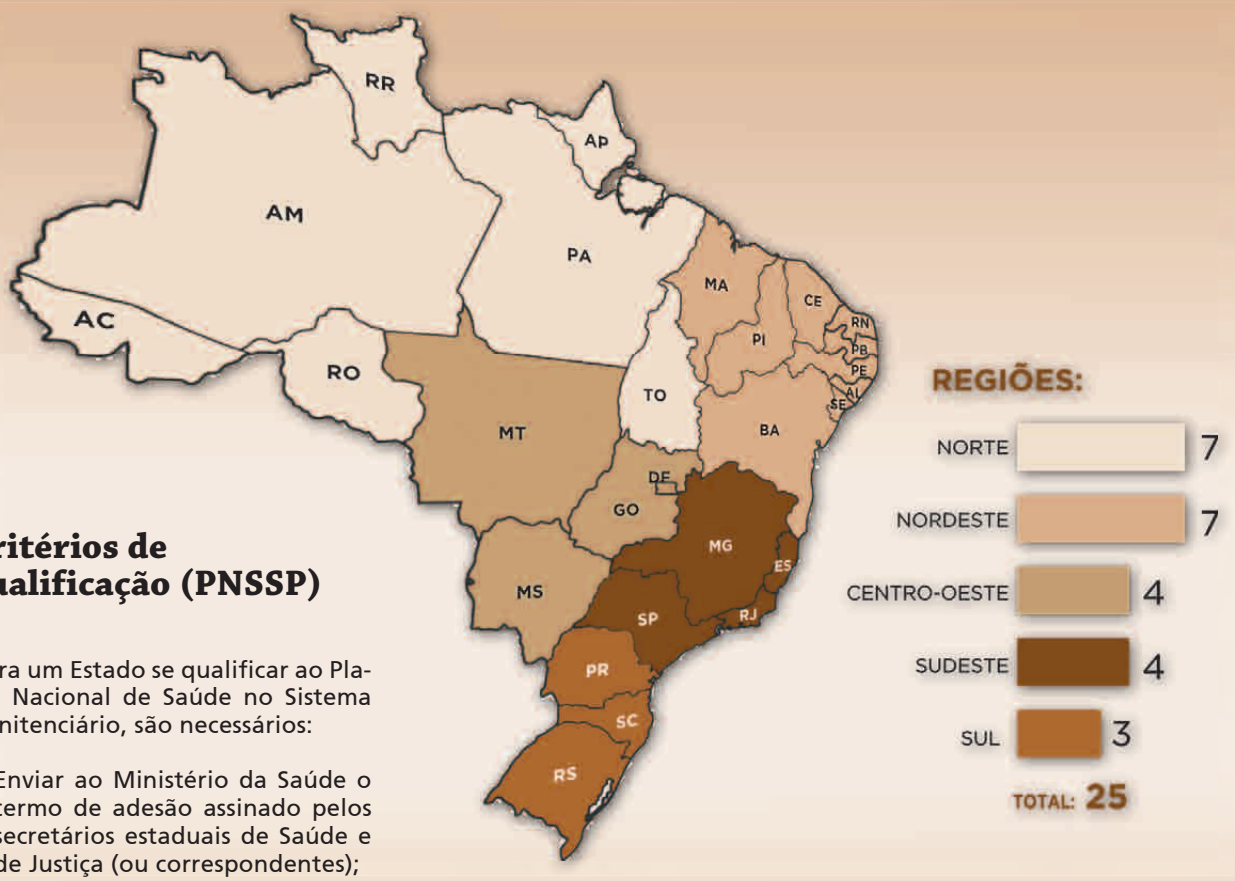
*Por: Fernando Ladeira / Fotos: Radilson Carlos Gomes e Déborah Proença*

A população carcerária do Brasil é estimada em 520 mil habitantes, equivalente a de uma capital como Porto Velho (RO) ou às populações de municípios de grande porte como Juiz de Fora (MG) e Londrina (PR). Homens representam 93% desse universo, e as mulheres apenas 7%, mas os tempos mudam e o crescimento demográfico anual feminino em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e hospitais de custódia é duas vezes maior que o masculino.

Desde setembro de 2003, quando foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), as estruturas de saúde estaduais criadas para atender essa população sentenciada com a perda da liberdade estão sendo implementadas no formato de Unidades Básicas de Saúde, que ofertam ações e serviços de atenção básica. Assim, hoje, 159.588 homens e mulheres encarcerados, 30,69% do total, já estão sob os cuidados do Sistema Único de Saúde (SUS) em 25 Estados (Quadro 1).

Até então, a Lei de Execução Penal (LEP nº 7.210/1984), anterior à Constituição Federal de 1988, regeu o acesso à saúde para os cidadãos privados de liberdade, e foram criados departamentos ou coordenações de saúde nas Secretarias Estaduais de Administração Penitenciária, de Segurança ou de Justiça.

1 – Estados qualificados ao PNSSP




Arte: Roosevelt Ribeiro /MS/DAB

## Critérios de qualificação (PNSSP)

Para um Estado se qualificar ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, são necessários:

- Enviar ao Ministério da Saúde o termo de adesão assinado pelos secretários estaduais de Saúde e de Justiça (ou correspondentes);
- Apresentar, para aprovação, o Plano Operativo Estadual (POE) no Conselho Estadual de Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite, e enviar as respectivas resoluções e o Plano Operativo para o Ministério da Saúde apreciar;
- Registrar os estabelecimentos e os profissionais de saúde das unidades prisionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- Encaminhar a documentação para que Estados e municípios recebam o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;
- Aguardar a publicação no Diário Oficial da União da portaria de qualificação.

Se os municípios assumirem as ações e serviços de saúde no sistema penitenciário, por meio de pacto com os Estados, conforme o §2º do art. 2º da Portaria Interministerial nº 1.777/2003, é necessária a anuência do Conselho Municipal de Saúde, expressa em ata, e envio desta ao Ministério da Saúde.

Depois de lançado o Plano, por meio do Decreto Interministerial nº 1.777/2003, o acesso dos encarcerados ao SUS se deu por meio de equipes multiprofissionais (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, dentista e técnico de enfermagem), substituindo, aos poucos, o formato médico-centrado em vigor na LEP. De 2004 para cá (Quadro 2), já trabalham 269 equipes de saúde penitenciária (EPEN) em 242 estabelecimentos prisionais, dos 1.211 existentes no País.

Até o final do ano, a Área Técnica de Saúde no Sistema Prisional (SISP), do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS), pretende aprovar pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) uma política nacional de saúde prisional que dê amplitude e maleabilidade ao PNSSP. Segundo o coordenador da SISP, o psicólogo Marden Marques, a política pretende ampliar os recursos destinados aos Estados e municípios e se ajustará ao Decreto nº 7.508/2011, que instituiu – entre outros – as regiões de saúde e o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que funcionam sob a ótica de relação interfederativa, com o compromisso legal firmado entre União, Estados e municípios.

Atualmente, na medida em

que os estabelecimentos e as equipes se registram no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os Ministérios da Justiça (MJ) e da Saúde (MS) repassam os incentivos para o custeio das ações que desenvolvem junto à população carcerária. Unidades com até 100 pessoas presas têm atendimento mínimo da equipe de saúde de quatro horas semanais. Acima de 100 presos, têm carga horária de 20 horas semanais. Para cada 500 presos, é definida pelo menos uma equipe.

O Ministério da Saúde está realizando pesquisa nos estabelecimentos penitenciários para instituir um observatório epidemiológico em saúde prisional. Com isso, poderá direcionar melhor os recursos e definir metas de redução de agravos à saúde necessárias para ação das equipes e atendimento aos usuários encarcerados.

2 – Saúde no Sistema Penitenciário

| Evolução do número de equipes cadastradas no Plano | |
|---|---|
| 2004 | 76 |
| 2005 | 171 |
| 2006/7 | 174 |
| 2008 | 199 |
| 2009 | 215 |
| 2010 | 247 |
| 2011 | 269 |

Número de unidades penitenciárias com equipes: 242.




# O presídio estadual de Três Passos

Texto e foto: Déborah Proença

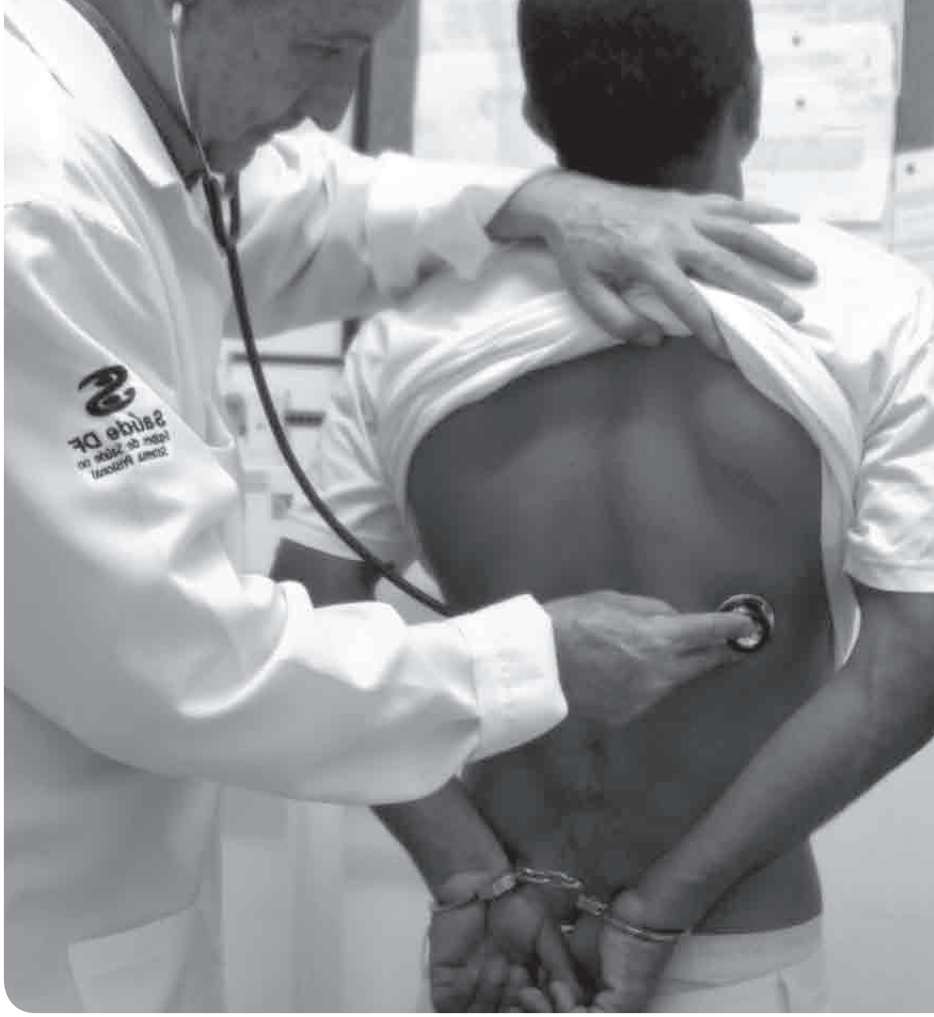
Em funcionamento desde 15 de setembro de 2011, a Unidade Básica de Saúde Prisional era uma demanda urgente para os detentos de Três Passos, município do noroeste do Rio Grande do Sul. Com média de 10 a 11 presos em cada uma das 25 celas (a capacidade é para, no máximo, quatro), o Presídio Estadual de Três Passos recebe homens e mulheres de todos os 21 municípios que compõem a região celeiro. Todavia, grande parte dos 230 presos (cerca de 60%) é de Três Passos e apresenta diferença notória para a equipe de saúde.

"Os detentos do próprio município já estavam em tratamento ou receberam atendimento nas unidades, são diferenciados. Os demais, muitas vezes, nunca receberam qualquer tipo de assistência em saúde quando estavam vivendo na sociedade", afirma Moisés Scherer, dentista da UBS, membro da equipe e também funcionário da Superintendência dos Serviços Penitenciários (Susep). Diego, um dos detentos, é natural de

## Direitos humanos

Segundo Marden, o Ministério da Saúde tem como propósito alcançar a cobertura total da população carcerária, os 520 mil cidadãos que estão sentenciados, ou são provisórios, e perderam o direito à liberdade, mas não perderam o de acesso à saúde, à alimentação e à educação, entre outros. As equipes de saúde executam ações de atenção básica que transversalizam temas como racismo institucional, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, além das voltadas a gestantes.

Quando questionados, os diretores informam que nos estabelecimentos prisionais os maiores agravos à saúde são: 1) Saúde mental (problemas vinculados à depressão devido ao confinamento); 2) Tuberculose; 3) DSTs e hepatites virais; 4) Dermatoses; e 5) Hipertensão e diabetes. ■



Portela, outro município, e diz que ficou impressionado com a saúde de Três Passos. "Estou com 31 anos e nunca fui ao médico. Aqui, tenho recebido acompanhamento". Elizabeth, por sua vez, detida há quatro meses por tráfico de drogas e natural de Três Passos, sempre teve acompanhamento pelas eSF do município. No Presídio não sentiu diferença alguma no tratamento, "não fui tratada de forma diferente por estar presa", diz ela.

Com a inauguração da unidade dentro do perímetro de segurança, o trabalho em saúde foi reestruturado e organizado para atender a todos os detentos, e não somente à demanda espontânea. Todas as mulheres, então, realizaram exame preventivo; e a triagem e a anamnese de novos presos são feitas rigorosamente no dia seguinte à detenção. "Os que entram ficam numa cela provisória, na primeira noite, e no dia seguinte seguem para avaliação do médico e do dentista, para um levantamento da situação da saúde. Antes da inauguração da unidade, não era possível fazer, e hoje é protocolo", conta o médico Ivo Weis.

O apoio psicológico e da assistência social, agora inseridos integralmente no presídio, são fundamentais, pois, embora as infecções e problemas respiratórios sejam muito frequentes, a depressão é o maior problema, principalmente entre as mulheres. A maior queixa é a insônia. "A fala 'doutor, não consigo dormir' é muito comum", afirma o médico.

Vinculada ao Sistema Único de Saúde, a Unidade Básica de Saúde Prisional (UBS-P) é regulada pelo município tal qual as outras UBS, com o mesmo padrão de atendimento e qualidade. Resulta de uma parceria entre o município, o Estado e a União na medida em que cada um dá a sua contrapartida, tanto pela Secretaria de Saúde quanto pela Saúde da Segurança Pública.

Hoje, Três Passos detém uma das 269 equipes de saúde penitenciária (EPENs) que atendem a população carcerária brasileira em 242 unidades prisionais que aderiram ao Plano. A unidade prisional possibilita o atendimento dentro da carceragem, com todos os dispositivos para segurança da equipe de saúde e dos agentes penitenciários. Além disso, Marden Marques, coordenador nacional do Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional (PNSSP), informa que a construção de uma unidade de saúde dentro do presídio tem menos despesas, pois diminui os gastos com o acompanhamento armado dos detentos às unidades de saúde fora da detenção. "Gasta-se menos com escolta, pois diminui-se a quantidade, lá fora, de presos e de agentes. O constrangimento é amenizado com os policiais e os presos dentro das unidades e, com uma boa atenção básica, reduzem-se os gastos com referência e contrarreferência para média e alta complexidade".




# Daiani de Bem Borges

*Por: Luciana Melo  Fotos: D. Borges*



*A adolescente que gostava de química na escola e ficava se perguntando por que tal medicamento aliviava a dor, ou por que a bombinha de asma diminuía a falta de ar, é hoje uma atuante farmacêutica do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no Distrito Sanitário Sul de Florianópolis. Daiani de Bem Borges é natural de Criciúma (SC), mas foi para Florianópolis estudar e nunca mais voltou. Formou-se em Farmácia, em 2004, e fez mestrado na mesma área, em 2006, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Foi no mestrado que Daiani decidiu tornar-se uma profissional atuante na área: "Eu queria saber como é ser farmacêutica na prática!", e em 2007 obteve seu primeiro trabalho na Prefeitura de Florianópolis. No mesmo ano, fez a especialização multiprofissional em Saúde da Família, na UFSC, o que ampliou ainda mais seu interesse pela atenção básica.*

*Em outubro de 2010, Daiani começou a atuar no NASF e viu a oportunidade de desenvolver um trabalho diferente do que vinha fazendo. Ficou fascinada por trabalhar a saúde na perspectiva do cuidado integral, conhecer o usuário em seu território, estabelecer vínculo e trabalhar com a educação em saúde.*

*Fora do trabalho, Daiani gosta mesmo é de estar com a família, cozinhar, viajar, escutar uma boa música e ler. Estar em contato com a natureza e andar de bicicleta também são obrigatórios para o bem-estar dessa farmacêutica de Criciúma que adora desafios!*

***RBSF: Como e quando descobriu sua vocação profissional?***

**Daiani Borges:** Sempre gostei de lidar com pessoas e, por isso, decidi fazer o curso de Farmácia. No início, minha inclinação era mais pela manipulação, mas no final da graduação tive a oportunidade de participar de várias discussões sobre saúde pública e assistência farmacêutica, temas que na época eram recentes e, simplesmente, me encantei. Outro universo se abriu diante de mim!

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

**Daiani Borges:** Eu matricio 14 equipes, distribuídas em oito Unidades Básicas de Saúde (UBS). Entre as atividades que desenvolvo, estão a participação mensal nas reuniões de equipes de Saúde da Família; atendimentos individuais, na UBS ou em visita domiciliar e interconsultas. Também participo do apoio à gestão das farmácias locais; de atividades coletivas, tais como grupos de hipertensos, diabéticos, adolescentes e de usuários de medicamentos controlados; e oficinas de boas práticas em farmácia com os técnicos de enfermagem. Além disso, estou envolvida no projeto Horta na Escola, em que, além de verduras e leguminosas, introduzimos algumas plantas medicinais.

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

**Daiani Borges:** Fiz meu estágio de conclusão de curso em uma UBS, onde tive o primeiro contato com as equipes de Saúde da Família (eSF). Antes de começar a trabalhar no NASF, eu era farmacêutica responsável técnica pela farmácia de referência do Distrito Sanitário Sul, onde são dispensados os medicamentos sujeitos a controle especial. Na época, em função da grande demanda, eu não tinha tempo para conversar com o usuário e explicar todas as orientações para o tratamento prescrito. Muitas vezes me sentia uma mera entregadora de medicamentos, e isso me angustiava muito. Daí, em 2008, foi publicada a portaria que instituiu o NASF e eu a vi como uma oportunidade de contribuir para a promoção do uso

racional de medicamentos. Acredito que, quando uma pessoa tem conhecimento a respeito de sua doença, e sabe por que e para que toma os medicamentos prescritos, pode reforçar sua adesão e colaborar na resolutividade do seu tratamento.

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

**Daiani Borges:** Foram as duas coisas. Não tem como negar que ter estabilidade financeira somada à possibilidade de maior reconhecimento profissional foram importantes. No entanto, a oportunidade de realizar um trabalho diferente daquele que vinha fazendo foi o grande desafio que me motivou.

***RBSF: Dê três motivos para ser uma profissional do NASF?***

**Daiani Borges:** A possibilidade de trabalhar a saúde na perspectiva do cuidado integral. Eu também acredito que os profissionais do Núcleo dão um "plus" às eSF. A presença dos profissionais do NASF (farmacêutico, nutricionista, psicólogo, educador físico, assistente social etc.) junto às equipes SF possibilita a ampliação das ações de saúde na atenção básica, por meio de uma rede de cuidados. O último motivo, mas não menos importante, é que para mim o trabalho multiprofissional é desafiador e enriquecedor.

> *"...o farmacêutico pode ajudar no aumento da adesão aotratamento, tornandoas ações de saúde na atenção básica mais amplas e resolutivas..."*

***RBSF: Qual a importância do farmacêutico na equipe do NASF?***

**Daiani Borges:** O profissional farmacêutico, ao trabalhar com orientação ao usuário, com educação em saúde e com educação permanente, pode ajudar no aumento da adesão ao tratamento, tornando as ações de saúde na atenção básica mais amplas e resolutivas. No entanto, para que isso possa acontecer, o farmacêutico não pode ficar preso à farmácia, única e exclusivamente, atendendo à demanda e cuidando das questões gerenciais relacionadas à farmácia. O farma-





cêutico deve e precisa poder parar para orientar aquele usuário que tem maior dificuldade para seguir o tratamento medicamentoso prescrito. Seja pelo grande número de medicamentos, seja pela dificuldade de compreensão, além de poder participar das atividades coletivas. Onde atuo, as discussões de casos com as equipes de Saúde da Família são extremamente importantes.

***RBSF: Você acha que essa ocupação deve ser ampliada para a equipe de Saúde na Família?***

**Daiani Borges:** Eu não diria que deve haver um farmacêutico para cada UBS, mas acredito que, nas unidades com duas ou mais eSF, a presença dele, em tempo integral e à disposição da equipe, pode ajudar bastante na adesão e no aumento da resolutividade dos tratamentos medicamentosos e não medicamentosos prescritos. Assim como na identificação de problemas relacionados com medicamentos, tais como a falta de qualidade deles, ou por problemas de efetividade ou segurança.

***RBSF: Como você avalia hoje a prática da fitoterapia, preconizada pelas PICS, na atenção básica?***

**Daiani Borges:** A prática da fitoterapia na atenção básica vem acontecendo e ganhando corpo, vem crescendo de forma bem tímida ainda, mas o interesse e as discussões em torno do tema têm crescido de maneira significativa. Percebo muita insegurança, entre os prescritores e demais profissionais de saúde, quanto ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos. Para que a fitoterapia possa ser realmente efetivada no Sistema Único de Saúde, é necessário o interesse dos gestores para a capacitação e qualificação dos profissionais que atuam na atenção básica.

> *"...o interesse e as discussões em torno do tema têm crescido de maneira significativa. Percebo muita insegurança, entre os prescritores e demais profissionais de saúde, quanto ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos..."*

***RBSF: A prefeitura de Florianópolis tem alguma ação nesse sentido?***

**Daiani Borges:** A PMF tem realizado um grande trabalho de sensibilização para a prescrição/utilização de fitoterápicos na rede municipal. Vários profissionais (médicos, enfermeiros, ACS, dentistas, farmacêuticos) têm participado de oficinas que objetivam aumentar o conhecimento das equipes, como um todo, quanto ao uso das plantas medicinais no SUS. Além de orientar onde e como buscar informações confiáveis de usos e indicações delas, sempre procurando resgatar o conhecimento popular local. Paralelamente, esse tema também tem sido explorado junto à comunidade, nos grupos de educação em saúde realizados nas UBS, discutindo a importância da identificação correta das plantas medicinais, suas indicações e formas de preparo. Com isso, aos poucos se percebe maior interesse pela fitoterapia e maior segurança em relação a seu uso, aliados ao resgate do saber popular. ■

# Raio X:



1- PARA SER BOM MEU TRABALHO PRECISA DE: Equipe completa, unida e qualificada.

2- FUNDAMENTAL NESTA PROFISSÃO É: Gostar daquilo que faz e buscar fazer sempre melhor.

3- UM PACIENTE/ATENDIMENTO/MOMENTO MARCANTE FOI: Certo dia, num grupo, eu perguntei sobre o que tínhamos conversado no encontro anterior e uma senhora falou: "A gente conversou sobre os remédios"; eu não sei explicar direito, mas depois daquele dia nunca mais me esqueci de tomar o meu captopril....

4- UM IDEAL: Integrar ainda mais a academia (universidade) e o serviço, principalmente na área de Farmácia, e poder desenvolver projetos que tragam melhorias para quem está na rede de saúde. Ao mesmo tempo, contribuir para a formação desses jovens dentro do serviço

5- UM LEMA: De nada adianta ficar só reclamando sobre os problemas que existem no mundo. "Se queremos progredir, não devemos repetir a história, mas fazer uma história nova" (Mahatma Gandhi).

6- UM DESAFIO: Parece até contraditório, mas continuar acreditando que é possível mudar, e não se deixar desanimar perante os obstáculos que aparecem pelo caminho. É um grande desafio!

7- PARA SER FELIZ: Antes de mais nada, é preciso se permitir ser feliz!

8- SE NÃO FOSSE FARMACÊUTICA, SERIA: O que sou, uma aprendiz/aluna e uma educadora.

9- UM ATENDIMENTO ESPECIAL NECESSITA: De escuta qualificada

10- UM SONHO REALIZADO FOI: Pessoalmente já realizei vários, profissionalmente ainda estou trabalhando para vê-los realizados

11- TRÊS COISAS ESSENCIAIS: Determinação, acreditar (e ter no que acreditar) e realizar

12- UMA INSPIRAÇÃO/MOTIVAÇÃO: Querer aprender sempre mais e poder compartilhar o conhecimento adquirido

13- UMA ALEGRIA PROFISSIONAL: Trabalhar na atenção básica. Realmente gosto do que faço e quem me conhece sabe disso

14- UMA CHATEAÇÃO: Ignorância, falta de educação e abuso de poder

15- UM OBSTÁCULO: A descontinuidade das ações e do trabalho que vem sendo desenvolvido por causa de politicagem e interesses que eram para ser políticos e voltados para a melhoria da saúde pública e da sociedade, mas que, na verdade, são pessoais

16- DAQUI A DEZ ANOS ESTAREI: Eu acabei de começar! Daqui a dez anos, pretendo continuar a fazer o que faço, só que de forma ainda melhor!

17- O MELHOR DA PROFISSÃO É: O reconhecimento do trabalho que venho desenvolvendo, tanto por parte dos usuários quanto por parte dos meus colegas de trabalho.

18- SAÚDE DA FAMÍLIA É: Vínculo e corresponsabilidade.

19- FINALIZANDO, UM CONSELHO: Acreditar em si e saber escutar é essencial!





# PMAQ-AB e censo:
## rotas de avaliação pelo Brasil afora

*Texto e fotos: Fernando Ladeira*

## *Paralelo 1 – rota*

### *9 de julho/2012* – Uberaba (MG)

Manhã – Reunião com as supervisoras: Maryanne e Rosângela
(2 equipes – 8 membros – se cruzam no trajeto e dividem a avaliação do município).



A enfermeira Maryanne Silva e equipe com três avaliadores estão fazendo o Roteiro 36. Começaram o Roteiro 3 por Juiz de Fora e região (12 municípios), entre 17 e 31 de maio. Finalizado o trabalho, receberam novo Roteiro, 26, e ficaram de 11 a 21 de junho só em Governador Valadares. Agora, com novo, o 36, estão em Uberaba, onde começaram no dia 2 e terminam em 20 de julho. Até este

## *Paralelo 2 – Atualidade*

Promessa cumprida! Ou em fase final de cumprimento. No último dia 30 de agosto, durante a reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em Campo Grande (MS), divulgou-se que a fase de avaliação externa definida no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) já estava chegando ao fim. Até ali, 70% das 17.304 equipes de saúde inscritas no programa já tinham sido avaliadas e os 30% restantes o seriam até a metade de setembro. O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, já divulgou, no entanto, que 7.236 dessas 12.165 avaliadas estavam recebendo a certificação prometida, relativa ao acesso e qualidade que promovem em suas ações e serviços junto aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente pela atenção básica. Ao todo, o Ministério da Saúde já iniciava a liberação de R$ 148 milhões do incentivo acordado, em parcelas de R$ 37 milhões referentes aos meses de abril, maio, junho e julho. Benefício que atinge 1.810 municípios.

"Esse caminho da avaliação e de transferência de recursos mediante compromissos e resultados monitoráveis é um caminho sem volta do nosso governo e já muito pactuado com Estados e municípios", afirma o secretário de Atenção à Saúde (SAS), Helvécio Miranda Magalhães Júnior. Segundo ele, esse é um caminho de transparência, de cuidado com o recurso público

que a própria população cobra a cada momento, e que é favorável ao fortalecimento do SUS. Na avaliação externa dessas 12.165 equipes, também foram ouvidos 47 mil usuários das ações e serviços ofertados pelas equipes de saúde, e as opiniões são um vetor de avaliação que somam no cálculo da certificação das equipes e recursos que serão transferidos.

Para chegar aos valores finais, três componentes/instrumentos se somam: autoavaliação (10%); desempenho em resultados do monitoramento dos 24 indicadores de saúde contratualizados no PMAQ (20%); e desempenho em padrões de qualidade verificados pelos avaliadores externos (70%). Nesse último é que foram envolvidas, no desenvolvimento do trabalho, 45 instituições de ensino e pesquisa do País.

Para realizar a avaliação externa e o censo dos estabelecimentos de saúde, foram contratados mais de 900 profissionais que se dividiram em equipes com um supervisor e três avaliadores. Um verdadeiro zigue-zague foi promovido no País para que essas equipes chegassem com seus questionários aos 3.972 municípios que aderiram ao programa. O censo da infraestrutura de estabelecimentos de saúde, no entanto, atingirá a todos os municípios brasileiros, e continuará sendo feito até meados de outubro.

A grande novidade e desafio da pesquisa foi a criação do instrumento de avaliação da qualidade dos serviços e do acesso, pois para avaliar a gestão e opinião dos usuários já havia experiências consolidadas, afirma Antônio Thomaz Matta Machado, coordenador da pesquisa no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Nescon), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). "Havia auditoria, mas não avaliação", explica, para informar que esse instrumento foi inventado pelas instituições participantes.

O Nescon, por exemplo, ficou responsável pela pesquisa em metade de Minas Gerais e de São Paulo, além dos Estados de Rondônia e Acre, que abrangeu um total de 2.500 equipes aderidas ao PMAQ, mas, assim como outras, realizou parcerias com universidades nesses Estados para desenvolverem o trabalho. "Foi desafiante fazer um trabalho dessa magnitude no Brasil, até porque não se tem o costume de fazer trabalhos juntos", explica Thomaz.

Para Luiz Augusto Facchini, presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco – que coordenou o trabalho das universidades), essa primeira experiência com a avaliação externa permitirá que os instrumentos sejam aperfeiçoados para as próximas pesquisas, que serão desenvolvidas com a recontratualização pelos municípios nos próximos anos.

roteiro e momento, foram 48 equipes e unidades do PMAQ avaliadas, mas, levando em conta o censo das UBS, a tarefa compreende 66 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tiveram dificuldade com o uso do tablet, no início, mas, com auxílio e prática, agora, a novidade é uma mão na roda. As gestões municipais têm sido solícitas em atender a equipe, e a dificuldade está nos horários de ônibus entre pequenas cidades.

No trajeto intermunicipal, algumas equipes se mostraram reticentes em responder ao questionário. Entre gestores, alguns casos de tentativa de indicar usuários para responder aos questionamentos. Os usuários, no entanto, mostram-se animados para responder sobre a saúde na localidade e consciência de que a avaliação externa é para melhorar o serviço de saúde que utilizam. Muitos se oferecem para falar.

Questionários do PMAQ e do censo não oferecem dificuldades. Maryanne observa que a realidade econômico-financeira dos municípios é muito diferenciada. Em alguns, o sistema de saúde e as UBS são bons, enquanto que, em outros, os recursos sequer permitem a impressão de prontuários, e usam cartazes antigos, recortados, no lugar.

A segunda supervisora, a psicóloga Rosângela Braga, e suas três avaliadoras começaram a avaliação externa em São João del Rey (Roteiro 16), entre 11 e 20 de junho. Ao todo, visitaram 17 UBS, das quais 9 aderidas ao PMAQ com 12 equipes de saúde. Realizaram também a pesquisa em uma unidade de



Barbacena. Inicialmente, os coordenadores da saúde municipal mostravam-se apreensivos, interpretando a avaliação como uma auditoria, mas ao final se diziam aliviados, percebendo o processo como positivo para melhorar a qualidade do serviço.

O segundo Roteiro da equipe é o 37, que divide Uberaba com o Roteiro 36 da equipe de Maryanne. Rosângela e avaliadoras são responsáveis por 13 unidades com 24 equipes de atenção básica e mais 5 unidades só para o censo. Educação permanente direcionada aos médicos e poucos recursos para custeio são algumas das observações que fazem.

Tarde

Na UBS Dona Aparecida Conceição Ferreira, bairro Parque São Geraldo – Censo e PMAQ



Enquanto a equipe de Maryanne preenche o censo e os questionários de avaliação externa com funcionários e usuários, a enfermeira Judete Nunes, chefe de uma das três equipes de Saúde da Família da UBS, informa que a UBS Dona Aparecida atende entre 9 mil e 10 mil pessoas da área, num bairro de classe média baixa. Contam com a participação de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para as atividades com os usuários. Judete diz que a equipe se uniu para organizar equipamentos e documentos para mostrar aos avaliadores do PMAQ e censo, "pois o planejamento já estava pronto e as ações em curso/em andamento".

# Acre
## *Integração e integralidade no Norte*

Por: Déborah Proença / Foto: Acervo SES-AC



A ideia de que a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) vai mudar a realidade das equipes de atenção básica e dos usuários do SUS após o primeiro ciclo avaliativo não é inteiramente verdadeira. No Acre, a mudança começou bem antes.

Dos 22 municípios do Estado, 11 aderiram ao PMAQ-AB, somando 36 equipes que representam cerca de 24% de todas as equipes de atenção básica. Em Plácido de Castro, a 100 quilômetros de Rio Branco, os mais de 17 mil habitantes já se beneficiam com o programa, pois as sete equipes de Saúde da Família implantaram-no para melhorar a atenção à saúde local.

"As oficinas de apresentação do PMAQ, realizadas antes da adesão, permitiram a compreensão do programa e fizeram as coisas começarem a mudar", informa a coordenadora de Atenção Primária da Secretaria Estadual de Saúde (SES), Elizete Araújo. Segundo ela, agora há integração no apoio institucional, as áreas técnicas trabalham juntas em prol da atenção básica, também em articulação com a vigilância. A programação anual e indicadores são discutidos em conjunto e "não se trabalha mais em 'caixinhas'", afirma.

Nos municípios, a lógica em relação ao acesso e à satisfação do usuário também sofreu alterações. Segundo Elizete, a capacitação levou os profissionais a se preocuparem mais em organizar o trabalho de forma a dar aos usuários mais satisfação quando acessam a UBS e os serviços oferecidos.

Foram horas de trabalho e dois dias de encontro com todas as equipes dos 11 municípios. Ao todo, 11 encontros em diferen-




tes regiões do Estado, organizados por um grupo condutor reunido pela gerência de Atenção Primária/Saúde da Família, da SES, para apoiar o processo de adesão ao PMAQ pelos municípios.

Entre janeiro e março de 2012, técnicos da SES e consultores do Ministério da Saúde programaram as oficinas, das quais participaram os secretários municipais de saúde, coordenadores de atenção básica, gerentes e técnicos da SES, além da presidenta do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

Cada diretriz do programa e os seus indicadores foram estudados para que o maior número de informações possíveis fosse transmitido às equipes. "Melhorou muito a integração com o apoio institucional. Antes não tínhamos o entrosamento que temos hoje, em que todas as gerências e divisões

Os usuários Valmir e Jucélia da Silva, 32 e 31 anos, aguardam na sala de acolhimento para serem atendidos e mostram-se satisfeitos com os serviços obtidos: a visita mensal feita pela agente comunitária de saúde, as consultas agendadas e os medicamentos que recebem pelos Correios (convênio do município).



A avaliadora externa Edemilda dos Santos é formada em Patologia Clínica, mas se encantou com pesquisas e participa daquelas que considera interessantes. O trabalho de avaliação do PMAQ e censo levam a uma atitude de neutralidade que permite, segundo ela, captar opiniões sem interferências: "A gente ouve reclamações, elogios e podemos avaliar a satisfação, o acesso e a qualidade dos serviços prestados. A gente vê in loco, não tem como inventar algo de repente".



***10 de julho*** – Manhã

Para a Revista Brasileira Saúde da Família, o secretário de Saúde de Uberaba, Valdemar Hial, afirmou que "ter aderido ao PMAQ nos dá maior responsabilidade de fazer melhorias reais em acesso e

qualidade de ações e serviços de saúde, e para a educação permanente dos profissionais". Lembrou das dificuldades em conseguir médicos para contratação nos termos da Política Nacional de Atenção Básica e que se deve ter cuidado com a formação de profissionais para atuarem na atenção básica.

A diretora de Atenção Básica, Elaine Teodoro, revela que, inicialmente, seriam cadastradas 50% das 50 equipes de Saúde da Família (eSF) e 47 de Saúde Bucal, atuantes em 34 UBS, mas decidiu-se apostar em todo o conjunto. Ao final, só três eSF não aderiram ao programa. "É um processo constante, um ciclo virtuoso, e só vai ganhar mais recursos quem merecer, o que é um estímulo legal. A avaliação é um outro olhar que vem até nós", diz Elaine. As 50 eSF atendem 55% da população de Uberaba, estimada em 300 mil habitantes, aproximadamente.

### Tarde – **Partida de Uberaba em Araguari**

Em Araguari desde o dia 9, a supervisora da avaliação externa, a enfermeira Renata Costa, informou que a equipe, com três avaliadores, até 1º de agosto, segue o Roteiro 42, que ainda terá pela frente Cascalho Rico, Tupaciguara, Araporã, Centralina, Monte Alegre de Minas e Indianópolis. O grupo teve a primeira experiência com o Roteiro 12, realizado entre 31/5 e 7/6 somente em Juiz de Fora/MG. O roteiro seguinte, 21, feito de 14 a 29/6, se estendeu por vários municípios mineiros: Piranga, Porto Firme, Presidente Bernardes, São Miguel do Anta, Canaã, Araponga, Teixeiras e Pedra do Anta.




fazem reuniões periódicas e se intercomunicam", afirma a enfermeira Adriana Lobão, gerente da área de doenças crônicas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE) e uma das integrantes do Grupo de Monitoramento e Apoio Institucional da Atenção Básica.

"Todas as equipes, nos municípios, se empenharam mais depois de entenderem melhor o programa. Antes os profissionais pensavam que era algo novo, mas com a oficina do PMAQ entenderam que seria para aprimorar o que já fazíamos", afirma Elenira Costa, secretária municipal de saúde de Plácido de Castro.

Para Elizete, foi nítida a construção de unidades e a apropriação do conceito "trabalho em equipe". "Começaram a entender o que é trabalhar em equipe e surgiu uma união que não existia. O médico, por exemplo, se apropriou de que ser membro de uma equipe de Saúde da Família não é só consultar e ir embora. Há mais a ser feito com a equipe para o serviço funcionar plenamente e com qualidade", diz ela.

Samara Takahashi, enfermeira de uma das equipes avaliadas, diz que as oficinas proporcionaram às equipes uma visão mais

Realidades distintas puderam ser observadas conforme a capacidade de ação e de iniciativas dos municípios, que não impediram a participação em todo o processo do PMAQ.

### ***11 de julho*** – Manhã

Secretaria de Saúde de Araguari: a secretária Iolanda Coelho, em entrevista, considera que tanto a Estratégia Saúde da Família quanto o PMAQ podem ser bons e funcionarem. Nos últimos anos, o município ampliou sua cobertura de 38% para 52% da popu-

crítica do trabalho. "O PMAQ veio para somar. Eu tenho o livrinho azul (AMAQ – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) o tempo inteiro na minha mesa. Não nos preocupávamos se o trabalho estava bom e a população satisfeita. Agora sabemos a importância da participação popular e, em cima disso, desenvolvemos o nosso trabalho".

Com a implantação do programa, passaram a valorizar a participação social. Só na área em que atua, a população solicitou mais palestras educativas e atendimento itinerante. "Passamos a fazer esse atendimento de 15 em 15 dias e montamos um calendário de palestras, que antes aconteciam esporadicamente. Estamos implantando a caixinha de sugestões para que digam o que gostariam que acontecesse e não estamos fornecendo", acrescenta Samara.

Para o próximo ano, Elizete espera que outras equipes adiram ao programa e aumentem mais a resolutividade da atenção básica no Estado. "Por isso já capacitamos algumas equipes que não faziam parte do PMAQ. Assim, elas começarão o processo em 2013 conhecendo a proposta e podendo colaborar da melhor forma".



lação (110 mil habitantes), sem ainda ser possível medir o impacto na situação de saúde local. Acredita que o Ministério deve se aproximar mais da realidade dos pequenos municípios para entender suas necessidades.

**UBSF Bairro Brasília – Censo e PMAQ**

Inaugurada há menos de ano, tem duas eSF completas, e a equipe 1, gerenciada pela enfermeira Anicésia Ludovino, passou pela avaliação da equipe da supervisora Renata Costa. Ainda com cadastramento de famílias em execução, cada equipe atende a média de 1 mil famílias e ainda não tem diagnóstico completo da área. As equipes do município contam com um NASF.

Satisfeita com as novas locações, Anicésia reconhece que "trabalhar com equipamentos adequados é muito bom, porque o profissional se sente realizado e a população percebe e quer conquistar mais esse direito que tem de bom atendimento à saúde". Participar do programa, de suas etapas, e receber a avaliação externa, segundo ela, faz a diferença e incentiva a adoção de medidas de melhorias no acesso e qualidade.

Após entrevistar usuários, o avaliador e assistente social Adilson dos Santos cita que a unidade avaliada dá boa condição de acesso aos usuários. Adilson considera, ainda, que a equipe está utilizando estratégias de humanização no atendimento para melhorar os serviços oferecidos na UBS.

Tarde

Alex Vieira, jornalista e avaliador externo, após finalizar o censo da UBSF Maria Eugênia, considerou que, apesar de a estrutura física das unidades de saúde variar de cidade para cidade, as UBS têm surpreendido positivamente. Conforme a localidade, a dispensação de medicamentos é centralizada, mas algumas unidades a fazem de forma descentralizada, mesmo sem a presença de farmacêuticos.



**UBSF São Sebastião**

Localizada em bairro periférico de mesmo nome, com forte presença de nortistas, nordestinos e ciganos, a unidade tem duas equipes de saúde atuantes gerenciadas pelos enfermeiros Rodrigo Garcia e Frank de Miranda.

Para Rodrigo, a avaliação externa veio validar, legal e eticamente, o trabalho que já estão realizando, monitorando o desempenho da equipe. "São documentos solicitados, mas quando a equipe entende o processo há maior colaboração de todos os envolvidos".



Segundo o enfermeiro, pela primeira vez se estabeleceu uma ligação direta entre gestores, coordenadores e equipes, criando também canal de conversação e negociação para a aplicação de recursos da saúde no município.

***12 de julho*** – Manhã

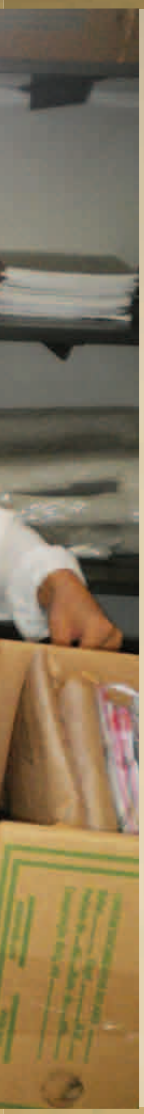
Chateada com o furto de equipamentos que seriam instalados em algumas



UBS, a coordenadora de Atenção Primária, Heloína Amaral, informa que o município tenta participar do PMAQ e mudanças que introduz. O PMAQ e o censo, segundo ela, "vão fornecer dados que às vezes não teríamos olhos para enxergar, mas temos vontade de acertar, para melhorar o serviço de saúde no município".

Tarde – **Uberlândia**

Encontro com a equipe de avaliação (João Paulo e Cibele) e a supervisora Karen Amarante, enfermeira. Cumprem o Roteiro 34, em Uberlândia, de 1º até 20 de julho. O terceiro avaliador está internado em hospital no município devido a problema de saúde. Ao todo, coletarão dados de 58 unidades (incluídos penitenciária, presídio e centro socioeduca-



# Censo da infraestrutura
## Conhecer para poder melhorar!

Por: Déborah Proença

Até o fim de outubro, não serão avaliadas apenas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com equipes de atenção básica (EAB) que aderiram ao PMAQ-AB. Unidades com equipes que não aderiram ao programa também terão que responder ao módulo I do instrumento avaliativo. É o Censo da Atenção Básica, que coleta informações relativas à estrutura das UBS para que possam ser requalificadas.

O censo acontece concomitantemente à avaliação externa do PMAQ, integrando o grupo de ações estratégicas que o Departamento de Atenção Básica (DAB) desenvolveu a fim de qualificar a atenção básica do Brasil. "A mesma equipe de avaliação de qualidade coleta os dados relacionados à estrutura das unidades de saúde para o Censo, mesmo não havendo equipe participante do PMAQ na unidade, permitindo o conhecimento das condições das UBS cadastradas no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde)", afirma Paulynne Cavalcanti, consultora técnica do DAB.

Entretanto, censo e avaliação externa não são a mesma coisa, porém servem a um mesmo objetivo: levantar informações para o aprimoramento das estratégias de requalificação das unidades de saúde, o acesso a elas e a melhor qualidade de serviços da atenção básica no País. Estima-se que sejam obtidos dados de mais de 38 mil UBS. Entre as informações estão a localização das unidades, sinalização, acessibilidade, horário de funcionamento, recursos materiais (insumos, equipamentos tecnológicos), medicamentos e infraestrutura.

No início de agosto, aproximadamente 36% das unidades básicas já tinham seus dados coletados. Distrito Federal, Rio Grande do Sul e Sergipe lideravam o ranking de unidades avaliadas, com 84,7%, 75,8% e 73,9%, respectivamente. Entretanto, outros seis Estados (Acre, Ceará, Paraíba Maranhão, Goiás e Rio Grande do Norte) já ultrapassavam os 50% do total de estabelecimentos.



tivo), mas para o PMAQ há 16 equipes que aderiram ao programa.

***13 de julho*** – Manhã

**UBSF Alvorada – bairro Alvorada**

Segundo a enfermeira volante (itinerante) do setor, Carolina Petraglia, a unidade tem uma equipe aderida ao PMAQ, mas duas em funcionamento, com atendimento a 6 mil usuários. Parte da aproximação



com a população se dá pelas redes temáticas (mulher, homem, criança, hipertensos e diabéticos) ou com ações nas escolas.

De acordo com Carolina, quando chegaram os critérios do PMAQ, constatou-se que as UBSF já estavam avançadas em relação à qualidade no serviço "e só precisamos organizar a documentação da produção da equipe, pois já utilizamos prontuário eletrônico". ■




DE OLHO NO DAB

# VI Seminário Internacional de Atenção Básica reúne 1.500 no Rio de Janeiro

*Texto: Fernando Ladeira / Fotos: Luciana Melo*

"Conseguimos alcançar mais de 100 milhões de brasileiros com muito esforço e sabemos o quanto é difícil manter essa cobertura com o trabalho cotidiano dos agentes comunitários de saúde e das equipes multiprofissionais, mas, em qualquer pesquisa que tenhamos feito com a população quanto a benefícios recebidos, a Estratégia Saúde da Família é sempre citada." A afirmação do ministro da Saúde, Alexandre Padilha, aconteceu na conferência magna dada na abertura do VI Seminário Internacional de Atenção Básica, que teve por tema "Universalização com qualidade".

Padilha afirmou que o principal e atual desafio do ministério é consolidar os avanços obtidos no Sistema Único de Saúde (SUS) nas últimas duas décadas, e ressaltou que "a qualidade e a universalização do acesso à saúde são fortes indicadores de inclusão social, motivo pelo qual o Ministério da Saúde tem trabalhado para consolidar a atenção básica em todo o País, pois é um modelo com capacidade de chegar a quem mais precisa, e resolver a maioria dos problemas de saúde da população".

O evento foi realizado entre 29 de julho e 1º de agosto, em hotel no Rio de Janeiro (RJ), e contou com a participação de 18 países (Box 1) e 1.553 profissionais inscritos. A sexta versão do seminário começou a ser elaborada no primeiro trimestre do ano, com o delineamento de três eixos prioritários do encontro: gestão do cuidado; saúde bucal; e alimentação e nutrição, e realizada em conformidade com as metas do Ministério da Saúde para o período 2012–2015, que articulam estratégias e ações com foco na Estratégia "Saúde mais perto de você – acesso e qualidade", por meio da Política Nacional de Atenção Básica.

Sob essa ótica, formatou-se a programação do seminário in-

ternacional, em que foi incluída, pela primeira vez, a saúde bucal, que colaborou em completar um quadro do que há de mais atual na atenção básica brasileira a ser apresentado aos representantes estrangeiros e nacionais. O resultado da priorização da atenção básica na atual gestão foi uma manifestação triplicada no interesse em participar do evento, com 1.553 inscrições, quando a média dos seminários anteriores era de 500 participações.

De acordo com o secretário de Atenção à Saúde, Helvécio Miranda Magalhães Júnior, ao fazer sua avaliação do seminário, "concretizar a atenção básica como o grande centro da rede de cuidados do SUS significa que tudo mais tem que girar e se organizar para atender às demandas da atenção básica, e essa é uma mudança de lógica muito importante na qual estamos jogando peso político; assim, todos os outros departamentos e secretarias agem no sentido de dar viabilidade à atuação da atenção básica, centro da Política Nacional de Saúde".

Em 29 de julho, a partir das 20 horas, começou o VI Seminário Internacional de Atenção Básica, tendo à mesa de abertura o presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Antônio Carlos Nardi, o chefe do escritório da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) no Brasil, Felix Rigoli, o anfitrião e representante do Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (Conass), Sérgio Côrtes, e o diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB), Hêider Aurélio Pinto.

Na solenidade, Felix Rigoli afirmou que "para a Opas, esses seminários no Brasil são um marco para os sistemas de saúde orientados pela atenção básica, além de o conjunto de experiências brasileiras serem um marco de como os sistemas de saúde devem evoluir e que, a exemplo do SUS, devem ser universalizados".

Antes que o ministro Alexandre Padilha iniciasse a conferência magna de abertura do VI Seminário, Hêider Pinto informou aos presentes que a plataforma tecnológica ao Telessaúde com suporte em computadores, smartphones e tablets – nas mãos e mesas das equipes de saúde no País – terá acesso à internet pelos padrões 2G e 3G. Apresentou rápida avaliação da fase de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que atingia, naquele momento, 33% dos municípios brasileiros, com resultados favoráveis às ações e serviços oferecidos pela atenção básica no País. E lançou o Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob), que permite acompanhar todas as etapas das reformas, ampliações e construções de Unidades Básicas de Saúde pelo País, acessável pelo site do DAB.

*"...a qualidade e a universalização do acesso à saúde são fortes indicadores de inclusão social, motivo pelo qual o Ministério da Saúde tem trabalhado para consolidar a atenção básica em todo o País..."*

Os três dias seguintes ofereceram aos participantes 70 atividades para discussões e análises. Pela manhã, entre 9h e 12h, uma única mesa de debate com a presença de representantes do Brasil e outros países ou organismos internacionais. À tarde, o mesmo formato para um painel diário internacional, mas cuja atenção era dividida com os temas simultâneos, que eram organizados em mesas de debates com assuntos diversificados, conforme os interesses e necessidades dos presentes: saúde bucal, saúde mental, atenção domiciliar, cuidados a portadores de deficiências e de doenças crônicas não transmissíveis, alimentação e nutrição, práticas integrativas e complementares, participação popular,



## *Países participantes do seminário*

Argentina, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Equador, Espanha, Estados Unidos, El Salvador, Índia, Itália, Nicarágua, Paraguai, Portugal, Reino Unido, Uruguai.



financiamento, planejamento em saúde, carreiras e formação de profissionais, entre os tantos.

A coordenadora do Centro de Especialidade Odontológica (CEO) de Feira de Santana, Bahia, a cirurgiã-dentista Isadora Balinha, declarou-se satisfeita com a programação do VI Seminário. “Foi interessante conhecer os programas do ministério e mais a respeito da saúde pública fora do Brasil, pois, às vezes, temos uma visão deturpada do que é feito lá fora, que não é tão diferente do que é planejado aqui”, afirmou.

Para o diretor do Departamento de Assistência à Saúde de Francisco Beltrão (PR), Fernando Pauli, ter ouvido experiências internacionais lhe permitiram considerar que o Brasil está no rumo certo de fortalecimento da atenção básica. “Temos que trabalhar de perto com a comunidade, fortalecer o usuário, seu acesso e qualidade de serviços a ele ofertados, e planejar bem os serviços para obtermos uma resolutividade de 80% a 85% de seus problemas e fortalecermos a atenção básica como ordenadora das redes de atenção”, considerou Fernando.

Já a secretária de Saúde de Ubiratã, no Paraná, Cristiane Pantaleão, mostrou-se cheia de ideias de como buscar a integração da saúde bucal no processo da Estratégia Saúde da Família. Uma vez que seu município também estava passando pela fase de avaliação externa do PMAQ, Cristiane considerou que as mesas que abordaram a avaliação de desempenho lhe ajudaram a pensar na prática dos serviços das equipes de saúde.

Após três dias e meio de tantos debates, o diretor do DAB, Hêider Pinto, ressaltou a avidez demonstrada pelos presentes ao VI Seminário por espaços de discussão, aprendizado, trocas de experiências e ajustes de práticas. Ele considerou importante o discurso de abertura do ministro Alexandre Padilha, que reforçou o compromisso do governo federal e da presidenta da República, Dilma Rousseff, com a construção das Redes de Atenção à Saúde e de um SUS acessível e universal, “com qualidade, resolutivo e próximo das pessoas”. ■

## Saiba mais

Para conhecer a programação completa do VI Seminário acesse o link:
http://dab.saude.gov.br/sistemas/6seminariointernacional/programacao.php

World Nutrition

# Rio 2012 debate nutrição e saúde pública

*Por: Tiago Souza*

Organizado de maneira independente e sem patrocínio das indústrias de alimentos, o World Nutrition Rio 2012, Congresso Mundial de Alimentação e Nutrição em Saúde Pública, reuniu, entre 27 e 30 de abril, no Rio de Janeiro (RJ), participantes de 70 países, sob o slogan "Conhecimento, Política e Ação". Na cerimônia de abertura do evento, que discutiu o panorama e desafios da alimentação no mundo, o secretário de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, Helvécio Miranda Magalhães Junior, ressaltou o apoio do Ministério para a realização do evento e apresentou algumas importantes ações da sua Secretaria na área da nutrição. "A Rede Cegonha, com componentes para a primeira infância muito bem definidos, envolve ações de promoção da alimentação saudável e de suplementação com micronutrientes, o que mostra nossa vontade de fazer um país que se nutre melhor e vive mais", defendeu o secretário.

A segurança alimentar e nutricional foi destaque nas dezenas de oficinas durante os cinco dias. O Brasil serve de exemplo da transição nutricional enfrentada no globo, pois, ao mesmo tempo em que conseguimos diminuir a desnutrição, enfrentamos agora o crescimento da obesidade e suas consequências. São mais baratos os alimentos processados, açucarados e gordurosos, naturalmente o consumo é maior, o que tem provocado o aumento no número de hipertensos, diabéticos e portadores de sobrepeso e obesidade, especialmente nas classes média e baixa.

Segundo Barry Popkin, da Universidade da Carolina do Norte, EUA, "dentro dessa faixa social no mundo, a prevalência da obesidade é de três a cada quatro mulheres". Para a responsável da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), Patrícia Jaime, o Brasil tem "um cenário nutricional muito complexo, no qual coexistem a obesidade e a desnutrição, especialmente nas crianças da Região Norte, indígenas e nas comunidades tradicionais, como de quilombolas.

> *"...O Sistema Único de Saúde (SUS) recebe o desfecho da insegurança alimentar e nutricional, com o compromisso de garantir acesso e qualidade, porém os profissionais de saúde têm que somar num diálogo intersetorial que trate os determinantes sociais..."*

Não entendemos como duas agendas separadas. A falta e o excesso são uma única agenda que tem na base um modelo de determinação social relacionada à pobreza e ao modo de produção e distribuição dos alimentos e práticas alimentares não saudáveis". Para ela, o enfrentamento dessa situação se dá pela promoção da alimentação adequada e saudável, e pela garantia da atenção em saúde para a prevenção e o tratamento de doenças associadas a práticas alimentares inadequadas.

Para Patrícia Jaime, uma das conclusões tiradas do Congresso Mundial é a necessidade de abordagem intersetorial para melhorar a qualidade do alimento e o modelo da produção, distribuição e consumo alimentar. O Sistema Único de Saúde (SUS) recebe o desfecho da insegurança alimentar e nutricional, com o compromisso de garantir acesso e qualidade, porém os profissionais de saúde têm que somar num diálogo intersetorial que trate os determinantes sociais e ambientais que levam à adoção de práticas alimentares inadequadas e ao desenvolvimento das doenças. O evento teve apoio do Ministério da Saúde, em parceria da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e da Associação Mundial de Nutrição em Saúde Pública (WPHNA).

## Nova Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

Durante o congresso, o Ministério da Saúde lançou a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que reforça e incentiva a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos. Inserida na Rede Cegonha, a nova estratégia é resultado da união das ações da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). Serão promovidas, aproximadamente, 50 oficinas de formação de novos tutores até o final de 2013. ■





## Brasil Carinhoso

# Ações pela saúde de uma geração

*Por: Déborah Proença / Fotos: Radilson Carlos Gomes*

Nos últimos 10 anos, mais de 28 milhões de brasileiros saíram da situação de extrema pobreza com o auxílio de políticas públicas do governo federal e a participação de Estados e municípios. Programas como o Bolsa-Família, Minha Casa Minha Vida e Luz para Todos e ações nas áreas de saúde, educação e agricultura familiar, entre tantos, deram base a esse movimento de resgate da cidadania, que ainda não terminou. Recentemente, em junho de 2011, para complementar essas políticas, foi lançado o Plano Brasil sem Miséria, a fim de consolidar uma estratégia de ação que combata a miséria de forma definitiva, e tem por meta superar a extrema pobreza até 2014, organizado em três grandes eixos: garantia de renda – Bolsa-Família e Benefício de Prestação Continuada (BPC); inclusão produtiva – rural e urbana; e acesso a serviços – área da educação, saúde, assistência social e segurança alimentar.

No eixo de acesso a serviços, a presidenta da República, Dilma Roussef, lançou, em maio deste ano, a ação Brasil Carinhoso, que objetiva combater a pobreza absoluta na primeira infância, entre crianças de até seis anos. "No mundo inteiro, nas últimas décadas, começaram a se acumular evidências científicas da importância desse período, a primeira infância, para o bom desenvolvimento físico e cognitivo, e isso fez com que os países elaborassem planos nacionais", conta Paulo Bonilha, coordenador da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES/SAS/MS). No Brasil, 16,2 milhões de adultos e crianças – 8,5% de toda a população, segundo dados do Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – ainda vivem na extrema miséria, com renda per capita mensal abaixo de R$ 70,00.

O Brasil Carinhoso contempla estratégias em três frentes propostas pelo eixo. Na assistência social, ao garantir renda mínima de R$ 70,00 a cada membro das famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família, com, pelo menos, uma criança menor de seis anos. Paulo explica: "No componente da assistência social, todos os integrantes de uma família que recebem o per capita menor que 70 reais receberão o equivalente, individualmente, à diferença. Por exemplo, se em uma família com quatro pessoas cada uma ganha o equivalente a 40 reais, a ideia é que a renda de todos chegue a, no mínimo, 70 reais. Então cada uma delas ganhará 30 reais a mais".

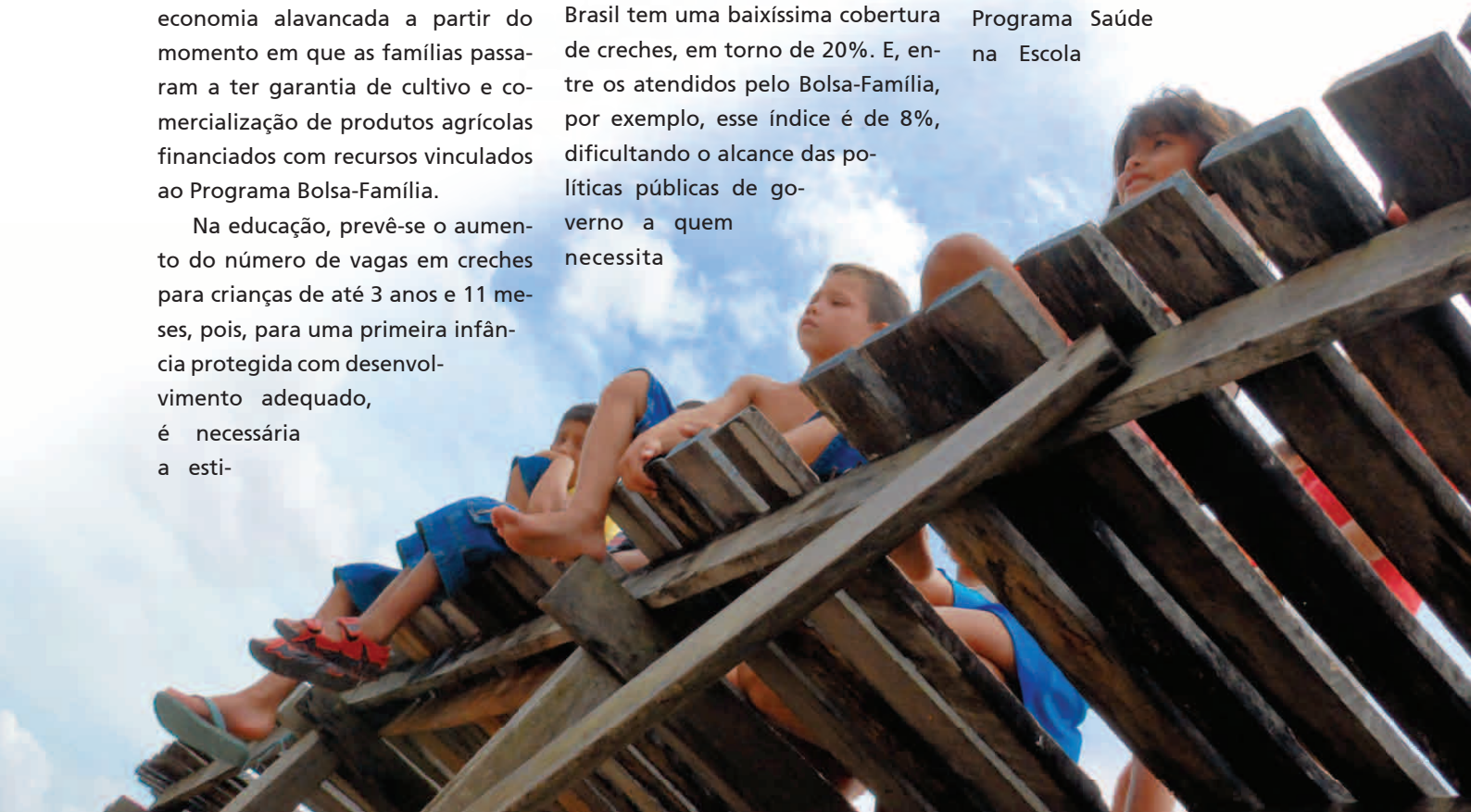
Se para alguns pode soar como puro paternalismo garantir uma renda mínima de sobrevivência, esse auxílio pode significar o desenvolvimento de todo um município, como Matureia, na Paraíba, que teve a economia alavancada a partir do momento em que as famílias passaram a ter garantia de cultivo e comercialização de produtos agrícolas financiados com recursos vinculados ao Programa Bolsa-Família.

Na educação, prevê-se o aumento do número de vagas em creches para crianças de até 3 anos e 11 meses, pois, para uma primeira infância protegida com desenvolvimento adequado, é necessária a estimulação do desenvolvimento cognitivo com trabalhos pedagógicos nas creches. Para isso, para cada nova criança do Bolsa-Família matriculada em uma creche pública, a prefeitura receberá o dobro do repasse por matrícula – um estímulo para a criação de mais vagas nas creches. "O Brasil tem uma baixíssima cobertura de creches, em torno de 20%. E, entre os atendidos pelo Bolsa-Família, por exemplo, esse índice é de 8%, dificultando o alcance das políticas públicas de governo a quem necessita mais", afirma o coordenador. A meta é de, até 2020, aumentar a cobertura para 50% do total de crianças do País.

> *"...'No mundo inteiro, nas últimas décadas, começaram a se acumular evidências científicas da importância desse período, a primeira infância, para o bom desenvolvimento físico e cognitivo, e isso fez com que os países elaborassem planos nacionais'..."*

Na saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmou, ainda em 2008, durante a Conferência Mundial de Determinantes Sociais em Saúde, que investir nos primeiros anos de vida aumenta as probabilidades de redução das desigualdades em saúde ao longo de uma geração. Dilma Rousseff corrobora a afirmação da OMS, quatro anos depois, ao discursar na 9ª Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente que a raiz da desigualdade está no início da vida. "Uma criança que tem acesso a uma educação de qualidade, estímulos adequados e alimentação sadia será um adulto com mais oportunidades".

Pensando nisso, a saúde é contemplada, na ação Brasil Carinhoso, com a inclusão de remédio gratuito para asma nas unidades do Programa Aqui Tem Farmácia Popular; com a ampliação do Programa Saúde na Escola



(PSE) para as creches e pré-escolas; com a reformulação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro; e com a ampliação da cobertura do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.

A escolha dessa estratégia não foi aleatória. A asma é a segunda maior causa de internações hospitalares entre crianças com menos de seis anos – perde, apenas, para a diarreia. Embora vários medicamentos para tratamento da asma estivessem disponíveis para venda pelo Programa Aqui Tem Farmácia Popular, o pagamento de apenas 10% do valor original não era viável para os beneficiários do Bolsa-Família. Assim, foi indispensável a inclusão destes medicamentos na lista de distribuição gratuita, subsidiada pelo governo.

Já o desenvolvimento físico e cognitivo na primeira infância está intimamente relacionado a ações de saúde. Em estudo sobre capital humano publicado em 2003, os pesquisadores Pedro Carneiro e James Heckman, do National Bureau of Economic Research (Cambridge, Estados Unidos), afirmam que a relação entre taxa de retorno de desenvolvimento humano e idade de investimento é diretamente proporcional – quanto mais cedo a criança receber incentivos, mais desenvolvida ela será no futuro. Para a OMS, o desenvolvimento físico, socioemocional e linguístico-cognitivo das crianças com menos de seis anos determina, de forma decisiva, as oportunidades na vida adulta.

Isso motivou, na saúde, três ações estratégias do Brasil Carinhoso. A ampliação das ações do PSE é uma delas, que não poderia ficar de fora. Contemplar a primeira infância, formalmente, com atenção integral de prevenção, promoção e atenção à saúde pela expansão do programa a creches e pré-escolas, tornou-se indispensável perante os números. O IBGE, em 2010, indicou que a alimentação inadequada é responsável pela anemia de 50% das crianças no Brasil. Rica ou pobre, a mesa brasileira sofre com a má qualidade.



## Xô, anemia!

Outra estratégia, a reformulação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro, está vinculada ao controle da anemia, doença que tem por principal causa, para bebês com menos de seis meses, a deficiência do consumo de ferro gerada pela introdução precoce de alimentos ou o consumo insuficiente de alimentos ricos nesse micronutriente. Quanto melhor e mais prolongado for o período de amamentação, menor o risco de crianças anêmicas. Entretanto, estudos mais recentes mostram que quando a criança apresenta deficiência de outros micronutrientes, como a vitamina A, também desenvolve anemia, pois são necessários para mobilizar o ferro da reserva (depositada, principalmente, no fígado) para uso pelo organismo.

Atualmente, o suplemento de ferro é comprado pelo Ministério da Saúde para atender 20% das crianças de 6 a 24 meses usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), aproxima-



damente 1,4 milhão em todo o País. A partir do próximo ano, aprovada a alteração pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a compra do suplemento será responsabilidade de cada município. "É uma ação importante a ser fortalecida nas UBS e priorizada pelas equipes de Saúde da Família, pois há resistência por parte dos profissionais de saúde em aceitar a suplementação de ferro por acreditarem que é desnecessária", afirma a nutricionista Gisele Bortolini, consultora técnica da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS). Gisele afirma que, na primeira infância, a quantidade de ferro exigida pelo organismo para o pleno desenvolvimento físico e cognitivo é muito elevada.

No Brasil, a hipovitaminose A e a anemia são problemas de saúde pública moderados. Assim, o Ministério da Saúde, desde 2005, instituiu os Programas de Suplementação de Ferro e de Suplementação da Vitamina A para prevenir essas doenças. Com isso, a deficiência de vitamina A, muito comum na primeira infância, também foi priorizada na ação Brasil Carinhoso, pelas repercussões no desenvolvimento infantil. "Quando o corpo da criança apresenta deficiência dessa vitamina, ela fica em risco maior de adoecimento por baixa resposta imunológica, apresenta risco maior de desenvolver um conjunto de doenças e agravamento de infecções", afirma a coordenadora de Alimentação e Nutrição, Patrícia Jaime.

Entre as consequências da ingestão insuficiente da vitamina A, estão problemas de visão e menor desenvolvimento neuropsicomotor. Patrícia Jaime salienta dados da OMS: "A adequada prevenção da vitamina A é capaz de reduzir 24% da mortalidade infantil e até 28% da mortalidade causada por diarreias".

O Programa Nacional de Suplementação da Vitamina A, atualmente, cobre 100% dos municípios nordestinos, alguns municípios da Amazônia Legal, de Minas Gerais e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Com a ampliação, além desses já contemplados, o programa abrangerá toda a Região Norte, todos os DSEIs e todos os municípios das Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste prioritários no Plano Brasil sem Miséria. "Até o final do ano, serão contemplados 3.034 municípios, atendendo 7,8 milhões de crianças, um acréscimo de 60% da cobertura até então implementada pelo programa", afirma Patrícia Jaime.

A partir do sexto mês de idade, todas as crianças que residem nesses municípios devem receber a megadose de vitamina A duas vezes ao ano (ou a cada seis meses). Esse ciclo continua até o 59º mês (4 anos e 11 meses de idade) e as doses devem ser ministradas conforme organização da própria equipe, aproveitando as campanhas nacionais de vacinação, visitas domiciliares, consultas de rotina e por agendamento ou, até, busca ativa. O importante é não se esquecer de que deve se tornar uma rotina na unidade, assim como o preenchimento da Caderneta da Criança. ■





## Plano DCNT

# A boa luta do cuidado às doenças crônicas

*Por: Fernando Ladeira / Fotos: Marcos Botelho*

Até este final de ano o Ministério da Saúde já terá em mãos os resultados das consultas públicas – via site – para as linhas de cuidado para pessoas com hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus e obesidade. A intenção é buscar subsídios para a construção de proposta regulatória que contemple as necessidades reais dos trabalhadores em saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atenção básica. Depois, será a vez da linha de cuidado para doenças respiratórias.

Os fatores de risco (hipertensão, diabetes, obesidade) compõem parte das ações e serviços que se pretende desenvolver dentro da rede temática em formação de atenção às pessoas com doenças crônicas. Segundo dados do Saúde Brasil 2010, estudo do Ministério da Saúde, 72,4% dos óbitos registrados no País têm como causa as doenças crônicas.

## Espaço na ONU

A importância do problema não se restringe ao Brasil, a ponto de tornar-se tema de discussão da Assembleia-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), pela terceira vez, a saúde no centro da história da instituição. Segundo dados do Fórum Econômico Global, as crônicas matam no mundo, anualmente, 36 milhões de pessoas, número que deve aumentar para 52 milhões em 20 anos. Até esse prazo, estima-se que terão sido gastos 47 trilhões de dólares em todo o mundo para tratar e controlar a incidência desses agravos.

Na solenidade de abertura da Assembleia, em 21 de setembro de 2011, a presidenta da República, Dilma Rousseff, apresentou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que tem o objetivo de preparar o País para enfrentar as DCNT no período de 2011–2022. Além de citar medidas como o acesso a exames que permitam o diagnóstico precoce e a medicamentos, a melhoria da qualidade das mamografias e a ampliação do tratamento do câncer, a presidenta afirmou ser "fundamental que haja coordenação entre as políticas de saúde e aquelas destinadas a lidar com os determinantes socioeconômicos dessas enfermidades".

## Ações intersetoriais

No Brasil, 20 ministérios estão envolvidos em ações intersetoriais para enfrentar as doenças crônicas. O do Desenvolvimento Agrário, por exemplo, tem o Programa de Diversificação de Cultura, que promove a redução de áreas plantadas de fumo com substituição pelo plantio de frutas e hortaliças. O da Pesca e Aquicultura tem um programa para

disseminar o consumo de peixe, mais sadio para o organismo e sistema cardiovascular. O da Educação desenvolve, com o da Saúde, o Programa Saúde na Escola (PSE), que já atinge mais de 2 mil municípios e pretende chegar a todos os estudantes do País. O PSE envolve a comunidade escolar, aproxima os pais das escolas e da assistência ofertada pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), promove campanhas de prevenção à obesidade e incentivo à prática de atividades físicas, entre outras ações.

De acordo com a coordenadora-geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), Deborah Malta, o plano se desenvolve em três eixos: I) Vigilância, informação, avaliação e monitoramento – por meio de pesquisas e estudos conduzidos pelo MS; II) Promoção da saúde – em que se enquadra o PSE, o recente acordo com a indústria da alimentação para redução de sódio em nova lista de alimentos processados para atingir a meta de 5 g de sal diários/pessoa (atualmente é de 12 g) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Ou mesmo a Lei Federal Antifumo (nº 12.546/2011) e outras ações que levem à redução do consumo de álcool; e III) Cuidado integral das pessoas com DCNT – que está sob coordenação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Entram aí a organização da rede de atenção à saúde e das linhas de cuidados temáticas, o acesso a medicamentos, o aperfeiçoamento da gestão com o PMAQ-AB, a reorganização da urgência e emergência, entre outros.

Também no plano estão estabelecidos indicadores de saúde e metas a serem atingidas até 2022 (ou antes). Como exemplos: a) Reduzir a taxa de mortalidade prematura, que tem por meta 2% a menos por ano. Já se atingiu 1,9%, para se chegar a 196 óbitos por 100 mil habitantes em 2022; b) Reduzir a prevalência do tabagismo a 11% da população. Em 2010 era de 15,1% e já baixou para 14,8% em 2011 com tendência de queda; c) Aumentar a cobertura de mamografias (50–69 anos) a 70% em 2022. O Brasil tem aumento anual médio de 1,6% e já atingiu 73,3%. Além dessas, há metas como a redução da obesidade em crianças, adolescentes e adultos (controle), aumento da prevalência de atividade física no lazer, aumento do consumo de frutas e hortaliças, redução do consumo médio de sal, entre outras.

***"...a presidenta afirmou ser 'fundamental que haja coordenação entre as políticas de saúde e aquelas destinadas a lidar com os determinantes socioeconômicos dessas enfermidades..."***

## Cuidado com a pessoa

O acompanhamento do plano, que é amplo e intersetorial, cabe à SVS, principalmente nos eixos I e II. Também a Secretaria de Atenção à Saúde participa no eixo II por meio de ações como a Academia da Saúde, o Programa Saúde na Escola, e pela assinatura do recente acordo de redução de sódio em alimentos processados. O eixo III, no entanto, de cuidado integral, está com a SAS. Nele está o desenvolvimento da rede temática de cuidados com os portadores de hipertensão, diabetes, neoplasias e doenças respiratórias e/ou sob o fator de risco da obesidade. A Coordenação-Geral de Áreas Técnicas (CGAT), do Departamento de Atenção Básica, é a encarregada de formatar a rede e elaborar as linhas de cuidados para as doenças crônicas e obesidade.

"Já desenvolvemos um documento de diretrizes para o cuidado de pessoas com doenças crônicas e estamos elaborando as linhas de cuidados para os fatores de risco mais prevalentes (hipertensão, diabetes), que serão colocadas em breve para consulta pública. A orientação é cuidar e garantir integralidade para a pessoa com doenças crônicas, e poder orientar e acompanhar o caminho desses pacientes na rede de atenção", afirma a coordenadora da CGAT, Patrícia Chueiri.

Além disso, afirma, as equipes de saúde têm de estar atentas à adesão das pessoas aos tratamentos, à orientação para mudanças de hábitos e à necessidade de trabalho em equipe – o médico sozinho não resolverá problemas senão com a participação de outros profissionais como psicólogos, nutricionistas, educadores físicos. A adoção de medidas diversificadas e complementares é que permitirá que se obtenham resultados positivos nos cuidados às doenças crônicas no Brasil, de forma a obter sucesso com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e atingir as metas de indicadores de vida saudável acatadas na ONU.

Nasf

# Sorriso sempre em movimento

*Por: Déborah Proença / Fotos: Acervo SMS Sorriso*




Sorriso, município norte mato-grossense, é bastante conhecido pelas águas cristalinas em que turistas praticam mergulho, mas tem outras peculiaridades. Localizado na transição entre o Pantanal e a Floresta Amazônica, é o maior produtor de soja do País, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e, devido à prosperidade econômica, em um espaço de tempo de dez anos, sua população quase duplicou. De 35.605 habitantes em 2000, Sorriso pulou para 66.506 em 2010. Hoje, passa dos 78 mil. Esse crescimento vertiginoso, dizem, deve-se à soja, que deve esticar os cantos dos lábios dos grandes produtores até perto das orelhas.

Essa saúde econômico-financeira, que se manifesta em um alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH – 0,824) da cidade, de alguma forma se reflete na vida dos cidadãos. E é ao conhecer a saúde pública implantada no município, em especial a atenção básica, com 100% de cobertura de Saúde da Família, que até aqueles que não são dados a sorrisos sorriem. Sorriso possui o único hospital estadual 100% SUS do meio-norte-mato-grossense, com 120 leitos. Conta com uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) entregue em meados deste ano e um centro de reabilitação com seis fisioterapeutas que atendem, exclusivamente, pelo Sistema Único de Saúde.

Faltava, no entanto, algo mais direcionado que amparasse o trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). E essa percepção veio de duas profissionais concursadas e lotadas no Departamento de Educação em Saúde, da Secretaria Municipal: a educadora física e a nutricionista. "Sentíamos a necessidade de trabalhar a prevenção e a promoção da saúde no município. Foi

quando descobrimos uma portaria que regulava um dispositivo chamado NASF, que possibilitava a inserção de profissionais com formações diferentes", conta Carla Bonzanini, a educadora.

Isso foi em 2008. Ela e a nutricionista Cláudia Sônego escreveram e apresentaram um projeto que gerou bastante desconfiança. "Lembro até hoje quando entrei na sala do secretário e deixei o primeiro fôlder do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) lançado pelo Ministério da Saúde. Ele olhou desconfiado e disse: 'Meninas, façam o projeto e vamos ver o que vai dar'". E deu! Com uma metodologia completamente inserida de acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 27 (CAB NASF), o NASF de Sor-



## Circuito interativo

Não! Não é uma nova ferramenta da internet, mas poderia ser unindo, tecnologicamente, temas diferentes em lugares distintos da rede. Errou quem pensou nessa possibilidade.

A criatividade da equipe do NASF de Sorriso permitiu desenvolver um novo método de orientação à população sobre promoção e prevenção à saúde, em parceria com a vigilância sanitária municipal. Nos eventos esportivos (caminhadas e corridas), estrategicamente, a equipe posiciona "informantes" – pessoas que dão informações importantes relacionadas ao evento em questão. Vamos aos exemplos:

**- "Cãominhada":** evento para incentivar a adoção de cães e gatos e a atividade física dos futuros donos. É montado um circuito (em trilha) com agentes da vigilância ambiental localizados em pontos estratégicos, que orientam os atletas a respeito de carrapato, pulga, raiva, parvovirose e leishmaniose.

**- "Caminhada da Primavera":** no trajeto de 5 km, estagiários de enfermagem e educação física aferem pressão arterial, fazem teste de glicemia, calculam o IMC e dão orientações nutricionais, sob a supervisão dos profissionais do NASF.

**- "Corrida do Coração Saudável":** acontece em maio e abre a semana de comemorações de aniversário do município. Conta com um circuito de 10 km para os corredores e de 5 km para os que preferem menos impacto. Os atletas são orientados por estagiários e, ao término do evento, há distribuição gratuita de alimentos. "Temos uma barraca onde a nutricionista orienta e outras pessoas distribuem maçã e banana. Cada um pega quantas frutas quiser", explica Carla, que também corre, mas é impedida de participar dessa prova por estar na administração do evento.

A Corrida do Coração, orgulho da corredora, já virou marca do município e entrou, oficialmente, para o calendário de corridas de rua do Estado de Mato Grosso.



riso é, atualmente, referência em saúde. Até uma comitiva da área de saúde sueca que visitou o município quer usar o modelo elaborado pelas "meninas" de Sorriso! Carla atribui o sucesso da iniciativa à quantidade de atendimentos. "Não deixamos de atender ninguém e a participação nos projetos é por tempo indeterminado. Quem quiser participar das aulas pode. Se necessário, abriremos mais turmas. Mas ninguém deixará de ser atendido".

Enfermeiro e coordenador de atenção primária, Valdelírio Venites afirma que o grande desafio era explicar o conceito de apoio matricial à nova equipe. "Nós ousamos em provocá-los", lembra. A provocação foi tamanha que o grupo – formado por dois profissionais de educação física, uma nutricionista, uma psicóloga e uma fisioterapeuta – coordena, além dos eventos esportivos, 16 polos de caminhada orientada (14 urbanos e dois rurais), apoio matricial aos agentes comunitários de saúde, uma turma de dança folclórica, uma turma de ginástica localizada, ginástica aeróbica e alongamento. Isso em terra firme!

Na água, são seis turmas de hidroginástica, com um total de 248 participantes (gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos e funcionários das Secretarias Municipais de Saúde, Educação e Esporte e Lazer), e quatro turmas de natação. As turmas de natação fazem parte do Programa Saúde na Escola (PSE) e beneficiam crianças entre 5 e 19 anos que, em uma ação de avaliação antropométrica e de consumo alimentar, registraram elevadas prevalências de Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 25. "As crianças que frequentam as aulas de natação recebem acompanhamento semanal da nutricionista e da psicóloga, que desenvolve trabalhos de arteterapia", explica Carla.

"Vejo que no NASF todos podem contribuir de alguma forma. E, para mim, qualquer ambiente onde as pessoas se encontram e têm um espaço para falar e escutar é um lugar terapêutico. Penso que esse é o papel do NASF: fazer de qualquer lugar um espaço terapêutico, em que podemos tocar nos seres humanos da melhor forma possível", fala a psicóloga Brine de Mattos.

Todos os professores de educação física da rede municipal de ensino foram capacitados pelas profissionais do NASF para adaptar essa ação ao PSE, de acordo com os protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). Em 2011, 4.223 estudantes foram avaliados e este ano, 4.826.

Para participar dos eventos e atividades promovidas, basta o usuário portar a "receita saudável", uma autorização do médico da equipe de Saúde da Família que o acompanha que varia em cores conforme o tipo de usuário (gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos etc.).

"É impressionante os resultados que a gente tem. É algo real, algo que acontece de fato. A conscientização da população em relação a essas atividades me motiva a continuar trabalhando", emociona-se Carla. ■

# Família

Por: *Mellina Marques Vieira Izecksohn* *

ilustrações: Roosevelt Ribeiro



Num dia de julho, em meio às férias escolares, Roberta, médica de Família, há três anos na mesma comunidade, seguia a sua rotina, saía de casa cedo e demorava cerca de uma hora para chegar ao posto, tomava seu café e se preparava para mais um dia atribulado na Comunidade Nova Esperança.

Na infância, Roberta assistia muito à série Dr. Queen na televisão. Nesse seriado, em pleno velho oeste, uma jovem médica lutava contra tudo e todos para fazer o que achava certo e por ser uma mulher... dá para imaginar como era. Essa série foi seguida do estrondoso sucesso: ER, que tratava do dia a dia de um serviço de emergência hospitalar.

Enquanto todos queriam ser médicos de emergência e vivenciar toda a adrenalina do seriado, Roberta sonhava em ser médica, mas uma médica, como sua mãe dizia que tinha na infância, a la Doctor Queen. “Sabe, Roberta, quando eu tinha a sua idade, nossa família tinha um médico que conhecia cada um de nós e frequentava a nossa casa. Todos se arrumavam para recebê-lo... isso não existe mais...”, ouviu a mãe dizer várias vezes. Mal sabia Claudia, mãe de Roberta, que, já na época em que se lamentava, a Saúde da Família começava a ganhar força no nosso país, mas estava restrita a áreas mais carentes e ao interior.

Roberta chegou por volta das 8 horas, como sempre fazia, e identificou quais eram as pessoas que estavam aguardando atendimento. Junto com Lúcia, técnica de enfermagem, avaliou as prioridades e priorizou o atendimento de dona Francisca, chamando-a primeiro.

Dona Francisca tem 86 anos, aproximadamente 1.45 m de altura, branquinha com o rosto enrugado e marcas de sol, cabelo completamente grisalho e fininho como uma linha, e com uma corcunda discreta que lhe causava muito desconforto. A dentadura grande, solta, se mexia soltando da gengiva ao falar. Muito descontraída, falava sempre olhando para cima e constantemente ria dos próprios comentários.

Já morava em Nova Esperança há uns três anos e não frequentava o posto porque “não precisava”, dizia constantemente. Morava com uma das



filhas, Joana, que trabalhava diariamente, saindo de casa às 6h e retornando apenas às 21h. “Ela trabalha muito, minha filha, e é tão longe, sabe! Ela precisa pegar o trem e depois um ônibus. Leva umas três horas para ir e mais o mesmo tanto para voltar. Eu queria que ela ficasse mais comigo, mas ela não pode, minha filha trabalha muito”, dizia Francisca, repetidamente.

Joana é a mais nova de quatro irmãs, que em conjunto deram oito netos, compondo a família de Francisca. Apesar de numerosa, ela via muito pouco os familiares: “Eles só se lembram de mim quando estou muito doente ou nas festas. Aí todo mundo vem me buscar. Só se lembram de mim quando tem aniversário ou Natal, na Páscoa às vezes também se lembram de mim, mas não é sempre não.”

Todo dia, por volta das 11h, dona Francisca ia até o posto de saúde conversar com sua médica de Família, e a queixa era sempre a mesma: “Uma dor, minha filha, que faz assim, assim, assim”, enquanto abria e fechava a mão esquerda, diversas vezes, para exemplificar a dor. “Ela não me larga... dói muito, minha filha, mais à noite... de dia também dói”, explicava.

A médica investigou de todas as formas o que estaria causando aquela dor, mas nenhum exame estava alterado, não havia nada de errado com aquela senhorinha que insistia na dor que, às vezes, melhorava, mas religiosamente, às 11h, Roberta poderia esperar que dona Francisca estaria pronta para vê-la.

*“...A dor sumiu nos exatos 28 dias que duraram as férias da dra. Roberta, que voltou a trabalhar numa segunda-feira. E, na terça seguinte, dona Francisca reapareceu, queixando-se da mesma dor...”*

A deformidade óssea poderia justificar a dor, mas não completamente. Foi então que, nas férias de sua médica, dona Francisca só foi procurar atendimento uma vez. Foi atendida pelo médico substituto, André, que não deu muita importância para a queixa e solicitou radiografia de tórax. Exame que a idosa já havia realizado há uns dois meses, quando Roberta iniciou a investigação. Como nada havia de errado no exame, André passou um analgésico e disse que ela não tinha nada.

Após procurar João, o enfermeiro de sua área, para perguntar sobre a volta de Roberta e ter certeza de que não tinha perdido sua doutora, saiu do posto e não voltou mais. A dor sumiu nos exatos 28 dias que dura-

ram as férias da dra. Roberta, que voltou a trabalhar numa segunda-feira. E, na terça seguinte, dona Francisca reapareceu, queixandose da mesma dor.

Ela disse que ficou bem um tempo e elogiou Vanessa, sua agente comunitária, que, muito atenciosa, sempre perguntava como ela estava. Nesse dia, Roberta conversou cerca de 30 minutos com Francisca, que, naquele dia, se queixava muito de estar sozinha, da ausência das filhas e da dor. Mas, naquele dia, uma nova queixa parecia tomar conta da conversa: as férias da médica.

A senhora não conseguia entender como sua doutora a havia deixado por tanto tempo e aceitado que outro médico, o André, a atendesse, pois ele não era ela. Roberta ficou sem reação e não sabia como agir. Começou a se punir por ter deixado aquela senhorinha sofrendo de dor durante os 30 dias que duraram as férias.

A partir daquele dia, Francisca retornou ao velho hábito de comparecer ao posto diariamente. Na reunião seguinte da equipe, Roberta comentou essa situação e se surpreendeu quando Vanessa relatou o quão bem Francisca havia ficado no período das férias, que ela não havia procurado o serviço porque estava sem dor e chegou a encontrá-la passeando na comunidade.

João resolveu, então, em acordo com Roberta, assumir o acompanhamento de Francisca e chamar as filhas dela para uma conversa, já que iria à comunidade. No dia seguinte, aproveitou e foi à casa da usuária. Ao chegar à residência, descobriu que a senhora morava no segundo andar e que a escada não tinha corrimão, além de ter os degraus altos e estreitos. A idosa demorou quase 10 minutos para chegar ao térreo e abrir o portão para João e Vanessa.

Na sala, havia muitos porta-retratos. Alguns de formaturas de filhos e netos, mas uma foto chamava atenção: nela estavam todos da família em volta de uma árvore de Natal. E, quando João perguntou da família, ela, prontamente, respondeu: "Vocês são a minha família, meu filho. Eu os vejo mais do que a eles, que só aparecem nas festas e quando estou muito doente. Achei que a doutora Roberta tinha me abandonado, e ela não poderia ir embora, meu filho, pois com quem vou conversar pela manhã? Quando meu marido estava vivo, sempre sentávamos às 11h para conversar e falar sobre a nossa vida. Ele cuidava de mim, mas, depois que se foi, meu filho, e já tem três anos, só a doutora Roberta me dá atenção, e é por causa da minha dor, meu filho, que eu vou lá, pois não gosto de perturbar não."

*"...Ao chegar à residência, descobriu que a senhora morava no segundo andar e que a escada não tinha corrimão, além de ter os degraus altos e estreitos. A idosa demorou quase 10 minutos para chegar ao térreo e abrir o portão..."*

João começou, naquele momento, a montar com aquela senhora tão esperta estratégias para não se sentir sozinha, de ligar para as filhas e de ir ao posto participar dos grupos onde poderia conversar não só com Roberta, como com outras pessoas. Vanessa ficou de ver como ela estava de 15 em 15 dias. Inicialmente, dona Francisca ficou de ir ao posto aferir a pressão arterial uma vez por mês.

No dia seguinte, às 11h, ela "bateu o ponto" no posto, mas para dizer que não sentia mais dor e que ia começar a participar de um grupo de idosos na comunidade. Roberta deixou a porta aberta para quando ela quisesse voltar.

A partir de então, toda quinta-feira, dia de pão doce na padaria, dona Francisca comparece ao posto com um pedaço de pão para conversar com Roberta, João, Vanessa, Lúcia ou qualquer pessoa que esteja disponível. Antes de ir embora, sempre, vai até a equipe para desejar um bom dia e ganhar um grande abraço. ■

**Mellina Marques Vieira Izecksohn é medica do CSEGSF/ENSP, da SMS RJ/R.*

ARTIGO

# Saúde e trabalho:

## condições de trabalho do agente comunitário de saúde

*Aline Gomes Medina**
*Michele Peixoto Quevedo***

Ilustrações: Roosevelt Ribeiro

## Resumo

Esta pesquisa apresenta como tema central o estudo sobre situações do cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS) que são potências geradoras de sofrimento em seu fazer produtivo. A pesquisa foi realizada a partir do levantamento bibliográfico de artigos acadêmicos indexados na base de dados da Bireme. Os achados foram agrupados em condições relacionadas ao morar e trabalhar na mesma comunidade, polos de tensão, presença da violência, processo de trabalho e organização da gestão do trabalho e do cuidado.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Saúde mental e trabalho. Programa Saúde da Família. Agente comunitário de saúde.

## Introdução

A partir de 1986, com o acontecimento da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), o sistema de saúde brasileiro sofreu inúmeras reformulações e ganhos com o Sistema Único de Saúde (SUS), previsto pela Constituição Federal de 1988. Nesse cenário, a Lei Orgânica nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, vem dispor sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando assim o SUS, que definiu um modelo assistencial para todos os municípios brasileiros. Culminou desse processo a consolidação da Atenção Básica à Saúde.

Em 1991, por meio do convênio entre a Fundação Nacional de Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde, é criado o PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde –, entendido como uma estratégia transitória do Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2001 apud MARTINES; CHAVES, 2007).

Dessa experiência surge o PSF em 1996. Sua equipe é composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com o objetivo de promover a saúde e garantir melhorias na qualidade de vida dos sujeitos, direcionando-se não somente para a cura e prevenção, mas, sobretudo, para a valorização e ênfase do papel dos indivíduos no cuidado com a saúde de sua família e da comunidade, por meio do desenvolvimento de vínculos de corresponsabilização (BRASIL, 2006).

Segundo Mendes e Ceotto (2011), o ACS se configura como

o interlocutor entre a comunidade e a equipe de saúde, por ser o profissional que está primordialmente realizando as visitas domiciliares. Além disso, é o primeiro contato do serviço de saúde pública com a comunidade local. Ambos consideram que o ACS é o entremeio de usuário e profissional de saúde e com outros atributos associados a ele, reforçando a ideia de: agente transformador, agente de mudanças e de profissional da saúde, prestigiando-o por ser o tradutor das questões de sua área (JARDIM; LANCMAN, 2009; MARTINES; CHAVES, 2007; NUNES et al., 2002).

O fato de ser morador da comunidade em que atua o faz compartilhar de valores, costumes e cultura de sua região. Bachilli (2008) e Tomaz (2002) referem que o ACS é um sujeito que surge da comunidade e se integra às equipes de saúde sem bagagem técnica específica e trabalha por meio do diálogo com a comunidade, buscando conscientizar e ser um agente educador.

Somente a partir das últimas décadas, o trabalho passou a ser compreendido como um fator constitutivo de adoecimento, sendo as "condições de trabalho" impactantes para a saúde do trabalhador.

No caso do ACS, esse trabalhador lida diretamente com o usuário por meio de sua subjetividade e, ao mesmo tempo, compartilha a construção de histórias de vida dos usuários como morador do mesmo local e profissional de saúde. Na aproximação com as famílias, há transposição e identificação com os problemas e misérias humanas, gerando sentimentos que, se não cuidados, podem gerar sofrimento (WAI; CARVALHO, 2009, p. 566).




## Metodologia

Esta pesquisa bibliográfica foi delineada seguindo-se a estrutura apresentada por Gil (1995) sobre levantamento bibliográfico.

O levantamento bibliográfico preliminar culminou na formulação do problema a ser estudado: quais as condições de trabalho do ACS que podem gerar sofrimento em relação ao seu fazer produtivo? Com isso, iniciou-se o estudo de pesquisas em saúde do trabalhador agente comunitário de saúde, feito a partir da seleção de artigos científicos publicados por pesquisadores brasileiros em revistas científicas indexadas na base de dados Bireme.

Para o critério de inclusão e exclusão de produções que respondessem ao problema da pesquisa, foram eleitos os artigos que apresentaram: 1. aspectos da condição do trabalho; e/ou 2. aspectos de sofrimento relacionado ao trabalho de agentes comunitários de saúde.

Serão apresentados, portanto, os aspectos de maior convergência entre os artigos sobre condições de trabalho potenciais geradoras de sofrimento.

## Desenvolvimento

Entre os 29 artigos encontrados, 28 apresentaram aspectos das condições de trabalho do ACS e 24 apresentaram aspectos do sofrimento relacionado ao trabalho. Destes, 3 são relatos de intervenções com ACS no que diz respeito ao cotidiano de trabalho e 26 são pesquisas ex-

ploratórias com ACS, usuários e equipes PSF, com eixo transversal à condição de trabalho do ACS e ao sofrimento relacionado ao trabalho.

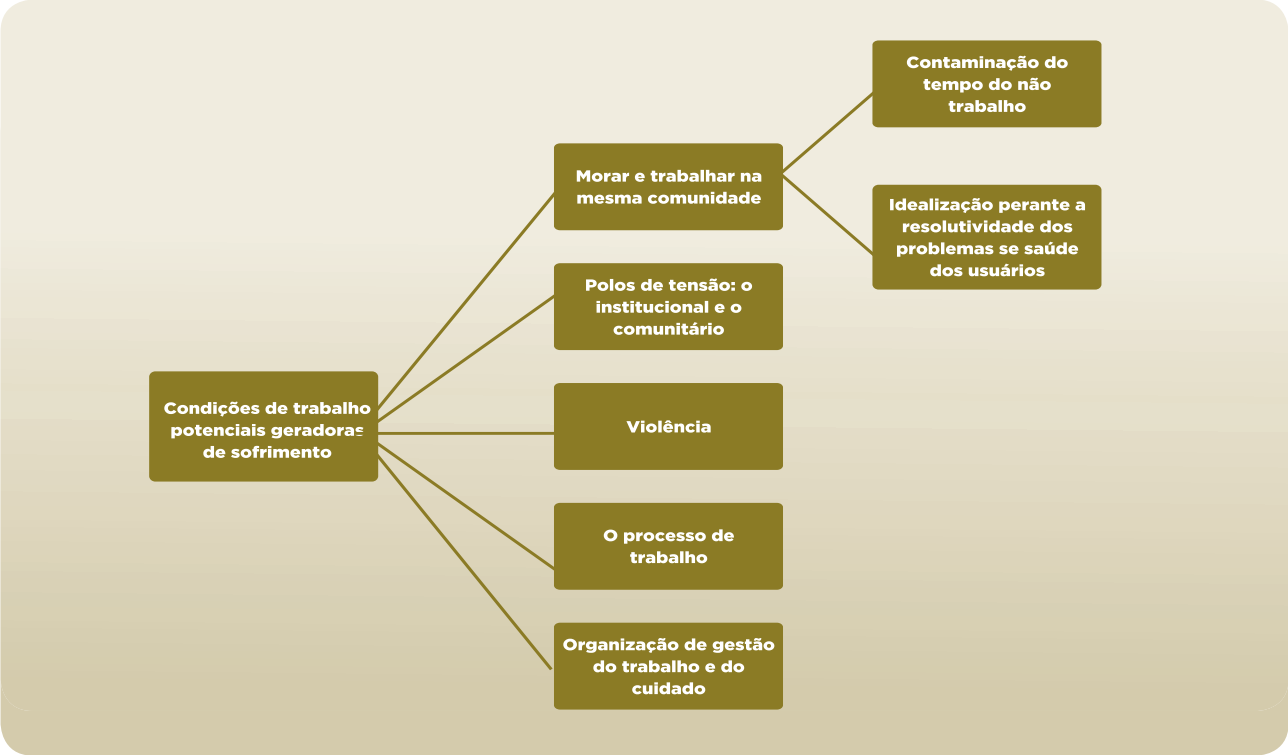
As condições de trabalho potenciais geradoras de sofrimento encontradas nos artigos foram agrupadas em tópicos apresentados na figura abaixo e discutidos a seguir.

## Morar e trabalhar na mesma comunidade: contaminação do tempo de não trabalho

Segundo Merhy et al. (2009), a subjetividade do ACS opera na vontade de cuidar. Diversos estudos citam a condição desse cuidado oferecido na mesma comunidade em que esse trabalhador reside (JARDIM; LANCMAN, 2009; KLUTHCOVSKY et al., 2007; LEVY; MATOS; TOMITA, 2004; NUNES et al., 2002; SILVA; SANTOS, 2005; SOUZA; FREITAS, 2011; WAI; CARVALHO, 2009).

Ao mesmo tempo em que a necessidade de cuidado da população não se restringe ao horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS), esses trabalhadores são procurados pelos usuários também fora de seu horário de trabalho (Idem), gerando, com isso, falta de privacidade e contaminação do tempo de não trabalho (CORIOLANO; LIMA, 2010; JARDIM; LANCMAN,

Figura 1 – Condições de trabalho potenciais geradoras de sofrimento




Fonte: autoria nossa.

2009; NUNES et al., 2002; SOUZA; FREITAS, 2011).

Nesse sentido, o modelo condiciona a excessiva valorização dos aspectos afetivos da relação desenvolvida pelos ACS com os moradores. E colocado ênfase em conteúdos ligados à vida pessoal dos agentes pelos usuários, chegando por vezes a um extremo de exercerem um controle social sobre eles (NUNES et al., 2002).

## Morar e trabalhar na mesma comunidade: idealização perante resolutividade dos problemas de saúde dos usuários

Outro fator relacionado à circunstância de morar e trabalhar na mesma comunidade referese à vivência do ACS em experimentar de forma constan-

te a onipotência e a frustração que permeiam sua subjetividade, que mantém intensa relação de pertença com o espaço em que vive e atua, as pessoas da sua realidade são as mesmas para quem dirige às suas ações de cuidado (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008).

Isso leva o ACS a sentir-se corresponsável pelos problemas e afetos relacionados à saúde dessa população, buscando atender às necessidades de saúde que emergem no contexto de cada família com um arsenal restrito de ferramentas que lhe é atribuído pela unidade de saúde e pelos próprios profissionais da equipe, estando limitado quanto às possibilidades de atuação e resolutividade (GALAVOTE et al., 2011), podendo haver um deslocamento da responsabilidade sobre as limitações da resolutividade do PSF ao ACS (MARTINEZ; CHAVES, 2007).

Wai e Carvalho (2009) referem que a aproximação do ACS com as famílias gera transposição dos problemas e das misérias humanas. Eles se envolvem, se veem naquela ocorrência gerando sofrimento e sentimentos de impotência e culpa.

Nesse cenário, o sofrimento psíquico se instala nesse profissional que idealiza para si uma expectativa em relação a sua competência no sistema de saúde, ao mesmo tempo em que esse sistema não responde às necessidades da população de modo imediato. Como personagem mediador entre a institucionalidade e a comunidade, sente-se angustiado por não



conseguir atender às demandas da população (FERRAZ; AERTS, 2005, MARIN et al., 2007; MARTINES; CHAVES, 2007).

## ACS e sua função entre dois polos: o institucional e o comunitário

De acordo com Silva e Dalmaso (2002 apud SEABRA; CARVALHO; FORSTER, 2008), o ACS transita entre dois polos de tensão: o polo institucional e o polo comunidade. Portanto, em determinadas situações, ele se aproxima mais da instituição, ao passo que em outras se dirige mais para o polo comunitário. O papel de mediador do ACS significa para esse autor o hiato social entre a saúde e os usuários.

Segundo Nogueira e Ramos (2000 apud GALAVOTE et al., 2011), isso constituiu um dilema permanente na prática do agente, que se vê dividido entre a dimensão técnica e a social de seu trabalho, o que gera conflitos evidentes na sua prática cotidiana.

Na análise dos maiores desafios na prática cotidiana desse agente, é compreendido por Galavote et al. (2011) que o trabalho se torna gerador de sofrimento quando se considera a intensa cobrança que é transferida para esse profissional no cotidiano, sendo ela imposta pela unidade de saúde e pela comunidade em que é "porta-voz". Tal fato gera, por si só, constantes enfrentamentos do agente com as limitações de seu campo de atuação, o que contribui para o sentimento de impotência e limite de atuação.

## Violência

A presença da violência revela em depoimentos dos ACS o grau de exposição e tensão a que estão submetidos durante a realização das visitas domiciliares. É predominante o sentimento de impotência e desproteção perante as situações que são presenciadas em seu cotidiano de trabalho (SIMÕES, 2009).

Foram constatados por Ursine, Trelha e Nunes (2009) sentimentos de insegurança física e falta de proteção ao passo que os ACS tornam-se cúmplices de informações sigilosas capazes de o colocarem em risco de morte e, com isso, conviver com a violência organizada por gangues e narcotráfico.

O medo também está pre-

sente de serem culpabilizados pelos usuários de denúncias ao conselho tutelar e vazamento de informações (JARDIM; LANCMAN, 2009) e de represálias da população do próprio bairro ao exigirem ações imediatas em saúde (MENEGOLLA; POLLETO; KRAHL, 2003).

Dessa forma, pode-se perceber que a violência existente no bairro faz com que sintam medo, fiquem temerosos e expostos a situações de risco, uma vez que podem estar sujeitos a essa situação (Idem).

## O processo de trabalho

Ferraz e Aerts (2005, p. 350) apontam em sua pesquisa que o ACS compreende que o número de famílias sob sua responsabilidade é elevado, sendo preconizadas pelo MS até 4.000 famílias por eSF e até 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2006, p. 24). Por outro lado, os autores referem que os agentes implicados em sua pesquisa realizam menos de oito visitas domiciliares por dia, tal como preconizado pelo MS. Para Ferraz e Aertz (2005), Simões (2009), Ursine, Trelha e Nunes (2009), o número reduzido de visitas se deve ao fato de os ACS realizarem outras atividades na unidade de saúde que não as preconizadas para sua profissão.

Outro fator identificado no processo de trabalho do ACS é a supervisão realizada pelo enfermeiro como encontrado por Martines e Chaves (2007) e Galavote et al. (2011). Os ACS envolvidos na pesquisa dos autores entendem que isso se deve ao fato de serem um número muito maior do que o de enfermeiros disponíveis para tal atribuição, não contemplando a necessidade deles.

*"...A partir do entendimento que o trabalho do ACS pode ter impacto na gestão do contexto no qual se insere, é evidente que há necessidade de se visualizar a gestão do trabalho como uma das ferramentas estratégicas à tomada de decisão nas instituições..."*

## Organização da gestão do trabalho e do cuidado

A partir do entendimento que o trabalho do ACS pode ter impacto na gestão do contexto no qual se insere, é evidente que há necessidade de se visualizar a gestão do trabalho como uma das ferramentas estratégicas à tomada de decisão nas instituições, pela complexidade que ela traduz, uma vez que é atravessada por diversos e diferentes interesses e necessidades que nem sempre são conciliáveis (GALAVOTE et al., 2011). Silva e Santos (2005, p. 13) afirmam que:

> *[...] o trabalho que o ACS desempenha é importante e precisa de reformulações e ajustes, identificando que há falhas no processo de recrutamento, treinamento inicial e continuado, supervisão, apoio da equipe e dos órgãos centrais, recursos logísticos para apoio do trabalho, meios de transporte e participação comunitária, sendo influenciado e influenciando sua prática.*

Mehry et al. (2009) referem que a inexistência de espaço de elaboração coletiva de planejamento do trabalho, de avaliação do cuidado e de critérios de priorização das famílias que necessitam de visitas faz com que os ACS criem estratégias próprias de discussão e resolução dos problemas verificados nas diversas microáreas. Para Resende et al. (2011), esse fato poder acarretar no surgimento da síndrome de Burnout e/ou do estresse ocupacional.

## Considerações finais

O agente comunitário de saúde é o trabalhador que se encontra à frente no contato com a comunidade. Com isso, passa a desempenhar um papel social diferenciado ao ser elegido pela unidade de saúde como o elo



entre a UBS e a comunidade.

Em todos os momentos de seu cotidiano, o ACS representa para essa comunidade a saúde oferecida à população e a comunidade se aproxima na tentativa de solucionar seus problemas. Passa a tornar seu dia a dia, que antes era privado, público.

Em seu cotidiano de práticas laborais, enfrenta conflitos ao lidar diretamente com os problemas da população sob sua responsabilidade ao passo que ocupar esse espaço de intersecção gera tensões, podendo levá-lo ao desgaste.

A vulnerabilidade desse trabalhador é evidenciada no saber-fazer do seu trabalho, enfrentando complexas histórias de vida e decisões de acordo com suas próprias vivências e valores.

Também há de se considerar que as situações de trabalho, somadas às características de cada trabalhador, podem desencadear processos de sofrimento, a depender das estratégias de enfrentamento adotadas por ele e do suporte oferecido pela instituição prestadora do serviço (OLIVEIRA et al., 2010).

Com isso, a gestão do trabalho tem importante papel como mediadora do sofrimento no trabalho ao ponto que pode contribuir com construção de espaços coletivos e democráticos, apoio e compartilhamento de situações difíceis de trabalho.

Esta pesquisa sobre as condições de trabalho que podem ser potencialmente geradoras de sofrimento em relação ao fazer produtivo do ACS remete à existência de um território de tensões sobrepostas cotidianamente que necessita de olhar sob as diversas perspectivas. ■

*Terapeuta ocupacional, especialista em Redes de Cuidados Progressivos no cenário da Estratégia Saúde da Família, assessora técnica de inclusão de profissionais com deficiência no trabalho da Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina e Hospital Santa Marcelina.

**Psicóloga, doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, responsável pelo Setor de Produção Científica da Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina.

## Referências:


BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2008, p. 51-60.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CORIOLANO, M. W. de L.; LIMA, L. S. De. Grupos focais com agentes comunitários de saúde: subsídios para entendimento destes atores sociais. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, n. 18, v. 1, jan./mar. 2010, p. 92-96.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. de C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr./jun. 2005, p. 347-355.

GALAVOTE, H. S. et al. Os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2011, p. 231-240.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1995.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface**, (Botucatu), São Paulo, v. 13, n. 28, 2009, p. 123-135.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v. 29, n. 2, ago. 2007, p. 176-183.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. de S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, jan./fev. 2004.

MARIN, M. J. S. et al. O agente comunitário de saúde e os estressores no contexto do trabalho. **Nursing**, São Paulo, v. 107, n. 9, abr. 2007, p. 176-181.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, set. 2007.

MENDES, F. M. de S.; CEOTTO, E. C. Relato de intervenção em psicologia: identidade social do agente comunitário de saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, abr./jun. 2011, p. 496-506.

MENEGOLLA, V. L.; POLLETO, D. S.; KRAHL, M. O ACS no desenvolvimento de seu trabalho. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, jul./dez. 2003, p. 81-93.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy, E. E. et al. **Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2002. (Capítulo 2)

MERHY, E. E. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, 2009, p. 898-906.

NUNES, M. de O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2002, p. 1.639-1.646.

OLIVEIRA, A. R. et al. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 1, n. 12, 2010, p. 28-36.

OLIVEIRA, N. T. Somatização e sofrimento no trabalho. **Revista Virtual Textos & Contextos**, ano 2, n. 2. dez. 2003.

RESENDE, M. C. de et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em Saúde da Família em Uberlândia (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, abr. 2011, p. 2.115-2.122.

SEABRA, D. C.; CARVALHO, A. C. D. de; FORSTER, A. C. O agente comunitário de saúde na visão da equipe mínima de saúde. **Revista APS**, v. 3, n. 11, jul./set. 2008, p. 226-234.

SILVA, M. H. da; SANTOS, M. R. dos Perfil de atividades dos agentes comunitários de saúde vinculados ao Programa de Saúde da Família da zona norte de Juiz de Fora. **Revista da APS,** Minas Gerais, v. 2, n. 8, jul./dez. 2005, p. 109-117.

SIMÕES, A. O agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. **Revista de Saúde Pública**, Santa Catarina, v. 2, n. 1, jan./ jul. 2009, p. 6-21.

SOUZA, L. J. R. de; FREITAS, M. do C. S. De. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 35, n. 1, jan./mar. 2011, p. 96-109.

TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". **Interface**: Comu. Saúde Educ., São Paulo, v. 6, 2002, p. 75-94.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. de F. P.A. O agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 122, n. 35, 2010, p. 327-339.

WAI, M. F. P.; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, ano 17, v. 4, out./dez. 2009, p. 563-568.

REDE CEGONHA

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

# Doar leite materno
## é multiplicar vida com esperança.

**É somar saúde com solidariedade.**
**É dividir o alimento mais completo que existe.**
**É diminuir a mortalidade infantil.**



Maria Paula amamentou seu filho Felipe e, também, doou leite materno, ajudando a Júlia Victória e muitas outras crianças a crescerem com mais saúde.
**Informe-se no banco de leite da sua cidade.**

**É igual ao amor: quanto mais a gente doa, mais a gente tem.**




iberBLH
Rede BLH
SAÚDE DA MULHER
SUS
Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA


DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br
Seja um doador de órgãos.
Seja um doador de vidas.
Deixe sua visão para o homem que nunca viu o amanhecer nos braços de sua amada. Deixe seu coração para a mulher que vive para fazer o coração de seu filho feliz. Deixe o exemplo. E, principalmente, deixe sua família saber do seu desejo de ser um doador de órgãos. Quem deixa o seu melhor deixa a vida seguir em frente.
Acesse: www.facebook.com/doacaodeorgaos
e divulgue nas redes sociais: #doeorgaos.
O maior sistema público de transplantes do mundo é do SUS.
SUS
Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Saúde com agente

SAÚDE
MAIS PERTO DE VOCÊ

Publicação do Ministério da Saúde - Ano XIII - Ed.32 - maio a agosto de 2012 - ISSN 1518-2355

# PACS brasileiro amplia sua originalidade!

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) deixou de ser único e novidade. Em um movimento de reconhecimento ao programa iniciado em 1991, no Ceará, e que se expandiu para todo o País, cuja experiência deu origem ao programa e posterior Estratégia Saúde da Família, o modelo PACS também foi adotado em Angola, na África, e parcela de seus 18 milhões de habitantes. Mais recentemente, o Paraguai também está instituindo modelo assistencial de saúde semelhante para sua população. É uma criação única da atenção básica brasileira que é exportada, aos poucos, para o mundo.

Os ACS, assim como os outros profissionais das equipes de atenção básica, também sentem a necessidade de aprimorar sua formação para melhor desenvolverem os trabalhos em equipe e atenderem os usuários do Sistema Único de Saúde. É por isso que, no Tome Nota, aborda-se o tema do acesso dos agentes aos produtos e serviços do Telessaúde.

Temos ainda a entrevista do ACS Marcos Nascimento, que atua em UBS no Irajá, Rio de Janeiro, e iniciou o trabalho como agente na terceira idade, permitindo aliar seu agir profissional à experiência de vida. É ele, também, quem colabora com boa reflexão no texto “O ACS na promoção da saúde”, incentivando os colegas a refletir e aprimorar as práticas no trabalho.

A todos, boa leitura e bom proveito!

# ACS mudam a realidade angolana

*Por Déborah Proença / Fotos: Projeto Uhayele Angola e Carlile Lavor*

Ainda durante a guerra civil (1975–2002), instalada após 14 anos de conflitos com Portugal e que resultou em sua independência, a universalidade e gratuidade dos serviços de saúde prestados pelo Estado já estavam em pauta em Angola. Apesar da escassez de recursos humanos provocada pelas centenas de milhares de mortes, aprovou-se a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde, que dá ao Estado a responsabilidade de garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde "nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis". Este é o grande nó. Introduziu-se, com isso, o conceito de coparticipação dos cidadãos nos custos de saúde, o que, até hoje, não está bem delimitado. Em compensação, provocou a criatividade por soluções, e implantar um modelo de programa de agentes comunitários de saúde (ACS), baseado na solução do Brasil, foi uma delas.

"A ONU vem estimulando o mundo a desenvolver a atenção primária, como fez o Brasil com a Estratégia Saúde da Família e os agentes comunitários de saúde. A APS, aqui, tomou um vulto muito grande, então há bastante interesse em conhecer a proposta brasileira", comenta o médico Carlile Lavor, criador do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará e considerado, por muitos, o pai do PACS nacional.

A pesquisadora Camila afirma que uma família angolana gasta, em média, entre 15 e 40 dólares per capita quando algum membro adoece, seja uma simples diarreia ou a já comum malária. Considerando que mais da metade do País, que contabiliza 18 milhões de habitantes, vive com menos de 30 dólares por mês e as condições



de habitação são, em sua maioria, insalubres, não sobra muito.

A comunidade internacional vem desempenhando papel fundamental no auxílio aos países africanos, em especial no financiamento da saúde (sobretudo da atenção básica). Hoje, os recursos para a AB estão mais direcionados à (re)estruturação física, centrada nos postos, centros de saúde e hospitais municipais – muitos em ruínas devido à guerra. "Estima-se que menos de 35% da população tem acesso a instalações de saúde em condições de funcionamento e a menos de cinco quilômetros do local onde residem", alerta Camila.

Contudo, mesmo diante do cenário dramático, em 2004 o Ministério da Saúde de Angola (MINSA) lançou o Plano Estratégico para a Redução Acelerada da Mortalidade Materno-Infantil, trazendo ares de esperança. Com ele, veio o processo de revitalização dos serviços municipais de saúde, pautado em atividades de base comunitária e familiar, entre outras. Assim nasceu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em Angola.

Surpreendentemente, em virtude da descentralização administrativa vigente que força os governos provinciais a assumirem mais responsabilidades, o PACS angolano começou sem característica de universalidade e com implantação de piloto que não se restringiu a uma proposta apenas, mas duas. Uma na capital, Luanda, e a outra em Huambo. Agora, após conhecer as maravilhas em se trabalhar com agentes comunitários de saúde (ACS), Angola não se intimida: quer a ampliação do projeto para outras províncias.

## Luanda e o PACS de Carlile

Era maio de 2007, Mês das Mães. Mas essa foi a vez do pai. Carlile e sua esposa, Mirian, foram convidados pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) a participar de um projeto piloto em Luanda para implantação de agentes comunitários de saúde. "O pessoal do Unicef acompanhou o projeto do Ceará e nos chamou para ajudar. O governo da província tinha o projeto, mas não sabia como colocar em prática. Então fomos e treinamos os primeiros agentes", lembra o médico. Com o objetivo de auxiliar as famílias no cuidado à saúde e saneamento básico e reforçar o elo entre elas e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o projeto seguiu uma estratégia muito similar à brasileira.

Para a experiência,

## *Atenção Básica: reforços da OPAS e da OMS*

2007 e 2008 foram bons anos para a visibilidade da atenção básica no mundo. Primeiro, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) publicou um documento (Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas) afirmando que focar a atenção em saúde na atenção básica é essencial para cumprir os Objetivos do Milênio (ODM), bem como levar saúde a todos, indistintamente. Para isso, ela sugere a transformação dos sistemas de saúde, amparando-os na atenção básica como centralizadora das ações de saúde.

No ano seguinte (2008), foi a vez da Organização Mundial da Saúde (OMS) se manifestar pró atenção básica com o documento "Atenção Primária à Saúde, agora mais do que nunca". No mesmo ano, foi firmada a Declaração de Ouagadougou, resultante da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde e Sistemas de Saúde na África, em Burkina Faso. A Declaração, assinada por 46 países africanos membros da ONU, salientou a necessidade de atualização de suas políticas nacionais de saúde em consonância com os princípios de Alma-Ata, a fim de fortalecer os sistemas de saúde locais, enfatizando que isso poderia acelerar o alcance dos ODM.

foram escolhidas algumas regiões mais vulneráveis da província de Luanda (grandes aglomerações humanas com saneamento básico precário e alta incidência de doenças infectocontagiosas) e os ACS foram selecionados para atuação nas próprias comunidades em que moravam. “Começamos por Cacuaco, que é o município mais pobre da província de Luanda”, conta Carlile. Hoje, Cacuaco tem mil agentes e muita confiança no futuro. A cólera diminuiu consideravelmente por conta das ações de saúde e orientações dadas à população. E 2011 foi o primeiro ano sem pólio em Luanda, uma província com mais de cinco milhões de pessoas. “Um ano sem pólio foi uma grande vitória para eles”, comemora Carlile.



Para João Baptista Humbwavali, enfermeiro angolano que trabalha no projeto com Carlile e Camila Giugliani, é um orgulho estar trabalhando com atenção básica em Angola, mas que fica triste com a indefinição das políticas de saúde. “Estou empenhado e gostaria de continuar o projeto, porém é preciso fazer um programa que tenha garantia financeira de sustentabilidade”.

Ninguém disse que seria fácil. Como a própria OMS alerta, optar pela atenção básica não é barato. Requer investimentos consideráveis, porém traz mais retorno do recurso investido do que alternativas centradas em média e alta complexidade.

## Crescimento com desigualdade social




Independente desde 1975, depois de um longo processo de libertação, Angola, ex-colônia portuguesa, logo entrou em guerra, dessa vez entre seus próprios pares que tinham antes, e juntos, combatido Portugal. Segundo maior exportador de diamantes da África Subsaariana e com uma economia capitaneada pela produção de petróleo (a maior ao sul do Deserto do Saara), era um país dividido entre três grupos nacionalistas que se uniram pela libertação do domínio português, mas brigavam pelo controle do país – principalmente da capital, Luanda.

A guerra civil entre o Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA), a Frente Nacional de Libertação de Angola (FNLA) e a União Nacional para a Independência Total de Angola (UNITA) deixou mais de 500 mil mortos e um país dilacerado. Nem o ouro negro seria capaz de, sozinho, levantar a nação e sanar todos os problemas trazidos por 41 anos de luta armada (14 contra Portugal e 27 entre si).

Desde a pacificação, em 2002, a população angolana experimenta um país mais estável politicamente e em franco desenvolvimento econômico, em taxa

A limitação de recursos é um problema para a continuidade do projeto, que conta com o trabalho praticamente voluntário dos agentes. A expectativa é de 40 dólares mensais, porém o atraso nos pagamentos fez com que a maioria dos ACS procurasse outro emprego. Além disso, a obrigatoriedade de apenas 8 horas de trabalho semanais dificulta o bom andamento das ações .

A expectativa, porém, é grande. Carlile percebe muito interesse por parte do governo da Província no projeto, inclusive para fornecer os dados que os agentes conseguem coletar com suas visitas – um retrato local.

E o enfermeiro João, que pretende concluir seu doutorado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) com uma avaliação dos dados coletados pelos próprios ACS de Luanda, também acredita que é possível. "Basta força de vontade dos nossos dirigentes".

## Enquanto isso, do outro lado do País...

Um empresário angolano natural de Huambo, província rural a 600 km de Luanda, no coração de Angola, decide ajudar a restabelecer a saúde da população de sua província de origem com a ajuda de profissionais de saúde brasileiros. O projeto Uhayele ("saúde" em Umbundo, segundo idioma mais falado no País e língua materna de 26% da população) começou com um amplo diagnóstico da situação sanitária local elaborado por vários profissionais, dentre eles, os médicos sanitaristas Sérgio Zanetta e Gonzalo Vesina Neto, em 2008. "Precisávamos construir um projeto que agregasse valor e ficasse, pois havia algumas diferenças sociais importantes em uma região com problemas marcantes", relata Zanetta.

Hoje, o projeto conta com uma rede de 476 ACS, 42 técnicos em enfermagem (que são ACS que se destacaram no trabalho e se tornaram supervisores de campo), 5 enfermeiras assistenciais brasileiras (coordenadoras de campo que gerenciam o trabalho dos supervisores de campo e dos ACS) e 1 coordenadora técnica provincial (que coordena todo o projeto).

O supervisor de campo, Damasio Beu Calilongue, primeiro ACS do projeto, explica a diferença do seu car-

média de, aproximadamente, 6%. Os recursos advindos do petróleo têm sido direcionados para o desenvolvimento social, em especial para as áreas de saúde e educação. É, ainda, um país em reconstrução, pois teve parte da infraestrutura básica (escolas e unidades de saúde, por exemplo) destruída na guerra prolongada.

Embora esteja se tornando grande potência africana, Angola enfrenta problemas estruturais graves e enorme desigualdade social, que se refletem, seriamente, na saúde. "No Relatório sobre o Desenvolvimento Humano de 2010, Angola obteve a 146ª posição de uma lista de 169 países. A taxa de adultos alfabetizados é de 67%, e 54,3% seguem abaixo da linha de pobreza, vivendo com menos de um dólar (US$ 1) por dia", afirma a médica e pesquisadora Camila Giugliane na tese de doutorado "Agentes comunitários de saúde: efetividade no Brasil e processo de implantação em Angola", de 2011.

A migração da população rural para as capitais das províncias (ao todo, 18) gerou um rápido crescimento urbano e condições precárias de sobrevivência. Não há rede de esgoto para a maior parte da população (eles utilizam latrinas), a água potável para consumo é escassa e a malária prolifera nas plantações de milho.

A taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos é de 83,53 por mil nascimentos, segundo dados de 2010 da Organização Mundial da Saúde (OMS), e mais de 50% desses óbitos devem-se à diarreia (25%), pneumonia (20%) e malária (8%). Além disso, a expectativa de vida da população angolana é baixa, a carga de doenças transmissíveis é elevada e as doenças crônicas crescem.



go. “O supervisor é o gerente, é o responsável, quem faz o plano de atividades e distribui aos agentes que são indicados. E depois faz a cobrança, orienta as atividades, acompanha as dificuldades. E, caso não encontre solução com os ACS e se não for do seu alcance, comunica à enfermeira técnica assistencial”.

“Atuamos nas comunidades com reduzida infraestrutura e sérios problemas de saneamento básico e água potável disponível”, explica a enfermeira Analú Corrêa de Souza, uma das coordenadoras. O projeto não está ligado diretamente às unidades de saúde, porém elas são comunicadas das situações de risco encontradas na comunidade. No trabalho cotidiano, os ACS utilizam protocolos de coleta de dados que auxiliam no acompanhamento das famílias. “Sua condição de morador local facilita o trabalho e, como no Brasil, ele se torna importante elo entre a comunidade e as unidades de saúde”, salienta Analú.

Para o ACS Constantino Franco Sacalembe, desde que o projeto começou, houve grandes melhorias. “Hoje já há entendimento da importância das latrinas adequadas, aterros sanitários, aleitamento materno exclusivo, uso do mosquiteiro e fervura da água. Aqui em Angola há muita dificuldade com a água porque falta tratamento. Antes, muitas crianças adoeciam porque não se sabia da importância da fervura da água”.

Franco, como gosta de ser chamado, disse que aprendeu muito nos cursos de formação e considera que o mais difícil são as reclamações da população. “Antigamente, a população ganhava sais de reidratação oral e hoje não recebe mais, porque, durante a visita domiciliar, nós ensinamos a preparar o soro caseiro. Alguns reclamam”, informa.

O projeto, para a enfermeira Analú Corrêa, vem beneficiando as comunidades com melhorias significativas, focando os problemas de maior relevância (principalmente a malária), infecções respiratórias agudas, doenças diarreicas, desnutrição e aspectos relacionados à saúde materna. E o supervisor Damasio completa: “Ensinamos a amar o próximo, pois é dentro da caridade que o nosso trabalho mais se apega, mais se concentra”.

Elias Francisco Vila é outro destaque do projeto. Atualmente como gestor do cuidado, trabalhando com saneamento básico no melhoramento físico das latrinas e tratamento de água, foi ACS e supervisor de campo. E destaca que há, ainda, grandes desafios. “Sobretudo na província de Huambo, o índice de latrinas inadequadas é elevado ainda. Às vezes nos deparamos com algumas situações que nos preocupam bastante e, independentemente das áreas críticas, eu planejo e depois parto para a solução, caso a caso. Em Mana Culele [uma aldeia rural da província], tinham-se três latrinas no início. Depois do trabalho, conseguiram-se 93 em uma comunidade com 124 famílias. Hoje, todas têm latrinas adequadas”, orgulha-se. ■

BATE PAPO COM ACS

*Por: Déborah Proença / Fotos: Acervo UBS Alice Tibiriçá*

# Marcos José Alves do Nascimento



*Satisfação pessoal e complementação de renda, nos últimos dez anos, têm motivado pessoas com mais de 60 anos a procurar emprego, mesmo após começarem a usufruir a tão sonhada aposentadoria. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que o número de idosos que voltaram para o mercado de trabalho cresceu 65% entre 2000 e 2010 – de 3,3 para 5,4 milhões de pessoas economicamente ativas.*

*Distrito Federal e Amapá registram os maiores índices de crescimento (151% e 135%, respectivamente), que é constatado, porém, em todas as regiões do País. No Rio de Janeiro, uma Unidade Básica de Saúde em Irajá, zona norte da cidade, resolveu contribuir para essa estatística contratando um agente comunitário de saúde com a experiência dos fios brancos.*

*Divorciado, pai de dois filhos homens, com 36 e 34 anos, e uma moça com quase 30 (ele insiste em se referir a eles como "meninos"), Marcos Nascimento é potiguar de Natal, Rio Grande do Norte, e se mudou com a família para o Rio de Janeiro aos 9 anos. Felizmente, segundo ele.*

*Leitor voraz, adora escrever. "É o meu lado jornalista frustrado", brinca. Bem articulado, o técnico em contabilidade credita o raciocínio lógico rápido e sua facilidade em se expressar à leitura. É possível que seu interesse por filmes "que instigam o pensamento e fazem com que você cresça em relação à vida" tenham contribuído para essas características. Ou será o inverso?*

*Hoje, com 60 anos recém-completados, Marcos compartilha conosco o que aprendeu – e ensinou – nesses dois anos em que atua como ACS.*

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

**Marcos Nascimento:** Eu não conhecia este trabalho. Sempre me virei por conta própria, com vendas, mas andava estressado e muito cansado, até que um dia vi um anúncio no bar do bairro convocando para um concurso para o cargo de agente comunitário de saúde. Aí me inscrevi e passei. E nunca me arrependi, pelo contrário! Apesar de a remuneração ser baixa, é muito gratificante, pois é um trabalho dinâmico, que não cai na rotina, em que podemos desenvolver várias coisas de acordo com nossas aptidões e habilidades. Além do contato com as famílias ser muito valioso, no sentido de você conhecer mais profundamente o ser humano e perceber como há uma diversidade de pessoas e temperamentos. Aprendemos a conhecê-lo melhor, conhecer suas necessidades, que nem sempre são médicas. Às vezes são necessidades emocionais que se refletem no organismo, e aprendemos a distinguir a diferença.

**RBSF: A sua contratação partiu de uma decisão da gerência da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou do município?**

**Marcos Nascimento:** Não foi algo planejado a contratação de uma pessoa mais velha. Após minha admissão, na primeira reunião de equipe, minha antiga gerente me contou que, por ela, não teria me contratado. Alegou que, na época, acreditava que a minha idade poderia influenciar na atitude profissional, usando de subterfúgios para evitar trabalhar conforme as necessidades da unidade, como fazem muitos que já trabalham há tantos anos. No entanto, ela confessou que estava muito feliz por ter desistido da ideia de não me contratar em razão do pre-

conceito da idade e que estava muito satisfeita com o meu trabalho. Fez vários elogios.

**RBSF: O que achou dessa oportunidade?**

**Marcos Nascimento:** Achei muito interessante, porque não é muito comum a contratação de mão de obra com mais de 50, e eu tinha quase 60! Nunca conheci outro agente sexagenário.

**RBSF: Quantas famílias o senhor atende? Seu trabalho é diferenciado em virtude da idade?**

**Marcos Nascimento:** Não, pelo contrário! Continuo fazendo o que todo mundo faz, com muita tranquilidade. Atendo 162 famílias e trabalho quase que somente em prédios, subindo os quatro andares sem problemas ou limitações. A medicina avançou muito nos últimos anos, a expectativa de vida aumentou. O mais importante, para mim, é exercitar a mente e ter uma boa qualidade de vida. Fazer o que se gosta é fundamental! E trabalhar como ACS me instiga, pois possibilita que eu converse com diferentes pessoas – coisa que adoro – e exercite minha capacidade de escrever e me posicionar diante das pessoas. Sempre quero participar de tudo, algo que só o trabalho como ACS me proporciona.

**RBSF: Há alguma coisa que não possa ou consiga fazer?**

**Marcos Nascimento:** Não tenho qualquer limitação física. Faço todo o meu trabalho e visito todas as famílias da minha microárea, conforme definido junto à equipe.

**RBSF: Como a comunidade recebe você? Percebe algum tratamento especial?**

**Marcos nascimento:** A comunidade sempre me recebeu muito bem, embora no início tenha havido muita resistência, que hoje já está muito menor. O tratamento é diferenciado, sim, talvez em virtude dos cabelos brancos, se bem que isso não tem muito a ver, na prática, pois existe muita gente que não respeita as pessoas mais velhas. A idade facilita; cria uma confiança maior em receber o agente, mas se o cadastrado está com problemas a idade do agente não importa. Se ele precisar falar e reclamar, vai falar, independentemente da idade de quem esteja lá para escutá-lo.

**RBSF: : E como o você age nessas situações?**

**Marcos Nascimento:** É um exercício de paciência; é preciso neutralizar essa violência, até mesmo com o silêncio. Aí, mostramos o que está acontecendo na unidade, como ela está trabalhando em benefício da comunidade. Fazer com que o cadastrado perceba que estão acontecendo muitas coisas boas, sim, e que a Saúde da Família, esse pro-





jeto tão bonito e fascinante, realizou vários avanços.

**RBSF: : Trabalhar na Saúde da Família lhe trouxe o que, pessoalmente?**

**Marcos Nascimento:** Fico muito feliz em fazer parte deste trabalho, pois se descobrem coisas que se desconhecia possuir. No meu caso, a paciência. Eu sabia que tinha, apenas não sabia que tinha tanto!

**RBSF: Como é sua relação com os colegas ACS?**

**Marcos Nascimento:** Não tenho problemas com ninguém. Sou querido por todos. Mantemos uma relação de respeito e coleguismo muito boa, mas não sei se essa boa relação é devido à idade ou à postura. Acredito que a idade tenha importância, mas a postura, a forma como a gente se coloca diante das situações cotidianas da UBS, e o bom senso servem como um exemplo para muita gente.

**RBSF: E com o restante da equipe?**

**Marcos Nascimento:** Também é uma relação muito boa, muito tranquila. Quando tive problemas, eu me posicionei de forma clara, sem agredir ou ofender ninguém. Sempre fui muito bem recebido, nunca deixei rugas ou mágoas em qualquer colega, desde os porteiros e funcionários dos serviços gerais até os enfermeiros e médicos. Meu ambiente profissional é formado por pessoas muito jovens, o que poderia ser um obstáculo, mas não é. Para mim, é muito gratificante trabalhar com essa juventude, pois podemos conhecer os anseios que vive.

*"...conhecer mais profundamente o ser humano e perceber como há uma diversidade de pessoas e temperamentos. Aprendemos a conhecê-lo melhor, conhecer suas necessidades, que nem sempre são médicas..."*

Além de jovens, estou em um meio predominantemente feminino – sou o único homem. E isso mudou minha visão com relação às mulheres. Elas transformam o ambiente. Dão mais cor, mais alegria, mais barulho, mais criatividade.

**RBSF: É difícil ser ACS em plena terceira idade? Quais os maiores desafios?**

**Marcos Nascimento:** : Acho que sim, mas é difícil em qualquer idade. No início, tivemos muitas dificuldades aqui em Irajá. No meu entendimento, nas áreas urbanas, as dificuldades em trabalhar com a Saúde da Família são maiores. Tivemos muita rejeição, inicialmente. Muita gente não abre a porta; diz que não precisa, que não tem interesse. O morador do centro urbano é muito diferente dos interioranos. Hoje, ainda existem pessoas que mal falam, mas há aqueles que recebem você na porta, oferecem café.

**RBSF: Acredita que a receptividade da comunidade é maior com o senhor?**



**Marcos Nascimento:** Se é maior ou não, não sei avaliar. Mas percebo que minhas colegas acreditam que eu imponho mais respeito pela idade, e que determinadas tarefas poderiam ser executadas por mim. Acho que são os cabelos brancos...

**RBSF: Sofre algum tipo de preconceito?**

**Marcos Nascimento:** Não, nunca sofri qualquer preconceito com relação à idade. Há, até, certa admiração por parte da população por estar desenvolvendo este trabalho na minha idade, principalmente por estar em um meio tão jovem. Ainda me espanto quando me chamam de "Seu Marcos", pois nunca foi hábito na minha casa. Meus filhos me chamam de "você". É estranho.

**RBSF: Como lida com esse estranhamento?**

**Marcos Nascimento:** Às vezes, deixo a saúde de lado e puxo conversa sobre a vida, pois eles precisam de atenção. Então procuro diversificar. Minha comunidade tem muitos idosos solitários, na maioria mulheres que ficaram viúvas porque os maridos não cuidaram da própria saúde. São pessoas solitárias, geralmente, e precisam desabafar, ter com quem conversar.

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

**Marcos Nascimento:** Uma das coisas que aprendi e que me impressionou muito foi a diversidade de dramas que as pessoas têm. Você passa a ser adotado pela comunidade e começa a viver o dia a dia das famílias, torna-se quase um membro. E, assim, percebe os dramas que antes você não tinha nem noção. É uma lição de vida para mim quando as pessoas se abrem e falam sobre os seus problemas.

*"...Você passa a ser adotado pela comunidade e começa a viver o dia a dia das famílias..."*

**RBSF:Tem algum recado para os ACS leitores da Revista Brasileira Saúde da Família?**

**Marcos Nascimento:** Tenho sim, principalmente para os jovens. Enquanto estiverem na saúde, atuando como agentes comunitários de saúde, é preciso vestir a camisa. A função de ACS requer dedicação, compreensão e afeto. Procurem realizar o trabalho com seriedade, com amor, sem que isso os impeça de perseguir os próprios sonhos. Não estamos lidando com automóveis ou ventiladores; são gente. Pessoas com muita importância e que merecem respeito. Além disso, os agentes precisam valorizar o seu papel, sua posição, precisam adotar uma postura mais madura e condizente com a profissão – não somente conosco, mas também com outros profissionais –, pois, dentro das nossas limitações profissionais, muitas vezes podemos resolver problemas que surgem que outros não o fariam. ■

*Por: Raphael Gomes / Fotos: Acervos Telessaúde RS/SC*

# ACS incorporam Telessaúde como instrumento de formação




RS

O Telessaúde Brasil Redes é um programa do Ministério da Saúde de apoio às equipes de atenção básica. Entre os profissionais da atenção básica à saúde, os agentes comunitários de saúde (ACS) têm acessado com muita frequência as ações desse programa, conduzido pelas Secretarias de Atenção à Saúde (SAS) e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES). O fato de os ACS se apoderarem da ferramenta, além de expressar êxito na intenção de formação complementar, revela a busca por capacitação permanente, o que qualifica a rotina de trabalho desses profissionais e suas equipes.

Eduardo Melo, coordenador geral de Gestão da Atenção Básica, do Departamento de Atenção Básica (DAB), explica que os ACS vivenciam situações em que precisam sanar não apenas as suas dúvidas, mas as da comunidade. Nesse sentido, o Telessaúde é uma ferramenta complementar fundamental no processo de formação, que não descarta – ao contrário, soma – os encontros e reuniões presenciais das equipes e suas consequentes trocas de informações, discussões de casos, planejamento de ações e avaliações do próprio trabalho.

"A participação dos profissionais das equipes é crescente. As últimas pesquisas que fizemos sobre a utilização da Biblioteca Virtual do programa em 2010, 2011 e 2012 indicam que cresceu o número de ACS que participaram desses levantamentos de 7% em 2010 para 17% do total de acessos em 2012. A avaliação que fazemos é que

o programa Telessaúde Brasil Redes vem despertando cada vez mais interesse nos profissionais e trabalhadores do SUS, por permitir acesso à informação e formação de forma contínua. O programa está em constante expansão", afirma Felipe Proenço, diretor-adjunto do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES).

Em Santa Catarina, 245 cidades (83,6% dos municípios do Estado) estão cadastradas no Núcleo Telessaúde SC, das quais 165 participam ativamente de algum tipo de serviço oferecido pelo Núcleo. Atualmente, ele é responsável pelo atendimento de 953 equipes de saúde. Luiz Roberto Agea Cutolo, coordenador do Telessaúde SC, reforça que

*"...explica que os ACS vivenciam situações em que precisam sanar não apenas as suas dúvidas, mas as da comunidade. Nesse sentido, o Telessaúde é uma ferramenta complementar fundamental no processo de formação..."*

as atividades são pensadas para atingir, sem distinção, a todos os profissionais, mas observa que os ACS têm participado cada vez mais das ações do programa, com destaque para as webconferências e as teleconsultorias. "Os ACS são muito empolgados e proativos nas teleconsultorias", afirma Cutolo, ao mesmo tempo em que diz que as ações visam a estimular o diálogo entre as equipes. "O agente comunitário de saúde tem papel-chave no trabalho das equipes, mas nós apostamos na equipe", reforça.

Denise de Oliveira é agente comunitária do município de Pirituba (SC) e começou a participar das ações síncronas (webconferências e teleconsultorias) do Telessaúde direcionadas a sua rotina de trabalho no início deste ano. Esses encontros ocorrem, explica Denise, a cada 15 dias na Unidade Básica de Saú-

## Trabalho em equipe

O Telessaúde Brasil Redes é uma atualização do Programa Nacional de Telessaúde, instituído pela Portaria n° 35, de 4 de janeiro de 2007. É uma ferramenta que visa a desenvolver ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente das equipes de atenção básica. Sua perspectiva é de melhoria da qualidade do atendimento, de ampliação do escopo de ações ofertadas por essas equipes e de aumento da capacidade clínica, por meio da oferta de teleconsultoria, segunda opinião formativa e telediagnóstico.

Pressupõe o entendimento, basicamente, de três princípios: (a) todos os profissionais podem participar das atividades; (b) é uma estratégia complementar de formação dos profissionais que não implica a falta de reuniões presenciais das equipes; (c) as respostas elaboradas pelos teleconsultores são pensadas de acordo com as especificidades de cada profissional, podendo, inclusive, sugerir que determinada demanda seja discutida ou repassada para outro membro da equipe a qual o profissional solicitante da teleconsultoria está vinculado.

Aumentar a resolutividade clínica da atenção básica, reduzir o número de encaminhamentos desnecessários e melhorar a qualidade dos encaminhamentos necessários estão entre os desafios atuais do Telessaúde, que podem ser superados com a articulação com as centrais de regulação e processos de regulação do acesso.




de (UBS) do seu município. É importante destacar que o Telessaúde não funciona apenas duas vezes por mês, mas durante o tempo todo por meio de outras atividades para os diferentes profissionais, a exemplo das ações assíncronas, que, geralmente, envolvem questões relacionadas à atenção básica, tais como problemas comuns de saúde; relações entre os indivíduos, suas famílias e comunidades; e processo de trabalho das equipes de saúde, entre outros. Para a agente, o programa é uma oportunidade de melhorar o seu trabalho, na medida em que as dúvidas do cotidiano são sanadas. O prazo para as respostas de teleconsultoria é de 72 horas, conforme previsto na portaria e na página 34 do manual do Telessaúde (www.telessaudebrasil.org.br).

*"...É importante destacar que o Telessaúde não funciona apenas duas vezes por mês, mas durante o tempo todo por meio de outras atividades para os diferentes profissionais..."*

Da mesma forma, a ACS Elisângela Neves de Sousa, atuante há cinco anos em Itajaí, participa mensalmente das webconferências. Ela passou a acessar o Telessaúde em 2012 e acredita que a troca de informações e a interação com as equipes contribuem para ampliar o olhar sobre situações cotidianas e pensar em alternativas para resolver diferentes demandas. "Facilita o trabalho no dia a dia", resume a agente.

No Rio Grande do Sul, o Telessaúde abrange 127 municípios com pontos informatizados, atingindo diretamente 286 equipes de atenção básica. Carlos André Aita Schimitz, coordenador executivo do Núcleo gaúcho, destaca que o Telessaúde oportuniza qualificação e contribui para diminuir a ca-


SC

rência de ações para os ACS. Nesse sentido, webpalestras e cursos são pensados especificamente para esses profissionais, com cuidados que abrangem desde os temas que serão abordados até a linguagem a ser utilizada.

Entre os temas mais acessados no Núcleo do Rio Grande do Sul destacam-se: educação em saúde, aconselhamento e dieta com enfoque psicológico, endócrino, metabólico e nutricional; problemas depressivos; e medicina preventiva e manutenção da saúde. Subindo no mapa do Brasil até o Amazonas, dos 62 municípios do Estado, 52 têm pontos ligados ao núcleo Telessaúde AM – incluindo dois em áreas indígenas (Yauaretê e Umirituba) – e são atendidas 353 equipes de saúde na região.

Para além das particularidades culturais, a participação ativa dos ACS é destacada por Cleinaldo de Almeida Costa, coordenador do núcleo amazonense, como fundamental para a melhoria do atendimento nas comunidades. Essa participação rende atividades específicas, que contemplam temas demandados pelos próprios agentes em uma linguagem voltada à sua rotina de trabalho.

O coordenador classifica como positiva essa interação dos ACS por vários fatores. Um deles evidencia uma demanda reprimida de ações para os agentes, carência que foi superada de modo a caracterizar o núcleo do Amazonas como um dos maiores em termos de teleducação, afirma Cleinaldo. Outro destaque é a apropriação das webconferências por esse público, o que representa um avanço no alcance das ações diante das dificuldades de deslocamentos das equipes de atenção básica na região. Outro fator é a real apreensão dos conteúdos para otimizar as práticas de trabalho dos ACS. ■

## Saiba mais!

Cada núcleo do Telessaúde oferece atividades específicas para as demandas dos profissionais das equipes de saúde. Levam em consideração as observações decorrentes da rotina de trabalho dos membros desses grupos. Neste momento, estão sendo implantados em todos os Estados do País núcleos do Telessaúde para ampliar o número de profissionais e equipes de atenção básica atendidos pelo programa, contribuindo, dessa maneira, para a melhoria do atendimento da atenção básica. No site **www.telessaudebrasil.org.br**, você pode acessar os núcleos estaduais e participar das ações desenvolvidas. Não deixe de acessar o site, fazer suas perguntas e acompanhar as novidades e ofertas de atividades do programa. Participe e incentive seus colegas de equipe a participar também!

# Crônica da Saúde

# O ACS na promoção da saúde

*Texto: Marcos Nascimento* Ilustração: Roosevelt Ribeiro*

Somos todos iguais no processo de promover e prevenir a saúde na atenção básica, em que cada categoria tem sua importância inquestionável. Não tenho intenção de ser corporativista e, caso assim seja interpretado, peço desculpa, mas não posso deixar de considerar o agente comunitário de saúde, o ACS, um recurso humano indispensável no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Considerando as diferentes individualidades desses profissionais, sua diversidade cultural, social, familiar, a multiplicidade de talentos inatos, de experiências de vida e profissionais, o ACS é um recurso valioso, desde que capacitado regularmente por seus supervisores. É o canal de observação, comunicação e ação entre a comunidade e a unidade de saúde, esclarecendo e divulgando os serviços que estão à disposição dos usuários, desconhecidos por estes muitas das vezes.

Como todos sabem, os ACS são moradores em suas comunidades, e cada beco, viela, rua estão demarcados em suas memórias. O território é mapeado, dividido em áreas e microáreas e, posteriormente, são cadastradas as famílias, uma etapa difícil do trabalho, por enfrentarem rejeição e descrédito dos usuários, principalmente nas áreas urbanas, ao contrário das comunidades de moradores da periferia, nas quais os beneficiários das ações e serviços de saúde se mostram mais receptivos. Em seguida, iniciam a fase das visitas domiciliares, quando aguçam o olhar, desenvolvem a percepção e a sensibilidade, possibilitando uma visão mais ampla do contexto em que germinam as enfermidades, muitas das vezes consequências dos conflitos familiares ou desajustes sociais.

O agente aprende a olhar o indivíduo como parte de um núcleo familiar, em que situações de abandono, indiferença, conflitos, traumas, violências, frustrações e outros sentimentos devastadores – que potencializam a enfermidade – são bem comuns. Nessas situações, o tratamento indicado nem sempre é a prescrição médica, mas sim a escuta atenta e cuidadosa, o afeto e a solidariedade de todos os profissionais da equipe de saúde, principalmente dos ACS. Afinal, passam a ser "adotados" como integrantes de inúmeras famílias sob sua responsabilidade.

Aproveitar o melhor de cada um desses profissionais, reunir seus talentos individuais e promover a melhora da autoestima permitirá às equipes de saúde ter ferramentas preciosas na condução do processo de trabalho. Ser um ACS requer afeto, cumplicidade, compromisso e dedicação, espírito de trabalho em equipe e postura firme diante dos obstáculos que o próprio sistema cria na rotina de suas inúmeras atividades. Muitas dessas ações não são programadas, em consequência do inesperado das situações comuns na área da saúde, que dificultam o cumprimento de sua agenda de trabalho.

Somos tantos em um: escritores, locutores, cantores, desenhistas e atores. Somos acompanhantes em caminhadas de grupos de hipertensão e diabéticos, sob a supervisão de um profissional de educação física. Temos a possibilidade de produzir mídia visual, após capacitação recebida em cursos de multimídia e oficinas de vídeo maker, um recurso midiático valioso na divulgação das ações educativas e campanhas preventivas organizadas pela unidade. Nossa origem é de classes sociais desfavorecidas, tendo que estudar e trabalhar em condições adversas de sobrevivência, muitas vezes em meio social sitiado pela violência marginal e a truculência policial, resistindo contra a sedução do poder e dinheiro fácil acenados pelo tráfico de drogas. Entretanto, todos têm suas aptidões, sua centelha de criação à espera do sopro libertador das ideias.

Temos escritores, sim. Claro que intuitivos, sem



o domínio da técnica literária, mas capazes de mostrar uma produção sensível, poética e crítica, resultante de suas observações e experiências. Têm em comum o gosto pela leitura, o gosto pelo cheiro dos livros, e acham que utilizar a literatura dos grandes escritores e poetas nas salas de espera seria um lenitivo confortador e consolador à angústia que precede o atendimento médico. A poesia de Mário Quintana ou Drummond, um trecho de Jorge Amado, Machado de Assis ou Clarice Lispector seriam cápsulas literárias eficazes no tratamento das dores da alma.

Nas festas comemorativas do Dia dos Pais, Dia das Mães, Dia Internacional da Mulher e Natal, temos vários bons locutores e cantores cujas vozes interpretam textos e canções que estimulam a comunidade a interagir e participar ativamente dos eventos, sempre num clima de muita alegria e emoção.

Nas ações e oficinas, revelam-se atores na figura representativa de um mosquito, de um piolho, ou se caracterizam de Zé e Maria Gotinha, encantando as crianças. Interpretam jovens casais na representação da gravidez precoce ou dos perigos resultantes do não uso de preservativos, utilizando linguagem lúdica e circense, o que facilita a compreensão e assimilação das mensagens. Temos companheiros que trabalham com o teatro de fantoches, ou são animadores, palhaços, enfim, artistas cujo único objetivo é a alegria, é fazer sorrir.

Aproveitando o carnaval, os ACS formaram um bloco de rua tipicamente carioca, com fantasias e instrumentos improvisados, batizado de GRBC PREVENIR É O MELHOR REMÉDIO. A marchinha que os agentes compuseram tratava, de forma bem humorada, de temas como hipertensão, diabetes, HIV, dengue e cuidados com a saúde bucal, convidando a população do bairro a procurar nossa unidade para receber o atendimento devido.

Companheiros de outras Clínicas da Família desenvolvem projetos muito interessantes, entre eles as oficinas de judô oferecidas a crianças de uma comunidade marcada pela violência. Paralelamente às suas atividades, prestam um serviço social de resgate da cidadania, passam lições de solidariedade e disciplina, investindo na formação do homem do futuro em cujas mãos estará a responsabilidade da mudança para um mundo mais justo, mais ético e com menos desigualdades sociais. Todos temos responsabilidade na educação das crianças, sejam nossos filhos ou não, e os companheiros ACS estão cumprindo a missão que lhes foi dada. Medalhas e troféus já foram conquistados por alguns desses meninos em competições, mas o maior prêmio será vê-los subir no pódio do bem.

*"...sua diversidade cultural, social, familiar, a multiplicidade de talentos inatos, de experiências de vida e profissionais, o ACS é um recurso valioso..."*

Aproveito a generosidade do espaço concedido para um recado aos meus colegas: todos têm direito de buscar suas aspirações e sonhos. Nada mais justo! Entretanto, enquanto estiverem nessa função, dediquem-se com afeto, amor, empenho, sejam solidários e comprometidos com o trabalho. Nosso empenho é pelo bem-estar, pela saúde e pelo respeito ao próximo.

Tantas atividades dificultam o cumprimento de nossas metas, entretanto são úteis para nossa evolução pessoal e desenvolvimento de nosso potencial criativo. Certamente seremos reconhecidos e valorizados por nossos gestores e população, pois já somos parte da paisagem carioca.

Alguns companheiros precisam melhorar suas atitudes e postura, construir uma imagem positiva, demonstrar maturidade, desenvolver conhecimentos e ter interesse no próprio crescimento. Afinal, o ACS é um agente transformaDOR! ■

*Marcos Nascimento é agente comunitário de saúde na UBS Alice Tibiriçá, localizada em Irajá, no município do Rio de Janeiro/RJ.

Você faz a crônica, elabora textos técnicos, escreve artigos ou conta contos? Mande para nós. Esta seção foi feita para você se comunicar conosco! Envie também sugestões de matérias, entrevistas para a revista, ou suas críticas. Entre em contato com a redação: revista.sf@saude.gov.br , a Revista Brasileira Saúde da Família reserva-se o direito de publicar os textos editados ou resumidos conforme espaço disponível.