REVISTA BRASILEIRA

SAÚDE DA FAMÍLIA 31

Publicação do Ministério da Saúde - Ano XII - janeiro a abril de 2012 – ISSN 1518-2355



ENTREVISTA
Luiz Facchini e o avanço da rede de pesquisas pelo PMAQ

PSE:
incentivo a vida saudável para 12 milhões de estudantes

TRÊS PASSOS:
a Atenção Básica que queremos

ORÇAMENTO
da AB cresce 37% em 2011/12

ENCARTE
A saúde mental no dia a dia do ACS

O ENCONTRO DA SAÚDE COM A EDUCAÇÃO:
os desafios da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola

Coordenação, Distribuição e informações
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Edifício Premium SAF Sul – Quadra 2 – Lotes 5/6
Bloco II – Subsolo
CEP: 70.070-600, Brasília - DF
Telefone: (0xx61) 3306-8044
Home Page: www.saude.gov.br/dab

Editor Chefe:
Hêider Aurélio Pinto

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

Coordenação Técnica:
Patricia Sampaio Chueiri
Alexandre de Souza Ramos

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
José Eudes Barroso Vieira
Larissa Pimentel Costa Menezes
Marcelo Pedra
Mariana Carvalho Pinheiro
Patrícia Sampaio Chueiri
Patrícia Tiemi Cawahisa

Equipe de Comunicação:
Antônio Sergio de Freitas Ferreira
Davi de Castro de Magalhães
Déborah Proença

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*
Distribuição gratuita

Fernando Ladeira
Radilson Carlos Gomes
Tiago Souza

Diagramação e ilustrações:
Roosevelt Ribeiro Teixeira

Revisão:
Ana Paula Reis

Normalização:
Marjorie Fernandes Gonçalves

Fotografias:
Radilson Carlos Gomes, Antônio Cruz (ABr), Déborah Proença, Fernando Ladeira (FL), Deval de Souza, Tiago Souza, Acervos SMS Olinda/PE, SMS Três Passos/RS, SMS RJ/RJ e SMS Jaciara/MT, Luciana Melo, Saraiva, Peter Ilicciev - Fiocruz Multimagens, Acervo RONTAN. Capa: Fernando Ladeira

Colaboração:
Rodolpho Filho
Roque Onorato
Marco Aurélio Santana da Silva

Revista Brasileira Saúde da Família / Ministério da Saúde – Ano 12, n. 31 (jan. / abr. 2012). – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
Trimestral.
Ano 12, n. 31, 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 29 PSE - Compromisso da educação e saúde vira prática de estudantes e familiares



CARTAS 04

EDITORIAL 05 O fio condutor

ESF EM FOCO 06 100 UOM por um Brasil sem Miséria

ENTREVISTA 07 Luiz Augusto Facchini, presidente da Abrasco

BRASIL 14 Canteiro de obras para a população brasileira

27 Expansão da AB amplia a residência médica

36 14ª CNS – A luta por um SUS público e devidamente financiado

39 PMAQ – Os eixos do desenvolvimento do programa

43 Telessaúde Brasil Redes: distâncias não existem mais

50 Financiamento da AB cresce 37% em dois anos

EXPERIÊNCIA EXITOSA 17 Três Passos/RS – a realidade depende da gente

CARREIRA 23 Cláudia de Paula, psicóloga

PELO MUNDO 46 A maior dor de Orestes

DE OLHO NO DAB 12 Parceria é intensificada entre DAB e Rede de Pesquisa em APS

48 Atenção básica ganha dois novos espaços para discussões

ARTIGO 52 O encontro da saúde com a educação: os desafios da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola

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) 3306-8044/ 8090

Revista Brasileira
Saúde da Família
Nº 31

CARTAS

Desejo saber como lançar na ficha A do SIAB, na opção tratamento de água no domicílio, o caso de consumo de água mineral, pois as opções são filtração, fervura e sem tratamento. E, ainda, por que o Ministério da Saúde ainda não incluiu o NASF no SIAB? Abraço,

Fernanda Magalhães Duarte, por e-mail

Prezada Fernanda,

Essas e muitas outras informações ainda não contempladas no sistema atual estão sendo incluídas no novo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em desenvolvimento.Em relação à ficha A do SIAB, enquanto não existir o campo para a alternativa "água mineral", não haverá registro para a variável. Já as ações dos NASF vão ser incorporadas ao novo SIAB.

• • •

Gostaria de saber quanto ao aumento de salários dos agentes comunitários de saúde publicado no site do Ministério da Saúde, cujo incentivo passa de R$ 750 para R$ 871, sendo que em nosso município recebemos o valor de R$ 871, incluída a insalubridade. Gostaria de saber se esse valor reajustado será pago como salário base e se a prefeitura deve fazer esse reajuste (16,3%) e a partir de quando? Visto que foi publicado que deve ser retroativo a janeiro. Tenho dúvida em relação ao incentivo de fim de ano, pois os ACS do meu bairro procuraram a prefeitura e ela disse que eles não têm direito a tal benefício.
Agradeço a atenção e aguardo resposta.

Anita Santos, por e-mail

Cara Anita,

Todo repasse do MS é caracterizado como "incentivo" à implantação e manutenção das estratégias. Com isso, o valor do repasse a agentes comunitários de saúde configura-se também como incentivo financeiro para a Estratégia de ACS, e não como salário, como tem sido o entendimento de muitas entidades.
Explicito isso porque a contratação, carreira e pagamento dos profissionais são de responsabilidade do ente municipal, e não do MS. Portanto, quem legisla sobre a carreira, forma de contratação e salários + insalubridades e outros acréscimos que julguem necessários é o próprio município. Por lei, o que temos é que o salário do ACS não deve ser menor que o salário mínimo. Com isso, tanto trabalhadores quanto a gestão municipal devem sentar para negociar salários e ajustes necessários.
A parcela extra que repassamos, sempre ao final do ano, com base no número de ACS cadastrados no sistema na competência de agosto – daquele ano – é para incentivo às ações e Estratégia de ACS. Não tem caráter salarial ou de repasse diretamente a cada ACS. Este é mais um assunto que deve ser negociado com os municípios.
Para finalizar, o valor retroativo que referimos é de pagamento aos fundos municipais desse reajuste desde janeiro. Isso independe da negociação salarial base que os ACS farão com seus contratantes.
Estamos à disposição e, caso entendam serem necessárias outras respostas, solicitamos que enviem formalmente ao nosso departamento para podermos subsidiá-los.

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

O fio condutor

O País se tornou um canteiro de obras em Unidades Básicas de Saúde, reformadas, construídas ou ampliadas, com infraestrutura de informática e internet, para estabelecer vínculo com a enorme rede do Sistema Único de Saúde (SUS). A meta do Ministério da Saúde é modernizar e qualificar o atendimento à população, com base na construção de novas e mais amplas unidades, além de melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde.

Estamos trabalhando em todo o País, em parceria com Estados e municípios, para mudar a cara de quase 15 mil serviços de saúde presentes nos bairros: as novas Unidades Básicas de Saúde. São mais de 3 mil sendo construídas em novos terrenos ou bairros com maior concentração de pobreza; mais de 5 mil sendo ampliadas para terem consultórios, salas de procedimentos e recepção mais modernas; e mais de 5 mil sendo totalmente reformadas para atenderem a novos padrões de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Somam-se a isso as melhorias promovidas em políticas e programas do Ministério da Saúde que fomentam novo movimento de expansão da Atenção Básica à Saúde, seja pela contratação de equipes de profissionais de saúde, seja pela implantação de Academias de Saúde. Ou pelo incentivo à participação em ações intersetoriais como o Programa Saúde na Escola, que, entre as atividades, inclui a aproximação das famílias de estudantes com as equipes de Saúde da Família.

O Ministério da Saúde está ampliando, anualmente, os recursos investidos na Atenção Básica à Saúde para dar suporte às ações efetivadas nos municípios, que têm sido os grandes promotores da saúde da população desde a criação do SUS. E busca equilibrar o financiamento com a discussão de melhor participação dos Estados.

O que une as experiências é o fio condutor da gestão, voltada a bons resultados internos ao SUS, por meio não só da atenção básica, mas de todas as redes de saúde, em benefício de toda a população.

Nesta edição, apresentamos um conjunto dessas ações. Fazem parte temas como os Programas Saúde na Escola (PSE), de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB – também presente na entrevista de Luiz Facchini, da Abrasco), e a requalificação das UBS e Telessaúde. Além de matérias que abordam o crescimento do financiamento pelo aumento do Piso da Atenção Básica, a experiência exitosa de Três Rios (RS) e o lançamento da residência médica pelo município do Rio de Janeiro. Entre outras com a mesma importância, como a matéria de saúde mental do encarte do ACS.

Esperamos que o conteúdo sirva para o conhecimento, reflexão e crescimento de cada leitor e partícipe desta troca de vivências pelo crescimento do Sistema Único de Saúde. Boa leitura e até a próxima edição.

Boa leitura!

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



100 UOM por um Brasil sem Miséria

Por: Fernando Ladeira / Foto: Acervo RONTAN / Ilustração: Roosevelt

Cuidados com a saúde bucal acompanhados por ações de promoção e prevenção à saúde estarão chegando sobre rodas, em breve, para as populações de 100 municípios das cinco regiões brasileiras. Essa sensação de proteção e atenção será levada por equipes de saúde bucal – cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal – a bordo das Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e sentida por populações rurais, quilombolas, assentadas e em áreas de difícil acesso, muito distantes das unidades de saúde urbanas. Dá-se início ao atendimento de populações que, de outra forma, não teriam acesso a esse tipo de serviço.

As vans do Programa Brasil Sorridente foram doadas pelo Ministério da Saúde e entregues, em 2 de março, em Tatuí (SP) a prefeitos e secretários de saúde de municípios que pertencem ao Mapa da Pobreza, prioritários para o Plano Brasil sem Miséria. Além da densidade demográfica, foram levados em conta os percentuais de população rural e população em extrema pobreza.

A população total dos 100 municípios é de 1 milhão e 600 mil habitantes, mas a atuação das UOM se restringirá aos segmentos com maiores dificuldades de se beneficiarem dos serviços urbanos. "Estamos levando a saúde bucal àqueles que têm muitos obstáculos para acessarem os serviços de saúde", afirmou o diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB), Hêider Aurélio Pinto, na solenidade de entrega.

De acordo com o também presente coordenador de Saúde Bucal, Gilberto Pucca, a medida favorece ainda os municípios que aderiram ao Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), pois alguns indicadores de saúde bucal fazem parte das metas de qualidade do programa.

Toda unidade conta com um consultório completo, com a mesma capacidade de atendimento de um consultório tradicional. São previstos 350 atendimentos/mês para cada equipe/veículo. Para a implantação dos serviços, aquisição de instrumentos, o Ministério da Saúde disponibilizou por UOM a quantia de R$ 3.500,00; para o custeio mensal – manutenção, bom funcionamento, compra de insumos –, dá um incentivo de R$ 4.680,00.

As unidades móveis são consideradas ferramentas da Política Nacional de Saúde Bucal para beneficiar populações isoladas ou em áreas de difícil acesso, garantindo-lhes ações de promoção, prevenção e atendimento básico. A continuidade da atenção será garantida pelas equipes conforme as necessidades dos usuários, que ainda terão como referência as equipes de saúde bucal fixas, dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e dos laboratórios regionais de próteses.

Para credenciar as unidades, os gestores municipais tiveram que encaminhar propostas de atuação das UOM e suas equipes à Coordenação-Geral de Saúde Bucal/DAB/SAS junto à cópia da ata de aprovação da proposta pela Comissão Intergestores Bipartite. ■

Saúde bucal de Norte a Sul

Dezesseis Estados foram beneficiados com a doação das Unidades Odontológicas Móveis. Veja abaixo, por região, os Estados e número de municípios contemplados.



LUIZ AUGUSTO FACCHINI

Texto e Fotos: Fernando Ladeira

À frente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), que desenvolve a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, Luiz Augusto Facchini vive momento único em sua gestão (2009-1012), que é o de participar com universidades e centros de pesquisa na formulação e execução do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Essas instituições estão responsáveis pela realização do censo físico das 42.542 Unidades Básicas de Saúde em todo o País e pela avaliação externa das 18.613 equipes de atenção básica inscritas no PMAQ.
Natural de Curitiba (PR), mas "gaúcho por adoção", o pós-doutor em Saúde Internacional (Harvard School of Public Health) é professor associado do Departamento de Medicina Social e dos programas de pós-graduação em Epidemiologia e Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Apaixonado por pesca na Lagoa dos Patos (RS), onde mora às margens, Facchini cita que o lazer só acontece quando não envolvido com a costumeira "carga de trabalho além da conta". Após dois dias de reunião do Grupo de Trabalho da Avaliação Externa do PMAQ, da Rede de Pesquisa, em Brasília (12-13/3), e entre reuniões no Departamento de Atenção Básica, foi entrevistado para a RBSF a respeito da Rede e das ações que esta vai realizar em 2012.



RBSF: Em 2010, foi lançada a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. Como tem se desenvolvido e qual a atual característica da Rede?

Luiz Facchini: Já temos 3.606 cadastrados na Rede (até 15/3) em menos de dois anos. A iniciativa foi e é muito relevante porque mobilizou todo o interesse da gestão de buscar nas universidades apoio às suas demandas, suas interrogações. Houve adesão das universidades e pesquisadores do extremo sul até a Região Norte, mas com a característica particular de ser uma rede aberta, e não só de gestores ou de pesquisadores. Está vinculada à Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), mas não limita a participação a pessoas ligadas somente ao campo da saúde coletiva ou ao campo da gestão, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Qualquer um com interesse em participar da Rede entra na página, cadastra-se e, imediatamente, torna-se membro. Daí pode receber boletins, acessar bibliografia, acompanhar os eventos, enviar demandas e questionamentos e receber respostas e subsídios. E o que mostra o alcance dos objetivos da Rede é a participação no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Antes apenas debatíamos possibilidades de pesquisas para subsidiar a gestão com contribuições da Academia.

RBSF: Participação na formulação ou na execução do PMAQ?

Luiz Facchini: Em ambos. Houve uma dialética interessante, porque a participação se configurava como um conjunto de princípios, de intenções, mas não era clara a forma como ocorreria. Então, o Hêider (Aurélio Pinto, diretor do DAB) assumiu, manifestou interesse em reforçar a Rede e propôs o trabalho com o PMAQ. Vários membros foram consultados, a proposta do programa foi apresentada em eventos da Rede e houve muita contribuição de pesquisadores para sua formulação, concepção e desenvolvimento. Agora, participa do desenvolvimento operacional do projeto. Tivemos cinco ou seis reuniões da Rede para o desenvolvimento conceitual e metodológico do PMAQ para viabilizar, agora, a avaliação externa, que é, fundamentalmente, a tarefa das universidades. Desenvolvemos os instrumentos, os métodos de coleta de dados em campo, a seleção e a capacitação de entrevistadores. Depois da apuração, virá o mais importante, faremos o banco de dados, a análise e a interpretação das informações.

É um processo que culmina com grande vinculação. A Universidade Federal de Pelotas, por exemplo, sob nossa coordenação, vai estar envolvida na avaliação externa em municípios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Goiás, Minas Gerais, do Distrito Federal e do Maranhão, onde temos fortes alianças com universidades federais locais. Houve uma capacidade de atração de pesquisadores, de grupos que não estavam participando de atividades da Rede de Pesquisa e hoje se somam e dão contribuições não somente para o PMAQ, mas para a própria vitalidade da Rede. A expectativa é de que tenhamos esse projeto da Rede, parceria da Abrasco com o DAB, renovado e que, pelos próximos dois anos, além do PMAQ, viabilizemos um conjunto importante de atividades.



RBSF: Para desenvolver a avaliação externa, quantas instituições estão envolvidas?

Luiz Facchini:

Luiz Facchini: De praticamente todos os Estados da Federação, você tem, hoje, pessoas participando e talvez tenhamos 30 e poucas instituições vinculadas com o trabalho. Um alcance bem além do que imaginávamos, no primeiro momento, em termos institucionais.

RBSF: Envolvidos quais departamentos? De que forma?

Luiz Facchini: De medicina social, de saúde coletiva, centros de pesquisa em saúde ou em saúde coletiva, em saúde pública. Uma grande diversidade. E é interessante porque, tradicionalmente, a área de atenção básica era vista como à parte da saúde coletiva. Agora, a Abrasco tem um envolvimento com ela que antes não tinha. O próprio modelo de rede de saúde, que tem uma característica horizontal, enquanto que

as disciplinas, os temas, têm característica mais vertical, que você aprofunda, limita o escopo, o objeto e aprofunda. As redes têm a possibilidade de fazer isso de maneira ampliada. O fato de você trabalhar numa área e eu noutra não impede a cooperação. É outra questão em que a Rede tem êxito não só para si própria, para seu funcionamento, mas serve, inclusive, de modelo para a dinâmica de trabalho da Abrasco. Temos vários grupos de trabalho, temáticos, que se reúnem em conformações similares às de redes, para poderem cooperar entre si pensando em objetos mais amplos como a saúde ambiental, a do trabalhador, a promoção em saúde, a comunicação ou a alimentação e nutrição. Quando, juntos, visualizam e compreendem os desafios de um dado objeto, um tema, de maneira mais complexa.

RBSF: Que temas tem sido desenvolvidos na Rede de Pesquisa?

Luiz Facchini: A Rede tem trabalhado uma diversidade importante de temas. O acesso, a utilização e a qualidade são muito recorrentes, mas aqueles aparentemente fora desse foco também tem sido trabalhados, como as práticas integrativas e complementares em saúde, questões relacionadas à prescrição de medicamentos, à qualidade e direitos dos pacientes. O intuito é de compreender os desafios e possibilidades, potencialidades da atenção básica. Assim, estudos sobre a infraestrutura dos serviços, características da força de trabalho em saúde, estão no portal, produzidos por pessoas lá cadastradas ou que foram entrevistadas.

RBSF: A avaliação externa. Quais as premissas iniciais e que direção está tomando?

Luiz Facchini: A ideia do PMAQ é bastante complexa. Você tem um programa com uma diversidade de etapas muito interessante. Primeiro, a adesão dos municípios foi voluntária. O município aderiu e selecionou equipes que fariam parte desse programa. Segundo, após a adesão, os municípios passaram a receber um incentivo que já os motiva a perseguirem as metas de melhoria do acesso e qualidade dos serviços ofertados à população. Terceiro, a possibilidade de as equipes de saúde realizarem uma autoavaliação de trabalho, de atividades, dos processos que utilizam. Daí recebem a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), uma ferramenta elaborada pelo DAB e que poderia ser desenvolvida pelos próprios municípios, mas está disponibilizada e fornecida no próprio site do DAB. Por meio dela, o município, a equipe de atenção básica, tem a oportunidade de se autoavaliar a partir de um conjunto de parâmetros. Em seguida, a chance de instituições externas, da Academia, irem a esse serviço, presencialmente, realizar uma avaliação externa muito conectada com a autoavaliação: princípios, temas, fundamentos, e reforçam tudo o que a equipe já pôde observar. Depois dão um retorno a essas equipes, um duplo retorno, pois, além da avaliação lá realizada, tem-se a oportunidade de premiar o melhor desempenho desses serviços com um incentivo financeiro. Completa-se um ciclo até poder, novamente, desencadear novo ciclo de avaliação do PMAQ, em processo contínuo, mas com participação diferenciada dos atores – seja dos municípios e das equipes se avaliando, seja das universidades participando do esforço para ter uma visão externa do processo, seja da gestão conduzindo o processo em parceria com os municípios e os Estados, e premiando os esforços bem-sucedidos. No PMAQ, o mais importante é a oportunidade

> *"...Qualquer um com interesse em participar da Rede entra na página, cadastra-se e, imediatamente, torna-se membro. Daí pode receber boletins, acessar bibliografia, acompanhar os eventos, enviar demandas e questionamentos e receber respostas e subsídios. E o que mostra o alcance dos objetivos da Rede é a participação no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)..."*

de avaliação periódica, pois a episódica é importante, mas insuficiente.

RBSF: Haveria tendência a um espaçamento maior das avaliações depois?

Luiz Facchini: Não, para que o município e as próprias equipes compreendam as mudanças que estão acontecendo. Se, periodicamente, essa avaliação se repete, após dois ciclos, você começa a compreender as mudanças e, com três, as tendências. É fundamental que se mantenha como uma política do Sistema Único de Saúde, do Ministério da Saúde, e que cada equipe consiga se comparar consigo mesma. Não adianta eu comparar você com seu colega, mas sim comparar você com você mesmo ao longo de um período. É mais pedagógico e mobilizador do esforço do interesse dos municípios e das equipes, pois você pode compreender o seu contexto, realidade peculiar que, às vezes, é incomparável à de outra equipe no mesmo município, ou de outro município no mesmo Estado ou região.

RBSF: Que mudanças o PMAQ pode trazer?

Luiz Facchini: Não temos elementos objetivos de avaliação, mas a minha percepção é a seguinte: a avaliação muda comportamentos. Então, se eu digo "daqui a 30 dias vou avaliar você", por meio desses critérios e parâmetros, você se prepara para essa avaliação. É como uma prova! A avaliação induz a mudanças positivas de comportamento e podemos ter um estímulo poderoso a melhorias e, se for periódica, essa tendência de mudanças, de melhoria de esforços, vai continuar.

"...temos fortes alianças com universidades federais locais. Houve uma capacidade de atração de pesquisadores, de grupos que não estavam participando de atividades da Rede de Pesquisa e hoje se somam e dão contribuições não somente para o PMAQ, mas para a própria vitalidade da Rede..."

RBSF: Que influência esse trabalho pode trazer para as instituições de ensino e as de pesquisa?

Luiz Facchini: Penso que para as universidades e instituições de pesquisa é um momento fantástico de acumulação de experiência. Primeiro, é uma pesquisa de dimensão nacional, ainda que cada instituição pegue uma parte desse esforço. Segundo, a oportunidade de trocar experiência, interagir, como vemos universidades de todo o País reunidas, debatendo os desafios que a pesquisa vai implicar, de maneira democrática e solidária, trazendo suas melhores contribuições e compartilhando com o grupo. Quando formos a campo fazer o trabalho, esse acúmulo teórico vai estar materializado e vai-se ter um processo de crescimento das instituições, dos centros de pesquisa. Por mais experientes e reconhecidos que sejam, não tinham antes a participação nesse esforço. Na UFPel, por exemplo, já fizemos estudos de grande amplitude, como o Aquares, com mostra representativa de 100 municípios do País, de todas as regiões, mas nunca o desafio de fazer um estudo que visitasse todos os municípios do Estado de Santa Catarina, e em cada município a todas as unidades de saúde. Isso tem implicações conceituais, metodológicas, logísticas, de organização do esforço. É um processo que vai aumentar a maturidade, a compreensão e a capacidade de cooperação, pois você não consegue fazer sozinho. Então, se não tivéssemos capacidade de mobilizar uma grande equipe, com parcerias nas universidades de cada um desses Estados em que vamos estar responsáveis, não teríamos como fazer esse estudo. É um salto de qualidade do ponto de vista restrito do conhecimento e das habilidades de cada instituição e centro, e também das estratégias, de como conceber, pensar e mobilizar o apoio, a cooperação para realizar esse trabalho. É um estudo de iniciativa do governo, uma pesquisa de natureza diferente daquelas tradicionais, em que a universidade se debruçava sobre



um tema, produzia uma pesquisa, identificava um conjunto de achados relevantes e disponibilizava para os gestores utilizarem se quisessem. Agora o sentido mudou! É o Ministério da Saúde, o governo federal que realiza uma pesquisa e necessita da cooperação e do concurso de universidades de todo o País para que ela se desenvolva, se materialize. Tanto para o espaço da gestão quanto da Academia, é um processo de cooperação, de vínculo muito importante, um estudo multicêntrico, com talvez mais de 30 centros cooperando para realizar um único instrumento, uma pesquisa, com única estratégia logística, princípios gerais e processo de seleção e capacitação de entrevistadores comuns, e depois o levantamento e processamento desses dados.

RBSF: Quanto tempo vai durar?

Luiz Facchini: O trabalho de campo em torno de quatro meses, com estimativa inicial de 650 pessoas em campo atuando simultaneamente, e num esforço para trabalhar com equipes de quatro pessoas, aproximadamente 150 equipes. Depois da coleta, os dados serão processados e analisados. Ao todo, entre seis e oito meses, e devemos ter um conjunto de evidências muito ricas a respeito dessa avaliação externa. São dados imediatamente utilizáveis. Por exemplo, você vai ter um censo da estrutura física das unidades de saúde do País, de todas as cerca de 40 mil UBS, um retrato de cada uma delas, e pode adequar a destinação de recursos para reforma, ampliação e construção singularmente, de X reais para a unidade A localizada no município B, Estado C, para necessidades lá identificadas, e o mesmo quanto aos resultados da avaliação externa do PMAQ. ■

"...Agora o sentido mudou! É o Ministério da Saúde, o governo federal que realiza uma pesquisa e necessita da cooperação e do concurso de universidades de todo o País para que ela se desenvolva, se materialize. Tanto para o espaço da gestão quanto da Academia..."

Conheça e participe da Rede de Pesquisa em APS: http://www.rededepesquisaaps.org.br/

Parceria é intensificada entre DAB e Rede de Pesquisa em APS

Por: Déborah Proença e Fernando Ladeira / Foto: Radilson Carlos Gomes

Aproximadamente, 100 pesquisadores, professores, profissionais e gestores da atenção básica brasileira estiveram entre 3 e 4 de abril na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), em Brasília. Durante o Seminário Anual da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, foram debatidos o panorama e desafios da atenção básica, a produção de conhecimentos na área e apresentados estudos e pesquisas.

Na manhã do segundo dia, com a presença do ministro da Saúde, Alexandre Padilha, houve o lançamento de ações e acordo do Ministério da Saúde com parceiros. O representante da Opas/OMS no Brasil, Joaquin Molina, e o ministro Alexandre Padilha comemoraram o Dia Mundial da Saúde, que tem por tema este ano "Envelhecimento saudável e saúde das pessoas idosas".

Junto ao presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e coordenador da Rede de Pesquisa em APS, Luiz Augusto Facchini, e ao diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB), Hêider Aurélio Pinto, o ministro da Saúde fez o lançamento da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Apresentou ainda o uniforme de identificação dos avaliadores da qualidade e placa de certificação das Unidades Básicas de Saúde no PMAQ.

Atualização de informações

A abertura do seminário, no dia 3, foi feita com a presença do diretor do DAB, do presidente da Abrasco e de representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), entre outros. Hêider Pinto apresentou as ações que vêm sendo desenvolvidas pelo Departamento, elucidou questões sobre o financiamento à saúde e falou sobre os impactos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB).

À tarde, vários temas foram discutidos na mesa-redonda "Perspectivas, estratégias e abordagens na produção de conhecimentos e tecnologias sobre/para a atenção básica". A importância da formação de pesquisadores, os estímulos à criação de núcleos de pesquisa em APS nas universidades, os estudos avaliativos em atenção primária, e a qualificação da prática clínica para fins de compreensão da realidade da população foram abordados por Facchini, Alexandre Ramos (DAB), Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), e Rosana Aquino, da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Encerrando os trabalhos do dia, o coordenador Felipe Cavalcanti apresentou a rede Comunidades de Práticas (www.atencaobasica.org.br), novo espaço de debates e compartilhamento de experiências em atenção básica entre gestores e profissionais de saúde, desenvolvido pelo DAB em parceria com o Instituto da Atenção Social Integrada (IASIN).

Pesquisas da Rede e lançamentos do Ministério

O segundo dia foi marcado pela apresentação de estudos e pesquisas sobre a atenção básica e pelo lançamento de ações e acordos do Ministério da Saúde. "As condições do mercado de trabalho na atenção básica" foram tema da primeira apresentação, feita por Sabado Girardi, especialista em Medicina Social da Universidade Federal de Minas Gerais , durante a mesa "Ações de suporte e acompanhamento de políticas estratégicas do Ministério da Saúde". Entre outros aspectos, Girardi expôs dados da precarização e do processo de desprecarização de contratação de profissionais de saúde, salários pagos pelo setor público e pelo privado, vagas e ingressos existentes.

Depois, o diretor do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, Luiz Carlos Bolzan, apresentou dados preliminares da "Pesquisa de satisfação dos usuários do Sistema Único de

Saúde" realizada entre junho–julho e setembro–dezembro de 2011. A pesquisa avaliou o acesso e a qualidade dos serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF), da Saúde Bucal e da Urgência e Emergência.

Ações parceiras do MS

Na segunda parte da manhã, com a presença do ministro Alexandre Padilha, foi comemorado o Dia Mundial da Saúde e apresentadas as ações vinculadas ao PMAQ. Com a presidente da Federação Nacional das Escolas Particulares, Amabile Passos, Padilha celebrou o acordo de inclusão dos estabelecimentos privados nas ações de combate à obesidade. Um grupo de trabalho com representantes do governo e das escolas elaborou o "Manual das cantinas escolares saudáveis", que orientará os proprietários de cantinas quanto aos alimentos saudáveis e às condições sanitárias necessárias nesses estabelecimentos. As escolas, por sua vez, vão promover, junto a seus 6,7 milhões de alunos, hábitos e alimentação saudável e a se prevenirem da obesidade.

Alexandre Padilha lançou, ainda, o sistema de monitoramento do Melhor em Casa, o RAAS-AD (Registro de Ações Ambulatoriais da Atenção Domiciliar), que, desde 4 de abril, permite o preenchimento de informações pelas equipes multiprofissionais de AD. A partir de julho, os profissionais poderão fazê-lo por meio de smartphones.

Avaliação

À tarde, houve as apresentações do diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), Jailson Correia ("Pesquisas estratégicas para o SUS"), e do coordenador-geral de Gestão da Atenção Básica, Eduardo Melo ("Agenda de pesquisas para/sobre a atenção básica no SUS"). Melo informou que são temas prioritários de pesquisa: financiamento; PMAQ; práticas e estratégias de gestão para qualificação do processo de trabalho; gestão do trabalho; articulação da AB em rede; NASF; Telessaúde; modalidades de organização e funcionamento da AB em diferentes situações e realidades; efetividade e resolutividade na AB; práticas integrativas e complementares; e atenção domiciliar.

Ao final, em avaliação da parceria com a Rede de Pesquisa, Hêider Pinto ressaltou o espírito de envolvimento e espaço de interlocução promovido, e considerou que a Rede de Pesquisa deve articular-se com a Comunidade de Práticas em Atenção Básica para multiplicarem saberes. ■





Requalificaçao de UBS

Canteiro de obras para a população brasileira

Texto e Fotos: Fernando Ladeira

O mapa brasileiro da atenção básica está se revelando um amplo canteiro de obras. Depois de o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) fazer a pré-constatação de que, aproximadamente, 75% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) estariam em condições inadequadas de funcionamento, o governo federal resolveu corrigir a situação incluindo a construção de novas UBS no Programa de Aceleração do Crescimento II (PAC II). Após o Censo da Atenção Básica, feito pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) em 2011, afinaram-se as informações e foi criado o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde. A medida garante, até 2014, R$ 2,26 bilhões do PAC II para a construção e ampliação de UBS e, para este ano, foram dispostos R$ 565 milhões. Além desses, há verbas do orçamento anual do Ministério da Saúde (MS) para reformar as unidades, para as quais, em 2011, foram realocados R$ 538 milhões. Também fazem parte do programa o Telessaúde (ver matéria na página 43) e a construção de UBS fluviais, tema já abordado na edição 28.

Das 37.084 UBS existentes, 16.402 foram desconsideradas para reforma e ampliação. Isso porque, segundo o coordenador do Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos (GTEP/DAB), Diego Castro Silva, 5.141 foram construídas ou reformadas entre 2010 e 2011 dentro do padrão mínimo de 153 metros quadrados definido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 050/307. As outras 11.261 UBS não podem receber recursos para obras porque, apesar de estarem registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS), funcionam em prédios alugados ou sem a documentação necessária dos municípios.

Ampliação e reforma

Elegíveis, portanto, para ampliação e reforma estão 20.682 unidades, que representam 56% do universo total de UBS. Para a ampliação, estão qualificados 11.087 estabelecimentos que estão com metragem abaixo dos 153 m^2 previstos na resolução da Anvisa, ou que devem ampliar o atendimento à população, mas foram cadastradas 5.465 propostas. De acordo com Diego Castro, a liberação de recursos depende de aprovação da Presidência da República, já que

fazem parte do PAC II. “Essas são as unidades consideradas inadequadas, pois não têm a metragem mínima para a ação profissional das equipes de saúde, acolhimento e atendimento às comunidades dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Um consultório médico, por exemplo, tem que ter um mínimo de 9 m², e o espaço definido pela Anvisa por usuário é de 1,6 m², afirma. Para a ampliação, podem ser disponibilizados entre R$ 50 mil e R$ 250 mil por proposta unitária, e algumas UBS que têm metragem adequada se cadastraram, pois querem ampliar a oferta de serviços.

A reação dos municípios à possibilidade de receberem incentivo do ministério para reformarem as unidades de saúde surpreendeu o DAB. “Quando abrimos o sistema para cadastramento, no ano passado, esperávamos mil registros, mas totalizaram 5.247 propostas e, devido ao sucesso da iniciativa, o MS fez uma reorganização orçamentária e contemplou a todas, 5.161 das quais ainda em 2011 e 86 em janeiro deste ano”, informou o coordenador do GTEP. Foi liberada a primeira parcela, 20% do incentivo, que é destinada ao projeto arquitetônico e procedimentos licitatórios e tem prazo máximo de seis meses até a emissão da ordem de serviço.

Até abril, R$ 107 milhões já estavam nas contas dos fundos municipais de saúde, uma vez que a verba é disponibilizada por meio do Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo pelo Fundo Nacional de Saúde. Em seguida, que é a fase atual, é feito o cadastramento para a segunda parcela, 80% do total, referente à execução da obra, por meio do Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob – HTTP://dab.saude.gov.br/sistemas/sismob/), no qual os municípios devem anexar a ordem de serviço. O prazo para a execução das reformas, parte referente à obra, varia conforme a metragem: 50 m² (2 meses) a 200 m² (7 meses), e novo período para adesão só deverá ser aberto em 2013.

Construção: expansão da ESF

A construção de novas Unidades Básicas de Saúde é o componente do programa de requalificação que passa por maiores crivos do Ministério da Saúde. Não implica aumento da rede de saúde no município, pois pode estar substituindo uma residência alugada para essa finalidade ou um imóvel em mau estado de conservação, e dar continuidade ao atendimento da mesma população circunscrita. No entanto, o município tem que se comprometer, por exemplo, com a expansão da Estratégia Saúde da Família, e pode expandir sua rede e serviços. A aprovação depende de critérios como o atendimento a populações em municípios do Brasil sem Miséria, do Ministério do Desenvolvimento Social.

“...A medida garante, até 2014, R$ 2,26 bilhões do PAC II para a construção e ampliação de UBS e, para este ano, foram dispostos R$ 565 milhões. Além desses, há verbas do orçamento anual do Ministério da Saúde (MS) para reformar as unidades, para as quais, em 2011, foram realocados R$ 538 milhões....”

Após uma reavaliação das propostas apresentadas em 2010, a presidenta da República, Dilma Rousseff, autorizou a liberação das verbas do PAC II para 2.071 novas Unidades Básicas de Saúde. De acordo com Diego Castro, a primeira parcela (10%), referente ao projeto arquitetônico e executivo, já foi repassada aos municípios, num total de R$ 61 milhões. As seguintes (65% e 25%), de procedimentos licitatórios e execução de obras, até o final de abril contavam com 152 municípios em vias de recebimento da segunda parcela.

Diego Castro Silva lembra que a estrutura física da UBS conta ponto na avaliação externa que está sendo realizada, junto às equipes de saúde e gestores, pelos técnicos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Dentro da proposta de melhoria das ações e serviços do SUS junto aos usuários, portanto, o município não foi deixado sozinho no processo, recebendo o incentivo para a qualificação da infraestrutura, que se refletirá no melhor atendimento à população e melhores resultados na saúde dos usuários do sistema.

Expectativa e satisfação

O Estado de Pernambuco fechou 257 reformas de UBS com o Ministério da Saúde, 4,89% das 5.247 pactuadas no País. Dessas, 68 se concentram na capital, Recife – um pouco mais da metade das 121 existentes. Desde julho, as duas equipes da Unidade Saúde da Família Kátia Valéria, localizada em Jardim Uchoa, no Bairro Areal, desenvolvem seus trabalhos com 722 famílias em uma casa alugada, a cinco quarteirões da unidade original. “A comunidade cobra, diariamente, o fim da obra e nosso retorno para lá”, afirma a responsável pela USF, a enfermeira Lisbeth Lima. Ela

considera, no entanto, que, quando voltarem ao estabelecimento original, a estrutura para o trabalho será bem melhor.

"Cada área profissional terá seu espaço, não teremos que dividi-lo, pois terá sala para coleta, vacina, quatro consultórios (um pequeno). Além disso, a sala de espera para o usuário será maior e com a farmácia anexada. Antes, a espera e a farmácia ficavam nos fundos da unidade, e não podíamos fazer tudo o que é previsto na ESF", conta Lisbeth.

Suedilson Maracajá é secretário de Saúde de Xexéu (135 km de Recife), município com 14 mil habitantes e atendimento 100% de Estratégia Saúde da Família. Ele é superintendente de um consórcio formado por 22 municípios da Zona da Mata Sul do Estado e afirma que, por experiência, a maioria dos profissionais da região reclama por melhor local de trabalho, com boa infraestrutura. Devido às chuvas do ano passado, no entanto, várias UBS foram destruídas e aguardam a regularização dos imóveis para construírem ou reformarem os estabelecimentos. A única unidade pronta está em Tamandaré. "Sem dúvida", diz Maracajá, "que uma nova UBS ou uma boa reforma melhoram o nível de satisfação e valorização dos profissionais de saúde e dos usuários".

Realidade bem diferente tem a cidade do Rio de Janeiro, que até 2009 tinha 120 unidades de saúde, "sem boa manutenção há quatro décadas", afirma o superintendente de Atenção Primária da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção à Saúde, José Carlos Prado Jr. Com a entrada da nova gestão e a decisão de instalar a atenção básica na capital carioca, inverteu-se a lógica de investir 83% do orçamento anual da Secretaria de Saúde em hospitais, e o orçamento da atenção básica passou de R$ 280 milhões para R$ 1,2 bilhão. A cobertura populacional com a Estratégia Saúde da Família passou de 3,5% para quase 30%, chegando a 2 milhões de habitantes. Das 120 Clínicas de Família, 63 foram reformadas e 55 novas foram construídas, com recursos municipais. E, para que isso pudesse ocorrer, a legislação do município exige a expansão da ESF e, com ela, a informatização de toda a rede.

A atual cara da saúde, clínicas novas ou reformadas, com novo modelo de atendimento e acolhimento, surpreendeu a população. "Os usuários chegavam e ainda chegam perguntando se precisam pagar pela consulta, se a clínica mudou para a direção por um plano de saúde, mas aos poucos se mostram mais confiantes e muito alegres", informa, contente, Prado Jr. ■



A realidade depende da gente

Por: Déborah Proença / Fotos: Acervo SMS Três Passos



Era uma vez uma aldeia de humildes pastores no interior da Alemanha. Eles pastoravam seus rebanhos e vendiam a lã das ovelhas às tecelagens para encher os bolsões de couro dados pelos senhores com moedas de ouro. Eram dias harmoniosos, em que o escambo das moedas por serviços prestados pela Coroa era suficiente.

Porém, de olho nos bolsões de couro, alguns vassalos afirmavam que os cuidados com saúde oferecidos pela coroa eram deficientes, e que um vizinho oferecia melhores serviços "somente" mediante o pagamento de outro bolsão com moedas.

O boato se espalhou e os aldeões trabalhavam cada vez mais para conseguir mais moedas. Sem perceber, ficavam cada vez mais doentes, precisando não só de um, mas de dois bolsões extras para arcar com os cuidados à saúde.

Algum tempo depois, sem ter como conseguir novas moedas, cinco ou seis aldeões voltaram a usar os serviços da Coroa, já que o pagamento era obrigatório e o acesso livre. Seguiram as orientações de saúde e bem-estar e pararam de adoecer.

Admirados, os outros aldeões perceberam os benefícios do serviço e a revolta tomou conta da aldeia. Casas inteiras de tratamento foram queimadas ou deixadas às traças. Depois, a Coroa se apropriou da última casa de tratamento, até porque todos os aldeões voltaram aos antigos serviços,

Fábula? Nem tanto. Nem é também dos Irmãos Grimm, Jacob e Wilhelm, que viveram na Alemanha entre 1750 e 1860 e ficaram conhecidos por escrever versões de Rapunzel, Branca de Neve, Os Músicos de Bremen, O Flautista de Hamelin.

Três Passos, município situado no noroeste do Rio Grande do Sul, fronteira com a Argentina e Santa Catarina, também de origem alemã, escreveu sua história não a quatro mãos, mas por milhares. Atualmente, são mais de 24 mil habitantes reescrevendo as páginas da história da saúde, que está muito bem, obrigada, devido à opção feita pela atenção básica, que pôs nos trilhos a saúde da população. E saúde é como um bolsão de couro cheio de moedas de ouro, não dá para perder por nada neste mundo.

A partir de 1983, ainda na época da ditadura militar, os movimentos sociais avançavam com as pastorais da Igreja Católica, que mobilizavam a comunidade para fortalecer os debates sobre a saúde do município. Daí surgiram os conselhos locais de saúde, em 1987, que discutiam nos bairros com os moradores suas necessidades e levavam as resoluções e sugestões à Câmara de Vereadores e à Prefeitura. Participaram da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o que os motivou a realizar a 1ª Conferência Municipal de Saúde, em 1991, antes da primeira conferência estadual. Até que, em novembro de 1995, foi realizada, oficialmente, a primeira reunião do Conselho Municipal de Saúde.

A diferença de Três Passos em relação a outros municípios é que esse movimento cresceu muito e a cidade tem 64 conselhos locais discutindo saúde. Considerando que, ao menos uma vez a cada dois meses, o Conselho Municipal de Saúde se reúne e, para tanto, é necessário que os conselhos locais tenham feito suas deliberações, pode-se dizer que a saúde está na boca do povo 24 horas por dia, 365 dias por ano.

Atualmente, com a ajuda dos agentes comunitários de saúde (ACS), os conselhos locais ganharam espaço e voz. Em todas as equipes de Saúde da Família, há, ao menos, um ACS membro de um conselho local. Nas visitas domiciliares, eles aproveitam para convocar as famílias para as reuniões e identificar as carências da comunidade, em todos os aspectos: vigilância sanitária, meio ambiente, indicadores epidemiológicos e outros.

"...reescrevendo as páginas da história da saúde, que está muito bem, obrigada, devido à opção feita pela atenção básica, que pôs nos trilhos a saúde da população..."

Essa participação gerou uma pressão positiva, um círculo virtuoso, nos gestores municipais que levou a uma profissionalização do gerenciamento da saúde. Se, no início do movimento dos conselhos, a verba destinada à atenção básica era estimada em 5% do PIB municipal, hoje é de 17%.

Voltando à história, aos poucos Três Passos passou a contar com cinco hospitais privados, que, somados, tinham à disposição aproximadamente 260 leitos. Contudo, a partir do momento em que o município começou a desenvolver a atenção básica, os leitos hospitalares e as internações hospitalares foram caindo. Em um período de nove anos, os hospitais faliram. Um por um...

Maria Liliana Gamboa, médica da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Bairro Pindorama, lembra que a inauguração da UBS em Padre Gonzales, um dos distritos com maior vulnerabilidade e muita população rural, balançou as estruturas do Cristo Rei, o primeiro hospital a ser fechado. "A saúde pública começou a atrair. Claro, quem não vai querer se tratar "de graça?".

Para a médica, as recordações do fechamento do segundo hospital, o São Lucas, são dolorosas, pois era patrimônio da família. "Chegamos a ter apenas 20 autorizações de internação hospitalar (AIH) e ficou impossível sustentá-lo. Antes que piorasse e não conseguíssemos pagar nem os funcionários, decidimos fechar. Foi brabo. Ver toda aquela estrutura parada, com tudo pronto, aparelhos que nunca foram utilizados, central de UTI nunca utilizada... foi difícil", relembra.

José Carlos Amaral, secretário municipal de saúde, frisa que, na época, só o São Lucas tinha, no mínimo, 200 AIH mensais assegu-

radas pelo SUS. Hoje, em virtude do trabalho da atenção básica, o município dispõe de 235 AIH por mês para toda a população.

Esperança foi o terceiro hospital a fechar, pelos mesmos motivos dos anteriores: falta de quórum.

O quarto e último a cerrar as portas, o São José, no ano de 2009. Um golpe duro, à época, que dividiu opiniões, inclusive no próprio Conselho Municipal. Mais de três mil pessoas se aglomeraram em frente à Prefeitura pedindo que não fosse fechado. Em vão. “Houve muita resistência porque alguns acreditavam que o Hospital de Caridade era hospital para pobre, e eles não queriam ser atendidos como todos os outros. Não queriam que o hospital ‘dos ricos’ fosse fechado”, recorda Lotário Schlinbdwein, um dos membros mais antigos do Conselho Municipal e o único a concordar com a Prefeitura e defender o fechamento do Hospital São José. Seu colega conselheiro Moacir Zagonel reforça a fala. “Eu mesmo era contra. A gente achava que era um retrocesso. O Lotário viu o que só conseguimos perceber lá na frente”.

O único hospital que se manteve, e que atende a toda a Região Celeiro (21 municípios que produzem soja e suínos em larga escala, e formam uma das três maiores bacias leiteiras do Estado), é o Hospital Caridade. Uma instituição filantrópica para atendimento SUS com 121 leitos para pacientes crônicos, plantão de clínica médica, plantão cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulta e neonatal (com capacidade para dez leitos).

É um cenário que só se tornou possível graças ao sistema de saúde municipal baseado na atenção







básica, que foi construída no mais resistente material, à prova de buracos: vontade política, engajamento social e profissionalismo. Nos nove anos de valorização e desenvolvimento crescente da atenção básica, houve diminuição de 75% das quase 800 internações hospitalares mensais, cujas causas estavam relacionadas, em sua grande maioria, aos acidentes vasculares cerebrais (AVC) por pressão alta, descompensação de diabetes e doenças infecciosas. Em 2012, apenas seis pessoas foram internadas em consequência do diabetes e suas complicações, 16 por AVC e outros 16 por doenças infecciosas.

Nas crianças, os índices são ainda melhores: queda de 100% na mortalidade infantil (em 2001, foram sete óbitos infantis e, desde 2010, nenhuma criança morre no município), cobertura vacinal de 100% nas crianças menores de um ano e redução de 76% no índice de desnutrição infantil entre 2000 e 2010.

Com 100% de cobertura de Saúde da Família, são oito equipes distribuídas em oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que duas delas se dividem entre UBS e Unidades Avançadas – para atender a população rural distante das UBS, em postos totalmente equipados para atendimento médico e odontológico, com agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem constantes e presença regular (ao menos duas vezes por semana) de médicos, enfermeiros

e cirurgiões-dentistas. Isto no caso das Unidades Avançadas. Já as UBS dispõem, todas, de estrutura completa, tanto física quanto de recursos humanos, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica.

Em três anos, foram concluídas as obras de reforma e ampliação das unidades antigas e a construção de novas. "Nós adotamos como padrão do município a montagem de salas de espera com banco estofado, televisão e ambiente climatizado, em todas as unidades, para humanizar um pouquinho esse tempo de espera, que é inevitável", afirma José Carlos.

No projeto, incluiu-se sala de observação, consultório de enfermagem, banheiro dentro dos consultórios e espaço para capacitações e reuniões de equipe. "Fazemos questão de um local confortável para os pacientes e para os profissionais com os equipamentos necessários para o desenvolvimento do trabalho. Tentamos fomentar, nos profissionais, a ideia de que a unidade é a sua casa no trabalho", diz o secretário.

Além disso, as unidades são informatizadas e possuem atendimento remoto do Programa Telessaúde. "Acreditávamos já ter feito de tudo na unidade, até que entramos em contato com o Telessaúde e eles nos deram ânimo e novas ideias sobre o que fazer. Nos motivamos e fomos melhorando ainda mais o atendimento e o relacionamento com a comunidade", conta a médica Liliana.

Entre os projetos concluídos, estão a construção do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um espaço exclusivo para atuação da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – formado por nutricionista, farmacêutico, educador físico, médico pediatra e médico ginecologista – e a Unidade Básica de Saúde – Prisional.

E o resto?

A valorização da atenção básica no município trouxe muitas mudanças. O Cartão Nacional de Saúde passou a ser exigido para os atendimentos aos usuários. Foi um instrumento para organizar e melhorar o serviço disponibilizado nas unidades, o acesso e a continuidade do cuidado, garantindo o acompanhamento dos usuários por qualquer equipe que venha a atendê-los.

"...só o São Lucas tinha, no mínimo, 200 AIH mensais asseguradas pelo SUS. Hoje, em virtude do trabalho da atenção básica, o município dispõe de 235 AIH por mês para toda a população..."

Ademais, os profissionais procuraram se especializar em Medicina de Família e Comunidade e/ou Saúde Pública para se adequar à realidade (e demanda) da saúde na cidade e, em 2011, a qualificação profissional passou a ser política pública. Profissionais que concluírem pós-graduação recebem um aumento salarial de 10%. Mestrado e doutorado garantem um acréscimo de 15% e 20%, respectivamente.

E não para por aí. Profissionais de nível médio, por exemplo, que fizerem um curso superior terão 15% agregado ao seu salário. "Acreditamos que isso mudará as relações de trabalho dele. Além de ser um incentivo pela iniciativa, o profissional trará esse conhecimento para dentro do trabalho", frisa o secretário José Carlos.

Outra mudança que também serviu de incentivo foi a normatização das consultas de enfermagem. Cássia Maia, enfermeira da unidade de Pindorama, conta que as consultas são agendadas para acompanhamento de diabéticos, hipertensos e gestantes (pré-natal), sem descuidar da demanda espontânea. Os atendimentos não se restringem a aferir pressão, glicemia e ausculta dos batimentos cardíacos do bebê. A consulta de enfermagem também é responsável por exames clínicos de rotina de saúde da mulher, educação popular em saúde e cuidado com feridas. Antes, o corpo de enfermagem trabalhava isoladamente suas consultas, porém, a partir de 2010, a normativa foi elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde e, após treinamento, em 2011, tornou-se um compromisso em todas as unidades.

Os enfermeiros têm liberdade para conduzir o trabalho de acordo com as necessidades da comunidade. Cássia, por exemplo, aborda diferentes temas a cada mês. "Este mês estou trabalhando com a pirâmide alimentar. Mês passado foi a visão, com encaminhamentos



"...Com 100% de cobertura de Saúde da Família, são oito equipes distribuídas em oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que duas delas se dividem entre UBS e Unidades Avançadas – para atender a população rural distante..."

ao oftalmo, conforme a necessidade". "A consulta de enfermagem é importantíssima. Sempre digo que a Cássia é minha parceira, pois não dou conta sozinha. E acho que tem que ser feito ainda mais. Eles [os enfermeiros] precisam de treinamento e não devem ter medo de colocar questões para os usuários", diz Liliana Gamboa.

A implantação do trabalho foi a base de muita educação da população. Os agentes comunitários de saúde iam de casa em casa para conscientizar as pessoas de que a consulta de enfermagem tinha tanto valor quanto a consulta médica. E funcionou. Se antes as mulheres não aceitavam realizar exame preventivo com as enfermeiras, hoje elas não faltam às consultas e, inclusive, pedem pela consulta com a enfermagem.

Já o trabalho sobre alimentação e nutrição é matriciado pela nutricionista do NASF, que apoia todas as unidades ao instrumentalizar os profissionais, ou realizando consulta nos casos mais graves.

Lotário foi um visionário. Junto com os gestores, apostou no fortalecimento da atenção básica como solução para as dificuldades que atingiam a população e a gestão municipal. Ele afirma que, pelo menos na saúde, não há rixa política que prejudique o andamento das ações. "Somos de partidos diferentes, mas, se for para o benefício da saúde de Três Passos, andamos de mãos dadas", fala o conselheiro. ■



Cláudia de Paula

Por: Déborah Proença / Fotos: Acervo SMS RJ

Formada em 1990 pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Cláudia de Paula participou ativamente da efetivação da reforma psiquiátrica brasileira – que cria serviços de saúde em substituição aos antigos manicômios – com seu ingresso, em 1992, na equipe de trabalho do primeiro Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) – como são chamados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) em Belo Horizonte.

Mesmo sempre atuando na clínica ampliada, foi apenas na década seguinte que ela passou a atender crianças e adolescentes em situação de rua. Era o Programa Miguilim, também de Belo Horizonte, criado com a intenção de reformular a abordagem a esse público. Em seguida, vieram os atendimentos a mulheres que perderam a guarda dos filhos, profissionais do sexo, moradores de comunidades (favelas).

Até que, em 2010, a psicóloga vislumbrou a possibilidade de transformar seu maior sonho em realidade: conciliar seu três maiores amores – o trabalho com populações em situação de vulnerabilidade social, voltar a viver perto da família no Rio e tentar ver o mar, mesmo que de relance, todos os dias pela manhã.

No Rio, Cláudia, entre outras atividades, acompanha casos de transtornos mentais graves e uso abusivo de álcool e drogas e contribui na oficina de livre expressão da sala de espera da unidade, além de matriciar e ser matriciada nas discussões de caso e nas formações continuadas.

Fluminense por nascimento, flamenguista por coração, escritora (não se acha à altura do título, pois "apenas" escreve livros), leitora, nadadora, colecionadora. Cláudia de Paula, a psicóloga da equipe de Saúde da Família para populações em situação de rua da cidade do Rio de Janeiro, coleciona mais do que pequenos objetos, coleciona histórias de vida. A começar pela sua.

Hoje, a profissional atua em uma das equipes de Consultórios na Rua do município do Rio de Janeiro e aceitou falar de seu trabalho para a Revista Brasileira Saúde na Família (RBSF).



"(...) Minha trajetória explicita meu desejo de trabalhar na esfera da saúde mental e com população de rua e, nesse contexto, consegui, efetivamente, realizar isso". ***Cláudia de Paula***

RBSF: Você volta para o Rio de Janeiro para atuar na equipe de Consultórios na Rua. Por quê?

Cláudia de Paula: É preciso esclarecer que nossa equipe tem uma formação especial, pois integra profissionais da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de saúde mental, em um processo realmente interdisciplinar.

Essa formação foi fruto da compreensão das Coordenações de Saúde da Família e de Saúde Mental do município do Rio perante as necessidades específicas desse público, que tem, historicamente, dificuldade de acesso às ações e serviços de saúde e cujos casos têm, em sua maioria, questões de saúde mental e física associadas.

A partir dessa organização particular, a equipe teve que aprender a trabalhar realmente integrada, o que foi, e ainda é, um desafio. Um desafio que, para mim, tem sido muito instigante e, hoje, acredito que conseguimos estabelecer processos de trabalho fundamentados que resguardam as particularidades, mas propiciam atuações conjuntas parceiras entre os membros da equipe.

RBSF: Por que essa equipe foi criada? Quantas existem atualmente?

Cláudia de Paula: Pela percepção de que havia uma demanda historicamente reprimida de atendimento a esse público.

Ele possui especificidades vinculadas às condições em que vive que lhe dificultava a integração a

processos de acolhimento e atendimento da saúde. A rua do Rio de Janeiro agrega, além de cariocas, pessoas de diversas cidades, Estados e, até, países que buscam atender, no Rio, a um imaginário muito amplo de características.

Temos duas equipes de Saúde da Família para população de Rua/ Consultórios na Rua instaladas: uma em Manguinhos e outra no Centro. Há uma terceira em processo de instalação, na região do Jacarezinho.

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

Cláudia de Paula: Sem dúvida, a iniciativa do município de constituir esse projeto. Porém tenho particular interesse pela diretriz da ESF em acompanhar os processos de vida das pessoas, atuando não só sobre a doença, mas no campo da saúde em termos mais amplos e, ao mesmo tempo, mais específicos e singulares, territorializados.

RBSF: Como funciona o trabalho diário, a gestão, as parcerias?

Cláudia de Paula: Nossa equipe trabalha das 9h às 22h como uma única equipe multidisciplinar, que distribui sua atuação entre a rua e a sede – localizada no Centro de Saúde Oswaldo Cruz. As ações contemplam assistência e promoção de saúde integral, vinculando rua e sede por meio de processos de acompanhamento longitudinal, para promover o cuidado caso a caso e a construção de projetos singulares para cada um. O princípio de porta de entrada interdisciplinar, caracterizado por demandas não muito específicas, que acolhe o sofrimento nas dimensões corporal e mental associadas, tem permitido garantir o acesso a essa população. A ação dos profissionais, notadamente os agentes comunitários de saúde (ACS), percorrendo os territórios de vida desses sujeitos, que são submetidos à constante remodelagem pela ação de diversos fatores, é também um ponto fundamental de nossa dinâmica de atuação.

> *"...a equipe teve que aprender a trabalhar realmente integrada, o que foi, e ainda é, um desafio. Um desafio que, para mim, tem sido muito instigante e, hoje, acredito que conseguimos estabelecer processos de trabalho fundamentados que resguardam as particularidades..."*

Contamos atualmente com uma rede funcionando para a saúde mental, para a tuberculose e para o HIV, que permite o acompanhamento desses casos em corresponsabilização. Atuamos em parceria com alguns abrigos de organizações não governamentais e com alguns serviços da rede de apoio da Secretaria de Assistência Social.

RBSF: Acredita que, depois de instituído o projeto, mudou alguma coisa?

Cláudia de Paula: Sim! Podemos perceber e acompanhar essas mudanças, esses "deslizamentos de lugar" que são evidenciados por alterações nos comportamentos, nas posturas de responsabilização e comprometimento diante das próprias histórias e dos tratamentos. Por vezes, essas mudanças levam os sujeitos a desejar sair das ruas e constituir novas formas de vida.

Um exemplo é de uma usuária moradora de rua há 30 anos que fazia uso abusivo de álcool (sic) e protagonizava escândalos pelas ruas, arrancando as roupas e expondo





a nudez. Chegou ao nosso serviço por encaminhamento de outra equipe de Saúde da Família. Na época, o diagnóstico era de prolapso de útero nível quatro, sem tratamento. Nesses momentos mostrava, inclusive, seu útero.

Durante o atendimento interdisciplinar, foi possível ouvir da paciente que aquela situação já durava oito anos. Quando tentamos responder apenas à demanda por tratamento ao útero, que atravessava todas as intervenções, ela simplesmente repetiu o comportamento, o que inviabilizou as tentativas.

Apenas quando estabelecemos um corte, recuperando seu lugar de sujeito, de pessoa, para além do útero, é que se tornaram possíveis o tratamento, a cirurgia e seus desdobramentos. Hoje, mesmo tendo descoberto outra doença grave e apresentando outro prolapso, agora vaginal, ela está comprometida com os tratamentos, diminuiu o uso de álcool e estabeleceu residência fixa ao conseguir um quarto em uma ocupação.

RBSF: Existe um blog do trabalho, certo?

Cláudia de Paula: Correto. O blog [www.smsdc-esfpoprua.blogspot.com] foi criado pela Secretaria Municipal de Saúde, que estimulou as unidades a montarem seus próprios blogs, fomentando a visibilidade e a comunicação das equipes. O nosso foi criado pela própria equipe com o apoio técnico da Rede de Estações Observatório das Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (Rede OTICS-RIO) e, hoje em dia, é atualizado por um ACS.

RBSF: De acordo com sua experiência, o que é preciso para melhorar a saúde das populações em situação de rua?

Cláudia de Paula: Uma ação integrada entre as Secretarias de Saúde, Assistência Social, Educação, Cultura, Esportes e Habitação. Um plano que atinja as questões específicas dessa população, ouvindo-a articuladamente aos movimentos sociais e ao Fórum de População de Rua, abordando suas questões de forma a integrá-las, pois todas afetam a saúde.

Em termos de saúde, a implantação dos novos Consultórios na Rua, sabendo respeitar as realidades locais e as iniciativas já existentes, buscando, porém, a vinculação entre eles por meio de redes de compartilhamento de experiências e dados.

> *"...Apenas quando estabelecemos um corte, recuperando seu lugar de sujeito, de pessoa, para além do útero, é que se tornaram possíveis o tratamento, a cirurgia e seus desdobramentos..."*

RBSF: Quais os benefícios que a Saúde da Família tem trazido para o trabalho com a rua?

Cláudia de Paula: Muitos. A diretriz do acompanhamento e da responsabilização pela saúde dentro do território, com respeito e reconhecimento às suas especificidades e possibilidades, dialoga muito bem com a dimensão de caso da saúde mental.

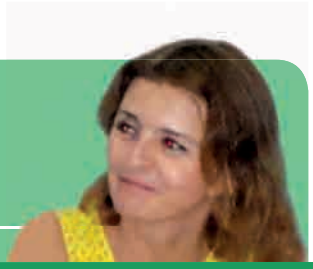
A presença do ACS como agente de interlocução e construção de cuidados específicos permite não só a captação de demandas, mas também a instituição de práticas impossíveis de acontecerem sem a gama de recursos que um bom agente comunitário atuante na perspectiva da redução de danos possui.

E não posso deixar de reiterar a importância da equipe multidisciplinar atuando na ponta, gerando acessibilidade e intercâmbio de escutas, imprescindíveis à nossa prática.

RBSF: Dê três motivos para ser profissional de Saúde da Família.

Cláudia de Paula: Bem, sem dúvida, um deles é trabalhar dentro do território, nesta conquista que é a garantia da presença próxima às realidades cotidianas das pessoas. Outro é a característica de ser referência para o tratamento e, por último, não atuar como especialista. ■

Raio X:



1- PARA SER BOM MEU TRABALHO PRECISA DE: Escuta e integração com outros profissionais.

2- FUNDAMENTAL NESTA PROFISSÃO É: Ética profissional.

3- UM PACIENTE/ATENDIMENTO/MOMENTO MARCANTE FOI: Quando a enfermeira de nossa equipe, hoje gerente, conseguiu escutar/perceber, dentro de uma queixa de otite, a possibilidade de ser uma alucinação auditiva e podermos, juntas, tratar esse paciente.

4- UM IDEAL: Viver sempre tendo prazer com o que faço.

5- UM LEMA: Olhar para a delicadeza e a poesia das coisas, em qualquer circunstância.

6- UM DESAFIO: Continuar a viver intensamente...

7- PARA SER FELIZ: Conseguir ter paz com o cotidiano.

8- SE NÃO FOSSE PSICÓLOGA SERIA: Escritora.

9- UM ATENDIMENTO ESPECIAL NECESSITA: Não existe um atendimento especial. Todos eles são muito diferentes e muito especiais.

10- UM SONHO REALIZADO FOI: Voltar a morar no Rio de Janeiro.

11- TRÊS COISAS ESSENCIAIS: Amor, beleza e intimidade.

12- UMA INSPIRAÇÃO/MOTIVAÇÃO: A poesia em prosa de Clarice Lispector.

13- UMA ALEGRIA PROFISSIONAL: Trabalhar neste serviço.

14- UMA CHATEAÇÃO: Não conseguir mais ver o mar diariamente.

15- UM OBSTÁCULO: São diversos, dia a dia.

16- DAQUI A DEZ ANOS ESTAREI: A dez anos do que fiz da minha vida até aqui.

17- O MELHOR DA PROFISSÃO É: Poder ganhar dinheiro com o que amo fazer.

18- SAÚDE DA FAMÍLIA É: Acompanhar processos de vida.

19- FINALIZANDO, UM CONSELHO: Não sei dar conselhos, mas talvez uma indicação: vale a pena trabalhar na saúde pública.



RJ: expansão da AB amplia a residência médica

Texto: Fernando Ladeira / Foto: Deval de Souza

Profissionais de medicina, professores universitários e gestores municipais reuniram-se, em 5 de março, no Centro Administrativo São Sebastião (CASS), da prefeitura do Rio de Janeiro. Um espírito de festa perpassava o ambiente, num auditório cheio e na mesa formada pela nata de representantes da Atenção Básica à Saúde carioca. Com a solenidade, iniciada pouco depois das 9 horas, deu-se início ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), que, a cada ano, disponibilizará 60 vagas na especialidade. Somadas às oferecidas pelas instituições parceiras, serão ao todo 98 profissionais que, a cada dois anos, estarão qualificando mais o Sistema Único de Saúde (SUS).

"É possível dar início agora ao programa de residência médica, pois ele resulta da grande ampliação da atenção básica no Rio de Janeiro, em opção clara pela Saúde da Família, de forma a que o Rio esteja participando de um sistema universal de saúde", afirmou o subsecretário de Atenção Primária, Vigilância e Defesa Civil, Daniel Loranz.

Até 2009, por exemplo, no início da atual gestão, a população da capital fluminense podia contar, especialmente, com a atenção à saúde oferecida em urgências-emergências e hospitais, que recebiam, anualmente, 80% das verbas orçamentárias da saúde. Esses valores caíram para a metade devido à opção feita pelo desenvolvimento da atenção básica (AB) no município. A cobertura efetivada pela AB, que era de 3,5% (210 mil) dos 6 milhões de habitantes da capital, já atinge 28% e, até o fim de 2012, deve chegar a 35% (2,1 milhões).

Para chegar a esses números, houve ampliação da rede física, que cresceu de 120 para 180 Unidades Básicas de Saúde (UBS) – 140 das quais já informatizadas e interligadas –, e contratação de pessoal para formar as 650 equipes de Saúde da Família existentes.

"Essa expansão excepcional trouxe a necessidade de qualificar a rede para o SUS, e a residência médica é o padrão-ouro de formação dentro da medicina, especialmente a de Família e Comunidade, para a qual contamos com a parceria da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC-RJ), com o Conselho Regional de Medicina (CREMERJ) e a academia", considera o coordenador da Residência, Armando Henrique Norman. Segundo ele, "o Rio, hoje, está lotado de médicos, mas de outras especialidades, que vêm para trabalhar um ou dois anos enquanto se preparam para a residência que almejam, e daí quebram o vínculo com os usuários do sistema e a continuidade do cuidado".

Atrativo

Os 60 estudantes aprovados no concurso da Secretaria de Saúde, mais os 38 oriundos das Universidades Federal e Estadual do RJ – UFRJ e UERJ, e da Escola Nacional

de Saúde Pública, receberão bolsa do Pró-Residência, no valor de R$ 2.384,82, e um incentivo da SMSDC que leva os proventos mensais ao redor dos R$ 7 mil. As atividades práticas serão realizadas durante o dia nas Clínicas de Família (Unidades Básicas de Saúde) com a presença de preceptores pagos pela Secretaria. Já a formação teórica, de tutoria, será realizada no terceiro período e conduzida pelas instituições envolvidas, com seus alunos. No caso dos vinculados à Secretaria de Saúde, será por meio do Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS).

Muitos dos residentes vieram de outros Estados, como a baiana Joana de Jesus, que se mostra atraída pela visão integral do paciente, o contato continuado e a assistência que a medicina de Família e Comunidade proporciona. Henrique Lima, natural de Volta Redonda (RJ), considera que a MFC não limita tanto a formação como outras, pois permite que você participe de diferentes aspectos da vida do usuário que não veria em outras especializações.

"Temos o Pró-Residência pagando a vaga e a Secretaria de Saúde oferecendo o campo de estágio e o pagamento do preceptor, portanto apoio incondicional e infraestrutura adequada que nos permitiram entrar, pois, se tivéssemos que disponibilizar preceptor, não teríamos como participar. No entanto, realizamos um desejo de ter parceria com a Secretaria Municipal e ajudarmos no programa de expansão e qualificação da atenção básica no Rio de Janeiro", afirmou Maria Inez Padula, representante da UERJ.

De acordo com o presidente da SBMFC – seção RJ, Oscarino Barreto, também mestre de cerimônia da abertura da residência médica, "é impactante sentir a evolução de algo pelo qual lutamos décadas acontecer em tão curto período de tempo, afinal a atenção básica sempre foi um pouco deixada de lado, apesar de ser a atenção à saúde mais importante". A qualificação desses novos profissionais, segundo ele, permitirá que o Brasil aos poucos atinja os índices de resolutividade de países que já adotaram a atenção básica como ordenadora da rede. ■

Residência em MFC: a origem

Na contramão da tendência de formar especialistas para o modelo de assistência centrado em hospitais, foram criados, no mesmo ano de 1976, três programas de residência médica voltados aos cuidados primários à saúde: no Serviço Comunitário Murialdo, em Porto Alegre (RS), na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e em Vitória de Santo Antão, Pernambuco. Inicialmente, quando regulamentados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), em 1981, foram denominados Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária.

Apesar dos questionamentos sofridos para que terminasse, conseguiu se impor a partir das experiências crescentes e satisfatórias em todo o País com o Programa Saúde da Família, e a crise crescente no modelo hospitalocêntrico. Em 2002, com nova resolução do CNRM, passou a chamar-se Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

O Centro de Saúde-Escola Murialdo, que atualmente pertence à Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, é um dos exemplos da persistência e resistência em favor da atenção primária. Localizado no Partenon, bairro de Porto Alegre, começou atividades em 1954 como uma Associação de Proteção à Infância, promovida pelo Instituto Leonardo Murialdo de Jaguarão, dos padres josefinos.

Na década seguinte, desenvolveu convênio com a Secretaria Estadual de Saúde e com o governo federal para atender os moradores locais por meio de uma unidade piloto de saúde pública, o Centro Médico-Social São José do Murialdo. Outro convênio, com a Universidade Federal do RS, proporcionou estágio em medicina preventiva e saúde pública aos estudantes de medicina, no qual foi introduzida a visita domiciliar para os alunos, que provocou reações contrárias e forçou o rompimento com o sistema de saúde em vigor.

Em 1975, foi concluído o projeto Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, que desconcentrava o serviço da unidade central para quatro postos avançados que atendiam a população próximos às suas moradias. E, no ano seguinte, iniciou-se a primeira turma de médicos residentes em Saúde Comunitária. Atualmente, Murialdo efetua a cobertura de 50 mil habitantes do bairro.

Já a luta da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), que também se iniciou em 1976, sofreu maiores resistências, pois não houve interesse do município em desenvolver a atenção básica, e o campo de estágio ficou restrito ao ambulatório e hospital universitários. Com a opção efetivada pela atual gestão, que já leva os cuidados primários a aproximadamente 30% dos habitantes, Maria Inês Padula, médica de Família e Comunidade do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária da universidade, considera que os últimos anos mostram ser possível oferecer cuidados à saúde de qualidade, em contraponto à opção hospitalocêntrica que vigorou até há pouco. No entanto, ressalva, "ainda é necessário manter-se como um Dom Quixote, lutando firme por uma atenção básica de qualidade, que ainda não é um movimento hegemônico no Brasil". Apesar disso, a atenção em urgências e hospitais já não é a tendência majoritária no País, constatando-se os 51% de cobertura obtidos pela atenção básica, que se torna a principal porta de entrada para a saúde dos brasileiros.



PSE

Compromisso da educação e saúde vira prática de estudantes e familiares

Texto: Fernando Ladeira / Fotos: SMS Olinda, FL

Cuidados clínicos nutricionais, odontológicos e oftalmológicos, formação para uma alimentação saudável, orientações quanto à saúde sexual reprodutiva e promoção de práticas corporais e de atividades físicas, além de prevenção em relação ao uso de drogas, fazem parte das ações e variada temática que compõem o Programa Saúde na Escola para este ano. A previsão é de que a movimentação provocada pelos Ministérios da Saúde e da Educação atinja, em 2012, 12 milhões de estudantes nas 53.848 escolas públicas que aderiram ao PSE em 2.495 municípios. Das 14.439 equipes de Saúde da Família que se comprometeram com o programa, 8.480 atuam em 1.410 municípios do Programa Brasil sem Miséria, para junto com outras ações do governo federal nesses municípios garantir melhorias na qualidade de vida dessas populações.

Além de o tema saúde permear os projetos político-pedagógicos das escolas, professores, estudantes e equipes de profissionais de saúde participaram e realizaram em 1.938 municípios, entre 5 e 9 de março, a Semana de Mobilização Saúde na Escola, que teve por mote "Prevenção da obesidade na infância e na adolescência". Uma preocupação das autoridades das áreas da saúde e educação, uma vez que o sobrepeso está presente em mais de 50% da população e a obesidade, que atinge 15% dos brasileiros, se reflete na escola (Box 1).

Para este ano, ainda, em que o PSE acentuou o compromisso intersetorial (saúde + educação) com a vinculação de repasse de recursos financeiros federais ao cumprimento de metas mínimas firmado em termo de compromisso, obtiveram-se também melhorias significativas no Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle (Sismec), que garante rapidez e solidez nas informações com as quais atuam os gestores. Esses passos evidenciam a tendência do Programa Saúde na Escola de universalizar-se, até 2014, de forma a alcançar todo o público escolar infantojuvenil e as crianças de primeira infância.



Para estender as ações aos educandos das escolas particulares, o Ministério da Saúde e a Federação Nacional das Escolas Particulares (Fenep), em 4 de abril, assinaram um termo de compromisso que incentiva a alimentação saudável por meio das cantinas nos estabelecimentos privados (Box 3).

Expectativas superadas

Em relação a 2008, quando começou, a orientação atual do Programa Saúde na Escola passou por uma boa mudança e embute uma aposta. Segundo a coordenadora do programa no Ministério da Saúde, Raquel Pedroso, não mudaram os componentes do PSE: avaliação clínica e psicossocial; promoção e prevenção de agravos à saúde; preparo e formação profissional. A versão 2011, no entanto, tem novidade na gestão, pois o monitoramento, avaliação e fluxo de recursos financeiros (R$ 150 milhões – 70% na assinatura e 30% na comprovação de efetivação do alcance de 70% das metas) ficaram condicionados à assinatura do Termo de Compromisso Municipal (TCM).

"...Uma preocupação das autoridades das áreas da saúde e educação, uma vez que o sobrepeso está presente em mais de 50% da população e a obesidade, que atinge 15% dos brasileiros, se reflete na escola..."

E aí vem a aposta, pois o TCM deve ser assinado intersetorialmente pelos secretários de Saúde e de Educação, o que, segundo Raquel, implica conversas, entendimentos, pactuações e compromissos. A

Para o MS a obesidade merece cuidado integral

Entre 5 e 9 anos tem sobrepeso e um terço é obesa. Entre o segmento 10–19 anos, de 1970 para 2008, o percentual com sobrepeso cresceu de 3,7% para 21,7%. A principal causa apontada é a perda de balanço no consumo de calorias diárias e o gasto de energia. Esses dados representam, para o Ministério da Saúde, um desafio a ser enfrentado com cuidado. Afinal, entende a obesidade como um fator de risco atrelado ao aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que demanda linha de cuidado integral própria. Especialmente por ter causas complexas: fatores econômicos, sociais, genéticos e comportamentais, os quais precisam ser tratados em ações intersetoriais.

De acordo com a coordenadora-geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB), Patrícia Jaime, a atenção básica no contexto do Sistema Único de Saúde tem um papel crucial para prevenir e controlar a obesidade, pois está próxima ao cotidiano das pessoas, o que permite aos profissionais de saúde identificarem os principais determinantes do agravo para intervir de forma efetiva.

Como primeira ação, podem acompanhar o estado nutricional (a partir do peso e altura) e o consumo alimentar dos usuários em todas as fases da vida. Com a realização da chamada "vigilância alimentar e nutricional", os profissionais podem verificar a evolução de peso e hábitos alimentares não saudáveis, para intervirem precocemente na prevenção da obesidade junto à população adstrita.

Por outro lado, afirma Patrícia, só a vigilância não reverte o quadro, daí que as equipes e serviços de saúde precisam estar preparados para o cuidado integral dos escolares com excesso de peso. Cita o Programa Academia da Saúde como uma das iniciativas do Ministério da Saúde que deve se consolidar como espaço de promoção e educação em saúde e deve estar articulado com a escola.

"O controle da obesidade necessita de intervenções adequadas considerando as peculiaridades de cada situação", diz a coordenadora de Alimentação e Nutrição. Segundo ela, a prevenção da obesidade "deve ser composta por um conjunto de ações que vão desde a organização do cuidado nos serviços de saúde até ações intersetoriais que impactem na qualidade nutricional dos produtos disponíveis para consumo pela população". Além de iniciativas que permitam o aumento do acesso ao consumo de frutas, verduras e legumes.



dúvida quanto ao efeito que traria nas adesões ao programa foi rapidamente dissipada, ainda em 30 de novembro, quando terminou o prazo para as inscrições. Dos 2.812 municípios aptos, 2.495 aderiram – mais de 90% –, "muito acima das expectativas", afirma a coordenadora.

Exemplo sempre citado, o município de Olinda aderiu ao PSE desde 2008, e não houve problemas quanto à negociação intersetorial. De acordo com a secretária de Saúde, Tereza Miranda, as duas secretarias entenderam e encamparam mudanças e atos que seriam necessários para ações conjuntas que trouxessem bons resultados para a saúde da população, permitindo a realização do cuidado longitudinal com o envolvimento da escola e das equipes de Saúde da Família. O trabalho da saúde na escola provoca e promove uma tarefa de cogestão, afirma a assessora da Secretaria de Educação, Ana Cristina Fonseca, "pois reúne ações dos profissionais de saúde, educadores e assistentes sociais no espaço da escola para dar assistência à família, à população, ao integrar o Saúde na Escola, Mais Educação e Bolsa-Família".

Uma das iniciativas conjuntas, por exemplo, foi a instituição e instalação de escovódromos nas escolas, que permitem desenvolver atividades de educação em saúde bucal e estimular a incorporação do hábito de escovar os dentes e do uso do fio dental para prevenção da cárie e outros agravos. Na Escola Municipal Pró-Menor, com 350 alunos do 1º ao 5º ano fundamental, localizada no bairro de baixa renda Rio Doce, o cirurgião-dentista Djalma Figueiredo e sua auxiliar, Fabiana Silva, têm realizado aplicação tópica de flúor e atividades de educação em saúde bucal para estimular hábitos saudáveis de dieta e consumo moderado de alimentos que favoreçam à não for-



mação de cáries. “A dor de dente é um dos motivos para a falta às aulas e evasão escolar, e tenho conversado com a diretoria da escola para instituir a prática obrigatória, que, em alguns municípios, se tornou lei, da escovação bucal quando o aluno chegar à escola e depois da merenda escolar”, afirma Djalma.

As alunas Joice da Cunha e Tainara Xavier, 10 e 12 anos, da 5ª série, se tornaram adeptas da escovação e lembram com satisfação da atenção recebida na Semana de Mobilização realizada na escola com a participação da equipe de Saúde da Família da UBS Beira Mangue I e II. Foram medidas, pesadas, e as ações foram motivo de conversa entre colegas por muito tempo. Para Joice, especialmente, ficaram as orientações quanto à boa alimentação, pois explica que “não comia muito, e agora estou me alimentando melhor”. Tainara cita que o envolvimento dos pais na Semana fez sua mãe incentivá-la a comer verduras e legumes no dia a dia.

“...Uma das iniciativas conjuntas, por exemplo, foi a instituição e instalação de escovódromos nas escolas, que permitem desenvolver atividades de educação em saúde bucal e estimular a incorporação do hábito de escovar os dentes e do uso do fio dental...”

Os pais, atentos ao fato de o cardápio de merenda escolar ser elaborado por uma nutricionista, passaram a cobrar qualidade. A comunidade, segundo a diretora da Pró-Menor, Elisélia Rocha, aos pou-

Escolas particulares podem somar mais 6,7 milhões

Os 6,7 milhões de crianças e adolescentes que estudam em escolas particulares serão objeto da promoção de hábitos alimentares saudáveis e prevenção da obesidade devido ao acordo feito entre a Federação Nacional das Escolas Particulares e o Ministério da Saúde. Após um período de discussões num grupo de trabalho, representantes das escolas e do governo elaboraram o "Manual das cantinas escolares saudáveis", cujas bases para implantação serão ainda acertadas para orientar proprietários e empregados desses estabelecimentos quanto aos fundamentos da alimentação saudável e das boas condições sanitárias (ambiente, funcionários e alimentos).

A adesão da Federação, segundo a presidente da entidade, Amabile Passos, "se deveu à vertente educativa e à inteligência em começar a prevenção pelas crianças, pois estão abertas a aprender". Na divulgação do acordo, ocorrida na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), em 4 de abril, Amabile agradeceu ao ministro da Saúde, Alexandre Padilha, por ter se lembrado dos estabelecimentos privados e afirmou que é "muito difícil uma política pública chegar a uma escola particular". O ministro reforçou a intenção de a escola privada "promover hábitos saudáveis, pois o excesso de peso pode trazer, hoje, problemas para as crianças, e também prevenir a obesidade no futuro".

No manual desenvolvido pelo MS e escolas particulares, além das orientações voltadas à melhoria da qualidade nutricional e higiênica dos lanches e refeições comercializados nas cantinas escolares, há sugestões de cardápios balanceados, e a indicação de que a alimentação precisa ser combinada/aliada cotidianamente a atividades físicas. Tudo para apoiar os donos de cantinas e funcionários a se envolverem na nobre missão de promover a alimentação saudável para os escolares.

Veja o manual no seguinte link:
http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/manual_cantinas.pdf

cos tem se integrado e também procura o serviço de saúde, que é uma das atividades previstas no PSE.

Dos 16 mil estudantes da rede escolar, 10 mil têm acompanhamento clínico, pois, das 30 Unidades Básicas de Saúde, 20 estão pactuadas no Programa. "Mas estamos em processo de expansão, para atingir mais escolas e mais equipes de saúde", afirma a coordenadora municipal do programa na pasta da saúde, Sirley Jordão. Olinda tem uma equipe dedicada e criativa que, além dos programas federais, tem desenvolvido projetos locais como o Gravidez na Adolescência, para identificar e atuar em bairros onde há maiores índices de gravidez, e o concurso Saúde, Cultura e Arte. A intenção desse último é incentivar a produção de trabalhos educativos, artísticos e culturais que façam a promoção e a prevenção da saúde em escolas que aderiram ao PSE.

A gravidez de adolescentes foi um dos temas também discutidos na Semana de Prevenção na Escola Municipal Antônio Correia da Silva, situada no Bairro Águas Compridas, em Olinda, e que atende 1.055 alunos, até a 9ª série, entre 10 e 17 anos. Cada assunto da semana, no entanto, atingiu grupos diferentes. O bullying, que são as diferentes formas de violência (psicológica, física e verbal), empolgou e levou ao debate os alunos da 3ª e da 4ª série. O tema da higiene bucal e da alimentação saudável e prevenção da obesidade, no entanto, atingiu a todos.

De acordo com a professora comunitária Fabiana Silva, elemento de ligação da escola com os programas públicos, diversos alunos do 9º ano manifestaram suas reflexões e necessidades de mudar atitudes





Brasil sem Miséria , adesão ao PSE surpreende

O Plano Brasil sem Miséria é coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e tem ação interministerial com objetivo de elevar a renda e as condições de bem-estar de 16,2 milhões de brasileiros em situação de miséria. O PSE é um dos programas que fazem parte do Plano para incluir esses cidadãos nas políticas vinculadas à atenção básica à saúde.

Em 2012, dos 1.586 municípios do Mapa da Pobreza aptos a participarem do Programa Saúde na Escola, 1.410 (88,9%) concretizaram a adesão, e quase 36 mil escolas (do total de 53.848) participarão das ações. Aproximadamente 5 milhões de alunos serão submetidos à avaliação clínica e quase 8 milhões participarão das ações de promoção e prevenção à saúde. A meta era de envolvimento de 6.500 equipes de Saúde da Família, superada com o compromisso de 8.480 equipes de profissionais de saúde.

de vida. “Preciso perder peso, preciso fazer exercícios, são algumas das manifestações que ouvi após o trabalho”, exemplificou a professora. Há limites, no entanto, lembra a coordenadora pedagógica Shirley Bianca, pois alguns pais são resistentes a mudanças e não incentivam os filhos. Isso não impedirá, no entanto, que 500 deles passem pela avaliação clínica da equipe de Saúde da Família no decorrer do ano, que permitirá novas reflexões e demandará novas atitudes.

Peças de teatro apresentadas por alunos e palavras cruzadas ao vivo e interativas com os estudantes foram algumas das dinâmicas desenvolvidas para colaborar na disseminação das informações e reflexões dos temas que atingem essas comunidades.

A resistência das famílias foi sentida, por exemplo, pela equipe de saúde 3 do posto rural Engenho das Lages, vinculado ao Centro de Saúde 1 do Gama, no Distrito Federal. Há seis anos atuando junto ao Centro de Ensino Engenho das Lages, antes da adesão ao PSE, os profissionais sentiram a reação dos pais quando introduziram a temática saúde sexual e reprodutiva. Segundo a médica Josefa Ana da Silva, após explicarem que não havia intenção em estimular o

sexo precoce, mas induzir a responsabilidade, informar e formar e prevenir possíveis futuras doenças transmissíveis, a reticência foi reduzida e o processo, entendido.

Anualmente, a equipe participa de atividades esclarecedoras no Centro de Ensino. Este ano, com a adesão ao PSE, o trabalho foi realizado com 323 dos 450 alunos. Desses, 98 passaram pela avaliação antropométrica e os que apresentarem sobrepeso ou obesidade serão acompanhados, no decorrer do ano, pela nutricionista. Exceção está na pequena e satisfeita Ayodele Dias de Oliveira, 12, da 7ª série, que afirma ter exposto para a família as informações sobre alimentação saudável "e que foram bem adaptadas lá em casa, e aqui na escola os colegas ficam controlando o que podem ou não comer". Já a irmã de Gabriel de Souza, 15, da 8ª série, diz ser divertido que a irmã de oito anos, também da escola e que participou da Semana, vive dizendo em casa "isso eu posso comer, isso eu não posso comer". ■

A receita da cartilha

A cartilha Saúde na Escola, distribuída no PSE, com ilustrações e texto de Ziraldo e equipe, leva aos estudantes a discussão da escola enquanto um lugar onde se brinca, se lancha, se paquera, se estuda e que pode ser um ambiente potencial de promoção à saúde.

Em 32 páginas, com estilo leve, a abordagem é de apresentar a ação intersetorial, as atividades que implicam cuidados à saúde (controle de altura e peso, deficiência visual, prática de exercícios), a interação da escola com a família e da família com os serviços de saúde. Não somente por meio da alimentação saudável, como também pela assistência clínica e odontológica obtida nas Unidades Básicas de Saúde.

No final do texto, assinado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, a recomendação federal: educação e saúde juntas, a melhor receita!

Veja a cartilha nos seguintes links:
http://www.cosemsrj.org.br/images/aviso_programa_saude_escola_cartilha.pdf
http://www.slideshare.net/MinSaude/cartilha-i-sade-na-escola





BRASIL

14ª CNS

A luta por um SUS público e devidamente financiado

Texto: Fernando Ladeira / Fotos: Luciana Melo, FL

Direito dos cidadãos e dever do Estado, o Sistema Único de Saúde (SUS) é e deve continuar sendo 100% público, um patrimônio dos brasileiros no qual os recursos investidos permitam à população usufruir a melhor qualidade em ações e serviços de saúde. O SUS, no entanto, pode e tem que melhorar por meio da ampliação de verbas para a saúde, seja com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 29, seja com a reintrodução concreta do Orçamento de Seguridade Social, ou pela aplicação de parcela dos recursos que resultem da comercialização do petróleo do pré-sal. A manutenção de um sistema de saúde exclusivamente público e sugestões para solucionar o subfinanciamento da saúde estiveram entre as principais propostas debatidas e aprovadas na 14ª Conferência Nacional de Saúde, que teve por tema "Todos usam o SUS: SUS na seguridade social, política pública e patrimônio do povo brasileiro", realizada entre 30 de novembro e 4 de dezembro, em Brasília, no Centro de Convenções Ulysses Guimarães.

"A 14ª Conferência assumiu o compromisso de seguir lutando para que o SUS público e estatal atinja cada um dos 190 milhões de habitantes do País, conforme o que precisam e têm direito. É preciso ampliar a verba da saúde, pois muito do que não funciona no sistema se deve a terem retirado e repassado recursos para o mercado, ou má gestão. E precisamos de mais verbas para evitar que a população fique doente", afirmou, ao final do evento, a coordenadora-geral, Jurema Werneck.

De acordo com Jurema, a 14ª Conferência "não foi muito longe no passo a passo de acesso e qualidade, mas firmou, inequivocamente, o fortalecimento dos sujeitos, pois teve a maior participação de usuários com todos os tipos de reivindicações, construindo um processo que, futuramente, vai resultar na maior inserção e representatividade".

Ao todo, foram votadas e aprovadas 343 propostas. Elas resultaram de 8.538 discutidas, das quais 878 foram validadas desde 1º de abril até 31 de outubro, em 4.374 con-

ferências municipais e estaduais, e levadas para a etapa nacional. Envolveram-se nesse processo 29.400 pessoas, de todos os Estados brasileiros e Distrito Federal, que elegeram como seus representantes os 2.937 delegados presentes na convenção. Uma representação de 78% dos 5.565 municípios do País, portanto, aprovou o Relatório Final da 14ª CNS, documento que norteará as ações dos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde, nos próximos quatro anos.

"Tem gente de cada canto do País, com uma grande diversidade de segmentos e movimentos novos que estão surgindo, e a expectativa do Ministério da Saúde é de que esse esforço permita melhorar o acesso e a qualidade e a humanização da saúde para a população brasileira", afirmou o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, também presidente do Conselho Nacional de Saúde, que esteve presente em conferências estaduais e diariamente na nacional.

Essa representatividade e diversidade manifestaram-se, inicialmente, em uma das novidades da 14ª CNS: a abertura pública realizada, no dia 30, na Esplanada dos Ministérios, em carreata iniciada defronte da Catedral de Brasília, e que contou com a participação de, aproximadamente, 25 entidades e movimentos. Representantes das mulheres e homens, heteros e gays, trabalhadores rurais e urbanos e de categorias profissionais, segundo Jurema Werneck, tinham a função de convidar a população para participar da conferência. O Ato em Defesa do SUS teve por objetivo central cobrar do Congresso Nacional, especificamente do Senado Federal, a aprovação da regulamentação da EC 29, para dar uma solução significativa para o financiamento do Sistema Único de Saúde.

"...A 14ª Conferência assumiu o compromisso de seguir lutando para que o SUS público e estatal atinja cada um dos 190 milhões de habitantes do País, conforme o que precisam e têm direito..."

Representatividade expressiva

Na manhã seguinte, além dos 2.937 delegados, outros 1.600 convidados, jornalistas, painelistas e apoiadores transitavam pelos dois andares de salões e salas e espaços do Centro de Convenções Ulysses Guimarães para conhecerem os ambientes em que se realizariam as mesas, os grupos temáticos e os de trabalho. Do início da tarde até parte da noite do dia 1º, nos grupos temáticos e, no dia seguinte, nos grupos de trabalho, iriam ser definidas as escolhas dos representantes da sociedade civil, dos trabalhadores, prestadores de serviços, gestores e profissionais de saúde para os rumos do SUS em acesso e qualidade pelos próximos quatros anos.

Jornalistas da imprensa de todo o País foram convidados a participar de uma Oficina de Comunicação para se aproximarem, conhecerem e discutirem o sistema de saúde que há duas décadas se espraia pelo País e hoje atinge mais de 100 milhões de habitantes, em contínua expansão e evolução.

A manhã do dia 1º, no entanto, estava reservada para a abertura oficial da 14ª Conferência Nacional de Saúde. A coordenadora-geral Jurema Werneck lembrou que, assim como ocorreu na década de 80, em que a 8ª Conferência de Saúde serviu como referência para a nova Constituição Federal (88) e posterior criação do SUS (1990), "este é o nosso momento de olharmos o SUS com perspectiva de futuro". Já o ministro Alexandre Padilha considerou

Senado aprova regulamentação da EC 29 e governo sanciona

Em 7 de dezembro, três dias depois de terminada a 14ª Conferência Nacional de Saúde, o Senado Federal aprovou por 70 votos contra 1 a regulamentação da EC 29, sancionada em 16 de janeiro pela presidenta Dilma Rousseff. O texto final mantém o financiamento da saúde pelos municípios (15%) e Estados (12%) e a regra de que o governo federal deve investir o montante reservado para gasto do orçamento anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). A nova lei define quais ações podem ser contabilizadas como gastos em saúde e prevê punições para o descumprimento.



legítimas todas as propostas que chegaram até a 14ª Conferência, mas ressalvou que a qualidade do atendimento aos usuários do SUS deve ser colocada antes de qualquer interesse específico dos participantes. Declarada aberta a Conferência Nacional de Saúde, deu-se início à votação do regulamento da convenção.

O período da tarde foi enriquecido por outra novidade do evento: os diálogos temáticos, que, num total de 11, foram realizados com a participação dos interessados. Os temas abordados e que discutiram a saúde como um todo foram: "Desafios para efetivar a participação, a gestão participativa e o controle social na saúde", "Comunicação e informação em saúde como um direito humano fundamental e pressuposto do direito à saúde", "A integralidade e as redes regionais de saúde", "A seguridade social, o acesso universal e as políticas públicas de Estado", "Relação público x privado e os desafios da gestão do SUS", "Desafios do financiamento para efetivar o direito à saúde", "Valorização do trabalho e formação profissional para o SUS", "Os determinantes sociais, a intersetorialidade e a transversalidade do direito humano à saúde", "O desenvolvimento nacional e sua interface com a saúde", "Políticas e ações de promoção da equidade – garantia de acesso às populações em situação de vulnerabilidade e exclusão" e "A atenção básica que queremos".

"...A 14ª Conferência assumiu o compromisso de seguir lutando para que o SUS público e estatal atinja cada um dos 190 milhões de habitantes do País, conforme o que precisam e têm direito..."

Nos dois dias seguintes, os participantes foram separados em 17 grupos de trabalho, para discussão e apreciação das moções e propostas que iriam para a plenária final, em 4 de dezembro. A grande novidade, tecnológica, foi a votação completamente informatizada, que permitiu a todos apertar apenas um botão para manifestar seu posicionamento: sim, não ou abstenção. Devido a esse serviço, também a plenária final foi realizada rapidamente, permitindo a todos ter o Relatório Final da 14ª CNS em mãos ao final do evento.

Ao avaliarem a conferência, nos dias 14 e 15 de dezembro, alguns membros do Conselho Nacional de Saúde consideraram necessário buscar soluções para orientar melhor os municípios na escolha dos delegados para a próxima Conferência Nacional de Saúde. Isso porque, dos 1.937 enviados para a nacional, 80% vieram pela primeira vez. Nos grupos de trabalho, nos dias 2 e 3, houve evasão média de 40% nas discussões e votações.

O mesmo problema, no entanto, não ocorreu na plenária final, quando foram aprovadas as moções e propostas e o Relatório Final da 14ª Conferência. Também aprovaram a Carta à Sociedade Brasileira, novidade que já havia sido anunciada e acolhida nas conferências municipais e estaduais, que faz um resumo das principais posições defendidas pelos representantes da população presentes na 14ª CNS. O documento, de quatro páginas, inicia-se com a frase "Todos usam o SUS: SUS na seguridade social!" e termina com "Somos cidadãs e cidadãos que não deixam para o dia seguinte o que é necessário fazer no dia de hoje. **Somos fortes, somos SUS!".** ■

SAIBA MAIS

Página específica da 14ª Conferência Nacional de Saúde, dentro do endereço virtual do Conselho Nacional de Saúde, com todas as informações relativas ao evento: organizadores, ato de criação, documento orientador, notícias das conferências estaduais e relatório consolidado, entre outras.

Para acessá-las, veja o link
http://conselho.saude.gov.br/14cns/index.html



PMAQ

Os eixos do desenvolvimento do programa

Texto e Foto: Fernando Ladeira

Desde 12 de novembro passado, 17.502 equipes de atenção básica e 12.403 de saúde bucal, além de gestores, em 3.972 municípios, se mobilizaram em todas as regiões do País para levarem a atenção básica a novos e melhores patamares. Experimentam, até meados de maio (em alguns casos até junho), a fase 2 do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): a de desenvolvimento. Nela, além de fazerem o monitoramento de indicadores de saúde, avaliam seus processos e estruturas de trabalho, elaboram e buscam formas de apoio oficial e meios de se manterem em contínua atualização profissional.

"A fase de desenvolvimento é o foco do programa, em que estão estruturados quatro grandes eixos: a autoavaliação, o monitoramento, o apoio institucional e a educação permanente", afirma Allan Nuno de Sousa, coordenador-geral de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica (DAB) e também coordenador do PMAQ. As equipes e gestores, segundo ele, empreendem um conjunto de ações que vão culminar na avaliação externa, que se inicia em maio, e na certificação que atesta o acesso e a qualidade dos serviços prestados.

Em nível de gestão federal, interna ao Departamento, a autoavaliação e o monitoramento ficaram sob a responsabilidade da Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação (CGAA).

O apoio institucional e a educação permanente, por sua vez, são conduzidos pela Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB).

Autoavaliação

Assim, antes que iniciasse, em setembro, a fase 1 do programa, de adesões e contratualizações, o DAB já disponibilizava para equipes e gestores pelo site na internet (ver box abaixo) a Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, a AMAQ-AB. A ferramenta é uma revisão e adaptação da AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família) e de outros instrumentos de avaliação de serviços de saúde validados nacional e internacionalmente, tais como o MoniQuot, o PCA Tool e o Quality Book of Tools. Apesar de não ser obrigatória, e sim opcional, a AMQ-AB tem a vantagem de utilizar a mesma estrutura temática que servirá para o trabalho da avaliação externa.

Concluídas as adesões e contratualizações, a AMAQ em versão impressa passou a ser distribuída em fevereiro, dois exemplares para o município e um para cada equipe. Enquanto isso, elaborava-se um módulo em plataforma web dentro do sistema de gestão do PMAQ, que foi disponibilizado

115 padrões para medir a qualidade da Atenção Básica

A AMAQ-AB é um instrumento que permite aos gestores e às equipes de saúde atribuírem notas para si mesmos em 115 padrões de qualidade, ao todo.

Está dividida em dois núcleos: gestão e equipe. A gestão é dividida em três dimensões, gestão municipal (quatro subitens), gestão da atenção básica (três subitens) e Unidade Básica de Saúde (dois subitens). E o núcleo equipe tem uma dimensão: perfil, processo de trabalho e atenção integral à saúde, dividida em quatro subitens.

Quadro – Estrutura do instrumento AMAQ

Unidade de análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão municipal	**A –** Implantação e implementação da AB no município
		B – Organização e integração da rede de atenção à saúde
		C – Gestão do trabalho
		D – Participação, controle social e satisfação do usuário
	Gestão da atenção básica	**E –** Apoio institucional
		F – Educação permanente
		G – Gestão do monitoramento e avaliação (M&A)
	Unidade Básica de Saúde	**H –** Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos
Equipe	Perfil, processo de trabalho e atenção integral à saúde	**J –** Perfil da equipe
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde
		M – Participação, controle social e satisfação do usuário

Fonte: AMAQ-AB, p. 21.

Conforme a versão impressa da AMAQ (p. 22), qualidade em saúde é "o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores".

Ressalva, no entanto, que padrão é a "declaração da qualidade esperada", que leva em conta as particularidades de cada região e tem por referência uma visão ampla do sistema e das ações em saúde, cujos resultados somam-se constantemente para redefinir o padrão.

No que toca à satisfação do usuário, a autoavaliação refletirá a percepção do gestor e da equipe para esse item, que, futuramente, será comparada à opinião do usuário na fase de avaliação externa.

Confira a AMAQ:
http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/amaq.pdf



a partir de abril (http://dab.saude.gov.br/sistemas/amaq/). Isso permitiu a gestores e profissionais, segundo Allan Nuno, informarem os resultados produzidos a partir da aplicação da AMAQ. Detalhe: o sistema soma as notas para cada um dos 115 padrões em um relatório consolidado, que aponta as fragilidades e avanços constatados, favorecendo a tomada de decisões por intervenções nas realidades que considerem necessárias.

"O que está ao alcance para ser feito, o que podemos fazer, quanto temos e o que vamos ter que usar para dar conta do que é necessário para melhorar as condições do padrão de qualidade, além de que tipo de atores precisamos mobilizar, estão entre os diálogos que serão realizados pelas equipes e gestores para o atingimento das metas contratualizadas", afirma o coordenador-geral do PMAQ. Até porque, lembra ele, isso vai refletir em mais ou menos recursos que o município receberá no período de um ano e meio, aproximadamente. Esse é o tempo previsto entre os processos completos de adesão/contratualização, desenvolvimento, avaliação externa/certificação, e nova contratualização no programa.

"...As equipes e gestores, segundo ele, empreendem um conjunto de ações que vão culminar na avaliação externa, que se inicia em maio, e na certificação que atesta o acesso e a qualidade dos serviços prestados..."

Monitoramento

Segundo eixo da fase de desenvolvimento, o monitoramento dos indicadores escolhidos pelas equipes e gestores, assim como a AMAQ, terá subsídios tecnológicos para qualificar os dados e (re) direcionar os processos de trabalho em ações oferecidas às populações dos municípios. Quase 14 anos após ser criado, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) passa por mudanças acordadas entre o DAB e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) que permitem olhar, individualmente, as informações transmitidas pelas equipes de atenção básica.

Se há inconsistências nos dados, tais como erros de digitação que geram informações irreais, elas são identificadas e as equipes são comunicadas do equívoco e instadas a corrigi-los.

Também os 47 indicadores, em qualquer uma das áreas estratégicas (saúde da mulher, da criança, bucal, mental, controle do diabetes e da hipertensão, tuberculose e hanseníase, e produção geral), tanto no desempenho quanto no monitoramento, serão calculados pelo sistema e poderão ser gera-

das as proporções entre estimados, cadastrados e atendidos.

"E tem algo extraordinário que é a comparação", afirma Allan Nuno, citando que cada equipe poderá ver não apenas seus próprios resultados, como também a média de desempenho das outras que compõem o mesmo estrato populacional a que pertencem (10 mil, 20 mil, 50 mil, 100 mil, 500 mil, e acima de 500 mil), que levam em conta as características demográficas e socioeconômicas a partir do PIB per capita, do percentual da população com plano de saúde, de inscritos no programa Bolsa-Família, dos que vivem em extrema pobreza e a densidade demográfica.

Apoio institucional

Desde o ano passado, os 26 técnicos da CGGAB trabalham intensamente para esclarecer o que é o PMAQ-AB e para envolver, mobilizar e auxiliar os Estados, municípios e conselhos de saúde na implementação do programa. Dezenas de oficinas em macrorregionais estaduais têm sido realizadas no esforço de favorecer a capilarização do programa. Em Estados grandes, como Bahia ou São Paulo, chegaram a ser feitas mais de 20 oficinas.

De acordo com um dos técnicos, Alexandre Trino, "toda essa mobilização procura envolver e responsabilizar gestores, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica, suscitando nos Estados e municípios importante valorização ao apoio institucional, enquanto conceito potente de gestão compartilhada com a ponta dos serviços, as equipes".

Além das oficinas, seminários e palestras, o Departamento de Atenção Básica atualiza constantemente as informações do site do PMAQ (http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/) para esclarecer e respaldar, a cada passo, todos os envolvidos no programa.

Alexandre Trino cita, ainda, a instituição das Comunidades de Práticas, um portal web "org" (http://www.atencaobasica.org.br/) "de livre acesso aos trabalhadores e gestores envolvidos com a atenção básica à saúde em todo o País" que estabelece um sistema de troca de informações e experiências que promove o aprimoramento e qualificação desses profissionais.

"...As equipes e gestores, segundo ele, empreendem um conjunto de ações que vão culminar na avaliação externa, que se inicia em maio, e na certificação que atesta o acesso e a qualidade dos serviços prestados..."

O consultor lembra que, por meio do PMAQ, a questão do acesso e da qualidade na atenção básica ocupa cada vez mais espaço relevante nas agendas estaduais e municipais, e acompanha a tendência crescente de utilização do Sistema Único de Saúde para atendimento da população. Não é à toa que o Ministério da Saúde, para garantir "saúde para todos em todos os lugares", tem incentivado a renovação da rede física das Unidades Básicas de Saúde, a implementação do Telessaúde, novas formas de acesso a territórios e populações desassistidas, e a implantação, fixação e qualificação de carreiras e profissionais de saúde.

Educação permanente

O processo de formação permanente dos trabalhadores em saúde, não apenas para as carreiras individuais como para o desenvolvimento do sistema de saúde – ações e serviços e gestão, em atuações coletivas –, há anos é incentivado pelo Ministério da Saúde. No âmbito do PMAQ, estão envolvidos em atuação integrada o DAB e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com incentivo, por exemplo, ao desenvolvimento do Telessaúde.

Com o desenvolvimento e aprofundamento contínuo do PMAQ, acredita-se, no entanto, que os resultados da autoavaliação e do monitoramento trarão dados precisos e específicos para as ações de formação permanente, que resultem em melhorias profissionais, individuais e/ou coletivas. Desde o início das adesões até o momento, afirma Allan Nuno de Sousa, "o PMAQ tem obtido a capacidade gigantesca de mobilizar as pessoas, de colocá-las em conflito com o que já está estabelecido. E há um reconhecimento generalizado de que o programa vem para dar outra cara para a atenção básica no País e fazer com que seja tratada do jeito que merece". ■



TELESSAÚDE BRASIL REDES

Distâncias não existem mais

Por: Déborah Proença / Fotos: Telessaúde SC

São 5.565 municípios distribuídos em mais de oito milhões de quilômetros quadrados e um único sistema de saúde, público, para atender quase 197 milhões de pessoas. Ufa! Dimensões tão grandes precisam contar com todo o tipo de ajuda, principalmente as criativas. Pensando nisso, o Ministério da Saúde implantou um programa a distância, de teleducação e teleassistência, para agilizar e qualificar o atendimento prestado à população, proporcionar suporte e condições mais adequadas ao trabalho das equipes localizadas no interior.

Com vistas à qualificação de, aproximadamente, 2.700 equipes de Saúde da Família, o então Projeto Telessaúde Brasil teve início em 2007 com um projeto piloto em que nove universidades públicas do Amazonas, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo e Santa Catarina uniram-se aos governos estaduais e federal com o objetivo de melhorar a qualidade no atendimento da atenção básica.

Na medida em que os núcleos estaduais apresentaram avanços em diferentes frentes e ritmos, dois anos depois do início oficial do programa, a Secretaria de Gestão da Educação na Saúde (SGTES), responsável pela gestão do Telessaúde, e o Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), avaliaram criteriosamente seu desempenho e verificaram que era preciso adequar-se à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e expandir a iniciativa para outros Estados.

Rosimeira Andrade, consultora técnica da SGTES, lembra que, quando o projeto piloto foi iniciado, estava prevista a implantação de um núcleo por Estado. Contudo, em função do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil e da avaliação do programa, acelerou-se a expansão do Telessaúde e se pactuou a implantação de mais 1.230 pontos dispostos em 14 núcleos (sendo três contemplados em 2010 e 11 em 2011) em outras Unidades da Federação ainda não beneficiadas pelo programa, além das nove iniciais.

Com a expansão, publicou-se a Portaria nº 2.546, em outubro de 2011, revogando a legislação vigente que o regulamentava (a Portaria nº 402, de 2007) e o programa passou

a ser chamado de Telessaúde Brasil Redes. “O nome veio para fortalecer e consolidar as Redes de Atenção à Saúde”, simplifica Rosimeira ao explicar que a expansão do programa pretendeu atender, também, ao Decreto Presidencial nº 7.508, de 2011, que versa sobre as regiões de saúde, e às Portarias nº 4.279/2010 e 2.073/2011, que tratam das Redes de Atenção à Saúde e dos padrões de interoperabilidade de sistemas de informação em saúde, respectivamente.

Uma confusão comum com a mudança do nome é a parceria entre as Secretarias de Gestão da Educação na Saúde (SGTES) e de Atenção à Saúde (SAS), que atuam integradas na promoção do programa. “Não são dois programas diferentes”, elucida Fernando Maia, consultor técnico do DAB. A técnica da SGTES complementa, informando que também não são dois projetos de expansão, um da SGTES e outro do DAB. “Existe apenas um único projeto de expansão oficial, porém, com a portaria de 2011, a expansão do Telessaúde veio naturalmente, com um aporte financeiro a mais para fortalecer o processo de informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS)”, explica Rosimeira.

A portaria a qual a técnica se refere é a de nº 2.554, que institui o componente Informatização e o Telessaúde no Programa de Requalificação das UBS (ver matéria na página 14). Ela caminha paralela e integrada ao projeto de expansão do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes ao assegurar a participação de equipes de atenção básica no programa, a partir do momento em que as UBS estiverem com infraestrutura adequada para serem informatizadas e conectadas à internet.

Para tanto, a portaria previu o financiamento de projetos de informatização de UBS cujos valores máximos dependem do número de equipes de Saúde da Família (eSF) contempladas em cada projeto, combinado a um número mínimo de oferta de teleconsultorias obrigatórias por mês (veja Box).

Em 2011, o DAB distribuiu pouco mais de R$ 44 milhões ao aprovar 37 projetos de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde para a informatização de UBS e formação ou estabelecimento de conexão com núcleos de telessaúde. Esses projetos favorecem, aproximadamente, dois mil municípios e 11 mil equipes de Saúde da Família. Os convênios firmados ainda estão em fase de aquisição de equipamentos e o Departamento prevê a aprovação de novos para 2012, com orçamento estimado em 29 milhões de reais.

Com essa portaria, a vinculação dos núcleos de telessaúde a instituições de ensino e pesquisa não é obrigatória. Segundo Fernando Maia, “Agora os temas poderão ser abordados de modo a fomentar o trabalho da ponta, conforme os interesses e necessidades da gestão”. Todavia, a participação das universidades não é subestimada, ao contrário. Carlos André Aita Schmitz, coordenador executivo do Núcleo Telessaúde-RS, vinculado ao Programa de Pós-Graduação de Epidemiologia, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), afirma que toda parceria é bem-vinda. “Se o núcleo tiver parceria com universidades, será ótimo para ele, até porque incen-



Valores, equipes e teleconsultorias

I - máximo de R$ 750.000,00/ano para projetos que contemplem, no mínimo, 80 eSF, garantindo, no mínimo, a média de 160 teleconsultorias/mês;

II - máximo de R$ 1.000.000,00/ano para projetos que contemplem, no mínimo, 200 eSF, garantindo, no mínimo, a média de 400 teleconsultorias/mês;

III - máximo de R$ 2.000.000,00/ano para projetos que contemplem, no mínimo, 400 equipes, garantindo, no mínimo, a média de 800 teleconsultorias/mês;

IV - máximo de R$ 2.600.000,00/ano para projetos que contemplem, no mínimo, 600 equipes, garantindo, no mínimo, a média de 1.200 teleconsultorias/mês; e

V - máximo de R$ 3.550.000,00/ano para projetos que contemplem, no mínimo, 900 equipes, garantindo, no mínimo, a média de 1.800 teleconsultorias/mês.



tivamos a produção científica na área, para provar a efetividade das ações".

O núcleo gaúcho já foi tema de reportagem na Revista Brasileira Saúde da Família (edição 24) e a experiência apenas cresceu de lá para cá. Tanto que foi firmado, em 2011, um convênio com o DAB para a confecção do "Manual do Telessaúde para a Atenção Básica", que está disponível pelo link http://telessaude.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=2450. Aborda-se desde a estrutura de recursos humanos, tecnológica e física de um núcleo de telessaúde até atividades-fim, relacionadas ao apoio especializado de teleconsultoria, segunda opinião formativa e telediagnóstico.

Quanto à expertise adquirida nesses cinco anos, Carlos brinca: "A dor ensina a gemer". Para ele, a equipe de saúde é multiprofissional e todos os membros da equipe têm interesses e habilidades variadas, o que transforma a atenção básica de maneira multidimensional. "Nós precisamos buscar várias áreas do conhecimento. A saúde pública e a saúde coletiva têm essa característica. Precisamos resolver o problema do paciente, de uma comunidade inteira. Temos que ir atrás da informação", afirma.

Além do manual, a equipe comandada pelo médico Erno Harzheim tem a tarefa de apoiar a implantação de outros núcleos de telessaúde, como o de Mato Grosso do Sul, que é um dos três novos núcleos estaduais inseridos, em 2010, no projeto de expansão do programa. Tocantins e Acre, os outros dois, recebem apoio não somente do núcleo gaúcho, mas também do amazonense, cuja expertise concentra-se, principalmente, no suporte aos profissionais do interior. Atuando na teleassistência, teleducação e no apoio à gestão, o programa acontece no Amazonas em parceria com a Universidade Estadual do Amazonas (UEA) e a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), sob a coordenação do Prof. Dr. Cleinaldo Costa e Dr. Pedro Elias de Souza, respectivamente.

> *"...a vinculação dos núcleos de telessaúde a instituições de ensino e pesquisa não é obrigatória. Segundo Fernando Maia, 'Agora os temas poderão ser abordados de modo a fomentar o trabalho da ponta, conforme os interesses e necessidades da gestão..."*

O médico regulador do núcleo do Telessaúde do Amazonas, Ricardo Amaral Filho, que participa das atividades do polo desde 2008, lembra a época de recém-formado em que não podia recorrer a uma segunda opinião profissional. "Trabalhei em um município do interior, e era preciso pegar uma balsa, depois a estrada de asfalto e outro trecho de terra batida em péssimas condições para chegar até a unidade. Se já existisse, o programa teria me ajudado muito, pois inúmeras vezes eu era o único médico do município", considera.

Ele salienta que a realidade amazônica é muito diferenciada do restante do País uma vez que as distâncias são medidas em dias, e não em quilômetros ou horas. As dificuldades de locomoção e as limitações impostas pela geografia regional provocam a evasão dos profissionais e problemas para contratação. Assim, para ele, a importância e a dimensão do Telessaúde aumentam significativamente ao minimizar as distâncias físicas por meio da internet. ■

Saiba mais sobre o programa no endereço: http://www.telessaudebrasil.org.br/.

A maior dor de Orestes

Por: *La Habana* ilustrações: Roosevelt Ribeiro

Orestes saiu quieto, com olhar frio. Assim como estaria frio o consultório médico do posto no final de julho. Doutora Isa, que muitas vezes o visitara em casa para as consultas de rotina em toda a família, preferiu falar-lhe a sós naquele dia. Argumentou que precisava apresentar-lhe os exames e, então, já aproveitaria o equipamento do posto para fazer mais uns testes.

Orestes se refez da noite mal-dormida com um banho quente. Vestiu a camisa domingueira, lembrou de passar a água de cheiro, que foi presente do caçula, e pegou o caminho do posto de saúde, pressentindo que a dor que o atormentava não era caso só para mais uma Aspirina.

Como dizer para a Vidinha que ela poderia vir a ficar sozinha no mundo? Logo ela, que só contava com ele na vida. O irmão mais novo completara apenas o primeiro, dos doze aniversários no presídio central. O mais velho sumiu há tempo. Logo ela, com todos aqueles problemas de hérnia de disco e sem receber aposentadoria. Tá certo que a Jana e os dois mais novos também ajudavam com as contas, mas ainda era ele que botava a comida na mesa. O pai é o homem da casa, é sempre quem tem o pulso firme pra manter todo mundo nos eixos. Sem ele, quem garante que o Zé Gustavo não se embrenharia para os lados da turma do tráfico? Deusulivre.

"...O pai é o homem da casa, é sempre quem tem o pulso firme pra manter todo mundo nos eixos. Sem ele, quem garante que o Zé Gustavo não se embrenharia para os lados da turma do tráfico?..."

Caminhou todas as ruas da Vila Coqueiral sem trocar sequer uma palavra. Cabisbaixo, parecia contar os passos. Poderia estar contando os dias. Nem um aceno para o dono da banca, seu amigo. Nem uma pausa para rever as acácias que plantara no pátio da Cotinha. Lembrou apenas que ela ainda não pagara o serviço, nem em moeda, nem em roupa.

- A Doutora Isa que não queira me internar. Não vou, de jeito algum, passar meu aniversário em quarto de hospital. Meu pai morreu aos noventa sem nunca precisar dessas frescuras. Teve até pneumonia e se safou.

Seu Orestes era conhecido de todos ali. Sempre cortava a grama de dona Andira, viúva do Adamastor, com quem costumava jogar general no antigo Bar Aliança. Famoso por andar sempre com sua caixa de ferramentas, atendia qualquer eventualidade de cano estourado, telhado quebrado, chuveiro queimado, fogão entupido. Assim, foi fazendo fama de boa gente. Não havia casa, com ou sem eira, que Orestes não houvesse consertado algo.

O posto de saúde era uma referência boa naqueles lados. Ali na vila, o povo carecia de tudo, menos daquele atendimento básico que já fez milagre umas tantas vezes que ele lembrava.

O silêncio da rua e o tempo meio chuvoso aumentavam a impressão de que as horas eram decisivas. Orestes freou um ou dois passos, olhou para o céu encorpado e cinza e depois seguiu.

Ao chegar ao posto, foi recebido como sempre, com uma boa corneta do Gilmar - o vigia era gremista e havia ganhado o último GreNal.

- Nem sabe ele do meu causo. Se soubesse, não faria brincadeira nenhuma comigo.

A ansiedade não deixou que a flauta do amigo lhe tirasse a concentração. Entrou rápido na ante-sala, meio molhado meio suado, passou o lenço no rosto e dirigiu-se à recepcionista.

O corpo sentia uma fraqueza estranha. Poderia ser sintoma da doença que em breve seria anunciada, ou era nervosismo mesmo. Quase pedira um copo d'água com açúcar, prevendo que sua pressão arterial tivesse baixado a dez por seis, ou menos. Então, a porta do consultório foi se abrindo bem lentamente. Ao invés de caminhar em direção a ela, Orestes sentou, respirou mais ar do que seus pulmões davam conta. E a porta continuou se abrindo sem pressa, até revelar o rosto faceiro da Doutora Isa e toda a equipe do posto, que saiu de lá cantando parabéns a você. Reconhecimento a quem ajudara a erguer aquelas paredes.

E a dor, aquela, curou-se sim com a Aspirina. ■

"...Sempre cortava a grama de dona Andira, viúva do Adamastor, com quem costumava jogar general no antigo Bar Aliança. Famoso por andar sempre com sua caixa de ferramentas, atendia qualquer eventualidade de cano estourado, telhado quebrado..."





Atenção básica ganha dois novos espaços para discussões

Por: Déborah Proença / Foto: Saraiva

Duas boas surpresas para a atenção básica chegaram juntas com o mês de março. Em 6 e 7, Brasília foi palco do I Fórum Nacional da Atenção Básica, um novo espaço tripartite de debates e discussões, e nele, entre as atividades programadas, o lançamento da Rede Comunidade de Práticas. O Fórum surgiu da necessidade de um espaço colaborativo em que os atores das três esferas de governo – federal, estadual e municipal – possam discutir a atenção básica a fim de operacionalizá-la, identificando problemas e sugerindo estratégias e soluções.

"Não é uma área para definições, pois quem decide sobre a atenção básica no âmbito federal e a nível tripartite é a Comissão Intergestores Tripartite (CIT)", alerta o diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB), Hêider Aurélio Pinto. "A finalidade é ter um fórum que debata a política de atenção básica, para podermos tomar decisões importantes, apontar rumos, sempre respeitando a CIT e o Conselho Nacional de Saúde. Porém, abaixo disso, podemos tomar decisões logísticas, de suporte e apoio mútuo", esclarece.

O fórum traz a ideia de participação. Segundo Antônio Ribas, consultor técnico do DAB e um dos coordenadores do Fórum, o evento primou pela participação ativa dos convidados, seja para debater os temas sugeridos, seja para construir políticas e programas do Ministério, ou mesmo corrigir trajetória ou apontar novos programas federais. Além disso, apresentou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e as novidades do Programa Telessaúde Brasil-Redes.

Maria José Evangelista, representante do Conass, percebeu na iniciativa uma oportunidade de aproximar o Departamento de Atenção Básica das coordenações estaduais e dos Cosems. "O Fórum tem objetivos diferentes das Câmaras Técnicas (CT) e dos grupos de trabalho (GT) da CIT. Nas CTs, são discutidas as políticas e portarias pactuadas, visando a sua operacionalização. Já os GTs, compostos por representações do Conass, do Conasems e do Ministério da Saúde, as discussões são tripartites e objetivam a pactuação na CIT, dos temas relacionados à área. O

Conass tem nove Câmaras Técnicas, entre as quais as de Atenção à Saúde e Atenção Primária à Saúde, que, além de serem um espaço para capacitação, funcionam em conjunto e discutem as políticas, as portarias, as dificuldades de implantação, troca de experiências entre os Estados".

Embora o PMAQ-AB tenha sido tema principal no Fórum, tanto na sua coordenação quanto na identificação de problemas e aperfeiçoamento para 2013, pensar estratégias para fixação e distribuição mais equânime dos profissionais de saúde pelo País também foi bastante debatido.

Hêider Pinto destaca, ainda, a necessidade de aportar mais ações para gestão da educação e do trabalho, valorização dos trabalhadores, enfrentamento da fixação dos profissionais, precarização das relações de trabalho, apesar de terem recebido atenção especial com a nova Política Nacional de Atenção Básica e o Programa Saúde Mais Perto de Você.

Na avaliação dos entrevistados, o evento foi bastante positivo, tanto que a principal sugestão dos presentes foi a criação de outros espaços como o do Fórum, ou outras edições dele. As pessoas participaram ativamente e puderam tirar dúvidas, além de perceberem com mais clareza as iniciativas do Ministério, valorizando-as.

Sobre o evento, Hêider Pinto diz: "Conseguimos fazer um balanço do que foi a Política Nacional de Atenção Básica em 2011 e apontar os desafios para 2012. Pudemos ampliar alguns debates que já tinham sido discutidos no GT de Atenção à Saúde na CIT. E também apresentamos uma proposta de financiamento" – que, posteriormente, foi levada para discussão na CIT e aprovada, sem concorrer com nenhum dos espaços.

Comunidade de Práticas: espaço de partilha

Na tarde do último dia do Fórum, foi lançada oficialmente a Rede Comunidade de Práticas, um projeto idealizado e desenvolvido pelo DAB, em parceria com o Instituto de Atenção Social Integrada (Iasin). Seu formato é o de uma rede social, envolvendo trabalhadores e gestores da atenção básica, que podem compartilhar experiências, textos, informações sobre eventos etc. O projeto contempla, também, uma equipe de facilitadores, cujo papel é o de movimentar a rede, agenciar encontros, reflexões. A princípio, a participação está restrita a equipes de atenção básica cadastradas no PMAQ-AB.

"Nós esperamos que a comunidade possa se constituir enquanto dispositivo de encontros, de compartilhamento e reflexão sobre as práticas de saúde na atenção básica, no sentido de agregar a elas elementos de outras experiências", explica Felipe Cavalcanti, coordenador do projeto. A Comunidade de Práticas conta com o apoio do Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (Otics), da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

O lançamento da Comunidade, segundo Antônio Ribas, gerou curiosidade e expectativa nos presentes. "É uma oferta para qualificar o cuidado nas unidades, qualificar a gestão a partir de uma ferramenta que qualquer um que tenha acesso à internet possa utilizar. É acessível a todos, desassociada da carga de trabalho e dá a possibilidade de entrar em contato com pessoas desconhecidas, que conversam linguagens diferentes, mas que podem ajudar a qualificar a gestão". O comentário geral entre os participantes do Fórum que não conheciam a iniciativa, disse Antônio, é que tem potência, valor de uso e pode qualificar e incrementar a gestão e os cuidados.

Saiba mais no endereço http://www.atencaobasica.org.br.
Cadastre sua equipe e faça parte dessa Comunidade.



Financiamento da AB cresce 37% em dois anos

Texto: Fernando Ladeira / Foto: Peter Ilicciev - Fiocruz Multimagens

Nos últimos 18 meses, reforçou-se o reconhecimento, pelo governo federal, em relação à importância da Atenção Básica à Saúde enquanto principal porta de entrada e ordenadora do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante o ano de 2011, foram aprovadas e oficializadas mudanças em diversos programas e políticas executadas pelo Ministério da Saúde, como um todo, que convergiram para favorecer maior acesso e qualidade às ações e serviços da atenção básica (AB) à população, para estender seus benefícios para além dos 51% de brasileiros atendidos até então. Em consequência, houve um redirecionamento de recursos orçamentários que, de 2010 para cá, já alcançam os R$ 3,63 bilhões. Se há menos de dois anos as verbas do orçamento estavam em R$ 9,73 bi, agora já são R$ 13,36 bilhões direcionados à AB, em variação positiva de 37%.

"Há outro desenho, outra lógica de financiamento da atenção básica cujas bases estão no governo federal induzir o modelo de Estraté-

"...houve um redirecionamento de recursos orçamentários que, de 2010 para cá, já alcançam os R$ 3,63 bilhões. Se há menos de dois anos as verbas do orçamento estavam em R$ 9,73 bi, agora já são R$ 13,36 bilhões..."

gia Saúde da Família e a qualidade nas ações e serviços de saúde, efetuar o pagamento per capita num espírito de equidade junto aos municípios e bancar a reestruturação da rede física das Unidades Básicas de Saúde (UBS)", afirma o diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB), Hêider Aurélio Pinto.

Hêider lembra que, no segundo semestre do ano passado, tinha sido rompido o padrão de financiamento da saúde aos municípios com as mudanças introduzidas no Piso de Atenção Básica (PAB) – Fixo. Até então em valor único de R$ 18 para todos os 5.565, introduziu-se o mecanismo de equidade, e aqueles municípios que mais precisavam (70% do total) passaram a receber mais 27%, com o PAB-Fixo em R$ 23. Um segundo estrato de municípios (20%) começou a receber R$ 21, com acréscimo de 16,7%. Aqueles em situação socioeconômica mais regular (7%) tiveram o PAB-Fixo aumentado para R$ 19 (mais 5,6%), e os municípios com mais de 500 mil habitantes ou ricos ficaram sem reajuste em 2011 e permaneceram com o valor em R$ 18. Para este ano, no entanto, todos receberam, desde março, com a Portaria nº 953/12, acréscimo de R$ 2 no piso e passaram, respectivamente, a R$ 25, R$ 23, R$ 21 e R$ 20, que representa, em 2012, um plus de R$ 408 milhões.

Em seguida, o Ministério da Saúde publicou o reajuste do Piso da Atenção Básica (PAB) – Variável, em média de 6,4%, no incentivo ao custeio das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Somente para este ano o reajuste representa um incremento de R$ 458 milhões. E, como parte do PAB-Variável, foi criado, em 2011, o componente Qualidade, no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no qual se inscreveram 17.482 equipes de atenção básica e 14.590 de saúde bucal. Ainda no ano passado, foram repassados fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais, R$ 54 milhões e, neste ano, a previsão é de R$ 733 milhões. Reconhecendo a diversidade da realidade brasileira, também puderam se inscrever no PMAQ equipes de saúde tradicionais, que atuam na Atenção Básica à Saúde, desde que aderissem e se comprometessem com o cumprimento de princípios da Estratégia Saúde da Família (ESF).

"...O importante, afirma Hêider Pinto, é o conjunto da obra, pois as medidas estão permitindo aumentar o número de equipes de Saúde da Família e de NASF no País, retomando o ciclo de expansão da Estratégia Saúde da Família..."

A mesma dinâmica foi utilizada com o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, cuja proposta é de renovar a estrutura física das unidades em todo o País, também promovendo o compromisso dos municípios com a expansão da ESF. Da parte do Ministério da Saúde, as verbas estão comprometidas com as reformas das unidades e a informatização da rede com implantação do Telessaúde (em conjunto com a Secretaria do Trabalho e da Educação na Saúde). O recurso orçamentário previsto para 2012 é de R$ 538 milhões, dos quais R$ 107 milhões já foram repassados fundo a fundo aos municípios.

Para a mudança de panorama de estruturas, no entanto, também são previstas verbas para a construção e ampliação das UBS, com recursos do Programa de Aceleração do Crescimento II (PAC II), do governo federal. Sob acompanhamento direto da presidenta da República, Dilma Rousseff, para este ano, estão destinados R$ 561 milhões para a construção de novas unidades, dos quais R$ 61 milhões já foram empenhados e pagos aos municípios. Para a ampliação, 5.465 propostas foram cadastradas, mas não houve, ainda, liberação de recursos. O PAC II prevê, até 2014, o investimento de R$ 2,26 bilhões na construção e ampliação das UBS.

O importante, afirma Hêider Pinto, é o conjunto da obra, pois as medidas estão permitindo aumentar o número de equipes de Saúde da Família e de NASF no País, retomando o ciclo de expansão da Estratégia Saúde da Família. Desse modo, em um conjunto articulado de ações, o Ministério da Saúde realiza a valorização dos profissionais, melhora toda a rede física de unidades de saúde e alça a atenção básica ao lugar de importância que lhe é devido na construção do SUS.

ARTIGO

O encontro da saúde com a educação: os desafios da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola

Izabel do Rocio Costa Ferreira[1]
Samuel Jorge Moysés[2]
Beatriz Helena Sottile França[3]
Simone Tetu Moysés[4]

Ilustrações: Roosevelt Ribeiro

Resumo

As políticas públicas voltadas a escolares requerem que o encontro da saúde com a educação se faça por meio da intersetorialidade. Isso é confirmado pela atual proposta de política para saúde escolar no Brasil, representada pelo Programa Saúde na Escola (PSE). Este artigo se propõe a explorar o contexto do PSE como política intersetorial voltada para a saúde escolar, apontando os principais desafios para sua implementação e consolidação centrada na participação, cogestão e corresponsabilidade para garantia do desenvolvimento humano e direito à saúde.

Palavras-chave: Ação Intersetorial. Saúde Escolar. Avaliação em Saúde. Promoção da Saúde.

Introdução

A saúde e a educação constituem-se em direitos sociais garantidos pela Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) a todos os cidadãos residentes no País. Por essa identidade, na esfera das políticas públicas, os setores saúde e educação apresentam muitas similaridades ao se edificarem na universalização dos direitos fundamentais dos cidadãos (BRASIL, 2009).

Desde a década de 1950, diversas iniciativas objetivaram a saúde no espaço escolar, grande parte delas vinculadas a uma lógica sanitarista, perpetuando o modelo biomédico focado na doença (BRASIL, 2009). No entanto, nas últimas décadas, iniciativas inovadoras têm oportunizado o encontro da saúde com a educação, de modo a implementar políticas públicas intersetoriais que favorecem a articulação de ações e estruturas da saúde e da escola (IPPOLITO-SHEPHERD; CERQUEIRA, 2003; OPAS, 2003; PEDROSA, 2006; SILVA; DELORME, 2007; BRASIL, 2009). Essa aproximação tem oportunizado novas formas de ação em saúde no âmbito escolar, além da rediscussão sobre seu papel como espaço promotor da saúde.

A consolidação de novos modos de entender a íntima ligação entre a produção de conhecimento e uma vida saudável, centrados no conceito ampliado de saúde, na integralidade e na cidadania (BRASIL, 2009), serviu de base para o rompimento da lógica verticalizada, transmissora de informações de higiene e provedora de assistência biomédica no espaço escolar.

A escola passa então a tomar como responsabilidade compartilhada a ação inclusiva em saúde e o enfrentamento das iniquidades sociais, favorecendo o desenvolvimento de habilidades da comunidade escolar para atuar sobre os determinantes da saúde e da qualidade de vida, e estabelecendo parcerias intersetoriais que visam ao suporte à saúde de sua comunidade (MOYSÉS, 2008).

O movimento de Escolas Promotoras da Saúde e, no contexto latino-americano, a Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde/ Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde, acordada durante o Congresso de Saúde Escolar no Chile, em 1995 (OPAS, 2003; PERIAGO, 2006), trouxe novos ob-

jetivos voltados para a construção de conhecimentos e habilidades fundamentais para cuidar da saúde de estudantes, de sua família e da comunidade em que se inserem (IPPOLITO-SHEPHERD; CERQUEIRA, 2003). A escola é reconhecida como um ambiente oportuno e privilegiado para o desenvolvimento crítico, social e político, que interfere na produção coletiva da saúde (BRASIL, 2005; BRASIL, 2009), e, por isso, um espaço social promissor para o desenvolvimento de ações promotoras da saúde e de ações intersetoriais.

No âmbito das políticas públicas no Brasil, o reconhecimento do papel da escola na construção da saúde tem sido explicitado tanto no setor saúde como no setor educação. A Política Nacional de Promoção da Saúde, 2006, propõe uma política transversal, integrada, com ênfase na intersetorialidade. Apresenta ao setor saúde o desafio de construir ações promotoras da saúde por meio da intersetorialidade com distintos setores governamentais, não governamentais e com a sociedade, tecendo redes de corresponsabilidade a fim de considerar a melhoria de vida da população quando forem geradas suas políticas específicas (BRASIL, 2006a). A abordagem intersetorial da saúde no espaço da escola é uma das estratégias propostas por essa política, reafirmada também pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b), para o desenvolvimento das ações de saúde no contexto brasileiro da Atenção Primária em Saúde.

"...favorecendo o desenvolvimento de habilidades da comunidade escolar para atuar sobre os determinantes da saúde e da qualidade de vida..."

No campo das políticas públicas de educação, a indicação da necessidade de participação e corresponsabilidade também tem sido pautada nos últimos anos. A constituição em 2005, por meio de Portaria Interministerial entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS), de uma Câmara Inter-



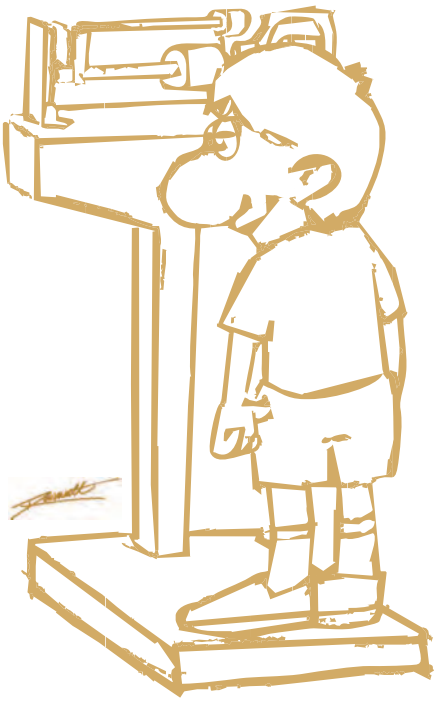
setorial com a responsabilidade de elaborar diretrizes e subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola, foi um dos movimentos importantes de aproximação entre esses setores. Essa portaria ressaltava a necessidade de estratégias intersetoriais de educação e saúde para garantir a implementação das ações propostas (BRASIL, 2005).

Nessa direção, o Programa Saúde na Escola, construído como política intersetorial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, em 2007, propõe a agregação de ações promotoras da saúde no espaço das escolas e das Unidades Básicas de Saúde, como estratégia de cogestão e corresponsabilidade pela saúde da comunidade escolar.

A intersetorialidade no encontro da saúde com a educação

A intersetorialidade se apresenta como uma prática integradora de ações de diferentes setores que se articulam, completam e interagem para um olhar mais próximo dos problemas e dos modos de enfrentá-los (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006). Assim, ações intersetoriais são geradas por atividades diferenciadas, planejadas e programadas, com compartilhamento de poder e de articulação de interesses, saberes e ações das instituições envolvidas (TEIXEIRA; PAIM, 2000; JUNQUEIRA, 2004).

"...o Programa Saúde na Escola, construído como política intersetorial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, em 2007, propõe a agregação de ações promotoras da saúde no espaço das escolas e das Unidades Básicas de Saúde, como estratégia de cogestão e corresponsabilidade pela saúde da comunidade escolar..."



A intersetorialidade baseia-se na disponibilidade de cada setor envolvido para dialogar, estabelecer vínculos de corresponsabilidade e cogestão, comprometendo-se com um processo de aprendizagem e determinação dos sujeitos, que deve reverter na capacidade de responder às necessidades dos cidadãos de um determinado território pela melhoria da qualidade de vida (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004; JUNQUEIRA, 2004).

Dessa forma, experiências exitosas baseadas em ação intersetorial entre os setores saúde e educação no espaço escolar estimulam a transformação no relacionamento entre os profissionais da saúde e da escola, visando ao planejamento conjunto das ações, rompendo uma cultura de ações pontuais, sem programação conjunta e sem adaptação ao contexto e ao público-alvo (PALMAS, 2006).

Westphal e Mendes (2000) apontam que os setores saúde, educação e ação social tendem a ser os parceiros mais comuns no desenvolvimento de ações intersetoriais, embora muitas dessas iniciativas sejam informais, sem um planejamento prévio, com ações estabelecidas por apenas um setor, e, portanto, desatreladas dos princípios da intersetorialidade.

A substituição da lógica de governar setorialmente para uma lógica intersetorial é uma exigência dos projetos governamentais para responder às necessidades da população (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006). Entretanto, esse novo modo de gestão requer um processo de aprendizagem que envolve a capacidade de adaptação às mudanças e superação de modelos de políticas setorizadas (MENDES; BÓGUS; AKERMAN, 2004).

Associar políticas intersetoriais ao espaço escolar é, portanto, uma deliberação desafiadora e apropriada para a construção da saúde.

O Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola

(PSE) foi instituído por meio do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, e se expressa como asserção de uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação e demais entes federados da União, dos setores saúde e educação, com o propósito da atenção integral à saúde de estudantes da educação básica pública brasileira. É uma política do governo brasileiro que reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde, garantidos pela Constituição Federal de 1988, como dever do Estado para o direito à saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

O PSE tem o compromisso de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica brasileira por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007). As diretrizes para sua implementação se expressam por meio da descentralização e respeito à autonomia federativa; da integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde; dos princípios da territorialidade; da interdisciplinaridade e intersetorialidade; da integralidade; do cuidado ao longo do tempo; do controle social; e por meio do monitoramento e avaliação permanentes (BRASIL, 2007, art. 3º, § 1º).

O PSE contempla cinco componentes principais, representados pela avaliação clínica e psicossocial; ações de promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos; compromisso da educação permanente e capacitação de profissionais da educação e saúde e de jovens para o PSE; monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; e monitoramento e avaliação do PSE (BRASIL, 2008).



O compromisso, as diretrizes e os componentes do PSE demonstram a proposição de um novo desenho da política de educação e de saúde para a escola ao considerarem a saúde e a educação de forma integral para a formação de cidadãos que exerçam plenamente seus direitos. Dessa forma, é promovida a ampliação das ações realizadas pelas redes de saúde e de educação e fomentada a articulação de saberes, a participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle político-social, enfatizando a intersetorialidade e a avaliação do programa (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008).

Os desafios da intersetorialidade no PSE

A implementação e consolidação do PSE como política pública sustentável no contexto brasileiro dependem do enfrentamento de desafios vinculados à gestão intersetorial do programa.

Alguns desses desafios podem ser explicitados pela análise do decreto e portarias que instituem e normatizam a implantação do programa no Brasil. Um estudo aprofundado dos diplomas nor-

> *"...é preciso enfrentar o desafio de superar as práticas biomédicas de atenção aos estudantes e consolidar uma proposta promotora da saúde que possibilite o desenvolvimento humano, bem como a garantia do direito à saúde e à educação integral..."*

mativos do PSE (FERREIRA et al., 2012) demonstrou a explicitação de mecanismos de parceria da educação e da saúde no que diz respeito à maior parte da estruturação do programa. Entretanto, o protagonismo do setor saúde em áreas como o financiamento das ações, a centralização no processo de adesão e coordenação da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola podem influenciar a tomada de decisão de forma equânime.

A compreensão do processo de construção intersetorial de ações do PSE pode caracterizar mais um desafio para a consolidação da intersetorialidade no programa. O aprofundamento das bases conceituais e técnicas da intersetorialidade pode dar suporte à ampliação dos arranjos intersetoriais necessários para o desenvolvimento das ações e para o rompimento de modelos de gestão setoriais e desarticulados no âmbito da saúde nas escolas. É indispensável a construção de capacidades (individual, coletiva e institucional) para fazer as mudanças necessárias.

A ampliação de estratégias de comunicação entre e com as redes de ensino municipais e estaduais e as redes de saúde pode ser essencial para a efetivação da ação intersetorial no PSE. A intersetorialidade envolve laços de confiança que exigem tempo e conhecimento das especificidades e percepções dos envolvidos.

Outro desafio aponta para a importância de processos avaliativos participativos, envolvendo os diferentes atores vinculados às ações intersetoriais, para produção de conhecimento sobre processos e resultados do PSE em sua dimensão política, econômica e social, assim como a sua contribuição para a saúde e a qualidade de vida das comunidades escolares (SALAZAR; GRAJALES, 2004). A avaliação e o monitoramento das ações intersetoriais deverão ser a base para a tomada de decisão. Por isso, é também importante o desenvolvimento de capacidades para que os gestores, técnicos e comunidade escolar tenham meios de conduzir a avaliação e monitoramento das ações do PSE.

> *"...O PSE tem o compromisso de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica brasileira por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde..."*

A participação efetiva dos gestores, profissionais da saúde e da escola e comunidade escolar (estudantes, pais, comunidade do entorno) no enfrentamento de suas necessidades específicas, definição de prioridades, planejamento, programação e avaliação das ações locais é uma das diretrizes do PSE e pode favorecer o trabalho com capacidades individuais e coletivas existentes. O desafio pode estar na valorização, mobilização e criação de oportunidades no território de responsabilidade que favoreçam essa participação.

A sustentabilidade do PSE como uma política de Estado necessita do fortalecimento da inserção do programa nos municípios, nos territórios de ação, na rotina das equipes de Saúde da Família, nas escolas e nas metas do governo. Da mesma forma, sua sustentabilidade depende de previsão e destinação orçamentária e fortalecimento da participação e envolvimento de gestores nas três esferas de governo.

Por fim, é preciso enfrentar o desafio de superar as práticas biomédicas de atenção aos estudantes e consolidar uma proposta promotora da saúde que possibilite o desenvolvimento humano, bem como a garantia do direito à saúde e à educação integral, tornando o PSE uma política de Estado atrelada aos princípios da proteção social. ■

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), que concedeu bolsa de doutorado à Izabel do Rocio Costa Ferreira.

[1] *Professora do Setor de Educação Profissional e Tecnológica da Universidade Federal do Paraná. Doutora em Odontologia – Área de Concentração em Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Izabelferreira21@gmail.com*

Este trabalho é parte da tese de doutorado intitulada "Avaliação da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola", apresentada por Izabel do Rocio Costa Ferreira ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Área de Concentração em Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, em 2012.

[2] Professor do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Área de Concentração em Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. PhD em Epidemiologia e Saúde Pública pela University College London – Inglaterra. s.moyses@pucpr.br

[3] Professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Área de Concentração em Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Doutora em Radiologia Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas. bhfranca@gmail.com

[4] Professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Área de Concentração em Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. PhD em Epidemiologia e Saúde Pública pela University College London – Inglaterra. simone.moyses@pucpr.br

Referências

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1988.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 749, de 13 de maio de 2005. Constitui a Câmara Intersetorial para a elaboração de diretrizes com a finalidade de subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola. **Diário Oficial da União**, Seção 1, n. 94, p. 38, 18 maio 2005.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde; v. 4).

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 2, Brasília, DF, 5 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos projetos locais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes_pse.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 24).

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, jul./set. 2004.

COSTA, A. M.; PONTES, A. C. R.; ROCHA, D. G. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: OPAS, 2006. p. 97-115.

FERREIRA, I. R. C; VOSGERAU, D. S. A. R; MOYSÉS, S. J; MOYSÉS, S. T. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associado à ferramenta ATLAS TI. **Ciência & Saúde Coletiva**. (no prelo). Disponível em: < http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=8359>. Acesso em: maio 2012.

IPPOLITO-SHEPHERD, J; CERQUEIRA M. T. Las escuelas promotoras de la salud en las Américas: una iniciativa regional. **FNA**, ano 33, p. 19-26, 2003.

JUNQUEIRA, L. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2004.

MENDES, R.; BÓGUS, C. M.; AKERMAN, M. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.47-55, jan./abr. 2004.

MOYSÉS, S. T. A importância das ações de prevenção e promoção à saúde bucal para a comunidade escolar. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano 9, p. 70-74, out./dez. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Escolas Promotoras de Saúde**: fortalecimento da Iniciativa Regional. Estratégias e Linhas de Ação 2003-2012. Washington, DC: OPAS, 2003. (Série Promoção da Saúde; n. 4).

PALMAS (TO): Estado promotor da saúde. Escolas Promotoras de Saúde e Estratégia Saúde da Família. Ação Intersetorial exitosa. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília, n. 11, p. 7-13, jul./set. 2006.

PEDROSA, J. I. S. Educação Popular e Promoção da Saúde: bases para o desenvolvimento da escola que produz saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde**: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 272 p. (Série Promoção da Saúde; n. 6).

PERIAGO, M. R. Prólogo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde**: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 9. (Série Promoção da Saúde; n. 6).

SALAZAR, L. de; GRAJALES, C. D. La evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 545-555, jul./set. 2004.

SILVA, C. S.; DELORME, M. I. C. Apresentação das experiências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. E**scolas promotoras de saúde**: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 304 p. (Série Promoção da Saúde; n. 6).

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, FGV, v. 34, n. 6, p. 63-80, nov. /dez. 2000.

WESTPHAL, M. F; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, FGV, v. 34, n. 6, p. 47-61, nov./dez. 2000.

WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. D. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 145-154, jan./mar. 2006.

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



Profissional de saúde, seu papel é determinante no combate à dengue. Além de ser fundamental atuando no diagnóstico e tratamento da doença, você é também um importante agente de mobilização social na hora de informar a população sobre a seriedade da doença, seus principais sintomas e formas de prevenção.

Faça sua parte.

JUNTOS SOMOS MAIS FORTES NESTA LUTA.

O SUS está com você no combate à dengue.

www.combatadengue.com.br

SUS

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

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

VACINAÇÃO

CONTRA A PARALISIA INFANTIL

DE 16/06 A 06/07



O SUS convoca os super-heróis **menores de 5 anos** para manter o Brasil livre da paralisia infantil. Leve as crianças ao posto de vacinação para tomarem as gotinhas e ficarem superprotegidas. E não esqueça a caderneta.

VACINAÇÃO PARA QUEM PRECISA DE MAIS PROTEÇÃO. UM DIREITO SEU ASSEGURADO PELO SUS.

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

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 XII - Ed.31 - janeiro a abril de 2012 - ISSN 1518-2355

Homens e mulheres de valor!

Um homem ou uma mulher que reside na região conhece a vida e os problemas da comunidade, e tem o papel de estabelecer o vínculo entre esta e os profissionais de saúde. Desde a criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no início da década de 90, até hoje, esses profissionais têm mostrado seu valor e vêm cumprindo sua função de interlocução. A confiança da comunidade tem possibilitado, por exemplo, a implantação e desenvolvimento do Programa Ambientes Verdes Saudáveis (PAVS), desenvolvido no município de São Paulo, em que a saúde e o meio ambiente estão associados com o apoio e participação dos moradores dos territórios. Coleta de lixo, reaproveitamento/reciclagem de materiais, recuperação de mananciais, educação ambiental, formação de hortas comunitárias e geração de rendas estão entre os temas de abrangência e envolvimento de milhares de cidadãos que se responsabilizam pelo aumento da qualidade de vida daqueles que vivem ao redor.

É o tema da matéria principal do encarte, que ainda trata no Tome Nota da atuação dos ACS e equipes de saúde nos problemas de saúde mental, cotidianamente vividos por todos nós. A ACS Roseli Marino é a entrevistada da edição, em que expõe um pouco de sua atuação em Jaciara, Mato Grosso. E, a milhares de quilômetros de distância, a agente Gilza Silva relata e avalia os 20 anos de trabalho na baiana Ipirá, com a comunidade do Bairro Monte Belo.

A todos, boa leitura e bom proveito!
Mais um momento para o crescimento pessoal.

PAVS e o mistério da garrafa pet

Por: Fernando Ladeira e Déborah Proença / Fotos: Acervo SMS SP/SP

O som agradável do violino enche o ambiente onde as pessoas – homens, mulheres, jovens e crianças – estão em absoluto silêncio, durante dez minutos. Não se trata de uma apresentação musical, e sim teatral, ocorrida diversas vezes em 2011, com a peça "Pensando limpo", e neste ano com "O caso da garrafa pet", na área das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Brasilândia, Icaraí, Doutor L. A. Augusto Galvão, Cruz das Almas, Vila Ramos, Vila Penteado, que pertencem ao distrito Brasilândia/Freguesia do Ó, e até da UBS Casa Verde Alta, que é do distrito Casa Verde, na zona norte paulistana.

Este é um exemplo das ações desenvolvidas pelo, então, Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS), criado pela Secretaria do Verde e Meio Ambiente do município de São Paulo, em 2005, em articulação com o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA). A intenção era envolver, intersetorialmente, as Secretarias de Saúde e de Desenvolvimento Social numa agenda integrada de preservação, conservação e recuperação ambiental e promoção da saúde da população. Até 2008 já tinham sido capacitados quase 5.000 agentes comunitários de saúde (ACS) e de proteção social (APS, do Programa Ação Família, da Secretaria de Assistência Social). Em 2009, no entanto, é que os projetos começaram a ser aprovados e implantados pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, começando a tomar forma junto às UBS com atuação das equi-

Os 11 eixos de atuação do PAVS

Arborização: projetos para arborização urbana, com plantio e manejo de árvores em calçadas e espaços públicos, além de recuperação de áreas degradadas.

Horta/alimentação saudável: projetos para implantar hortas nas UBS ou terrenos da comunidade, e incentivar a alimentação saudável e o aproveitamento integral de alimentos.

Oficinas educativas e cultura de paz: projetos que trabalham conceitos ambientais e a promoção de saúde, por meio de oficinas e encontros educativos para a comunidade.

Gerenciamento de resíduos: projetos para implantar ações para minimização e manejo de resíduos sólidos, em parcerias com catadores autônomos, cooperativas e empresas.

A3P: projetos para implantar a agenda ambiental na administração pública, estimulando servidores, e incorporar hábitos de gestão socioambiental.

Constituição de espaços

pes de Saúde da Família (eSF) e respectivas comunidades.

Em 2011, chegaram os agentes de promoção ambiental (APA), um por UBS, atendendo à Portaria nº 1.573 (3/8/2011), que transformou o projeto em programa e o pôs no âmbito da Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. Com isso, envolvem-se hoje, na estrutura do PAVS, três coordenadorias centrais junto à Secretaria de Saúde, seis gestores regionais atuantes nas cinco regionais de saúde, 43 gestores locais, mais de 7.000 ACS que participam de 1.266 eSF, e 170 APA distribuídos entre as 268 UBS com ESF.

"As determinações do processo saúde-doença estão interligadas com o meio ambiente e, como o nosso foco é a promoção em saúde, não tem como trabalhar diferente. A agenda integrada é um ganho para a saúde e o PAVS faz interface com todos os outros programas, pois está muito presente na relação inter e intrainstitucional. Os ACS, por sinal, são os grandes protagonistas dele", afirma uma das coordenadoras gerais do programa, Yamma Alves.

São 11 os eixos temáticos desenvolvidos no programa: arborização; horta/alimentação saudável; oficinas educativas e cultura de paz; gerenciamento de resíduos; A3P – agenda ambiental na administração pública; constituição de espaços de convivência; infraestrutura/revitalização de espaços públicos; geração de renda; educomunicação; áreas de mananciais; e convívio saudável com animais e prevenção às zoonoses (ver Box 1). Até o início do ano, já eram contabilizados 1.049 projetos em execução no município.

Entre eles, o projeto citado logo no início da matéria, de teatro, é realizado pelo grupo autointitulado Companhia Teatral Emoção Ecológica. Segundo a gestora da área Brasilândia/Freguesia do Ó, Alessandra Recoleta, uma das primeiras providências foi obter uma oficineira, a atriz e bailarina Mônica Nassif, para evitar que o teatro morresse com a saída de qualquer participante. Recoleta cita que, coerente com a atividade desempenhada, o grupo usa figurino reutilizável, feito por doações. "Nada é comprado, e até mesmo o cenário da peça segue essa lógica", afirma a gestora, que também é bióloga.

As peças apresentadas são curtas e deixam um gostinho de "quero mais", diz, satisfeita, Alessandra, após lembrar que a discussão do tema atinge a comunidade, que o discute e se envolve. Segundo ela, após terem começado

de convivência: projetos para mobilizar a sociedade para reivindicar espaços de convivência para a comunidade junto ao governo local.

Infraestrutura/revitalização de espaços públicos: projetos para pleitear melhorias urbanas que exigem obras de infraestrutura, para revitalizar praças e constituir parques municipais.

Geração de renda: projetos para gerar renda à comunidade de entorno da UBS e demais equipamentos de saúde, em conceito de empreendedorismo social.

Educomunicação: projetos para produzir e executar mídias educativas tais como jornal, fanzine, gibi, rádio e TV comunitárias, rádio poste, animações, documentários.

Áreas de mananciais: projetos para conservar, preservar e recuperar áreas de mananciais.

Convívio saudável com animais e prevenção às zoonoses: projetos para prevenir pragas urbanas e de animais que se adaptaram a conviver com o homem, mas são indesejáveis (ratos, pombos, baratas, mosquitos).

as apresentações de teatro e havido encenações em várias UBS, aumentou a coleta de pilhas e de óleo de cozinha usado, assim como cresceu o volume da coleta seletiva nas unidades.

Exemplo em limpeza urbana

Jardim Rosinha, que fica na área de abrangência administrativa de Pirituba/Perus, também na zona norte da cidade, desde 2008 tornou-se um exemplo na limpeza das ruas. Segundo Yamma Alves, a comunidade criou um fórum de discussões para os problemas que vivem, diagnosticaram sintomas e causas e puseram a mão na massa, promovendo até a formação de capacitadores de quarteirões, que estão atentos e proativos na boa manutenção do local em que vivem.

Houve grande adesão da comunidade, que, inicialmente, realizou mutirões de limpeza do bairro, que, há dois anos, tem as ruas bem limpas. Aos poucos compreenderam a relação saúde-doenças com o meio ambiente, para evitar, por exemplo, as doenças de pele que acometiam as crianças, por nadarem em águas poluídas. "Houve uma redução significativa nos índices de doenças banais, evitadas com as orientações dos agentes comunitários, equipes de saúde e agentes de promoção ambiental", informa Juliana Damiani, gestora do projeto Bairro Limpo na UBS Jardim Rosinha.

Segundo a gestora, o projeto Bairro Limpo tornou-se um guarda-chuva e abrigou diversos subprojetos. Um deles é o Rosinha Fashion Week, para geração de renda, que resultou num desfile feito apenas com roupas usadas e customizadas, com o objetivo de chamar a atenção para o problema do lixo. A autonomia dos realizadores foi respeitada pelas equipes da UBS, assim como não se interferiu em outro resultante, a Feira de Artesanato – que busca estabelecer um mercado consumidor entre eles e tem participação ativa de senhoras de idade.

"O que mais me marca é ver que há um grupo de pessoas muito dedicadas e que, às vezes, não ganham nada com isso, financeiramente, mas têm um senso mais comunitário", afirma Juliana, que é gestora da UBS, com formação em engenharia florestal. Além dos membros da comunidade, existem os ACS, que, com as capacitações realizadas entre 2007 e 2008, se tornaram mais atentos e passaram a mobilizar os usuários do sistema de saúde, passando a contar, desde 2011, com o apoio dos APA, que ficam na unidade o dia inteiro.

"Os ACS e os APA saem bastante juntos, trocam informações e alertas quanto a pontos do bairro que são problema e podem resultar em doenças, daí sensibilizam os moradores e a escola, e se for, por exemplo, acúmulo de lixo trazido por gente de fora, mobilizam a prefeitu-



ra", explica Juliana. No caso dos APA, eles participam dos grupos de hipertensos e diabéticos e falam da coleta de

Em 2010, devido ao volume de chuvas sofrido, houve enchente e os moradores de favelas à beira do córrego sofreram perdas gerais e tiveram que se mudar depois, pois a prefeitura desapropriou a área.



pilhas e óleo, além de promoverem o reaproveitamento de material realizando oficinas em paralelo à terapia ocupacional promovida por equipes de saúde mental. "Se, de início, houve resistência à presença deles nas equipes de saúde, agora os elogios são imensos", ressalta a gestora.

Cordel do PSF

Se os problemas são diversos, as soluções criativas também são. A Vila Pirituba e a Vila Piauí (que têm UBS com os mesmos nomes) são divididas pelo córrego Ribeirão Vermelho, que nasce no Pico do Jaraguá – oeste da Serra da Cantareira – e vai até o município de Osasco.

Em consequência, a enfermeira Estefânia Ventura desenvolveu a ideia de formar um cordel, com fotos e textos abordando o problema da poluição do córrego e área, e apresentar à comunidade para discussão e adoção de medidas educativas e preventivas. A sugestão foi adotada pelos ACS, APA e profissionais de saúde e tornou-se uma exposição itinerante, que chegou não apenas à UBS Vila Pirituba, mas também à Vila Piauí e à Escola Estadual Prof. Júlio César de Oliveira, entre outras, informa a ACS Rita Aparecida Furlan.

"Vendo-se refletida nas fotos, um córrego poluído por sofás, animais mortos, plásticos e outras coisas mais e, entendendo as causas para as enchentes, além das águas das chuvas, a comunidade se empolgou para fazer um trabalho diferenciado e trabalhar na prevenção", conta a ACS. Com isso, aumentou o volume de coleta de lixo, e as pilhas e óleo de cozinha também foram entregues na UBS para a APA Mariângela entregar a uma empresa que reverte o usado em material de limpeza para a UBS.

Na Escola Júlio César, também houve envolvimento da criançada de 1ª a 4ª série. Aproveitando a ideia do "Homem Refluxo" (ver p.6), foi confeccionado um avental de plástico transparente com bolsos em que eram

dispostos saquinhos de salgadinhos, embalagens de balas e chicletes, CDs, junto com a informação do tempo que cada produto leva para degradar. As crianças colaboravam mais com os papéis de balas e chicletes. Com o passar do tempo e a conscientização, passaram a levar suas garrafinhas com água, para evitar desperdício na escola. Nas aulas de artes, confeccionam fantoches com material reciclado aprendendo a lição dos três R: reutilizar, reciclar e reaproveitar.



O resultado do trabalho que vem sendo desenvolvido, segundo Rita Furlan, é que a comunidade percebeu a importância de trabalhar com prevenção. "Antes o que se via era o cuidar do problema imediato, mas agora percebem que não devem vir à UBS para tratar de doenças que se instalaram, mas aprender como evitá-las, daí que os cuidados levaram à redução de casos de gripes, diarreias, baixo peso infantil, e aumentaram os cuidados com a higiene, o arejamento das casas", exemplifica Rita.

"Vemos que as propostas que fazemos para as famílias obtêm adesão, e a UBS está aberta à população, pois eles percebem que hoje adoecem menos, passaram por um processo de resgate da autoestima, cuidam mais de si mesmos e estão acolhedores e abertos aos que vêm de fora trazer propostas", sintetiza a ACS. ■

Homem Refluxo
um provocador

O jornalista e apresentador do reality show Ecoprático, da TV Cultura, Peri Pane, entre 28 de agosto e 4 de setembro de 2003, criou a experiência Diário Refluxo, em que nesse período guardava numa capa com 43 bolsos (parangolixo-luxo) todo o lixo orgânico e inorgânico que acumulava durante uma semana. A experiência causou espanto em quem o via transitando em São Paulo e provocou reflexões quanto à produção industrial e consumo desmedido de resíduos sólidos pela menor célula da sociedade: o indivíduo. A experiência foi repetida em 2006, no festival Drap Art, em Barcelona, Espanha, e, em 2009, na Itália, a convite do Napoli Teatro Festival Italia.

O grupo que participa da ideia desenvolvida, desde então, mantém o site: http://www.homemrefluxo.com/, blog e outras atividades.

Fonte: http://www.homemrefluxo.com

BATE PAPO COM ACS

Por: Déborah Proença / Fotos: Acervo SMS Jaciara/MT

Roseli Marino



Agente comunitária de saúde há quase oito anos, Roseli Marino dos Santos tornou-se porta-voz da sua categoria profissional em virtude de um acidente da, então, representante. Um feliz acaso. "A maioria das ACS gostou e me deixou até hoje para representá-la", lembra Roseli. A paranaense de Francisco Alves mudou-se para Jaciara aos 14 anos com a família e, como a grande parte dos imigrantes do município mato-grossense, não quis ir embora. "Sou suspeita para falar sobre o porquê de não se querer ir embora de Jaciara. Tem 23 anos que moro aqui e foi aqui que constituí família. Adoro esta cidade".

Casou seis anos após chegar, e hoje tem dois filhos: Hygor, com 13 anos, e o caçula, Caio, com apenas seis. Além de mãe, esposa e dona de casa, é agente comunitária de saúde e representa a categoria ACS no município, ocupando a segunda-secretaria da diretoria da Fundação do Sindicato dos Servidores. "Não é fácil", comenta, mas não se queixa. Religiosa, acredita que se assim é a sua vida, agitada, há um propósito divino e, no propósito, ela vê, inclusive, sua entrada na Estratégia Saúde da Família. Sem muito interesse em participar do processo seletivo, foi avisada da prova por uma ACS do território. Por estar desempregada, na época, resolveu tentar. Passou em primeiro lugar.

Bem-humorada, Roseli brinca que "estava se achando" já que logo na primeira semana pediu licença de cinco dias para finalizar uma encomenda, pois sua fonte de renda era o artesanato. Passado o susto do primeiro lugar e a folga no novo emprego, ela contou com a ajuda das colegas mais antigas para aprender a nova função.

"Estranha" é a palavra usada por ela para descrever a primeira impressão do emprego, "muito diferente dos anteriores". Apesar de já ter pensado em desistir do trabalho, nunca se arrependeu. "Essa profissão nos enriquece a alma, é muito boa a troca de experiências com as pessoas". Para Roseli, ser agente comunitária de saúde não significa somente ter um emprego, mas também ganhar uma bagagem, sem peso extra, a ser carregada pelo resto da vida. "Quem sai dela leva de tudo um pouco, pois lidamos com todos os tipos de pessoas. Até as que nos magoam deixam algo de bom".

RBSF: Como é a relação de Jaciara com a ESF e com o Programa Bolsa-Família.

Roseli Marino: O trabalho é realizado em conjunto, pois o Programa Bolsa-Família não é um programa somente da saúde, ou somente da educação, ou da promoção social. Ele foi criado para beneficiar as famílias em vulnerabilidade social que precisam de acompanhamento dos três setores. Então, quando são realizadas reuniões com a população, os representantes de cada setor sempre estão presentes, e também, nós, agentes comunitários de saúde daquela área.

Aqui em Jaciara é marcado o "DIA D" do Programa Bolsa-Família para acompanhar os inscritos. Nós, ACS, avisamos as famílias beneficiárias de casa em casa e entregamos o convite para participarem do DIA D, e para aquelas famílias que não compareceram no dia é feita a busca ativa. Informamos a necessidade do acompanhamento e pedimos para comparecerem nas unidades de Saúde da Família para que o benefício não seja bloqueado.

Também podemos indicar fa-

mílias em vulnerabilidade social beneficiárias do Programa Bolsa-Família para serem inscritas e contempladas por um programa da Prefeitura para construção de casas. Sempre, em todas as ações da Secretaria de Gestão Social, a nossa categoria é envolvida, pois conhecemos as famílias da nossa microárea, suas realidades e condições socioeconômicas.

RBSF: Como foi, para as equipes de Saúde da Família, receber, em 2008, um prêmio de práticas inovadoras do Bolsa-Família?

Roseli Marinho: Foi uma notícia muito boa, nunca havíamos pensado que o nosso trabalho fosse tão reconhecido como foi, principalmente com esse destaque nacional. Isso nos impulsionou a continuar com mais entusiasmo, vontade e determinação. Porém, sabemos que a ação de um setor complementa a do outro, e o nosso município foi contemplado em função do trabalho integrado que é feito com todos os setores: saúde, educação, promoção social etc.

RBSF: Fale sobre o seu trabalho de busca às famílias com perfil para o Programa Bolsa-Família.

Roseli Marinho: Não é difícil identificar as famílias que realmente necessitam, pois sempre estamos em contato com elas. Entramos na intimidade das pessoas, fazemos amizade, então não é difícil saber as suas necessidades, até mesmo quando só precisam de carinho e atenção.

RBSF: O que mudou na vida das pessoas contempladas pelo Programa? Algum caso interessante?

Roseli Marnho: Muita coisa! Hoje, as famílias se sentem amparadas, pois podem contar com a ajuda mensal para suprir as suas principais carências e necessidades. Passaram a frequentar mais as reuniões promovidas pela Secretaria de Gestão Social e as reuniões de grupos, as palestras e as campanhas de vacinação das unidade de Saúde da Família.

Os filhos são incluídos em cursos de violão, de pintura, de informática, de patinação, de canto, além de recreações e passeios turísticos oferecidos nos Programas Pré-Jovem (municipal) e Pró-Jovem (federal).

Os beneficiários do Bolsa-Família que, hoje, têm casa própria dizem que o sonho se transformou em realidade, e que não esperavam que isso acontecesse. Muitos falam que suas vidas melhoraram muito graças às equipes da promoção social



e da saúde, que atendem as pessoas sem discriminação social e/ou política.

RBSF: Jaciara possui programas municipais de auxílio às famílias em condições de extrema vulnerabilidade social, tais como o Renda Cidadã e o Programa Pré-Jovem. Como eles interferem na saúde dessas famílias?

Roseli Marinho: As famílias se sentem valorizadas, a autoestima aumenta. Não se sentem mais discriminadas devido à condição social. Além disso, são mais receptivas às ações desenvolvidas pelas Secretarias de Promoção Social, de Saúde e de Educação, inclusive nos recebem melhor nas visitas domiciliares.

RBS: E a distribuição de cestas básicas, como funciona?

Roseli Marinho: Os próprios beneficiados vão à Secretaria de Ação Social para se cadastrar e retirar as cestas em uma data estipulada, ou nós, ACS, solicitamos as cestas para aqueles que estão precisando. Nunca recebi uma resposta negativa quanto aos pedidos, muito menos fui questionada para quem seria. Penso que isso se deve à confiança que a Secretaria de Gestão Social deposita em meu trabalho, e também no de todas as minhas colegas agentes. Atuamos em equipe e acredito que o principal item de um trabalho em parceria, em conjunto, seja a confiança.

RBSF: Como vocês, ACS, definem quem mais necessita?

Roseli Marinho: Há várias maneiras de perceber as necessidades das pessoas e a



principal é estar nas casas delas, passando todo mês e acompanhando. Todos nós passamos por crises, mesmo que passageiras, e quando acontece com uma família da nossa microárea nós sabemos. Com a ação social, que oportuniza cursos de manicure, de cabeleireira, de pintura e outros em parceria conosco, tentamos mostrar para as famílias que tudo tem jeito. Incentivamos a procurarem os trabalhos oferecidos pela ação social, para que depois consigam algo melhor, ou recebam algum outro tipo de ajuda até que as coisas melhorem.

RBSF: É difícil ser ACS?

Roseli Marinho: Sim e não. Sim, porque muitos pacientes não entendem a verdadeira função do agente, por mais que você trabalhe, eles sempre acham que você não fez tudo que deveria ter feito. E não, porque acredito que isso exista em todas as profissões. É possível que de dez coisas que façamos nove agradem, e apenas uma não saia como o desejado. O que já nos torna ruins aos olhos da população. É claro que isso não é frequente, mas, mais cedo ou mais tarde, vai acontecer e temos que saber lidar com essas situações. Então, o mais importante é trabalhar em

"...a autoestima aumenta. Não se sentem mais discriminadas devido à condição social. Além disso, são mais receptivas às ações desenvolvidas... inclusive nos recebem melhor nas visitas domiciliares..."



equipe, pois sempre trocamos experiências entre nós, onde conseguimos superar coisas desse tipo.

RBSF: Quais os principais desafios da profissão?

Roseli Marinho: Fazer com que as pessoas participem mais das ações promovidas pelas unidades. É muito complicado fazer com que participem de palestras, por exemplo. Não sei onde está a falha.

"...Essa é a forma que ele encontrou para dizer que gostaria que eu o visitasse todos os dias, não apenas uma vez por semana ou a cada 15 dias como sempre faço..."

É difícil, também, se adaptar a todo tipo de personalidade, pois é preciso ter muita ética e entendimento para uma boa comunicação, fazer um bom trabalho. Temos que ser simpáticos, mesmo quando temos problemas; sorrir mesmo quando estamos tristes. Isso é um grande desafio.

RBSF: Faça uma breve comparação da comunidade antes e depois da ESF...

Roseli Marinho: Houve um avanço muito grande em tudo. Acabaram as filas para atendimento médico, aumentou a cobertura vacinal, melhorou a qualidade do pré-natal, diminuíram os óbitos neonatais e infantis. Hoje, há atendimento de saúde bucal para todos, principalmente os escolares. Além do atendimento diferenciado e mais humanizado.

RBSF: Uma rotina fundamental?

Roseli Marinho: Dizer sempre ao paciente: "Tchau, fique com Deus. Qualquer coisa que precisar pode contar comigo. Você sabe onde moro e o horário que estou na unidade, basta me procurar".

RBSF: Uma curiosidade?

Roseli Marinho: Eu tenho um paciente que é muito bravo. Tem mal de Parkinson, e o curioso é que já sofri muito com o comportamento dele. Fui xingada muitas vezes, e minha equipe outras tantas, mas com o passar do tempo aprendi a lidar com ele. Compreendo que é o jeito dele e que, mesmo reclamando, gosta muito da gente. Essa é a forma que ele encontrou para dizer que gostaria que eu o visitasse todos os dias, não apenas uma vez por semana ou a cada 15 dias como sempre faço. Toda vez que vou à casa dele nos divertimos. Ele brinca, ri e sempre agradece a visita.

RBSF: Para o sucesso de uma equipe de Saúde da Família, é preciso...

Roseli Marinho: Trabalhar em equipe e haver respeito mútuo por cada profissional. O serviço de cada membro deve ser valorizado com um único propósito: o cumprimento das doutrinas do SUS, de universalidade, de integralidade e de equidade. ■

Por: Fernando Ladeira e Déborah Proença

A prática do ouvir e da atenção na saúde mental



Foto: Radilson Carlos Gomes

Ouvir, saber ouvir e procurar entender o outro, compreender o lugar a partir do qual essa pessoa se posiciona em relação às questões que envolvem sua vida. Sem opinar, sem tirar da cartola lembranças e exemplos da própria vida. Sem julgar aquele que se expõe e tentar dar soluções para os problemas que são divididos em confiança com o ouvinte.

Não é um trabalho a mais, mas algo que já está presente no dia a dia e um exercício constante para os profissionais de saúde, especialmente os agentes comunitários de saúde (ACS). São os ACS que podem perceber os primeiros sinais de que algo está diferente, algo não vai bem e é necessário acionar a equipe de atenção básica, ou contar com a participação de membros do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como acontece com os diversos tipos de casos de saúde mental.

Para as andanças diárias que levam às visitas domiciliares, o agente comunitário de saúde pode perguntar a si próprio, antes de iniciar o trabalho, como se sente, como está consigo mesmo e como está sua capacidade de ouvir. Afinal, é uma atitude básica e também uma ação que executará durante todo o período, de entrar nas casas, perguntar e ouvir. Isso implica a atenção que dará ao que é respondido, ao que é conversado e também ao que não é falado e está nos sinais, nas entrelinhas.

É o saber ouvir sem julgar, sem citar os próprios exemplos e casos que viveu ou vive, e sem querer dar soluções ao interlocutor que lhe permitirá acolher a situação, por exemplo, de um hipertenso reticente, resistente a tratamento ou que abusa de comidas com gordura e sal. Situação que será dividida com os profissionais de sua equipe para buscarem, juntos, como agir para melhorar essa situação.

"Como cortar o ingrediente de prazer existente nestes casos? Como e o que agregar para a vida dessa pessoa?", questiona o psicólogo Marcelo Pedra, consultor da Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básí-

ca, do Departamento de Atenção Básica (DAB). Ele cita, para esse tipo de caso, a possibilidade de caminhadas em grupo, de sugerir a ingestão de mais água ou, no caso de um diabético, a substituição de açúcar por adoçante. Sempre tentando conhecer e agregar ingredientes importantes e significativos para a vida das pessoas atendidas. Ressalta, no entanto, que é a mesma situação de fundo existente para usuários de drogas, e é a mesma atitude de busca de soluções que serão discutidas para as situações de saúde mental, que podem requerer a colaboração de um psicólogo do NASF, do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ou da rede de Saúde Mental existente no território.

Nas visitas, portanto, o ACS deve ter atenção a casos que representem algum tipo de ruptura na vivência do cotidiano,

Projeto Terapêutico Singular

Desde os anos 90, o conceito de Projeto Terapêutico Singular (PTS) está em construção. Segundo o Caderno do HumanizaSUS que trata da atenção básica, de 2010, é conceito constantemente modificado ao acompanhar a história do Sistema Único de Saúde (SUS), do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica. O Ministério da Saúde define o PTS como um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos em situação de vulnerabilidade. É preciso considerar a individualidade do sujeito e suas relações sociais, o contexto de vida e singularidades subjetivas a fim de oferecer uma determinada ação de saúde para que se produza saúde.

Trabalha-se na lógica da construção coletiva, e o PTS é elaborado em conjunto pelas equipes de atenção básica e de saúde mental e o próprio usuário, que tem por referência prática a equipe de atenção básica.

Formular e operar um PTS demanda três movimentos, necessariamente sobrepostos e articulados:

- **Coprodução da problematização;**
- **Coprodução de projeto; e**
- **Cogestão/avaliação do processo.**

A *coprodução da problematização* é a etapa de diagnóstico. Significa o acesso ao caso em debate. A equipe que deseja elaborar um Projeto Terapêutico Singular não deve restringir sua discussão para e entre as equipes de saúde envolvidas. O usuário é imprescindível, pois a coprodução pressupõe "fazer junto" e não "fazer pelo outro".

A coprodução de projeto é a etapa de planejamento. É a definição de metas em que a equipe trabalha propostas de curto, médio e longo prazos, acertadas com o usuário e as outras pessoas envolvidas (família, amigos etc.). Essa negociação deverá ser feita pelo profissional cujo vínculo com o beneficiário for maior. "Se não há vínculo, é preciso procurar quem tem. Se você está diante de algum paciente psicótico, já diagnosticado ou não, e não estabeleceu acesso, recue e procure contato com alguém que tenha", afirma a psicóloga Rosana Ballestero, consultora do DAB.

Já a cogestão/avaliação do processo compreende o momento em que a equipe, mesmo antes de definir o caso, sente a necessidade ou é estimulada a criar ou qualificar os espaços coletivos de reunião, em que as equipes de atenção básica e de saúde mental possam discutir os casos e elaborar propostas de tratamento e/ou encaminhamento, caso necessário. É aqui também que são divididas as responsabilidades e definidas as tarefas. Escolher o profissional de referência – que deve ser aquele com maior vínculo com o usuário, independentemente da formação – é uma estratégia para favorecer a continuidade e a articulação entre formulação, ações e reavaliações.

O profissional de saúde se manterá informado do andamento das ações planejadas no PTS e será procurado pela família em necessidades ou emergências.

O agente comunitário de saúde, como o profissional mais próximo às famílias, é muitas vezes acionado como referência, por conseguir, diante do acompanhamento contínuo, prever crises e acontecimentos.



Foto: Radilson Carlos Gomes

tais como desemprego, doença grave diagnosticada, prisão ou falecimento de parente ou pessoa conhecida, e até um evento positivo, como o nascimento de um filho na família visitada. São fatores que repercutem nas vidas desses usuários assistidos pela equipe de saúde e podem ter outras consequências que necessitem de atenção especializada.

Em detalhes, ou em ações menos sutis, o agente pode perceber situações que, partilhadas com a equipe de saúde, sejam caracterizadas como merecedoras de uma intervenção terapêutica em saúde mental. Elas são, por exemplo, de depressão leve/moderada ou ansiedade leve/moderada. Na de depressão leve/moderada, essa pessoa da comunidade se isola ou busca o isolamento, demonstra apatia e falta de vontade de realizar as atividades cotidianas, apresenta uma tristeza sem causa com choro ou tem pensamentos tristes sem identificar o motivo, ou ainda inapetência e/ou sono desregulado. Já quem manifesta ansiedade leve/moderada sofre alterações do sono e dificuldade para dormir, apresenta taquicardia e manifesta que o pensamento não para ou que fica obcecado só em uma situação.

"...São os ACS que podem perceber os primeiros sinais de que algo está diferente, algo não vai bem e é necessário acionar a equipe de atenção básica..."

Mesmo considerando aqui saúde mental como uma situação presente em todos os atendimentos em saúde, alguns cidadãos da comunidade podem apresentar, ainda, os casos considerados típicos de transtorno mental e serem considerados "os loucos". Muitos apresentam a sensação de serem perseguidos, ou vivem em isolamento (psicose, perda de contato com a realidade). Outros tantos

Você sabia que...

Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população (5 milhões de pessoas) necessitam de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes) e mais 9% (totalizando 12% da população geral do País – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves). Quanto a transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge cerca de 6% a 8% da população. As equipes de atenção básica, cotidianamente, se deparam com problemas de "saúde mental": 56% das equipes de Saúde da Família referiram realizar "alguma ação de saúde mental".

experimentam delírios e construções fantasiosas da vida, enquanto alguns têm dificuldades para alimentar-se e preferem comidas industrializadas, uma vez que podem fantasiar que "alguém pode estar envenenando a comida". Muitos e muitos ouvem vozes, enquanto outros sentem que as pessoas ao redor "ouvem seus pensamentos".

"É uma dificuldade gigantesca de se sentir pertencendo ao mundo", diz Marcelo Pedra, que, em seguida, explica: "A loucura pode ser vista como a exacerbação de características muito humanas", pois também temos nossas vozes internas, porém, no caso do louco, a voz é perturbadora e quase sempre com uma conotação negativa. Entre as características do problema mental, estão as dificuldades para lidar com mudanças e o de ser afeito a repetições.

Constatada a situação pela equipe de saúde, discutido o caso, pode-se decidir pela elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS – veja Box p.12). Esse projeto buscará, caso a caso, envolver o maior número de atores no processo (usuário, família, comunidade e profissionais de saúde) em prol da reinserção psicossocial do portador de problema mental.

O psicólogo do NASF, por exemplo, participará da discussão do caso, do suporte à equipe de Saúde da Família, de visitas ou consultas conjuntas, mas não ficará individualmente com os casos, pois as equipes é que terão essa responsabilidade, a base para o cuidado é territorial. Se necessário, aciona o serviço

"...também temos nossas vozes internas, porém, no caso do louco, a voz é perturbadora e quase sempre com uma conotação negativa..."

especializado em saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) responsável na área. Também o CAPS pode dar o matriciamento para a equipe de profissionais de saúde.

O vínculo com o usuário é importante, pois definirá a facilidade para aproximação e obtenção da adesão à formatação do PTS. Assim, o usuário não fica de fora, pois ele participa do planejamento de ações, e precisará ter um profissional de referência em quem confie, que pode ser o ACS, tão presente nas ruas e na vida das famílias e da comunidade. Caso não haja esse vínculo, é importante buscar essa pessoa – amigo, familiar, vizinho – que permitirá a aproximação.

A partir da adesão do usuário, estarão sendo planejadas e executadas as ações, intervenções terapêuticas que terão sentido na vida da pessoa. Envolvê-la, e a equipe de saúde, a família e a comunidade, além de proporcionar uma ação de saúde mais consistente, responsabiliza com mais firmeza todos os envolvidos, expandindo o mundo da comunidade, que se abre para essa reinserção e se torna mais capaz de lidar com as diferenças.

O psicólogo Marcelo Pedra lembra que isso tem ocorrido em diversos municípios por meio da utilização de espaços culturais e coletivos do território. A reinserção psicossocial que é permitida ao convidar-se o usuário de um projeto para participar de sessões de teatro, de cinema, shows de música, que o ajudam a dar passos para fora de si, junto a outros, superando aos poucos distâncias internas e externas que, há algumas décadas, parecia que não teriam fim. E tudo pode partir de um olhar atento ou da capacidade de ouvir. ■

Saiba mais!

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que têm na equipe psicólogo e psiquiatra, dão apoio às equipes de Saúde da Família nas ações que realizam, entre as quais os cuidados a pessoas com problemas de saúde mental. Atualmente, há 1.702 NASF I e II instalados no País, dos quais 1.440 contam com psicólogos. Para aprofundar conhecimentos quanto à atuação dos NASF que trabalham em parceria com as equipes de Saúde da Família na elaboração dos PTS, acesse o Caderno de Atenção Básica número 27 no endereço: **http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf**

Crônica da Saúde | Retrospectiva de 20 anos de caminhada

Texto: Gilza Gusmão Silva Ilustração: Roosevelt Ribeiro*

"Só aquele que fala em nome do povo pode educá-lo, só aquele que se torna seu aluno pode tornar-se seu mestre. Aquele que se comporta como um senhor ou um aristocrata, debruçando-se do alto sobre o 'povinho', mesmo se tiver um grande talento, não terá nenhuma utilidade para o povo e sua obra não terá nenhum futuro." (Gramsci)

Estive refletindo sobre a importância do trabalho do agente comunitário de saúde para minha vida. De repente, passaram-se 20 anos, parece que foi ontem. O chamado, a inscrição, a expectativa. Programa novo no ar. Lembro dos requisitos necessários: morar na comunidade e conhecer sua realidade. Tais requisitos se encaixavam com o meu perfil, pois conhecia aquele povo como a palma da minha mão.



Começou a capacitação que nos fazia conhecer o que é ser agente comunitário, o seu perfil e as ações que deveríamos desenvolver na comunidade. Demos, então, o primeiro passo rumo ao contato com a comunidade, agora como agentes comunitários de saúde e com o desafio de ser um elo entre os serviços e as ações de saúde e a comunidade.

Quantas crianças com cartões de vacina atrasados, realizando a pesagem mensal e orientando quando estavam com baixo peso. Em relação à vacina, deparávamo-nos com mães que nem sabiam que imunidade seu filho tinha quando tomava vacina. Vários casos de diarreia. Pré-natal, nem se fala! Inúmeras mulheres que não compareciam ao posto de saúde para fazer o acompanhamento. Outras tantas que não faziam preventivo!

Uma cena que sempre me chocava era ver que as crianças morriam do mal de sete dias ou de tétano neonatal. Quantas mães choravam a perda dos filhos tão esperados e queridos! Graças a Deus reduzimos a mortalidade infantil!

O contato com hipertensos e com diabéticos que, muitas vezes, tomavam seus medicamentos de forma irregular, sedentos de informação. Consulta com o médico? Nem pensar! Comiam tudo o que os olhos viam.

E os animais? Não tinham qualquer proteção contra a raiva.

O trabalho trouxe-me o desafio e o compromisso de melhorar a realidade da comunidade. Daí a importância das palestras que organizávamos na comunidade trabalhando com temas voltados à saúde preventiva.

É muito gratificante olhar para trás e constatar como hoje a comunidade valoriza o nosso trabalho. Uma maneira de demonstrar esse reconhecimento é por meio dos filhos que recebemos para "batizar", tornando-nos "comadres" e "compadres", membros das famílias. É importante ver os avanços.

O agente comunitário é de tudo um pouco: amigo, conselheiro, psicólogo...

Atualmente, participo do Conselho Municipal de Saúde, o que me leva a acompanhar de perto as ações da Secretaria de Saúde de Ipirá. Ser conselheira é, sem dúvida, um grande desafio. Afora isso, faço um trabalho social que não interfere na rotina como ACS, pois nos reunimos sempre a partir das 18 horas e nos fins de semana. Coordeno o grupo de dança Raio de Luz, com adolescentes da comunidade. Sou catequista e coordenadora da catequese na comunidade. A Pastoral da Criança é nossa grande parceira nos trabalhos da saúde, faz um trabalho formidável.

"...Em relação à vacina, deparávamo-nos com mães que nem sabiam que imunidade seu filho tinha quando tomava vacina. Vários casos de diarreia. Pré-natal, nem se fala!..."

Eu me sinto grata ao Ministério da Saúde por ter acreditado no Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pela valorização que dá ao nosso grupo profissional. Agradeço por ter aberto as portas para a minha vida em comunidade, permitindo conviver diretamente com o povo, que é gente como a gente, e fazendo o que mais gosto de fazer: ser uma agente comunitária de saúde com muito orgulho! ■

Gilza Gusmão Silva é ACS do Bairro Monte Belo, no município de Ipirá, Bahia.

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.