

REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA 29

Publicação do Ministério da Saúde - Ano XI - maio a agosto de 2011 – ISSN 1518-2355

PMAQ-AB

A CHAVE PARA LEVAR SAÚDE DE QUALIDADE A TODOS

ENTREVISTA
Diretor do DAB, Heider Pinto, e o estímulo ao movimento constante por mais qualidade na saúde do brasileiro

ACADEMIA DA SAÚDE
Promovendo a vida da comunidade

MARCHA DOS PREFEITOS
As ações do DAB para atender as demandas das SMS

ENCARTE
Jiu-jítsu no RJ: jovens derrubam desrespeito e ganham cidadania

ARTIGO
Avaliação e qualidade em saúde: fonte de inovações e reflexões

Revista Brasileira Saúde da Família
Ano XII, número 29, mai/ago 2011

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 Geral:
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
Antônio Neves Ribas
Déborah Proença
Fernando Ladeira
Hêider Aurélio Pinto
José Eudes Barroso Vieira
Mariana Carvalho Pinheiro
Patricia Sampaio Chueiri
Patrícia Tiemi Cawahisa

Equipe de Comunicação:
Antônio Sergio de Freitas Ferreira
Davi de Castro de Magalhães
Déborah Proença
Fernando Ladeira
Mirela Steffen Szekir
Radilson Carlos Gomes
Tiago Santos de Souza

Diagramação/ Ilustrações
Roosevelt Ribeiro Teixeira

Revisão:
Ana Paula Reis

Fotografias:
*Radilson Carlos Gomes, Carol Rocha (Conasems), Déborah Proença, Tiago Souza, Fernando Ladeira (FL), Fernando Mascote.
Capa: Radilson Carlos Gomes

Colaboração:
Ângelo G. Rodrigues, Allan N. Sousa, Thaís Severino.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Distribuição gratuita
Revista Brasileira Saúde da Família - Ano XII, n 29 (mai/ago 2011),
Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
Trimestral
ISSN: 1518-2355
1. Saúde da Família, I, Brasil, Ministério da Saúde, II, Título.

SUMÁRIO

CAPA 31 PMAQ = Atenção básica ajusta foco em sua missão



CARTAS 04

EDITORIAL 05 Saúde Mais Perto de Você é movimento

ENTREVISTA 06 Hêider Aurélio Pinto

ESF EM FOCO 11 Marcha dos Prefeitos: ações do DAB para atender as SMS

19 30 anos da SBMFC comemorados no Congresso

38 Conasems reune 5 mil no XXVII Congresso

BRASIL 13 Academia da Saúde promove a vida das comunidades

20 Agricultura familiar incentiva alimentação saudável

CARREIRA 25 Marta Maria dos Santos

DE OLHO NO DAB 29 PSE: Municípios mais responsáveis pela saúde estudantil

41 Câmara Técnica e a soma de esforços

49 Diversidade cultural em intercâmbio Brasil – México

EXPERIÊNCIA EXITOSA 42 O sorriso do Nordeste: João Pessoa

PELO MUNDO 46 Sobre-humano

ARTIGO 51 Avaliação e qualidade em saúde: fonte de inovações e reflexões

SAÚDE
MAIS PERTO DE VOCÊ

Departamento de Atenção Básica – DAB
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 29

CARTAS

Por meio do portal do Conselho Federal de Medicina Veterinária, acompanhei a notícia de que há a possibilidade de contratação de médicos veterinários para fazerem parte das equipes de Saúde da Família.

Gostaria de saber a partir de quando isso passará a acontecer e como será o processo de contratação? Por meio de concurso público?

Caroliny Scaranello Oliveira Nunes, por e-mail.

Prezada Caroliny,

Os médicos veterinários, a partir da nova Política Nacional de Atenção Básica, poderão compor as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A escolha de quais profissionais farão parte do NASF é de decisão do gestor municipal e deve ser feita de acordo com as necessidades de saúde da população. A forma de contratação dos profissionais de atenção básica também é decisão do gestor local.

• • •

Sou agente comunitária de saúde em um município do Estado do Pará. Gostaria de saber por que os prefeitos dos municípios não repassam os incentivos do governo federal, e também não ganhamos insalubridade. Hoje, o meu salário é de R$ 651,00, mas aqueles que têm filhos ganham um pouco mais. E ainda há o desconto de oito por cento de INSS. Gostaria de saber se está correto e, em caso de não estar, se há alguma fiscalização do governo federal?

Degenane Batista, por e-mail.

Prezada Degenane,

O Ministério da Saúde repassa, atualmente, R$ 750,00 por agente comunitário de saúde implantado para o município. No entanto, não pode intervir sobre os planos de cargos e salários de cada município, cabendo a discussão e a pactuação serem feitas diretamente entre o trabalhador e o gestor local. É importante considerar ainda que o termo "incentivo" é que deve ser considerado, pois o Ministério da Saúde não paga salários diretamente, competência esta da gestão local.

• • •

Por gentileza, gostaria que vocês me indicassem literatura, portaria, ou algo além da Política Nacional de Atenção Básica, para que eu possa fazer um estudo sobre as atribuições da Coordenação da Atenção Básica nos municípios.

Adilson Ribeiro, por e-mail.

Prezado Adilson,

Não há, além da Política Nacional de Atenção Básica, outro documento ou estudo, em âmbito federal, abordando as atribuições da Coordenação de Atenção Básica nos municípios. Sugerimos que procure a Coordenação Estadual e a Municipal para que os princípios, metas ou outros elementos dispostos para o direcionamento da gestão local lhe possam ser repassados. Porém há a possibilidade de você inscrever-se na Rede de Pesquisa da APS (www.rededepesquisaaps.org.br), formada por estudiosos em diversos campos e coordenada pela Abrasco, onde também poderá acessar essa e outras informações. Os sites dos Conselhos dos secretários municipais e estaduais de saúde também podem ser fonte de informação para sua dúvida.

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.

EDITORIAL

Saúde Mais Perto de Você é movimento!

Os fatos confirmam o que vem sendo afirmado no discurso de governo desde o início do ano: a atenção básica entrou na agenda política nacional e é prioritária para que a população experimente, a cada dia, melhorias nas ações e serviços de saúde, e tenha cada vez mais acesso e qualidade no SUS.

Frente ao desafio de enfrentar os problemas que têm dificultado o crescimento, a consolidação e a melhoria permanente da atenção básica no País, o Ministério da Saúde lançou uma série de medidas, ampliou recursos, implantou programas e instituiu uma nova Política Nacional de Atenção Básica. Todas essas iniciativas ganharam o nome de "Saúde Mais Perto de Você"

Nesta edição o destaque é do "Saúde Mais Perto de Você: Acesso e Qualidade" (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ). Na próxima, de fim de ano, será a nova Política Nacional de Atenção Básica. Em poucos anos, e de forma cíclica e renovada, pretende-se, articulada às demais iniciativas, dar um salto de qualidade na infraestrutura das UBS, melhorar as condições de trabalho, fomentar a valorização dos trabalhadores, ampliar o acesso, avançar no acolhimento, na humanização e na qualidade da atenção à saúde a cada um e a todos os cidadãos.

O PMAQ não está sozinho e se soma às novidades em educação permanente, em mudanças na rede de urgência e emergência, ao programa de requalificação das Unidades Básicas de Saúde, de manutenção e ampliação do Programa Saúde na Escola (PSE) etc.

Diversos desses esforços empreendidos pelos gestores – governos federal, estaduais e municipais – e equipes de saúde vêm sendo apresentados desde a edição 28 e terão continuidade nas próximas edições. A finalidade é de que o universo das redes e das ações e serviços do SUS tenha maior compreensão e adesão, de forma que somemos forças na concretização de uma saúde integral para todos. Sim, queremos mais do que fortalecer a participação, queremos mobilizar vontades!

Esta edição traz boas práticas: experiências na saúde bucal em João Pessoa (PB); a Academia da Saúde desenvolvida em diversos municípios do Brasil; aulas de jiu-jítsu dadas por agentes comunitários de saúde com os jovens cariocas da UBS Portos, Quitanda e Tom Jobim da Favela da Quitanda...

O movimento pela saúde para todos é sentido em todo o País.

Boa leitura!

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

HÊIDER AURÉLIO PINTO

Por: Fernando Ladeira / Fotos: Tiago Souza



Até finalizar a Faculdade de Medicina, em 2003, na Universidade de Pernambuco, o mineiro Hêider Aurélio Pinto teve a experiência de presidir a Executiva Nacional de Estudantes de Medicina, como ocorreu com o ministro Alexandre Padilha uma década antes. Formado e médico de Família concursado em Aracaju e atuando na Estratégia Saúde da Família, fez a especialização em Saúde Pública, tornou-se apoiador institucional da secretaria municipal e professor da Residência em Saúde da Família. Nos passos seguintes, assumiu a direção da atenção básica na Bahia, promovendo debates quanto à gestão no SUS até à criação da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF), onde estava quando foi chamado para a equipe de transição Lula–Dilma. As experiências em cuidado, educação e gestão e nas esferas municipal e estadual lhe valeram o convite do Ministro da Saúde e do Secretário de Atenção à Saúde para assumir, aos 34 anos, a direção do Departamento de Atenção Básica. Tem os olhares voltados, agora, para a implantação do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (grande aposta do governo federal para a elevação da qualidade de ações e serviços para superar problemas e avançar na consolidação da atenção básica no País. É o motivo da entrevista para a Revista Brasileira Saúde da Família.

RBSF: Desde o início da gestão, vêm sendo implantadas mudanças como a reestruturação física das unidades de saúde, ou novidades como o recente lançamento do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade, e outras propostas estão em andamento. Em que contexto acontecem?

Hêider Pinto: : A ideia da oportunidade é a mais importante, da saúde ser pauta central do projeto do governo federal. A presidenta Dilma está convencida da importância de consolidar e aprofundar o Sistema Único de Saúde (SUS) e da importância da atenção básica (AB) como estruturante do conjunto da rede de atenção. Da mesma forma, o ministro Padilha, que reúne grande capacidade técnica, liderança, sensibilidade para as dificuldades dos municípios e respaldo do governo e do Congresso Nacional. Também o secretário Helvécio, que priorizou a atenção básica enquanto secretário de Saúde e presidente do Conasems. Há uma conjunção de fatores que colocam a AB num outro patamar, e temos que aproveitar ao máximo essa oportunidade.

Paralelo a isso, temos um momento de condicionamento da expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família

(ESF), que apresenta problemas, nós críticos não só dela, mas do conjunto do SUS, relacionados à infraestrutura, à gestão do trabalho, à possibilidade de distribuir e valorizar os profissionais, à qualificação, à resolutividade.

> *"...Defendo, por isso, a ideia de um contrato interfederativo que preveja metas claras para cada ação e garanta total transparência na execução..."*

Enfim, há uma série de desafios no acesso e na qualidade, e isso tem gerado certa deslegitimação da AB. Como as pessoas ainda têm o olhar voltado para o modelo centrado no hospital, temos que afirmar a importância da AB e das dedicadas equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Mostrar que é mais seguro ao usuário resolver seu problema numa UBS perto de onde vive. Temos que investir num funcionamento adequado e regular das UBS, cuidando longitudinalmente das pessoas e atendendo também aos casos agudos. Tanto a presidenta Dilma quanto o ministro Padilha colocam que temos que avançar na legitimidade da atenção básica, que as pessoas precisam confiar que ali tem qualidade, que elas vão ser acolhidas em tempo oportuno, pertinho de sua casa e por uma equipe profissional que já conhecem e confiam.

Então, é um conjunto de medidas que apontam a ampliação, a universalização do acesso, efetivação do direito à saúde, acesso feito com qualidade. Se tenho um lugar bonito, confortável, humanizado e um profissional que me atende bem, me chama pelo nome, resolve meus problemas, por que preciso correr até o município vizinho para ir a um hospital e enfrentar fila? Para que preciso pegar um ônibus e ir a um pronto atendimento? Ou pagar um plano de saúde? Essas percepções orientam as políticas de governo. Não é à toa que o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde tem um desafio não pouco ousado de mudar a cara da rede física da AB no Brasil, construindo, reformando, ampliando o conjunto das UBS para outro conceito. Outra medida central é garantir a saúde para todos no Brasil inteiro, daí as ações relacionadas ao Plano Nacional de Educação Médica, com o MEC, para identificar onde faltam profissionais médicos, as de orientar as residências para as especialidades necessárias para o SUS e para áreas mais distantes, e as regulamentações do FIES e da residência para estimular os profissionais a irem para o interior e periferia das grandes cidades. Estamos dizendo claramente: "Você é cidadão, brasileiro, tem direito à saúde, vamos lhe garantir uma boa atenção básica e, por meio dela e quando necessário, o acesso coordenado aos demais serviços da Rede de Atenção".





RBSF: Onde estão os principais problemas? Gestão? Financiamento?

Hêider Pinto: Temos problemas em todas as áreas. O SMPV sintetiza uma análise dos nós críticos que temos na atenção básica e é também uma síntese do que propomos de solução. Estamos falando de gestão, valorização dos trabalhadores, desprecarização das relações de trabalho, infraestrutura, equipamentos, educação permanente, qualidade das práticas, impacto nos indicadores de saúde, qualificação da clínica. Além disso, estamos fazendo um grande esforço de informatização da rede e, em breve, além de computador com banda larga e prontuário eletrônico, vamos ter outro sistema de informação. Esse processo provoca uma qualificação pari passu com a gestão, que precisa apoiar as equipes para dar o salto, ou não vai conseguir transformar a consciência do problema na implantação de soluções para esse problema.

"...Estudos demonstram que a atenção básica pode resolver mais de 80% dos problemas de saúde das pessoas. Por isso, vamos fazer grande esforço para chegarmos ao máximo de resolutividade sem descuidarmos da integração..."

RBSF: O governo federal ampliou o financiamento da AB, quais seriam os próximos passos?

Hêider Pinto: Tomamos medidas que produziam o maior impacto financeiro no período de um ano desde a criação do PAB, mas há muito ainda para avançar. Hoje, além de estimular a Estratégia de Saúde da Família, repassamos mais recursos para quem tem maior necessidade e também para quem desenvolver mais qualidade e melhores resultados. É necessário caminhar para um grande pacto, tripartite, que passa por Estados e governo federal, combinar percentuais e colocar mais recursos.

RBSF: : A população tem dado mostras de viver maior senso de cidadania e noção do que é a atenção básica, a partir dos serviços do SUS?

Hêider Pinto: : O Brasil teve a ousadia de ser o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que disse que saúde era direito, era universal e com atendimento integral. Fora isso, tivemos a expansão da atenção básica, com impactos importantes na situação de saúde da população, mais marcada com a Estratégia Saúde da Família, e melhoramos diversos indicadores de saúde ampliando a noção de cidadania. A saúde bucal foi central, pois, para a população, tem significado muito forte aquela "dor de dente" que ela não conseguia cuidar e agora pode fazer gratuitamente. O SAMU também, pois as pessoas imaginavam que era serviço só de rico contar com atendimento que as buscavam em casa no momento de maior necessidade. A expansão da oferta de medicamentos na farmácia básica nas UBS, na Farmácia Popular e, agora, a gratuidade dos medicamentos de hipertensão e diabetes, principalmente para as doenças crônicas, trazem a sensação de pertencimento, de cidadania. Ao mesmo tempo, na AB, temos um desafio

a superar. A população reconhece que é um serviço importante, mas é como se tivesse menos qualidade, e o lugar mais rápido é um pronto atendimento, já que não pode ter hospital, que, na percepção delas, é a excelência do atendimento. Isso está invertido. Todo mundo tem que ter um serviço de atenção básica de qualidade, onde vai conseguir o cuidado mais resolutivo, continuado e humanizado, por uma pessoa que conhece sua história, sua família, e que vai construir com você soluções adaptadas à sua realidade. É um desafio grande convencer os brasileiros de que estão gastando com plano de saúde quando poderiam economizar e apostar integralmente no SUS.

RBSF: Há ações simultâneas para a qualidade e ampliação de cobertura de usuários, especialmente atingindo as populações de capitais e grandes cidades e, nelas, os formadores de opinião?

Hêider Pinto: O desafio é fazer tudo ao mesmo tempo e agora. Aracaju, em menos de oito anos, teve mudança significativa na opinião pública quanto ao sistema de saúde local. Saiu de um acesso limitado, de uma cobertura menor que 20% da população para um acesso de quase 90% das pessoas. E a expansão veio junto com a qualidade, com medidas importantes como a implantação do acolhimento em todas as UBS. Nenhum usuário ficava sem resposta ou saía da UBS sem compromisso assumido e pactuado, e a população incorporou isso como um direito.

É central trazer a classe média para o sistema público e as experiências internacionais mostram isso, pela capacidade de exigir e provocar a contínua melhoria. Temos que expandir e com qualidade, sempre, e buscar as duas coisas. É um desafio importante. Há muito para ampliar em resolutividade na AB e, ao mesmo tempo, tentar trazer parte da população da classe média que faz a opção aos planos de saúde, confiando no patamar de padrão de qualidade do Sistema Único de Saúde. Temos que avançar na confiabilidade do usuário, na segurança de que o sistema público perto dele pode resolver seus problemas quando tiver necessidade.

RBSF: Em agosto, foi lançado o Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade, uma inovação que incentiva a melhoria da qualidade dos serviços da atenção básica em todo o País. Quem precisará se comprometer pelos resultados? Gestores? Equipes de saúde? Qual o papel dos usuários?

Hêider Pinto: O Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade promoverá um movimento de melhora permanente, de diálogo, de análise de como e em que condições acontecem as coisas, os processos de trabalho e resultados alcançados. Amplia o entendimento a respeito do que fazemos, de sair da inércia para um movimento crítico, de construir solução à medida que se vê o problema e se amplia o leque de possibilidades, porque passamos



a perceber o que outras equipes e lugares fizeram para resolver aquilo que também nos desafia. A outra ideia que trabalha é a de mobilizar vontades em todas as etapas. O gestor não pode aderir, automaticamente, pois as equipes só participam se quiserem, o que pressupõem pactos. Senão fazemos uma proposta que não envolve, não valoriza e nem mobiliza os trabalhadores para uma transformação e melhoria de seu trabalho. Tira as equipes de uma condição de não planejar as ações de saúde, de não saber se estão ou não "enxugando gelo" ou se o que fazem tem impacto na satisfação do usuário, no reconhecimento de melhoria de indicadores de saúde, no controle de situações crônicas, na ampliação da autonomia das pessoas, na sabedoria delas quanto aos problemas de saúde e capacidade de autocuidado. A equipe funcionar como um time é fundamental, pois o programa trata a equipe como a menor unidade. Os usuários são centrais no programa que os traz para discutirem o que querem de atenção à saúde, quais são as prioridades, em um espaço de diálogo com a equipe e gestores.

RBSF: Que padrão de qualidade se espera obter para o País? Há prazos definidos para isso?

Hêider Pinto: O programa teve adesão além das expectativas, o teto de 17.669 equipes foi alcançado e ultrapassado e mais de 70% dos municípios do Brasil aderiram, acredita? Agora iniciaremos a etapa de desenvolvimento, que vai até o 1° trimestre de 2012, com autoavaliação, monitoramento de indicadores, educação permanente, apoio institucional etc. Em seguida, em abril, começam as avaliações externas. O padrão é móvel, é incremental, pois vamos ter um em 2012, outro em 2013, e assim sucessivamente. O que a gente quer é que a média vá crescendo, em cada equipe e no País, como um todo.

RBSF:: Expectativas quanto ao lançamento do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade agora e uma primeira avaliação para sentirem sua repercussão.

Hêider Pinto: Vamos montar uma série de editais de pesquisas para que todo o processo seja acompanhado por estudos e avaliações do próprio programa. Veremos também o antes e o depois das mudanças que faremos relacionadas ao mercado de trabalho na atenção básica, para termos informações que orientem as tomadas de decisões. E também faremos o acompanhamento dos efeitos – será que a equipe organizada para melhorar os indicadores prioritários melhorou o processo de trabalho de maneira ampliada, ou acabou focando em detrimento de outras dimensões também importantes? Temos que questionar isso. Estamos montando vários desenhos, e a avaliação qualitativa do impacto é parte do processo.

"...A previsão do atual governo é de ampliar o repasse da saúde a Estados e municípios e aperfeiçoar os mecanismos de acompanhamento, monitoramento e controle social dos recursos, contando, evidentemente, com a parceria do Conass e do Conasems..."

RBSF: Este foi um ano de intensa discussão da Política Nacional de Atenção Básica, fale sobre isso.

Hêider Pinto: Acho que isso tem que ser um tema não só de outra entrevista, mas de uma revista inteira (risos). O fato é que este ano fizemos uma grande discussão das diretrizes da nova PNAB no Conselho Nacional de Saúde e, praticamente, em só três de dez reuniões tripartites a atenção básica não foi pauta. Estamos discutindo de maneira intensa. A PNAB veio para fazer o consolidado, pois fomos publicando uma série de portarias, fazendo ajustes, e ela agora amarra tudo em uma regulamentação. Há mudanças relacionadas à população de rua, à região amazônica, à saúde bucal, ao apoio matricial dos NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), que agora vão ter normalizações na PNAB. ■



Marcha: passos ritmados com os municípios

Por: Fernando Ladeira / Foto: Nucom-SAS

Solucionar o financiamento da saúde, por meio da aprovação da regulamentação da emenda constitucional (EC) 29, esteve no centro das reivindicações dos mais de cinco mil representantes municipais que participaram, entre 10 e 12 de maio, da XIV Marcha a Brasília em Defesa dos Municípios. A importância do evento pode ser medida pela presença da presidenta Dilma Rousseff na cerimônia de abertura, no Royal Tulip Brasília Alvorada, e de mais seis ministros (Cidades, Desenvolvimento Social, Fazenda, Planejamento, Relações Institucionais e Saúde) durante a Marcha.

Além da regulamentação da EC 29 – que a presidenta lembrou depender de negociações entre as três esferas federativas –, os prefeitos reivindicaram divisão mais equitativa dos royalties de gás e petróleo e a liberação de restos a pagar do Orçamento Geral da União 2010, uma vez que estimam em mais de R$ 4,5 bilhões a quantia devida por obras nos municípios. Nesse item, o governo liberou R$ 750 milhões e o restante ficou para negociações com os gestores. Vinculado ao tema, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, pré-anunciou o lançamento do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde ao informar que o ministério vai financiar, já em 2011, a construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em conformidade às exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Acesso facilitado

Preparando-se para atender os gestores que viriam participar da Marcha dos Prefeitos, os consultores do Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde, buscaram antecipar-se aos problemas dos municípios facilitando o acesso a possíveis informações que viessem procurar, ou problemas para resolver. Durante a Marcha, no entanto, entre os interesses dos representantes municipais, estiveram os pedidos de esclarecimentos quanto ao Programa de Aceleração do Crescimento – PAC II – para a construção e reforma das UBS.

De acordo com o coordenador-geral de Gestão da Atenção Básica, Eduardo Alves Melo,

especialmente para dar acesso a informações, o ministério utilizou mais de um meio. Preparou um fôlder intitulado "Ministério da Saúde e municípios – juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde", com informações e orientações quanto às ações e aos programas do ministério para facilitar a gestão e os investimentos no SUS. Este foi entregue a todos os participantes inscritos na Marcha dos Prefeitos.

O segundo formato utilizado foi a elaboração de um manual "Passo a passo" (box) relativo a sete áreas vinculadas ao departamento: as Coordenações-Gerais de Gestão da Atenção Básica (CGAB), de Saúde Bucal (Cosab) e de Alimentação e Nutrição (CGPAN), as Coordenações Nacionais de Hipertensão e Diabetes (CNHD) e de Práticas Integrativas e Complementares (CNPIC), além do Programa Saúde na Escola (PSE) e do Projeto de Expansão da Estratégia Saúde da Família (Proesf).

Pelo "Passo a passo", os gestores podem se informar das ações e programas, a quem se destinam, para que servem, como fazer a implantação por etapas e quais os incentivos financeiros, além de apresentar a legislação, as publicações existentes e os contatos dos profissionais do departamento. Segundo Eduardo Melo, as equipes estiveram disponíveis para ouvir e orientar os gestores em quaisquer dúvidas e problemas, por exemplo, quando foram chamados ao gabinete pelo ministro Alexandre Padilha para tratarem de questões relativas a prefeituras da Baixada Fluminense e região serrana do Rio de Janeiro. ■

Áreas de maior interese e necessidades

O "Passo a passo das ações do Departamento de Atenção Básica", com 21 tópicos, fornece orientações simplificadas e facilitadoras aos gestores municipais que têm intenção de ampliar a cesta de produtos e serviços a oferecer para suas populações. Veja abaixo quais são:

Acompanhar:

As condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família (CGPAN)

Alimentar:

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN (CGPAN)

Ampliar:

A cobertura da EACS em todo o território brasileiro (CGAB)

O acesso à AB por meio da ESF (CGAB)

O acesso à AB por meio dos NASF (CGAB)

O acesso às práticas integrativas e complementares no SUS – PNPIC (CNPIC)

O acesso da equipe de SB à AB (Cosab)

O acesso da população ribeirinha à AB por meio das equipes de SF e de Unidades de Saúde da Família Fluviais (CGAB)

O acesso dos estudantes da rede pública de educação à AB por meio do PSE (PSE)

O acesso e qualificação das ações de prevenção e cuidado de hipertensão arterial e de Diabetes mellitus com foco na APS, por meio da Assistência Farmacêutica (CNHD)

Financiar:

A construção, ampliação e reforma de UBS para equipes de SF (CGAB)

A aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a AB (CGAB)

Implantar:

A Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável – ENPACS (CGPAN)

O Centro de Especialidade Odontológica (CEO) – Programa Brasil Sorridente (Cosab)

O Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD (Cosab)

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro – PNSF (CGPAN)

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (CGPAN)

Incluir:

Os microscopistas na ABP em equipes de ACS/SF (CGAB)

Incorporar:

O Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal – Unidade Odontológica Móvel – UOM (Cosab)

Promover:

A expansão e consolidação da ESF por meio do Proesf nos grandes centros urbanos (Proesf)



http://189.28.128.100/dab/docs/geral/passo_a_passo_DAB.pdf

Propostas para Academia da Saúde ultrapassam expectativas

Por: Déborah Proença/ Fotos: Déborah Proença e RCG



Um anseio antigo tomou forma e, depois de quase uma década, o Departamento de Atenção Básica (DAB) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) uniram intenções e proposta: incentivar um programa ampliado com foco na promoção da saúde que abrangesse não apenas o incentivo às práticas corporais/atividade física, lazer e cidadania, mas também que pudesse incentivar a autonomia dos indivíduos para escolhas de vida mais saudáveis e valorizar a cultura local. Assim nasceu o "Academia da Saúde".

A portaria (nº 719/2011) que cria o programa prevê que não se restrinja, apenas, à prática da educação física. Podem-se incorporar as práticas integrativas e complementares (acupuntura, tai chi chuan, fitoterapia), por exemplo. "O programa foge da lógica da academia como área de musculação, do exercício puro e simples", afirma a nutricionista e consultora técnica do DAB, Mariana Pinheiro. "É um espaço de convivência, de encontro da comunidade", completa o médico sanitarista José Eudes Vieira, colega da nutricionista e que também atua no programa.

E o sucesso já é pressentido!

Dos quatro mil polos previstos para serem construídos até 2014, já são mais de seis mil e quinhentos projetos inscritos por 3.615 municípios brasileiros. Isso em apenas um mês, e na primeira oportunidade aberta pelo Ministério da Saúde (MS). Ao todo, 72 por cento do território nacional se candidatou a ter um polo do Programa Academia da Saúde, informa a consultora técnica da SVS, Danielle Cruz.

Proposta federal

"É um espaço vivo, aberto, em que a comunidade pode decidir o que ela tem interesse de desenvolver."Mariana Pinheiro

Duas portarias (nº 1.401 e 1.402) publicadas em 15 de junho de 2011 oficializam e regulamentam o Programa Academia da Saúde. Procura-se trazer a mesma lógica de uma universidade – também denominada "Academia" por seus membros – no sentido de produção do conhecimento. "O Academia da Saúde refere-se a espaço de produção do conhecimento, e não a uma academia de ginástica, e ali pode acontecer qualquer outra coisa: dança, música, jogo, protesto, festival, reunião", enfatiza Danielle. Segundo ela, "é uma oportunidade de construir e dar elementos para as pessoas construírem, nos seus modos de vidas, hábitos saudáveis, em vez de adotarem hábitos alheios a si mesmas. Como se diz: 'eu copio dela e adoto pra mim'. Isso não funciona! Dura um mês e você desiste, pois não cria identidade. O desafio começa em tentar capacitar e instrumentalizar as pessoas a enxergarem essa oportunidade".

A intenção é de dar novos significados aos espaços, universalizar o acesso às práticas corporais e às atividades físicas, formar identidades. O programa também muda a paisagem urbana, pois serão construídos espaços (os polos) para o desenvolvimento das atividades. "Ele vem com dois princípios: reconstruir ou requalificar espaços e ampliar o acesso das pessoas aos serviços de saúde. Neste caso, os serviços e ações de promoção da saúde que aumentem o nível de atividade física da população", afirma a consultora da SVS.

O vital é a comunidade

Publicada em 7 de abril, a Portaria nº 719 oficializa e institui o Programa Academia da Saúde, que visa ao contínuo bem-estar da comunidade e ao crescimento da conscientização sobre saúde e qualidade de vida na população. Para tanto, o programa perpassa as Políticas Nacionais de Promoção da Saúde, Atenção Básica, Práticas Integrativas e Complementares e de Alimentação e Nutrição.

Além de incentivar as práticas corporais e as atividades físicas, a intenção do Academia da Saúde é, antes de tudo, incentivar as práticas de lazer e as atividades comunitárias, independentemente se, para isso, seja necessário levantar o braço para exercitar um músculo esquecido, dar um abraço no vizinho, pintar uma aquarela ou ainda buscar o pote de farinha no armário e preparar o bolo da quermesse.

Sim, os polos do Academia da Saúde servem para qualquer finalidade de promoção da saúde que a comunidade deseje, desde que seja para o bem de todos e esteja de comum acordo com as metas estabelecidas pelo município. A promoção da cultura de não violência também é central nos debates do programa, pois, com espaços comunitários revitalizados, perde-se a oportunidade de ocupação para atividades ilícitas ou perigosas à população, residente ou transeunte.


RCG

Leia a Portaria nº 719 no endereço: *http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_academia_saude_06_05_2011.pdf*



RCG

Para tanto, cada município deverá ter um Grupo de Gestão Local, formado por um profissional responsável pelo polo e representantes da comunidade (líderes comunitários), da gestão municipal e dos equipamentos sociais (escolas, CRAS, entre outros). O grupo intersetorial decidirá, em conjunto, quais ações serão implantadas nas comunidades com base em suas necessidades.

A seguir, submete o projeto ao Ministério da Saúde com definição de recursos para a construção do polo – que poderá ter infraestrutura básica, intermediária ou um polo ampliado. A infraestrutura mínima prevê um espaço de vivências com uma área coberta e outra livre. “São espaços pensados para vários enfoques, bem caracterizados e demarcados”, salienta Mariana Pinheiro. “A área livre será multiuso, com furos protegidos para fomentar esportes (vôlei, tênis, futebol etc.) e equipamentos de alongamento e exercícios físicos”, explica Danielle. Para a modalidade básica, o repasse federal será de R$ 80 mil; para a intermediária, R$ 100 mil; modalidades que diferenciam entre si apenas pela presença de depósito para guarda de materiais. Segundo as regras do programa, os polos básico e intermediário devem estar próximos a uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Já para um polo ampliado, os municípios receberão R$ 180 mil e terão o compromisso de construir uma estrutura mínima em que a sala de vivências é dentro do espaço, com áreas para acolhimento, depósito e banheiros e áreas externas (espaço multiuso e área com equipamentos). Como terá essa estrutura mínima, não exige proximidade a uma UBS.

O local também é importante. Não é permitido o uso do recurso para a construção de praças e/ou reforma de espaços, mas sim a construção do polo numa praça ou parque já existente, por exemplo. A ressignificação dos espaços acontece naturalmente.

O programa também prevê duas formas de incentivo para o custeio das atividades que serão desenvolvidas nos polos. Caso estejam vinculados a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), será feita transferência fundo a fundo, regular e continuada, de R$ 3 mil/mês para cada polo implantado. Cada NASF pode responsabilizar-se por até três polos de Academia da Saúde. A segunda forma de transferência é por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde e está previsto para municípios que não possuírem NASF implantados. Neste caso, a Academia da Saúde deverá estar vinculada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e os recursos serão repassados em parcela única de R$ 36 mil, independentemente do número de polos implantados no município. “Embora esteja prevista a construção de quatro mil

"...O Academia da Saúde se desprende do profissional de saúde, que estará lá orientando, mas a ideia é de um serviço profissional. Ele terá que trabalhar de forma que as pessoas construam conhecimento, independentemente dele [do profissional]. O nome disso é educação..."

polos, o Academia da Saúde terá muito mais, pois o Ministério custeará projetos que já existem e que são similares à proposta do programa", diz José Eudes.

Um reforço ao controle social

A definição das atividades do polo é de responsabilidade do Grupo de Gestão Local. Mesmo com todas as possibilidades que a estrutura proporciona, a comunidade poderá criar ou fomentar um esporte ou atividade, de acordo com os objetivos do programa. "Já vi muitas coisas improváveis nos meus anos como professora. Não duvido que a comunidade improvise uma tabela [de basquete]. Essa é a ideia do Academia, que as pessoas deem um significado para aquele espaço", afirma Danielle.

"O Academia da Saúde se desprende do profissional de saúde, que estará lá orientando, mas a ideia é de um serviço profissional. Ele terá que trabalhar de forma que as pessoas construam conhecimento, independentemente dele [do profissional]. O nome disso é educação", completa Danielle.

Ademais, o programa é vinculado à ideia de território, tal qual as Unidades Básicas de Saúde. "O Academia de Saúde teve como base o Academia da Cidade, criado e em funcionamento em Recife (PE), que comprova que programas de base populacional para práticas corporais e atividade física funcionam. A comunidade participa, tem resultado", conta Danielle.

Base: Academia da Cidade

"...é o melhor projeto proposto de práticas corporais e atividade física com base populacional do mundo, porque está inserido na comunidade; traz a lógica da comunidade." Danielle Cruz

Uma estranha soma de ingredientes negativos: aumento da violência + poucos espaços públicos de lazer + número crescente de portadores de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes) seguidos de óbitos e da crescente perda da qualidade de vida formaram um "caldo" a pressionar, em 2001, a gestão municipal de Recife. O ajuste na receita foi promovido pela inversão de prioridades em diversas ações e programas públicos, com a inclusão de novos componentes que atenderiam melhor às necessidades da sociedade, especialmente os mais carentes: qualidade de vida individual e comunitária + espaços públicos de lazer. Saía do forno o Programa Academia da Cidade. "Desde 2002, ele vem sendo eleito entre as 10 prioridades do orçamento participativo", conta Ebrivaldo Gonçalves Cavalcanti Júnior, gerente do programa em Recife.

O primeiro polo do Academia da Cidade foi implantado no Bairro Jardim São Paulo, em 2002. De lá pra cá, somam-se 21 polos com mais 28 em processo de construção até 2012. No início, inspirou-se no projeto "Exercício e Saúde" da Universidade de Pernambuco (UPE), que contava com médicos, nutricionistas e educadores físicos. No entanto, em 2003, a coordenação do Academia da Cidade entendeu ser necessária uma prática mais pedagógica, e desaparelharam o movimento.

O programa está inserido no modelo de atenção à saúde "Recife em Defesa da Vida", que conta, também, com o "Programa Mais Vida" para redução de danos do consumo de álcool, fumo e outras drogas. "O Academia da Cidade e o Mais Vida surgiram praticamente na mesma decisão de gestão, incorporando os profissionais dentro da proposta terapêutica de intervenção no território nos serviços de CAPs. Nós temos uma lógica



de promoção e prevenção muito próxima, um olhar diferenciado para esse usuário", afirma a assistente social e gerente de redução de danos do Mais Vida, Polyana Pimentel.

Danielle Cruz, consultora da SVS e que já foi gerente do Academia da Cidade, diz que, para promover o acesso das pessoas à prática da atividade física, foi necessário quebrar as barreiras. "Então, não é preciso avaliação física para fazer atividade física no programa, que é publico, é aberto. Você vai um dia e, se quiser, volta no outro. Vai quando quiser. E, no processo, os professores convenceriam os usuários a fazerem avaliação física, ter orientação nutricional, pois sabíamos, pela literatura, que exercícios leves a moderados só fazem bem".Trabalham nessa perspectiva, de segunda a sexta-feira, 93 educadores físicos, 28 estagiários de Educação Física e cinco nutricionistas (pela Rede de Saúde apoiadora). Os horários variam entre 5h30 e 20h, uma vez que as atividades do Academia da Cidade não estão restritas aos espaços físicos construídos.

As práticas corporais e as atividades físicas continuaram sendo o carro-chefe do programa em Recife, mas outras ações foram implementadas e a comunidade passou a usar o espaço, tomou gosto e a gestão também.

O diferencial

Em paralelo às atividades regulares, acontecem ações transversais, como o treinamento funcional para o público masculino inserido no polo da Ilha de Joaneiro, em Recife, pela professora Elisa Guerra. O grupo já dura três anos e alguns usuários vieram de academias particulares, como a administradora e única representante do time feminino na aula de Elisa, Aline. "Estar ao ar livre já é maravilhoso e o programa me tirou da academia particular. Já malho

há dez anos, três no Academia da Cidade", confessa.

O motoboy Ivanildo Bezerra afirma que, em um ano e três meses, melhorou muito seu condicionamento e resistência física. "Comecei a participar dessas corridas de cinco e de dez [quilômetros] depois das aulas, e prefiro aqui a uma academia particular", enfatiza o rapaz.

Outro grupo é o "Razão de Viver", que foca as ações no grupo de hiperdia existente na UBS Bionor Teodósio há oito anos e com usuários assíduos. Entre os mais de 70 participantes, a maioria acima dos 60 anos de idade, são comuns depoimentos como "estava muito doente sem poder andar, mas tive vontade de vir, vim e hoje faço tudo", ou "eu tinha muita dor no ombro, fui a médico, a tudo, mas só melhorei aqui", ou ainda "meu sobrinho é novo, mas não bota as mãos nos pés. Eu boto!".

Na Praça da Vitória, primeiro polo em parceria com o governo do Estado de Pernambuco, há várias histórias de superação. A começar pelo próprio local. "Era um espaço com mau uso, criminalidade alta (assaltos e tráfico de drogas), mas a comunidade se apropriou do lugar e elegeu como prioridade número um a construção de um polo aqui. Por isso, o nome é Praça da Vitória", lembra um dos coordenadores do Academia da Cidade, Marcilio da Silva.

Essa forma de cativar atinge também a professora Florzinha. Ela trava uma batalha diária, pois acorda às 3h30, diariamente, e pega duas conduções para estar às 5h30 no polo, com um sorriso no rosto e muita disposição. "Poderia pedir transferência para um que fosse mais próximo de casa, mas não quero largar o pessoal aqui", afirma Claudenize Góes, a Florzinha, diante de alunas entusiasmadas que ameaçam fazer até um abaixo-assinado e "buscá-la onde for"!

Outra curiosidade da Praça da Vitória é que, para incentivar a participação social, reuniu-se um conjunto de artistas durante um evento extra para a grafitagem dos muros. "Para que as pessoas percebessem que isso aqui não é um espaço da prefeitura. É um espaço público que eles devem zelar e cuidar", lembra Marcilio. E elas cuidam, sim, e com muito carinho. ■

Outras experiências

Não somente o programa pernambucano vem conquistando adeptos. As populações de Belo Horizonte, Aracaju, Vitória e Curitiba também têm programas que incentivam a vida saudável.

As capitais mineira e sergipana tiveram seus pilares fundamentados no Academia da Cidade recifense, e levam o mesmo nome. Porém, a infraestrutura é diferenciada. Em Aracaju, os espaços são públicos e aproveitados pelos polos. São poucas as construções específicas para o Academia da Cidade. Belo Horizonte, por sua vez, desenvolve um importante elo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a universidade.

Vitória (ES) mantém o mais antigo programa conhecido pelo Ministério da Saúde, o Serviço de Orientação em Exercício (SOE). Com mais de 15 anos de estrada, é muito similar ao Academia de Recife, com módulos (como são chamados os polos capixabas) fixos e móveis. O SOE está em avaliação pelo MS quanto ao impacto nos indicadores de saúde da população atendida. Os programas de Recife, Curitiba e Belo Horizonte já passaram por avaliação.

SBMFC comemora os 30 anos com o 11º Congresso

Por: Tiago Souza e Fernando Ladeira

Trinta anos de idade comemorados com gosto é o que atestam os números da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) na realização do 11º Congresso Brasileiro de MFC (CBMFC). O evento, que teve como tema "Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca", reuniu 3.600 participantes em Brasília, entre 23 e 26 de junho, e foi definido pelo presidente da sociedade, Gustavo Gusso, como "multiprofissional, multidisciplinar e internacional e de vanguarda, por abordar, além da Atenção Primária à Saúde, assuntos como a prevenção quaternária (que busca evitar a supermedicalização e o excesso de exames preventivos para diagnósticos)".

O Ministério da Saúde esteve presente por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). O secretário de Atenção à Saúde, Helvécio Miranda Magalhães Jr., na mesa-redonda "Redes de atenção com base na APS", afirmou que a atenção primária, no atual governo, foi colocada "no centro da política nacional, e que, sem distinção, qualquer cidadão deve ter acesso às redes de atenção, de forma equânime, resolutiva, humanizada e em tempo adequado". O diretor do Departamento de Atenção Básica, Hêider Aurélio Pinto, em palestra e mesa-redonda, apresentou o esperado tema "A nova política de APS – DAB/MS – com foco na Política de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)", que tem sido desenvolvida desde o início da gestão, promovendo momento de debate e interação com os participantes do congresso.

A PMAQ também foi o centro das atenções na 3ª Reunião do Comitê Coordenador da Rede de Pesquisa da APS, realizada durante o 11º CBMFC. Ao concluir a apresentação, Hêider Pinto pediu a participação da Rede na produção do censo que será feito junto às Unidades Básicas de Saúde de todo o País. O presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Luiz Augusto Fachini, considerou importante a parceria e ressalvou a necessidade de um estudo de como se dará a inserção da Rede. Segundo ele, é necessário pensar um desenho metodológico para dar conta da tarefa de avaliação externa, pois haverá uma classificação de desempenho das equipes, o que exige nova postura de avaliação dos pesquisadores.

Paralelamente ao Congresso, foi realizado o 4º Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral e Comunitária, que contou com boa participação de médicos de Família portugueses. Segundo o presidente da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, João Sequeira Carlos, devido "à relação franca e aberta com a SBMFC, várias iniciativas têm se desenvolvido entre Brasil e Portugal, entre as quais um programa efetivo de intercâmbio de médicos residentes das duas nacionalidades".

Por ocasião da comemoração do aniversário da entidade, criada em 1981, em Petrópolis/RJ, três trabalhos científicos para as categorias Comunicação Oral e Pôster receberam o Prêmio SBMFC 30 anos. Na Comunicação Oral, o primeiro lugar foi para "Atenção primária na saúde suplementar: resultados em uma operadora de atuação nacional", de Rafael Gustavo Dal Moro; e, em Pôster, também em primeira colocação, para "Desmistificação e detecção precoce da hanseníase: capacitação de agentes de saúde", de Ulisses M. Filgueiras Filho. Houve ainda mostras de contos, fotos e vídeos.

O 11º CBMFC contou com 232 palestrantes nacionais e 26 internacionais e, devido às dimensões do Centro de Convenções Ulysses Guimarães, onde foi realizado, puderam ser ocupadas 17 salas, simultaneamente, para a realização de palestras, mesas-redondas, minicursos ou apresentações de trabalhos científicos. Para a 12ª edição do Congresso, que será realizada em 2013, foi escolhida Belém, capital do Pará, como sede. ■

Congresso em números

3.476 congressistas inscritos	850 médicos associados à SBMFC
232 palestrantes nacionais	1.050 médicos não associados
26 palestrantes internacionais	22 estandes de expositores

Mesa colorida

Por: Déborah Proença / Fotos: Radilson Carlos Gomes



O Brasil está na lista dos principais produtores agropecuários do mundo, em culturas como soja, café, arroz, milho, algodão ou criações de gado e aves. Somente os segmentos de agricultura e pecuária – excluído o restante da cadeia agroindustrial – representam 12% do Produto Interno Bruto nacional, aproximadamente, R$ 441 bilhões. Os agricultores familiares são responsáveis por 40% da produção para o mercado interno, pois tem 84% das propriedades rurais, mas só 24,3% das terras agriculturáveis. Plantam 87% da mandioca, 70% do feijão, 46% do milho e 34% do arroz, e criam 59% dos suínos e 50% das aves do total produzido no País. Um dos grandes problemas dos pequenos produtores, segundo pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), é que a maioria planta sem destinação previamente acertada para os produtos, o que não acontece com os médios e grandes produtores. No entanto, apenas uma parcela de 20% dos pequenos consegue vender suas produções diretamente ao consumidor final.O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ao iniciar a análise das informações da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008/09, que visitou cerca de 60 mil domicílios urbanos e rurais, entre maio de 2008 e maio de 2009, concluiu que o brasileiro se alimenta mal. O consumo alimentar da população ainda combina a dieta tradicional, baseada em arroz e feijão, com alimentos muito calóricos e de baixo teor nutricional, com altas doses de sal e de açúcar. Entram nesse prato biscoitos recheados e

chips, pizzas, doces e refrigerantes. Levando em conta a política de segurança alimentar e nutricional, em que se deve buscar garantir alimentos de qualidade para todos, de forma regular, permanente e em quantidade suficiente, e a preocupação com a educação alimentar das futuras gerações, o governo sancionou, em 2009, a Lei nº 11.947. Essa legislação trata da alimentação escolar e, entre os artigos, dispõe que, ao menos, 30% da produção agrícola familiar seja adquirida para a confecção dos lanches nas escolas.

No mesmo ano, os Ministérios da Educação e da Saúde lançaram o Programa Saúde na Escola, que, entre acompanhar a vida clínica dos estudantes da rede básica pública de ensino e da saúde bucal, tem também a incumbência de incentivar a alimentação e a vida saudável. Isso implicou transformar a alimentação produzida nas escolas, proibir a venda de alimentos prejudiciais à saúde das crianças em cantinas escolares e incentivar a produção de legumes e verduras em hortas nos estabelecimentos.

O sal, por exemplo, contribui com o aumento das doenças crônicas (como hipertensão arterial, doenças cardíacas e renais) quando ingerido em excesso. Como resultado de algumas campanhas de conscientização da população, a POF 2008/9 já constata que o consumo caiu em relação à POF de 2002/3: uma média de 8,2 gramas por pessoa ao dia contra 9,6 gramas anteriores. O consumo excessivo de sódio independe de idade ou região do País. Já no caso do açúcar, 61,3% da população o consome excessivamente.

Segurança alimentar e o PSE

Segurança alimentar é o direito de todos ao acesso a alimentos de qualidade, de forma regular, permanente e em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades básicas. Ela respeita a diversidade cultural, que prioriza a produção ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentável. Por isso, é impossível falar em agricultura familiar sem primar pela segurança alimentar. Os princípios são os mesmos! Pois assume-se que, na agricultura familiar, a produção (e sua consequente veiculação comercial) aumenta as condições de se comer bem, preserva a diversidade ambiental, cultural e étnica e torna conhecida a procedência dos alimentos.

O Ministério da Educação (MEC) é responsável por propor ações educativas que perpassem pelo currículo escolar, abordando o tema alimentação e nutrição e o desenvolvimento de práticas saudáveis de vida, na perspectiva da segurança alimentar e nutricional. Assim,

A ordem é agora!

Desde 16 de junho de 2009 é a Lei nº 11.947 quem manda quando o assunto são as diretrizes da alimentação escolar. Dispõe, entre outros assuntos, sobre o emprego da alimentação saudável e adequada; a necessidade de promover a educação sobre alimentos e nutrição; o apoio ao desenvolvimento sustentável; e, o atendimento universal a todos os alunos da rede pública de educação básica.

A Lei trata, também, do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), seus recursos financeiros, sua prestação de contas e a aquisição de gêneros alimentícios. Neste último, fica estabelecido um mínimo de 30% para produtos adquiridos diretamente da agricultura familiar e do empreendedor familiar rural (ou de suas organizações), priorizando-se os assentamentos da reforma agrária, as comunidades tradicionais indígenas e comunidades quilombolas.

Além disso estabelece diretrizes para utilização dos recursos financeiros do Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE), cujo objetivo é prestar assistência financeira, em caráter suplementar, às escolas públicas da educação básica das redes estaduais, municipais e do Distrito Federal e às escolas de educação especial qualificadas, tais como beneficentes de assistência social ou de atendimento direto e gratuito ao público, além das escolas mantidas por entidades do gênero.

Leia mais no site da Presidência da República:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11947.htm.

Para tratar de temas vinculados ao PNAE, escreva para:
alimentacaoescolar@mda.gov.br.



aproveitando o êxito da Estratégia Saúde da Família (ESF) junto às famílias atendidas, bem como a sua capacidade organizacional, o MEC e o Ministério da Saúde implantar am, em 2009, o Programa Saúde na Escola. O PSE deve, entre as suas atribuições, propor ações educativas, aproveitando o cronograma pedagógico e os conhecimentos técnicos trazidos pelos profissionais da ESF.

É importante frisar que, embora os números da POF mostrem que a alimentação brasileira está longe de ser satisfatória, as áreas rurais estão mais próximas de uma alimentação saudável do que as urbanas. Também demonstram que, quanto menor a renda, menos calorias são consumidas com alimentos adquiridos fora de casa. Isso quer dizer que é preciso aprender com o campo? "Isso vale apenas para arroz e feijão, não vale para frutas, o que é uma grande contradição", salienta a nutricionista Mariana Carvalho Pinheiro, consultora técnica da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Segundo ela, o meio rural tem uma dieta mais tradicional, à base de arroz e feijão, e consome menos alimentos industrializados, mas, para frutas e verduras, as populações em zonas urbanas consomem mais do que as de zonas rurais, por pura falta de hábito.

Sucesso no campo

Algumas experiências do intercâmbio entre produção agrícola familiar e escolas mostraram-se exitosas. Tais como as de Manaus (AM), Santa Rosa de Viterbo (SP) e de Brejo da Madre de Deus (PE). Brejo, como é conhecido o município pernambucano, modificou a alimentação das crianças em suas escolas públicas graças a um acordo com os agricultores locais, para cumprir a Lei nº 11.947. O resultado foi a movimentação da economia local.

Cícero Soares, um dos produtores, conta que sua vida mudou completamente desde que o município fez da lei federal uma prioridade. José Jaelson, outro agricultor da cidade e membro do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, afirma que a venda para a merenda escolar estabilizou os preços, ao garantir a venda da colheita com preço

preestabelecido por contrato com a Prefeitura.

Anterior à aprovação da 11.947, Santa Rosa de Viterbo, município paulista localizado a 310 km da capital e com quase 24 mil habitantes, desde 2005 estimula o uso da produção de agricultores familiares na merenda escolar. “A partir de uma iniciativa do município, a merenda escolar passou a contar com produtos vindos de agricultores da própria cidade, como instrumento para resolver dois problemas: melhorar a qualidade da alimentação das crianças e garantir a venda da produção da agricultura familiar”, informa a nutricionista Denise Matinelli, responsável pela implantação do projeto.

Denise explica que um dos pilares fundamentais do projeto é juntar a agricultura familiar com ações de educação ambiental, ensinando as crianças a respeitar a natureza e conhecer as etapas de produção dos alimentos (do plantio a colheita) utilizados na própria subsistência. Algumas escolas possuem, inclusive, as próprias hortas. “No contato direto com a terra, as crianças (todas oriundas da zona rural) já aprendem desde pequenas a dar valor ao que produzem. Afinal, acompanham o passo a passo e presenciam a germinação das sementes, o crescimento e o desenvolvimento das plantas e seus produtos, que farão parte das refeições na escola. Sem contar que um dos princípios básicos do projeto é mostrar a elas que o respeito ao meio ambiente é o principal alicerce para que mantenham o conhecimento agrícola que suas famílias trazem de gerações passadas”.

E os tão falados orgânicos?

Se a produção agrícola respeitar a sustentabilidade econômica, ecológica e social, ela é orgânica. Na prática, isso significa considerar o consumo justo, solidário e a relação entre as pessoas e a natureza. Na produção orgânica, o agricultor também é peça-chave, e não apenas o produto. Ele utiliza práticas que conservam e preservam o solo, a água e a biodiversidade local, sempre respeitando a Lei dos Orgânicos (nº 10.831, de 23 de dezembro de 2003).

São importantes, não somente pela ausência de agrotóxicos (defensivos agrícolas utilizados para combater pragas nas produções agrícolas), de adubos sintéticos e sementes transgênicas (modificadas em laboratório), mas também pela produção sustentável. Ou seja, a produção do alimento deve considerar a fertilidade do agroecossistema, de modo que o foco esteja em todas as etapas do sistema produtivo e não apenas no solo.

Também são considerados alimentos orgânicos os produtos chamados ecológicos, biodinâmicos, naturais, regenerativos, biológicos e agroecológicos. E ainda os permaculturais, produzidos por permacultura, pequenos sistemas produtivos cuja criação e desenvolvimento, junto com a integração harmônica do entorno, das pessoas e de suas casas, respondem às necessidades básicas de forma que se tornam auto-sustentáveis com o tempo.

Para identificá-los, basta verificar a forma de produção ou verificar se possui um certificado de garantia. O selo oficial do



Sistema Brasileiro de Avaliação da Conformidade Orgânica é obtido por auditoria técnica ou avaliação da conformidade por meio de Sistemas Participativos de Garantia (SPG). Esses SPG são formados por um Organismo Participativo de Avaliação da Conformidade (OPAC) e pelos membros do Sistema Participativo de Garantia – produtores, organizações, associações, ONGs, órgãos públicos, consumidores, processadores, distribuidores, transportadores, armazenadores e comerciantes de alimentos orgânicos.

Em casos de compra diretamente de produtor que não possui o certificado, dê um voto de confiança, mas pergunte como são cultivados os produtos e combatidas as pragas, para certificar-se. Pode-se, também, conhecer algum agricultor que produza organicamente, mas que não saiba como conquistar o selo de garantia. Oriente o agricultor familiar a cadastrar-se no Ministério da Agricultura. Concluído o registro, ele deverá colocar no rótulo do produto, ou deverá apresentar ao gestor municipal que está fazendo a compra da alimentação escolar, ou no ponto de venda, a expressão: “Produto orgânico para venda direta por agricultores familiares organizados, não sujeito à certificação, de acordo com a Lei nº 10.831, de 23 de setembro de 2003”.

A capital amazonense é outro exemplo interessante. Manaus possui mais de um milhão e 800 mil habitantes, tem 462 escolas e 790 imóveis rurais produtivos que ocupam 29.171 hectares de terra. O grande problema é o acesso. Como fazer com que os alimentos cheguem ao destino sem perecerem? Como transportar 11 toneladas de alimentos para alimentar os mais de 232 mil escolares?

A Associação de Produtores Rurais do Assentamento Nazaré (Apran), localizada na costa do Tabocal, zona rural de Manaus à margem esquerda do Rio Amazonas, foi capaz de fazê-la, em janeiro deste ano, usando um barco regional. Os alimentos foram levados diretamente ao depósito da Secretaria Municipal de Educação (Semed), onde passaram por análise de qualidade antes de serem enviados às escolas. A Apran é uma das oito associações ou cooperativas de pequenos agricultores que fornecem frutas, verduras e legumes, por meio de parcerias, para a alimentação escolar das instituições mantidas pela Prefeitura.

O gerente de Controle de Qualidade da Merenda Escolar da Semed, Leís Batista, afirma que os alimentos que não estão em perfeitas condições são devolvidos e substituídos. Para manter a qualidade e não estragar, são armazenados em câmaras frias. Do total enviado, 10 toneladas correspondem à mandioca, in natura ou em farinha, já que dura mais e é parte do cardápio amazonense. "É um produto que tem um prazo de validade bastante longo, entre seis meses e um ano, se bem armazenado. Isso facilita a compra em quantidade", justifica o gerente.

Além da macaxeira (como é chamada a mandioca pelos nortistas e nordestinos), a Apran entregou também abóbora, pimenta-de-cheiro e limão. "Esse carregamento vai atender à rede municipal parcialmente. Ao longo do ano, outros pequenos produtores ainda vão fornecer alimentos para a merenda escolar, de acordo com a nossa necessidade e a produção deles", explica Batista. ■





Marta Maria Santos

Por: Fernando Ladeira / Fotos: Radilson Carlos Gomes



Devido ao pouco interesse dos pais com a educação formal dos nove filhos, Marta Maria Santos só terminou o segundo grau aos 21 anos. Hoje, no entanto, aos 40, com a experiência e sabedoria adquiridas, a auxiliar de enfermagem tem consciência de que desafios são obstáculos a serem superados.

Natural de Aracaju, Sergipe, e atuando na Unidade Básica de Saúde Francisco Fonseca, situada no Bairro Palestina, Marta é, há 18 anos, companheira de Fábio Rocha e, há 17, mãe de José Guilherme, e declara um amor derramado pelos dois. O mesmo amor que dedica ao trabalho e aos usuários da UBS e que a faz sentir-se, atualmente, feliz e realizada. Desde que tenha uma praia por perto para poder relaxar. Marta Santos é a entrevistada da Revista Brasileira Saúde da Família (RBSF) para Carreira.

RBSF: Qual sua formação? Onde e quando a fez? Possui capacitações ou especializações? Quais?

Marta Santos: Concluí cursos técnicos em Pedagogia (nível I), em Administração, fui agente comunitária de saúde por quatro anos e, para ser técnica em Enfermagem, fiz curso no Senac, em 2010. Não tenho especialização, mas algumas capacitações para atuar com questões de álcool e outras drogas, e de saúde mental, em cursos a distância pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), entre outros.

RBSF: Como e quando descobriu sua vocação profissional?

Marta Santos: Quando comecei na Estratégia Saúde da Família (ESF), como ACS, percebi que precisava fazer mais pelas pessoas. Depois de um ano de trabalho, vi, na prática, a necessidade do outro e senti que tinha que me preparar mais para corresponder a isso.

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

Marta Santos: Trabalho em um lugar acolhedor, com pessoas amigáveis. Nosso maior problema é o local de trabalho, pois são muitos trabalhadores para pouco espaço. De qualquer forma, gosto muito do que faço e, a cada dia, me encontro mais, não só como funcionária, mas, principalmente, como pessoa.

Cada atendimento é uma troca de experiência, porque sinto que a pessoa que vem a mim já não é, simplesmente, um usuário, mas um ser humano que precisa ser visto individualmente, com suas próprias características e queixas. Procuro, sempre, prestar atenção



a qualquer detalhe, principalmente às expressões corporais. Às vezes, uma lágrima expressa todo o sentimento da pessoa. Todos os dias, ao sair de casa, peço a Deus que me oriente e que eu possa sempre me colocar no lugar do outro, para poder resolver a necessidade de cada um.

No meu dia a dia, faço tudo que me autoriza a profissão. Aferir pressão arterial, fazer curativos, nebulizações, administrar vacinas e medicamentos, participar de reuniões de equipe e com a comunidade, realizar agendamentos, e as duas tarefas de que mais gosto: o acolhimento e as visitas domiciliares.

Tenho como trabalho principal e singular as visitas domiciliares, porque é nelas que me realizo. Acredito que eu desempenho a verdadeira Estratégia Saúde da Família, pois vejo onde está a necessidade de cada membro da família. Nessas visitas, pergunto como estão, se têm medicação, peço as receitas médicas e confiro as validades, faço a aferição de pressão e glicemia, observo sinais e sintomas e, se necessário, realizo curativos.

"...a pessoa que vem a mim já não é, simplesmente, um usuário, mas um ser humano que precisa ser visto individualmente, com suas próprias características e queixas. Procuro, sempre, prestar atenção a qualquer detalhe..."

RBSF: O que a levou à Saúde da Família?

Marta Santos: A forma do trabalhar, o lidar com a população antes do adoecer, o trabalho em grupo (equipe). Sempre busquei, na minha vida, cuidar dos que me cercam, e foi na ESF onde eu vi essa oportunidade.

RBSF: Foi uma opção mais racional ou emocional?

Marta Santos: A princípio racional. Hoje é emocional.

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

Marta Santos: Uma forma de trabalhar a saúde antes da doença.

Nisso me sinto uma privilegiada, porque sou feliz em saber que meu trabalho serve para contribuir com a felicidade de outros. Porém, não tenho a mesma esperança de quando comecei, porque os trabalhadores a cada dia vão perdendo a motivação e o interesse. Eu me sinto ridicularizada por me dedicar tanto e ver que as pessoas que conduzem a saúde em nosso país não têm respeito por nós, simples auxiliares. Recebo várias críticas, todo o tempo, por me dedicar tanto ao trabalho e sequer receber um salário digno. Nem mesmo 50 por cento do salário de um enfermeiro recebemos, e o prefeito ainda reduz mais, já que o repasse do governo federal é de novecentos e poucos reais e a Prefeitura só nos paga quatrocentos e alguma coisa. De qualquer forma, me deixa satisfeita ver a alegria e a satisfação no rosto de cada um dos meus usuários atendidos.

"...se um dia tivermos condições de tornar viável o atendimento prioritário a todos, com boas condições de trabalho, o Pacto se tornará realidade. Porém, é necessário que esse compromisso se dêm em todos os membros..."

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

Marta Santos: Sim, acho. Porque é na base que tudo inicia e, se um dia tivermos condições de tornar viável o atendimento prioritário a todos, com boas condições de trabalho, o Pacto se tornará realidade. Porém, é necessário que esse compromisso se dê em todos os membros, principalmente os médicos.

RBSF: Dê três motivos para ser profissional de saúde da família?

Marta Santos: Estar em contato permanente com a população, gostar de ajudar o próximo, e não ter medo do desconhecido.

RBSF: Como profissional de saúde, cite o que te motiva, te valoriza e quais as melhores formas de te capacitar?

Marta Santos: Saber que estou ajudando o outro e ter sempre a possibilidade de conhecer novas técnicas para os cuidados que eu possa exercer. Acredito, também, que o trabalho de campo do técnico de enfermagem é pouco reconhecido e precisa ser mais valorizado, do jeito que é previsto na Estratégia Saúde da Família. ■



Raio X:



1-	PARA SER BOM MEU TRABALHO PRECISA DE: Gostar do que faço
2-	FUNDAMENTAL NESTA PROFISSÃO É: Saber se doar...
3-	UM PACIENTE/ATENDIMENTO/MOMENTO MARCANTE FOI: Pessoa que necessita ser ouvida, ver a pessoa e não a doença, presenciar um parto
4-	UM IDEAL: Formar-me em psicologia
5-	UM LEMA: Ninguém é feliz vivendo só!
6-	UM DESAFIO: Algo superável
7-	PARA SER FELIZ: Morar próximo a meu trabalho para poder me dedicar mais aos usuários
8-	SE NÃO FOSSE AUXILIAR DE ENFERMAGEM SERIA: Professora
9-	UM ATENDIMENTO ESPECIAL NECESSITA: Um cuidado especial
10-	UM SONHO REALIZADO FOI: Ter me tornado independente
11-	TRÊS COISAS ESSENCIAIS: Amar, ser amada e saber viver
12-	UMA INSPIRAÇÃO/MOTIVAÇÃO: A vida
13-	UMA ALEGRIA PROFISSIONAL: Ver a alegria do próximo
14-	UMA CHATEAÇÃO: Falta de cuidado com o próximo, por colegas
15-	UM OBSTÁCULO: Enfrento todos, principalmente lidar com aqueles que não se importam com o próximo
16-	DAQUI A DEZ ANOS ESTAREI: Com 50 anos e espero que feliz
17-	O MELHOR DA PROFISSÃO É: Poder ajudar
18-	SAÚDE DA FAMÍLIA É: Cuidar de todos, da hora que nascem até que morrem
19-	FINALIZANDO, UM CONSELHO: Seja feliz em tudo que faz

PSE: municípios mais responsáveis pela saúde estudantil

Por: Fernando Ladeira / Foto: Radilson Carlos Gomes



Há aproximadamente um século, entre 1910 e 1911, o Brasil tinha uma população de 24 milhões de habitantes. Atualmente, com 191 milhões de brasileiros ocupando o território nacional, 24 milhões é o número de possíveis beneficiários do Programa Saúde na Escola (PSE), que, por meio das Portarias Interministeriais nº 1.910 e 1.911 (Educação e Saúde), define instrumentos de contratualização e transferência de recursos federais.

A Portaria nº 1.910 estabelece um novo instrumento para assegurar o recebimento de recursos federais pelo cumprimento de metas, o Termo de Compromisso (TC). O documento precisará ser assinado pelos secretários municipais de Saúde e de Educação, e nele constarão as metas contratualizadas em ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares nos territórios de responsabilidades das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A Portaria nº 1.911, por sua vez, altera a Portaria Interministerial nº 3.696, de novembro de 2010, estabelecendo novos critérios para a transferência de verbas aos municípios credenciados ao PSE e a lista de municípios aptos a assinarem o TC.

De acordo com a coordenadora do PSE, no Ministério da Saúde (MS), Raquel Pedroso, estão disponíveis R$ 108 milhões em 2011 (e previstos R$ 150 milhões em 2012), mas que serão utilizados

na totalidade apenas se forem atendidos todos os itens e metas do programa. Os 1.253 municípios que já estavam habilitados em 2009, e que continuam em 2011, e também os 1.559 recém-habilitados precisam aderir formando, nessa rede escolar prevista, um contingente de 24.380.000 estudantes a serem atendidos por 20.621 equipes de Saúde da Família (eSF).

Sob essa ótica, ainda, a verba só será completamente investida se todas as equipes em todos os municípios atingirem, no mínimo, 70% das metas contratualizadas no período de 12 meses. Todo esse acompanhamento do planejamento, execução, gestão de recursos, manutenção das ações nos eixos do Programa Saúde na Escola será feito pelo Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIm), composto por representantes da educação e saúde e comunidade. Ou, no caso do Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual (GTIe), por representantes das áreas de saúde e educação apenas.

Se por equipe de SF, por exemplo, o município recebe R$ 6.700,00/mês, os municípios que estão contemplados no PSE e cujas equipes realizarem as ações previstas pelo programa poderão receber a mais por equipe de SF até R$ 6.500 no período de um ano. Esse valor será dividido em duas vezes (70% + 30%), sendo que os últimos 30% somente serão repassados com o cumprimento de 70% das metas ajustadas no TC em conformidade aos componentes (parâmetros essenciais). Com o recurso, o gestor poderá comprar equipamentos para as avaliações clínicas ou materiais para as palestras, tais como retroprojetores, papéis, canetas, entre outros.

Quanto aos compromissos a serem atingidos, estão divididos em três classes, os Componentes I, II e III, que abrangem a (I) Avaliação clínica e psicossocial para um mínimo de 500 escolares/ano por equipe de SF; (II) a Promoção e Prevenção à Saúde para até 1.000 escolares/ano; e (III) a Educação permanente e capacitação de profissionais de educação e saúde e de jovens para o programa.

Após o cumprimento do primeiro Termo de Compromisso, novo pacto será efetivado, e, segundo Aparecida Gonçalves, consultora técnica da OPAS no PSE, até 2015 pretende-se que todos os municípios brasileiros participem do PSE. O preenchimento do Termo de Compromisso do Programa Saúde na Escola é feito por meio do Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle (Simec) – http://simec.mec.gov.br/ –, gerido pelo Ministério da Educação. ■

Esforço de todos por metas de qualidade

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) foi criado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) em 2007. Em uma escala de zero a dez, sintetiza dois conceitos importantes para a qualidade da educação: aprovação e média de desempenho dos estudantes em língua portuguesa e matemática. O indicador é calculado com base nos dados de aprovação obtidos no Censo Escolar, e médias de desempenho nas avaliações do Inep, Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb) e Prova Brasil.

O Ideb é mais do que um indicador estatístico, pois foi criado como condutor de política pública pela melhoria da qualidade da educação. Sua composição possibilita não só o diagnóstico atualizado da situação educacional nas esferas federal, estaduais e municipais, mas a projeção de metas individuais intermediárias rumo ao incremento da qualidade do ensino.

A série histórica de resultados do Ideb aproveita dados coletados em 2005, e é a partir de quando foram estabelecidas metas bienais de qualidade a serem atingidas por escolas, municípios, unidades da Federação e pelo País. A lógica é de que cada instância/esfera evolua de forma a contribuir, em conjunto, para que o Brasil atinja o patamar educacional da média dos países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Em termos numéricos, significa progredir da média nacional 3,8, registrada em 2005 na primeira fase do Ensino Fundamental, para um Ideb igual a 6,0 em 2022, ano do bicentenário da Independência.

A OCDE é uma entidade intergovernamental formada por 30 países ricos e com alto IDH, e tem por princípios a democracia representativa e economia de livre mercado.

Fonte:http://portalideb.inep.gov.br/

PMAQ = Acesso e Qualidade!

Atenção básica ajusta foco em sua missão

Por: Fernando Ladeira / Fotos: Radilson Carlos Gomes



A atenção básica (AB) à saúde encontra-se em um bom momento! Vinte e um anos após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do controle social, respectivamente pelas Leis nº 8.080 e 8.081, ela tem sido a responsável, sobretudo em função do aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), pelo acesso a ações e serviços de saúde que alcançam, atualmente, aproximadamente 70% da população brasileira. O "tudo a todos" – em termos sanitários – determinado pela Constituição Federal de 88 não está distante de ser alcançado, mas encontra alguns entraves que precisam ser superados em curto, médio e longo prazos. Para colaborar nisso, é que foi editada, em 19 de julho, a Portaria nº 1.654, do Ministério da Saúde (MS), que lança o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, o PMAQ.

O programa objetiva criar um ciclo contínuo de crescimento do acesso às ações e serviços de saúde pelos usuários, para alcançar um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente. O PMAQ vai envolver cada equipe, gestores municipais, estaduais e federais em compromissos interfederativos, além dos usuários, enquanto aliados na busca de uma saúde mais

resolutiva. Periodicamente, todas as equipes e gestões municipais serão objeto de acompanhamento do MS, avaliação externa feita por especialistas de universidades federais, assim como será pesquisada a satisfação do usuário, a fim de que se tenham os subsídios à qualificação do cuidado e o aperfeiçoamento da Política Nacional de Atenção Básica.

Decreto nº 7.508, PMAQ e atenção básica

O PMAQ está alinhado com as medidas que vêm sendo adotadas desde o início do ano, após pactuadas entre as três esferas de governo na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Assim, já foram aprovadas este ano diversas portarias ministeriais que trazem estratégias para a reorganização e qualificação da rede de atenção às urgências, que criam a Rede Cegonha e o Programa Academia da Saúde, além do reajuste dos Pisos de Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável.

Também medidas incentivadoras da educação permanente dos profissionais de saúde e provimento de médicos em áreas com maiores necessidades no País, bem como ações vinculadas ao Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, que, com construções, reformas e ampliações, vão dar nova cara e ambiência às Unidades Básicas de Saúde, para profissionais de saúde e usuários em todos os municípios.

Especial foi a edição do Decreto nº 7.508, em 28 de junho, pela Presidência da República, que regulamenta o Sistema Único de Saúde. O instrumento institui a região de saúde, organizada em agrupamentos de municípios limítrofes em um ou mais Estados, delimitados por identidades culturais, sociais e econômicas, que permitirão o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Também dispõe sobre as pactuações por meio das Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regional (CIR) e como se dará o acesso à saúde aos usuários por meio das redes de atenção.

Segundo o secretário-executivo da CIT, Luís Odorico de Andrade, "o decreto cria a rede interfederativa, que são os trilhos da via, para garantir os cuidados à saúde, institui as regiões de saúde, que são os trens, e estipula o conceito de portas de entrada para o sistema de saúde, em que a atenção básica é a primeira porta de acesso". Assim, continua Odorico, "a AB recebe o status de centro do sistema, e o PMAQ é coerente com o decreto, pois fornecerá meios para que ela se torne a ordenadora das redes".

*Ter função de **Acesso** é ser a porta de entrada principal da pessoa na rede de cuidado do SUS. Isso significa estar geograficamente próxima da população e acolher todos os usuários e suas necessidades de saúde com qualidade e resolutividade.*

Oportunidade

A falta de profissionais médicos em diversas equipes de UBS, o atendimento em horário não condizente às necessidades dos usuários, o não atendimento em casos de urgência/emergência, a falta de equipamentos ou de medicamentos ou de infraestrutura para o trabalho das equipes, a não melhoria de indicadores de saúde em algumas localidades, o descompromisso de gestores com as ações e serviços e respectivos resultados, entre tantos outros, são alguns dos fatores que

Quadro-síntese dos indicadores selecionados

Áreas estratégicas	Natureza do uso*		Total
	Desempenho	Monitoramento	
1. Saúde da mulher	6	1	7
2. Saúde da criança	6	3	9
3. Controle de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica	4	2	6
4. Saúde bucal	4	3	7
5. Produção geral	4	8	12
6. Tuberculose e hanseníase	0	2	2
7. Saúde mental	0	4	4
Total	**24**	**23**	**47**

Fonte: PMAQ – Manual Instrutivo
*Natureza do uso: instrumentos que auxiliam em diferentes tarefas. (http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/?pmaq=publicacoes)

levaram à criação do PMAQ.

O fato que favoreceu sua formatação e lançamento foi a oportunidade criada com o apoio da presidenta Dilma Rousseff para a consolidação do SUS por meio da atenção básica, da liderança política do ministro da Saúde, Alexandre Padilha, do conhecimento técnico e vínculos políticos do secretário de Atenção à Saúde, Helvécio Miranda Magalhães Júnior, e da experiência nas esferas municipal, estadual e federal do diretor do Departamento de Atenção Básica, Hêider Aurélio Pinto (ver entrevista na página 9). O quesito que estava em jogo, e foi cobrado pela presidenta da República, no entanto, era a credibilidade da AB devido à baixa resolutividade nos casos de demanda espontânea, além das más instalações das UBS em alguns municípios que visitou. Para obter maior apoio e recursos adicionais para a AB, a nova política deveria, portanto, estar fundamentada em melhor gestão, avaliação e obtenção de resultados.

Até chegar à edição da Portaria nº 1.654, houve um período de pactuação junto ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), ao Conselho de Secretários de Saúde (Conass, estaduais) e governo federal, que resultou na aprovação do texto pela Comissão Intergestores Tripartite. "Foi um avanço fantástico", considerou o presidente do Conasems, Antônio Carlos Nardi, que acompanhou o processo de negociações para o aumento dos PAB Fixo e Variável, com uso de novos critérios mais igualitários, além do ganho do novo componente de qualidade no PAB Variável, embutido no PMAQ.

Segundo Nardi, "em uma década, aproximadamente, poderemos avaliar com segurança os resultados do que estamos implementando, pois, se houver boa impactação nos indicadores de saúde do homem, da mulher e da criança, de saúde mental e bucal e também melhoria da resolutividade, estarão melhores os indicadores municipais e também os respectivos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH)".

Início de processo

A partir da segunda metade de agosto, foram disponibilizados no site do DAB (http://dab.saude.gov.br), para conhecimento de gestores e equipes de profissionais, o Manual Instrutivo do PMAQ e seu anexo, a Ficha de Qualificação dos Indicadores. Afinal, o início da adesão (virtual) ao programa havia sido marcado para o primeiro dia de setembro, com encerramento previsto para começo de novembro (31 de outubro, depois adiado para 4 de novembro) e homologações ocorrendo em outubro e dezembro. Novas adesões só serão permitidas em 2013.

Para o primeiro ano, definiu-se que poderiam participar do programa 17.664 equipes de atenção básica e 14.590 de saúde bucal. Esse teto foi definido com base nas informações de equipes de Saúde da Família disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), uma vez que não há informações precisas de equipes de atenção básica que se organizam em

Qualidade

S.f. – Propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas capaz de distingui-las das outras e de lhes determinar a natureza... (Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa – 3ª edição revisada)



outras modalidades de atenção básica. De acordo com o coordenador técnico geral do programa, Allan Nuno de Sousa, "pretendemos privilegiar muito mais os processos de trabalho e os resultados produzidos pelas equipes de atenção básica do que propriamente a modalidade sob a qual estão organizadas".

Cada município pode cadastrar o equivalente a 50% de suas equipes de Saúde da Família. Assim, se houver 20 equipes de SF e outras quatro de atenção básica, somente 10 das 24 serão registradas, podendo ou não ser as equipes de Saúde da Família. Se não houver Saúde da Família, o município pode cadastrar uma equipe de atenção básica e, se houver apenas uma equipe de SF, ela poderá ser registrada.

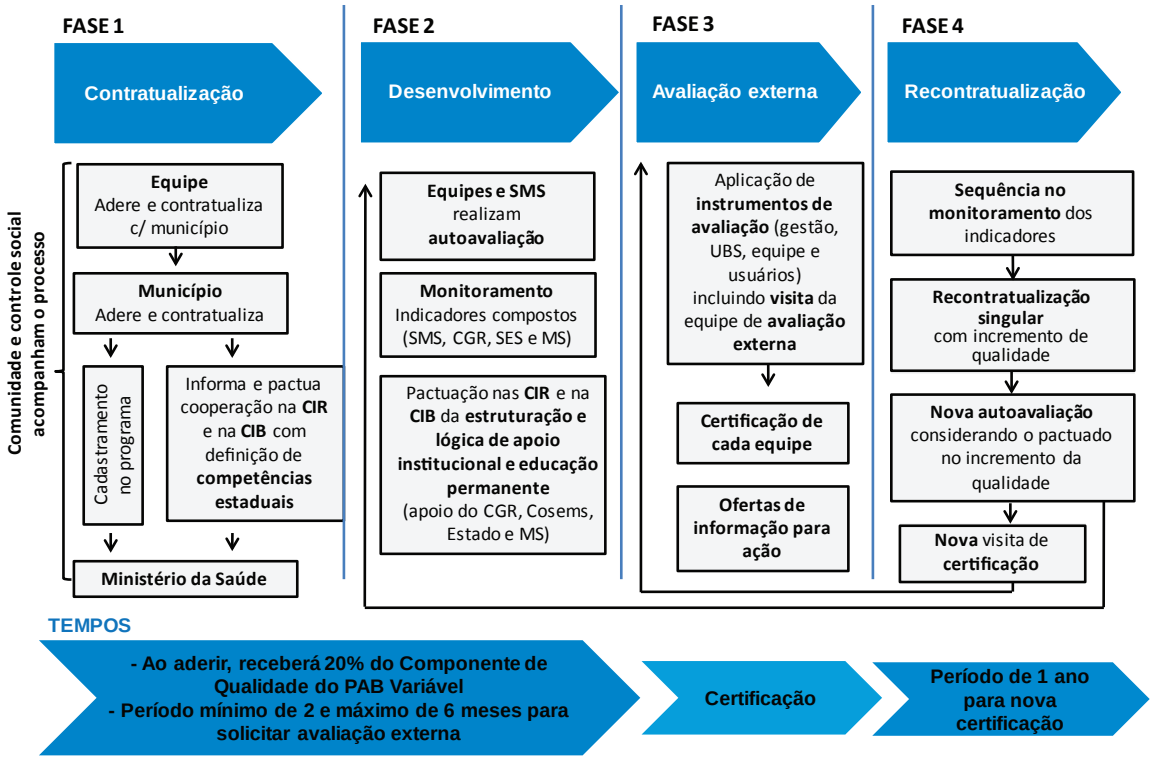
De qualquer forma, o gestor municipal poderá informar, de acordo com a prioridade, o total de equipes que desejam aderir ao PMAQ, independentemente do limite fixado, e determinar aquelas que deverão participar do programa imediatamente e as que ficarão em situação de espera e serão homologadas se a adesão nacional for menor que o limite estabelecido.

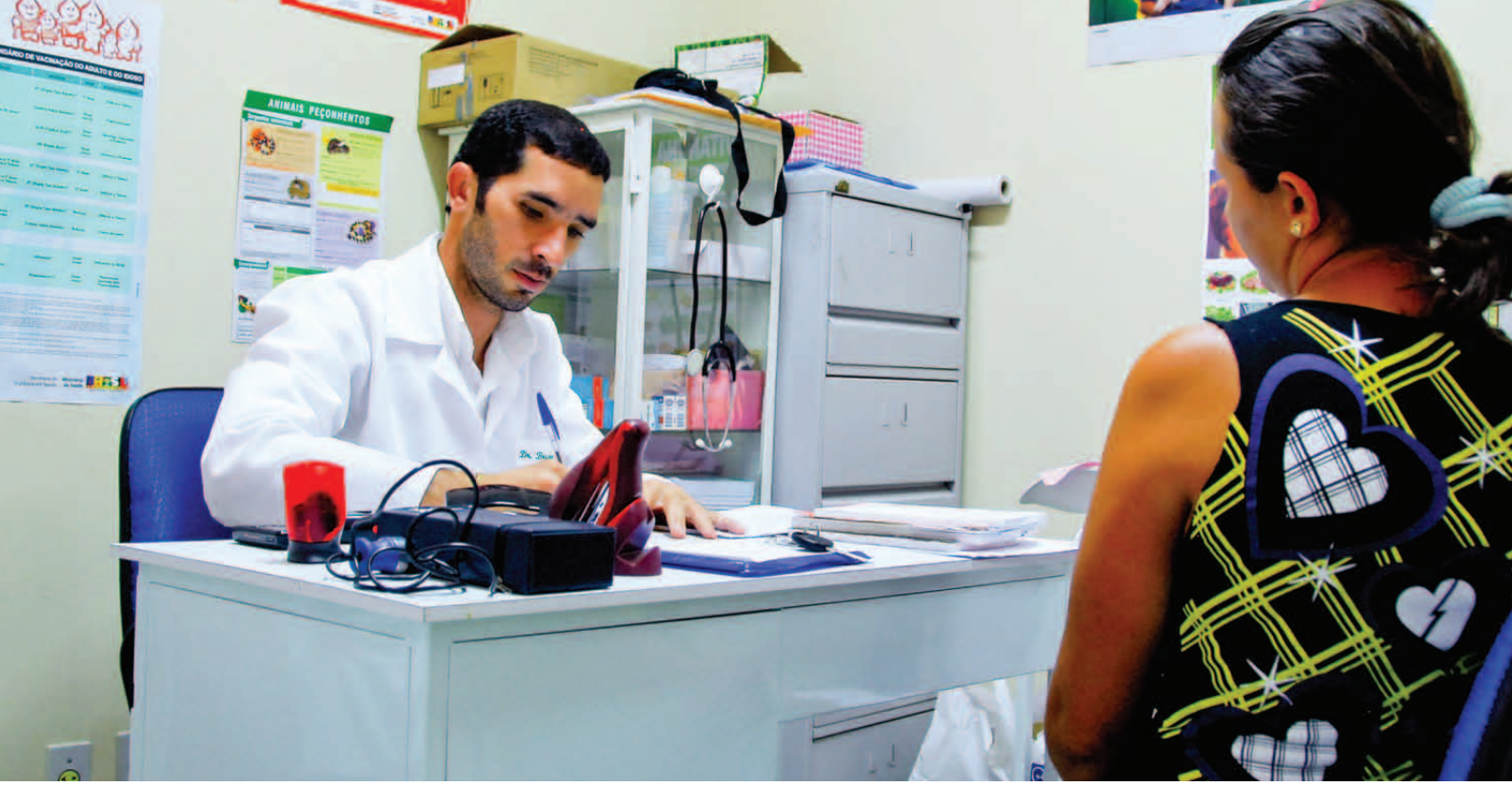
O programa é constituído por quatro fases: 1ª – Adesão e contratualização; 2ª – Desenvolvimento; 3ª – Avaliação externa; e 4ª – Recontratualização.

Na fase 1, o processo começa com a manifestação de interesse do gestor municipal, que deve acessar o endereço www.saude.gov.br/dab e nele entrar no Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGPDAB), fazendo a opção pelo PMAQ, e, então, registrar-se como usuário responsável pela gestão no município. Em seguida, visualizam-se os indicadores a serem contratualizados e liberam-se as equipes de atenção básica para fazerem, cada uma, a adesão e a contratualização. Feito isso, o gestor aponta os principais desafios para a qualificação da AB no município.

Com a liberação do gestor, cada equipe de atenção básica que deseja participar acessa o portal do DAB e nele o SGDAB e o PMAQ. No sistema, cada responsável por equipe seleciona Estado, município e equipe, efetiva o cadastro e visualiza os indicadores de saúde que vai contratualizar. Então, sob a ótica dos

PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE





profissionais de saúde, aponta os principais desafios para qualificarem os serviços que serão oferecidos. Na finalização desse processo, será gerado arquivo eletrônico com o Termo de Compromisso (TC), que será assinado e entregue ao gestor municipal.

Em relação às equipes de atenção básica organizadas em formato diferente das de Saúde da Família, os gestores terão que cadastrar seus profissionais no CNES antes de fazerem o cadastro no SGDAB, e terão que atender a diversos critérios de parametrização e equivalência de organização com a Estratégia Saúde da Família, entre os quais a alimentação regular do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

Feitos todos os cadastros das equipes interessadas, o gestor municipal disporá em ordem, no próprio sistema, as que devem ser homologadas de imediato e as que ficarão em estado de espera, fará o carregamento eletrônico dos TCs assinados e digitalizados (em PDF) e gerará o TC municipal.

O Termo de Compromisso será assinado, digitalizado e transportado no SGDAB, para análise e homologação pelo Ministério da Saúde. Antes do momento de avaliação externa, essas informações devem ser repassadas para o Conselho Municipal de Saúde e para a Comissão Intergestores Regional, com posterior homologação pela Comissão Intergestores Bipartite (Estados e municípios).

Assim que publicada a homologação pelo MS, o município passará a receber 20% (R$ 1.300) do valor integral (R$ 6.500) do Componente de Qualidade do PAB Variável por equipe participante. Ou R$ 1.700, de R$ 8.500, quando houver equipe de saúde bucal vinculada. A partir daí, também, entre dois e seis meses, deverá fazer a solicitação de avaliação para receber a primeira avaliação externa e posterior certificação de suas equipes.

Nova fase e passos

Já incluídas no PMAQ, as equipes dão início à Fase 2 – Desenvolvimento, organizada nas dimensões de autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. A autoavaliação deverá identificar e reconhecer o que há de positivo ou problemático, o nó crítico em seus trabalhos. Ela deverá favorecer iniciativas de mudança e aprimoramento, e permitir a inclusão de outros atores, os gestores municipais, regionais e estaduais no movimento de melhoria da qualidade das ações de saúde. Para tanto, o Ministério disponibiliza um instrumento, a Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), elaborada de forma ampla para todos da atenção básica poderem utilizar. O seu uso não é obrigatório, a gestão local tem a liberdade de escolher outros instrumentos de autoavaliação.

Por sua vez, o monitoramento dos indicadores de saúde, por instrumentos como o PCATool, pretende, principalmente, contribuir para a definição de prioridades e programação de ações para a melhora da qualidade da atenção básica. São 47 indicadores

relacionados às áreas de saúde da mulher (7), da criança (9), saúde bucal (7) e mental (4), controle de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica (6), produção geral (12), tuberculose e hanseníase (2). Todos esses indicadores, atualmente, podem ser monitorados pelo SIAB, mas, a partir de 2012, novos elementos já contratualizados serão inseridos com o uso de um novo sistema de informação que terá capacidade de interoperabilidade dos diferentes sistemas já utilizados por Estados e municípios.

Quanto ao apoio institucional, o Ministério da Saúde está se comprometendo em dar suporte às coordenações estaduais de atenção básica, aos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e, eventualmente, a municípios. Aos Estados e municípios, caberá definir como realizarão o apoio, prevendo número adequado de equipes por apoiador para ações, como discussão de agendas, suporte à implantação do acolhimento, facilitação de processos de planejamento, entre outros.

Classificação

A Fase 3, de avaliação externa, levará aos municípios equipes de avaliação contratadas junto a instituições de ensino e pesquisa. Allan de Sousa cita que a avaliação será feita com base nos indicadores contratualizados pelas equipes para a melhoria do acesso e da qualidade e também a partir da verificação de padrões de qualidade a serem observados no local de atuação das equipes participantes do programa. Vão compor a pontuação dessa terceira etapa a autoavaliação (10%), o acompanhamento de desempenho dos indicadores contratualizados (20%) e a verificação de evidências para o conjunto de padrões de qualidade (70%).

Se obtiver resultado insatisfatório (ver tabela), a equipe perde os 20% do Componente de Qualidade e assume um termo de ajustamento. Se for regular, mantém os 20% do componente. Se for bom, é ampliado de 20% para 60%, e, se for ótimo, atinge os 100%, sobre os valores de R$ 6.500 ou R$ 8.500, quando com equipe de saúde bucal.

Para evitar que a avaliação e classificação se efetivem entre equipes e municípios em diferentes condições socioeconômicas, e em prejuízo daquelas e daqueles menos favorecidos, decidiu-se dividir os municípios brasileiros por estratos. Allan, o coordenador técnico geral, lembra que foi

Aperfeiçoamento contínuo

O Programa é desenvolvido, inicialmente, em quatro fases, que compõem um ciclo. A partir da primeira contratualização passam a valer as fases de desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização de metas, padrões e indicadores de acesso e qualidade. A absorção e manutenção, de domínio dos novos padrões de acesso e qualidade é que permitirá o desenvolvimento do ciclo virtuoso.

Fase 1 - Adesão e Contratualização

Todas as equipes atenção básica podem aderir, se estiverem em conformidade com os princípios da atenção básica.

Fase 2 - Desenvolvimento

É considerada a mais importante do programa. Será implementada por meio de autoavaliação, de monitoramento, de educação permanente e apoio institucional. A partir dela é que as equipes e gestores poderão planejar e desenvolver as mudanças necessárias para obter maior qualidade do cuidado.

Fase 3 - Avaliação externa

Composta por uma certificação de desempenho das equipes de saúde e da gestão da atenção básica, realizada por instituições de ensino ou pesquisa, e avaliação não vinculada à certificação mas que contempla uma avaliação da rede local de saúde, a satisfação do usuário e análise do acesso e utilização dos serviços da atenção básica.



Fase 4 - Recontratualização

Fase em que os indicadores continuarão a ser monitorados, com a possibilidade, ou não, de proposição de novos objetivos e metas a fim de ampliar e melhorar o acesso e a qualidade do cuidado. O período para novas certificações é de um ano.

Princípios e diretrizes da AB

- Universalidade
- Acessibilidade
- Coordenação do cuidado
- Cuidado longitudinal com vínculo e continuidade
- Integralidade
- Equidade
- Participação social
- Territorialização e responsabilização sanitária
- Adscrição dos usuários
- Acolhimento e porta de entrada preferencial das redes de atenção à saúde
- Ordenação da rede de atenção à saúde
- Trabalho em equipe multiprofissional

sugestão do Conasems o comparativo ser baseado em fatores que aproximam os municípios considerando características demográficas e socioeconômicas. Foram definidos, então, o PIB per capita, o percentual da população com plano de saúde, com Bolsa-Família, em extrema pobreza e a densidade demográfica.

O resultado foi a separação dos municípios em seis estratos populacionais, com 10 mil, 20 mil, 50 mil, 100 mil, 500 mil e acima de 500 mil habitantes, agrupados em conformidade com os fatores socioeconômicos comuns, de forma que a classificação e a comparação sejam feitas com equipes e municípios do mesmo estrato e permitam também a avaliação de evolução do trabalho da própria equipe e município.

Recontratualização

Com base na avaliação feita e certificação das equipes de atenção básica, tem início a Fase 4, de recontratualização. Todas as equipes, após reflexão, poderão renovar os objetivos e indicadores propostos anteriormente e passarão a buscar novos padrões de melhoria do acesso e da qualidade.

Quanto à possibilidade de que a certificação e distribuição de recursos ampliados para os bons resultados promovam competitividade entre as equipes, Allan Nuno de Sousa reconhece a situação, mas não a considera negativa. “Pode até ser tratada como saudável, positiva, porque, historicamente, muitas equipes se esforçam para oferecer serviços de qualidade às populações que atendem e, portanto, merecem ter o seu esforço reconhecido”, afirma o coordenador. Ele ressalta que o Ministério, ao mesmo tempo, pretende oferecer uma série de possibilidades que promovam a solidariedade e parceria entre equipes e municípios, com trocas de experiências exitosas em comunidades de práticas e/ou outras estratégias.

De acordo com o presidente do Conasems, Antônio Carlos Nardi, as melhorias alcançadas por mérito das equipes são uma reivindicação antiga do Conselho que toma forma com o lançamento do PMAQ. “Um excelente passo”, enfatiza. ■



“Seremos respeitados quando tivermos orgulho do SUS que construimos”

Por: Fernando Ladeira / Foto: Carol Rocha- Conasems



“Tivemos um evento de ampla magnitude, com 4.700 participantes, sedentos por informações e por enriquecer a discussão para a melhoria da qualidade de gestão, de assistência e de acesso.” A afirmação é do presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Antônio Carlos Nardi, reeleito durante o XXVII Congresso Nacional do Conasems, realizado entre 9 e 12 de julho no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, em Brasília, e que teve por tema “Saúde no centro da agenda de desenvolvimento do Brasil: ampliação e qualificação do acesso do cidadão ao SUS”.

Paralelamente, aconteceu o VIII Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não-violência. Ao todo, mais de 136 atividades foram oferecidas entre mesas-redondas, oficinas, cursos, painéis, Cafés com Ideias, lançamento de publicações, além de estandes de órgãos oficiais, organismos internacionais e entidades privadas que ocuparam

o espaço para atender e orientar os participantes.

Na abertura do XXVII Congresso, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, após assinar portarias de aumento do Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo de R$ 18 para R$ 23, e de reajustes de valores da Estratégia Saúde da Família (ESF) pela inflação 2010, fez um balanço das ações e serviços do Ministério, pactuadas com Estados e municípios e execução com sucesso por estes últimos.

Padilha lembrou que o Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes a instituir um sistema universal de saúde, e gratuito, e afirmou ao presentes que "só seremos respeitados quando tivermos orgulho do SUS que construímos".

O XXVII Congresso Nacional foi aberto pelo presidente do Conasems, depois do qual se seguiram rápidos discursos do representante da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Diego Victoria, da presidente do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Beatriz Dobashi, do representante da Frente Parlamentar de Saúde, deputado federal Amauri Teixeira; e do secretário de Saúde do DF, Rafael Aguiar.

Um dia antes, 8, o Ministério promoveu o pré-congresso, 17 mesas-redondas, seminários e oficinas com palestrantes das Secretarias de Atenção à Saúde; de Vigilância em Saúde; de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, e do Datasus. No último dia, a plenária aprovou a Carta de Brasília 2011 (ver Box), com propostas que, disse Antônio Nardi, "são os eixos principais norteadores do imediato, pois Carta não apresenta teses".

Uma agenda em defesa da saúde pública

Ao final do XXVII Conasems a plenária do Congresso aprovou a Carta de Brasília 2011. Propõe-se a construção de uma agenda política para dialogar com a sociedade em prol da defesa de uma saúde pública universal, integral e imparcial, em vinte itens e cinco subitens. Abaixo, algumas proposições:

• Lutar pela aprovação imediata da regulamentação da Emenda Constitucional (EC) 29, mobilizando a população e os parlamentares para a votação no Congresso Nacional;

• Fortalecer o processo de consolidação do SUS, institucionalizado pelo decreto 7508, que instrumentaliza o Pacto Pela Saúde na consolidação das relações federativas, financiamento tripartite e solidário na execução das políticas de saúde;

• Pactuar estratégias para o fortalecimento da atenção básica no curto, médio e longo prazo, capazes de superar o subfinanciamento, a dificuldade de fixação de médicos e a fragmentação das ações e serviços de saúde e que contribuam para o reconhecimento e a valorização da Unidade Básica de Saúde (UBS) como porta de entrada preferencial e espaço de produção de saúde e qualidade de vida;

Leia a Carta de Brasília 2011 completa e o Anexo no endereço:
http://congresso.conasems.org.br/

Atenção básica: eixo orientador

Na parceria do Ministério da Saúde com o Conasems para o XXVII Congresso Nacional destacaram-se a atuação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e do Departamento de Atenção Básica (DAB), pela participação em mesas, cursos, oficinas, no Café com Ideias e apresentação de painéis. O secretário Helvécio Miranda Magalhães Jr. Montou o gabinete no Centro de Convenções, onde, além da participar da mesa de discussão das Redes de Atenção e da oficina sobre o papel dos municípios na política de saúde indígena,

atendeu a inúmeros representantes municipais nas mais de três dezenas de audiências.

"Talvez tenha sido a única oportunidade de alguns gestores, que em um ano terminam mandatos e gestões, de ter contato com alguém do Ministério da Saúde para expor suas realidades, de pequenos municípios, e resolverem os problemas", enfatizou o presidente do Conasems.

Para Helvécio Miranda, foi "importante a equipe da SAS ter dialogado intensamente nesses dias, pois há uma angústia por mudanças em todos os municípios, reforçando que o Ministério está no caminho certo em ousar e propor aperfeiçoamentos, e sentir que os gestores municipais querem se qualificar". O secretário considerou que houve um reforço político de que a atenção básica deve ter o papel de centro coordenador das redes de saúde, com base no eixo da Estratégia Saúde da Família. Enfatizou que os municípios precisam apoio financeiro, tecnológico, de educação permanente e meios para a fixação dos profissionais de saúde nas localidades.

Os mesmos anseios foram sentidos pelo diretor do DAB, Hêider Aurélio Pinto, presente no Congresso para expor e dialogar em mesas, painel, Café com Idéias e curso, com dezenas de participantes, o tema da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com foco na Política de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Em certo momento do evento, o diretor comentou em seu twitter: "O debate está pegando fogo! Maravilha! Muitas idéias interessantes. E o calor é indicador da paixão que estes secretários colocam no que fazem!". Hêider cedeu coordenadores e especialistas do DAB para apresentarem e discutirem temas como redes de atenção à saúde, saúde bucal, hipertensão e diabetes, práticas integrativas e complementares, saúde do escolar, telessaúde e saúde na Amazônia.

A SAS ainda atendeu gestores por equipes da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência (do Departamento de Atenção Especializada), e do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. ■

Opiniões

"...Vamos adequar o que for melhor para os usuários do SUS, mas temos dificuldades com a responsabilização das esferas federal, estadual e municipais no financiamento e na fixação dos profissionais de saúde..." - Leonilda Barros, secretária de Saúde de Porto Nacional/Tocantins

"...Estão surgindo as portarias que trazem reorientação para a Saúde da Família. Antes você tinha um projeto que dizia: ´É único para o Brasil inteiro!´, e agora (Decreto 7508) fala-se em flexibilizar; eu diria que adequar à realidade desse Brasil continental..."
– Gilson Carvalho, consultor Conasems

"...Em relação às mudanças para a Atenção Básica, concordo com todas, porém, alguns pontos que dizem respeito à região amazônica nos preocupam muito, principalmente da fixação de médicos..." – Ed Wilson, assessor técnico COSEMS/Pará

"... É preciso resolver a lógica de financiamento da saúde e deixar clara a proposta de avaliação por indicadores, se são de gestão ou da própria Atenção Básica..."
– Amélia Araújo, diretora de Planejamento Secretaria Municipal de Saúde de Paulista/PE

"... A idéia é o fortalecimento do SUS e o direcionamento ... mostra unidade entre o que a União, os Estados e os municípios querem fazer..."
– Renato Schneider, secretário-executivo Fundo Municipal Saúde, Belford Roxo/RJ

Somando esforços por melhores resultados

Por: Tiago Souza e Fernando Ladeira/ Foto: Tiago Souza



A Política Nacional de Atenção Básica (AB), a renovação da Estratégia Saúde da Família, o Telessaúde, a qualificação de ações e serviços, o financiamento, os links com a rede de urgência e emergência, foram alguns dos temas que estiveram no centro da discussão na reunião da Câmara Técnica de Atenção Básica promovida, entre 9 e 10 de junho, em Brasília/DF, pelo Departamento de Atenção Básica (DAB).

Quase 200 gestores tomaram conhecimento da proposta de aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica, apresentada pelo diretor do DAB, Hêider Aurélio Pinto, e colaboraram na discussão do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da AB (PMAQ). Ao final do evento, 60 propostas resultantes do debate foram apresentadas pelos participantes para os temas dispostos pelo DAB.

Na abertura do encontro, Hêider Pinto lembrou que nunca antes a atenção básica esteve tão presente na agenda da Presidência da República, e que a presidenta Dilma Rousseff quer consolidar a AB no Brasil. Na presença de secretários estaduais e municipais de saúde, além de coordenadores da atenção básica locais, o diretor enfatizou a importância das discussões e contribuições das esferas federativas para a série de mudanças e renovações que vêm sendo sugeridas e implementadas desde o início da gestão.

Apresentou também o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), um pleito do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) que recebeu apoio do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O programa foi anunciado pela presidenta Dilma logo após sua aprovação.

Tendo em vista o PMAQ em gestação e a nova Política Nacional de Atenção Básica em discussão, o diretor do DAB mencionou as conversações mantidas com o Conass, Conasems e governos estaduais e municipais que, em muito, têm contribuído. Ressaltou que os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde devem estar atentos, buscando informações em seus órgãos representativos para que se mantenham atualizados.

Alguns temas, entretanto, conforme o diretor do DAB, ficaram pendentes de receber contribuições para se fazer um diagnóstico de situação atual, e propor estratégias para superação. Por isso, na parte da tarde, após a apresentação das novas estratégias do Departamento de Atenção Básica, todos os participantes da Câmara Técnica foram divididos em grupos de trabalho para cada temática a ser debatida: Academia de Saúde; financiamento tripartite da AB; papel tripartite no Programa de Requalificação das UBS; populações residentes em áreas rurais e Amazônia Legal; Programas Saúde em Todo Lugar e Saúde na Escola; e Telessaúde.

Além da discussão realizada nos diferentes grupos de trabalho, também foram apresentadas aos participantes a Rede Cegonha, pela diretora de Articulação de Redes de Atenção à Saúde, Lêda Lúcia de Vasconcelos, e a Rede de Urgência e Emergência, pela diretora de Atenção Especializada, Alzira Jorge. ■

O sorriso do Nordeste

Por: Déborah Proença/ Fotos: Radilson Carlos Gomes



Com aproximadamente 730 mil habitantes, João Pessoa é referência em saúde bucal. Nos últimos cinco anos, 67,88% da população da capital paraibana já utilizou o serviço público odontológico, 87,76% das quais o avalia como bom ou ótimo. No mesmo período, entre crianças em idade escolar, 94% já tiveram, ao menos, uma intervenção odontológica – e 66,43% delas já frequentaram o consultório do dentista no último ano. Um dos resultados obtidos é uma queda de 44% nas extrações dentárias.

"Com a implantação do Brasil Sorridente, João Pessoa tem realizado ações que contribuem de inúmeras formas para a melhoria no acesso e qualidade do atendimento odontológico dos paraibanos, mostrando que é possível oferecer assistência odontológica integral e de qualidade dentro do Sistema Único de Saúde. A continuação dessa política é de vital importância para que a saúde bucal dos paraibanos continue melhorando", afirma Gilberto Pucca, coordenador-geral de Saúde Bucal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Última do ranking

No entanto, não foi sempre assim. Em 2005, João Pessoa era a última no ranking de

capitais nordestinas em procedimentos odontológicos especializados por pessoa, e a média da população atendida em procedimentos básicos individuais era de 54%. Mesmo com 120 novas equipes de Saúde Bucal (eSB) implantadas um ano antes.

As causas eram diversas. Consultórios funcionando nos corredores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e em almoxarifados, outros em Unidades Básicas de Saúde (UBS) sem qualquer instalação apropriada ao atendimento odontológico. Os que possuíam alguma estrutura instalada careciam de instrumental clínico (espelho, pinça, cureta etc.) ou não dispunham dos insumos mínimos necessários (gaze, material restaurador, algodão, luvas, máscaras etc.), além de haver problemas com instalações elétricas e/ou hidráulicas. Em termos de atendimento, 12 equipes se revezavam no atendimento em UBS próximas umas das outras e 106 equipes aguardavam, paradas, por ajustes nos equipamentos, pela adequação na infraestrutura física ou pela chegada de recursos materiais.

Com a decisão política de efetivar a implantação do Brasil Sorridente na capital, deu-se uma injeção poderosa no orçamento da Secretaria de mais de 2 milhões de reais, e promoveram-se reformas na infraestrutura, a reestruturação e ampliação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), a compra de insumos e instrumentais, e a contratação de equipe de manutenção de equipamentos da rede.

Em 2010, mais de 6.200 exames bucais foram realizados e os indicadores de primeira consulta e escovação supervisionada subiram 10% e 30%, respectivamente. Os procedimentos odontológicos básicos individuais – aqueles realizados pelas equipes das UBS – aumentaram mais de 60%.

"Nós temos conseguido bons resultados. No maior CEO que temos, o Centro, em um ano a gente conseguiu 100% de aumento na produção somente com ajustes obtidos por meio de capacitação. No início de 2010, a média era de quatro mil e, em 2011, pulou para oito mil. Isso mostra que com alguns ajustes a gente consegue ampliar a oferta do serviço", afirma Mirla Ribeiro, coordenadora de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de João Pessoa.

"...João Pessoa tem realizado ações que contribuem de inúmeras formas para a melhoria no acesso e qualidade do atendimento odontológico dos paraibanos, mostrando que é possível oferecer assistência odontol..."

Atendimento especializado

Com três Centros de Especialidades Odontológicas oferecendo atendimento especializado (dois CEOs tipo I e um tipo III), a oferta desses serviços em João Pessoa foi ampliada, em 2006, com a reforma do CEO – Centro, que se destaca dos demais CEOs da cidade. O motivo está na quantidade de consultórios instalados, de equipes de profissionais e no número de especialidades e atendimentos oferecidos à população usuária. O empenho permitiu que João Pessoa passasse a primeiro lugar, desde 2008, entre as capitais nordestinas em ações especializadas de saúde bucal, segundo o setor de Regulação da SMS de João Pessoa. "Procuramos sempre nos superar", afirma a coordenadora de Saúde Bucal.

São nove especialidades odontológicas ofertadas no CEO – Centro, realizadas em 18 consultórios odontológicos: diagnóstico bucal (ênfase em câncer de boca), periodontia, odontopediatria, endodontia (tratamento de canal), cirurgia bucal, prótese dentária total e parcial temporária, radiologia bucal, dentística (restauração dental) e atendimento a usuários com necessidades especiais. Além disso, o município dispõe de um serviço de urgência odontológica funcionando no CEO – Centro 24 horas por dia, todos os dias da semana.



Mirla conta que, atualmente, em virtude das condições de engenharia nas quais o prédio se encontra, o CEO – Centro precisou passar por nova reforma, desta vez estrutural. Entretanto, o serviço continua funcionando normalmente no andar térreo (o prédio, de 53 anos, tem dois andares) e os profissionais que trabalhavam no primeiro andar foram realocados para outros espaços de atendimento. "Não deixamos de atender. Todas as nove especialidades ofertadas continuam funcionando". Todavia, o CEO – Centro será reinaugurado apenas com oito consultórios, o que, na opinião da coordenadora, não influenciará na oferta de serviços. "Estamos oferecendo mais turnos. Diminuíram as salas, porém o serviço será ampliado na oferta. Teremos, inclusive, espaço especialmente destinado à saúde do trabalhador no período noturno, não só com atenção básica, mas também com atenção especializada".

E não é apenas em quantidade de atendimentos que João Pessoa se destaca. A cidade reativou, em 2005, o serviço de bucomaxilofacial do Hospital Geral Santa Isabel (HGSI) – com funcionamento ininterrupto – e transformou-se em importante referência para as intervenções de lesões benignas da boca e da face – mais de 20 cirurgias de tumores não cancerígenos realizadas em 2010. O serviço conta com nove cirurgiões bucomaxilofaciais trabalhando em plantões.

Prótese dentária

No Brasil, em média, 34,11% das pessoas entre 35 e 74 anos precisam ou fazem uso de prótese dentária superior e outras 63,5%, de inferior (total ou não), segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. O Nordeste aparece com números ainda maiores: 45,06% e 71,33%, respectivamente. Para mudar e melhorar esse quadro, João Pessoa implantou, em 2007, um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), no CEO – Centro, que produz próteses dentárias.

Desde a implantação até 2010, mais de 5.253 próteses foram entregues pelo CEO – Centro, que conta em seu quadro com quatro técnicos em prótese (protéticos) e três dentistas especializados em prótese (protesistas). Atualmente o governo federal realiza um repasse mensal de mais de 23 mil reais mensais para custeio de próteses dentárias no município de João Pessoa, que deve apresentar uma produção estimada de 239 próteses mensais.

Para ganhar uma nova prótese, os usuários de João Pessoa devem ser encaminhados pelo cirurgião-dentista de uma Unidade Básica de Saúde para atendimento no CEO. Alguns usuários são atendidos no próprio CEO – Centro, onde se encontra o LRPD. Outra parte é encaminhada ao Centro Odontológico Cruz das Armas (Coca), mantido pelo Estado.

Avanços e passos

Em 2010 e 2011, diversas ações representam os avanços na saúde bucal de João Pessoa, tanto para os profissionais da área quanto para os usuários. Entre elas estão a atualização dos profissionais em cursos de farmacologia aplicada à odontologia, biossegurança para ASBs e humanização na atenção especializada/CEO; a qualificação em

câncer bucal; e a capacitação em doenças sistêmicas de interesse na saúde bucal.

Implantou-se, também, o programa de diagnóstico precoce do câncer de boca, deu-se início ao atendimento odontológico especializado em domicílio a pacientes acamados e com necessidades especiais, bem como ao atendimento odontológico-hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). No atendimento hospitalar, dependendo da gravidade do caso (se necessário cirurgia, por exemplo), os cirurgiões-dentistas especializados são acompanhados por médico anestesista em procedimentos odontológicos no Hospital Santa Isabel. Formou-se, ainda, parceria com o Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal da Paraíba, um colegiado para a saúde bucal do município.

"...Para ganhar uma nova prótese, os usuários de João Pessoa devem ser encaminhados pelo cirurgião-dentista de uma Unidade Básica de Saúde para atendimento no CEO. Alguns usuários são atendidos no próqualificada..."

Este ano, o Ministério da Saúde formalizou dois convênios que possibilitarão que as ações em saúde bucal no Estado da Paraíba continuem crescendo. O primeiro é com a Fundação da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que pretende capacitar 100 profissionais em gestão de sistemas e serviços de saúde bucal no Estado. O segundo, firmado com a Secretaria Estadual de Saúde, visa a implantar e ampliar o sistema de fluoretação nas águas de abastecimento de algumas cidades paraibanas que possibilitará acesso à água fluoretada para aproximadamente 60% da população da Paraíba.

Ainda em 2011, toda a Rede de Saúde Bucal está sendo ampliada e informatizada, com troca de equipamentos e implantação de prontuário eletrônico.

Além disso, com 37.389 atendimentos especializados realizados de janeiro a maio, a Secretaria Municipal de Saúde prevê a inauguração de mais um Centro de Especialidade Odontológica (tipo III), com sete consultórios. "A obra já está em fase de acabamento. A previsão é de que o novo CEO seja inaugurado em outubro", relata Mirla. ■



Sobre-humano*

(reflexão sobre uma trajetória de estágio na Saúde da Família)

Fernando Pacheco Cooper / Ilustrações: Roosevelt Ribeiro*

"Sou uma pessoa.
Esta é minha canoa:
eu nela embarco.
Eu sou pessoa!

A palavra 'pessoa'
hoje não soa bem –
pouco me importa!"

Belchior



Hoje me permito uma espécie de ironia saudável ao processo que me marcou. São 11 horas da manhã, tenho o corpo ainda mole do sono recém-acordado. Transito de meias sob o telhado que abriga o barulho da chuva de um dia frio, aquecido apenas pelo chiado da panela de pressão que exala, pela casa, o cheiro do cozimento do feijão. Há certa ansiedade nas células que constituem o meu corpo. Provavelmente, elas já saibam o que você, leitor, ainda não faz ideia. Talvez seja a exposição, por meio de palavras impressas nesta folha, de algo que sempre esteve presente, mas muitas vezes teve que dar o lugar.

Suely Rolnik, na palestra "Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico", realizada no concurso para o cargo de professor titular da PUC/SP, no ano 1993, traz para a discussão o conceito de "marcas". Segundo ela, as marcas dizem respeito àquilo que nos violenta, nos desassossega, faz sangrar, que faz o corpo movimentar-se em direções paradoxais, faz a razão ficar pequena, pois o que há de mais fundamental e constituinte é o que vem antes dela, é o indizível, e não a inter, a entre ou a transdisciplinaridade. A marca estaria mais próxima da indisciplinaridade. É o que faz as células se arrepiarem.

Ao citar Deleuze, Rolnik fala da frase do escritor francês Proust que o filósofo adorava lembrar, "a inteligência só é boa quando vem depois". A inteligência estaria a serviço das marcas, que seriam o alicerce do conhecimento. Para Rolnik, é necessário que tenhamos a capacidade de deixarmo-nos estranhar pelas marcas e, segundo ela, para isso não há um método, mas um longo e sutil aprendizado que acaba na morte.

É exatamente disso que trata o título deste

memorial: marcas, pois sem elas o que restaria? O que de fato se constituiria? O que poderia ser produzido sem o desassossego? Sem a indisciplina? Ressalto o conceito de indisciplinaridade, modestamente elaborado a partir da experiência da marca da realidade, que habitualmente me faz desassossegar e estranhar, pois sem ela restaria apenas o instituído. Como diz Baremblitt, é preciso uma dose de indisciplina para o instituinte.

Na caracterização de atividade acadêmica do estágio profissional em Psicologia, chama a atenção a carga horária, cuja distribuição é a seguinte: 960 horas/estágio e 180 horas/orientação. Penso que isso vem depois, como me lembra Deleuze/Proust, pois prefiro transitar por outros caminhos.

Eu vi medo, vi dor, eu vi risos, gargalhadas, angústias, trapalhadas, pessoas em prosa, em verbo, em arrependimento, eu vi o choro de colegas pelos corredores da faculdade, vi o desespero de pacientes. Eu descobri pessoas, eu duvidei, eu acreditei, depois voltei atrás, depois segui em frente. Eu pisei com os dois pés, antes de andar corri e depois quis cair, daí eu voltei, novamente.

Antes de chorar, quis mudar, mas resolvi experimentar o desespero. Meus colegas dividiram comigo, multiplicaram, em alguns momentos diminuíram, em outros somaram, e o corpo foi se abrindo, as fronteiras sendo transpostas, as supervisoras aliadas. Nas supervisões, as trincheiras ficavam evidentes. Havia soldados como eu, que deixaram suas famílias em casa e hoje sangravam por um ideal.

Houve tensões, traumatismos, o DNA muitas vezes estremeceu diante da dor sentida na contratransferência, na interrogação, no problema sem solução que constantemente sinalizava a falta, a imperfeição, a necessidade. Senti-me burro e inteligente diante dele, daí fui atrás de Freud, Winnicott, Deleuze, Raul Seixas, Guattari, Belchior, Van Gogh, Caetano e Calligaris, e acabei no colo da namorada, no olhar da mãe.

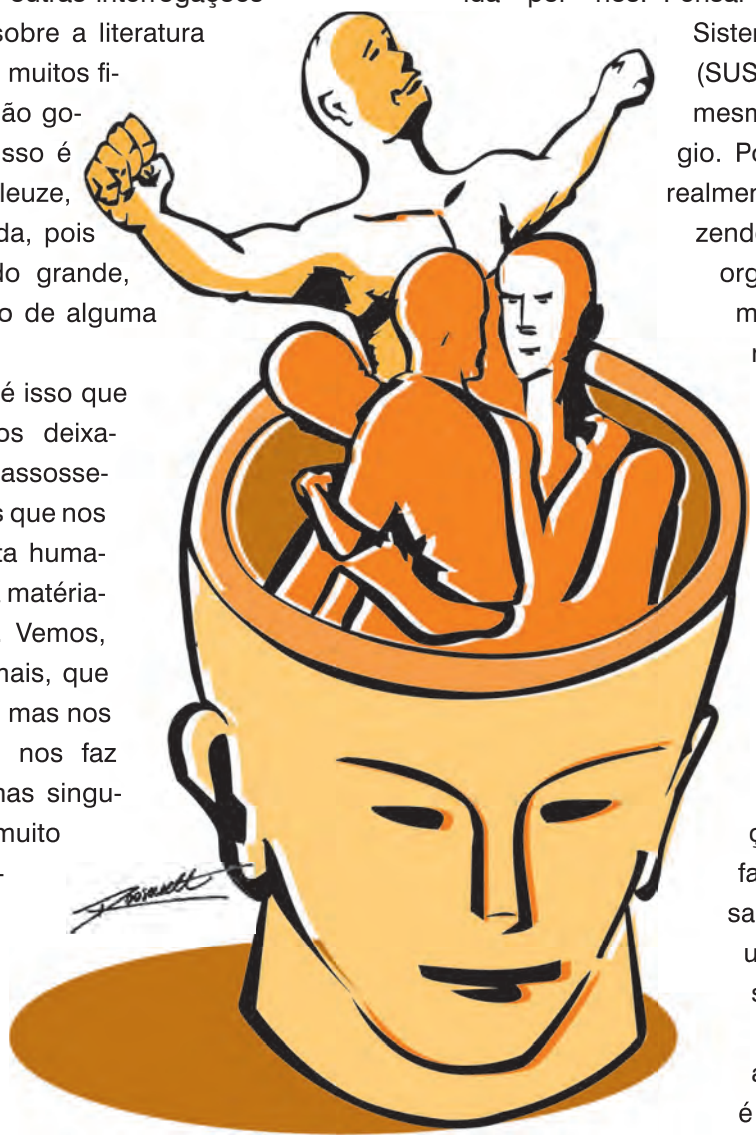
Aprendi com Cazuza, com o primeiro paciente, a impaciência. Cantei é "preciso amar as pessoas como se não houvesse amanhã" esperando desocupar uma sala para poder atender uma paciente de dez anos, que muitas vezes lembrou uma irmã que nunca tive, uma filha que ainda não tive. Fui, com chuva, sol, suado, com frio, medo, esperto, com o plano na ponta da língua, desarmado pelo acaso, pelo inusitado. Deu certo, deu errado, aprendi, deparei-me com a burrice, com a inteligência, não me chocou a ignorância, mas o afeto que transitava pela falta de sala para atender, às vezes a falta de cadeira para sentar, pelos ambientes minúsculos onde se amontoavam inúmeras pessoas atrás de solução para suas dores, seus problemas, suas faltas.

"...Segundo ela, as marcas dizem respeito àquilo que nos violenta, nos desassossega, faz sangrar, que faz o corpo movimentar-se em direções paradoxais, faz a razão ficar pequena, pois o que há de mais fundamental e constituinte é o que vem antes dela, é o indizível, e não a inter, a entre ou a transdisciplinaridade..."

Duvidei da Psicologia, da supervisão, das supervisoras, dos colegas e de mim. Fiz corpo mole até que os sentidos se abriram para perceber que era na dúvida e na falta de fé que ficava claro que a certeza era inútil. Então, ensaiei novos dribles, percebi que havia algo pulsando além do bem e do mal: eram as marcas que pediam espaço, que queriam transitar. Aí sim tudo começou a fazer sentido, supervisões, colegas, supervisoras, teorias, eu e tudo o que me afetava. Daí veio a força, a coragem, o sentimento de pertencer àqueles espaços e àquelas pessoas. Veio a identificação.

Deleuze, em uma entrevista concedida a Parnet,

para o canal televisivo Arte, e destinada a tornar-se conhecida apenas após sua morte, analisa diferentes temas. Essa entrevista é conhecida como o "Abecedário de Deleuze". Entre os temas interessantes que o filósofo francês analisa está a literatura. Ressalta que uma das semelhanças entre a filosofia e a literatura é que as duas testemunham em favor da vida, e entre outras interrogações e problematizações sobre a literatura chama a atenção que muitos filósofos e escritores não gozam de boa saúde. Isso é devido, segundo Deleuze, a uma torrente de vida, pois viram algo demasiado grande, são visionários, e isso de alguma forma os arrasou.



De alguma forma, é isso que acontece quando nos deixamos estranhar e desassossegar pelas experiências que nos afetam diante de tanta humanidade que constitui a matéria-prima da Psicologia. Vemos, sim, algo grande demais, que pode não nos arrasar, mas nos produz marcas, que nos faz mover, mobilizar formas singulares de intervir e, muito mais do que isso, formas singulares de prosseguir e de resistir.

Penso que aprendi com as marcas. Elas me autorizaram a questionar o que é clínica contemporânea, qual a diferença entre psicoterapia e conversa de parada de ônibus. Será que ela existe? Hoje sei que dentro da palavra psicoterapia existe a palavra cuidado, que pode ser exercido de várias formas, em diferentes lugares. Hoje tenho certeza de que o setting terapêutico é o próprio terapeuta, de que a clínica pode acontecer em qualquer lugar, no banco da praça ou caminhando pela comunidade com um paciente. Os modelos teóricos, tão necessários, que antes sufocavam, agora são potencializadores de uma nova clínica, de uma nova experiência, de um novo tipo de aprendizagem.

Eu vivi a clínica ampliada, percebi que a tão falada "rede" não é nada metafísica. Ela é constituída por nós. Pensar a saúde coletiva e o Sistema Único de Saúde (SUS) foi desafiante e, ao mesmo tempo, um privilégio. Posso dizer, hoje, que realmente sei o que estou fazendo, e isso é um grande orgulho para mim, que muitas vezes fui usuário do SUS.

Desse memorial de marcas a respeito do estágio em Saúde da Família levo a certeza de que o conhecimento se realiza dessa forma, tendo identificação com o que se está fazendo, com a problematização do que se está fazendo, com responsabilidade ética e com uma equação difícil de ser revolvida: marca = ?. Para responder a essa interrogação, é preciso viver e, mais do que isso, é preciso sentir. Eu senti. Valeu a pena! ■

Fernando Pacheco Cooper – fernando.cooper@bol.com.br – é formando em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) e fez estágio na UBS Rio dos Sinos, em São Leopoldo-RS, de março de 2010 a julho de 2011.

Interculturalidade promove intercâmbio México-Brasil

Por: Tiago Souza e Fernando Ladeira / Fotos: Tiago Souza



Profissionais de saúde de diversos países do mundo lidam, diariamente, com a diversidade cultural das populações. No entanto, cuidados em saúde voltados ao atendimento às múltiplas origens e crenças da população não são elementos comuns no ensino formal universitário. Assim, quando se estabelecem trocas de experiências, há um enriquecimento comum para os profissionais e para os sistemas de saúde que favorece as populações. Esse é o caso ocorrido entre México e Brasil, que, desde 2005, se aproximaram até firmarem, em 2009, um acordo de cooperação técnica que permitiu, durante todo o ano de 2010, o intercâmbio de experiências e conhecimentos sobre práticas integrativas e complementares e competência intercultural na oferta de serviços de saúde.

De acordo com a médica Carmem De Simoni, enquanto o Brasil tem um sistema de saúde universal, gratuito, financiado pelas três esferas federativas, e com a Atenção Básica à Saúde enquanto ordenadora do Sistema, o México não tem um sistema único, algumas políticas dependem da adesão dos Estados e a base da ação é hospitalocêntrica. Ao mesmo tempo, a constituição mexicana reconhece o país como multicultural e garante o reconhecimento da medicina tradicional por meio de uma lei-marco.

Com características distintas, mas que permitem aproximações, tais como populações indígenas, europeias e mestiças, com saberes

e práticas tradicionais, os dois países realizaram, no ano de 2010, quatro atividades: intercâmbio de documentos e legislações; palestras e videoconferências (também via web); cursos presenciais, no Brasil e no México, para técnicos e gestores. “Essa troca de experiências, certamente, fortaleceu tanto a saúde pública do México quando a brasileira, tanto que em 2011 está em curso a elaboração de um novo projeto de cooperação no qual a interculturalidade e as práticas integrativas são o centro. O Brasil estará levando aos mexicanos as experiências que produz nas áreas de alimentação e nutrição, saúde da mulher, saúde do homem e humanização”, considerou Carmem.

E, se no início do primeiro semestre do ano passado a equipe brasileira apresentou os fundamentos do Sistema Único de Saúde, a forma de financiamento e o funcionamento da atenção básica enquanto ordenadora das redes de atenção à saúde, e as PICS no SUS, em junho foi a vez dos mexicanos enviarem seus representantes. O médico Hernán Garcia Ramirez, subdiretor de Sistemas Complementares de Atenção à Saúde, esteve no Ministério da Saúde acompanhado por Noemi Lugo Maldonado, farmacêutica especializada em plantas medicinais e fitoterapia. Ele falou sobre “Competência intercultural na oferta de serviços de saúde” para técnicos e gestores municipais e estaduais de Práticas Integrativas e Complementares, além de gestores do MS.

Fita vermelha

A competência intercultural se estabelece com base no respeito à diversidade, aos matizes e traços culturais de segmentos da população e sua incorporação nas ações de saúde. O México, país com 112 milhões de habitantes, tem 15% de população indígena, 25% de origem europeia e a restante (a maioria) é mestiça. Ao abordar a questão da interculturalidade, Hernán Ramirez citou o exemplo de um traço cultural difundido em muitas comunidades, que é das gestantes usarem uma fita vermelha no pulso para terem suas vidas e as de seus bebês protegidas, fornecendo saúde e calor e permitindo melhores condições de realização do parto.

No entanto, quando a gestante entrava no hospital, o primeiro procedimento médico era de retirar a fita, uma fonte de sujeira e possíveis infecções, pela ótica da medicina ocidental. As parturientes indígenas sentiam-se violentadas. Além disso, reclamavam que a sala de parto, climatizada, era muito fria, ao contrário do ambiente usado por parteiras, sempre aquecido. Em consequência, após algum tempo, os profissionais de saúde perceberam que só os partos com complicações chegavam ao hospital, e muitas vezes tarde demais para uma intervenção.

Médicos e pesquisadores debruçaram-se, então, no estudo da situação do parto na população indígena. Verificaram que a sala de parto refrigerada estimulava a produção de adrenalina, causando a constrição dos vasos e dificultando a dilatação. O resultado: um parto mais doloroso. O ambiente aquecido, entretanto, favorecia a produção de dopamina, substância que auxilia na dilatação e oferece um parto menos doloroso. A ciência encontrou, assim, a explicação técnica para um procedimento tradicional menosprezado e visto como crença mística.

Atualmente, o sistema de saúde mexicano trabalha em parceria com parteiras, além de ter desenvolvido diversas cadeiras-macas que permitem os partos verticais (de cócoras, em pé, sentada ou outras posturas), e realizados em local ambientado, conforme o traço cultural, e próximo ao hospital. Rapidamente, se necessário, são transferidas para o ambiente hospitalar. A mudança, aproveitando os saberes tradicionais indígenas, reduziu a mortalidade materno-infantil nos Estados que a adotaram e permitiu intercâmbios profissionais em diversas áreas, a exemplo do intercâmbio Brasil–México. ■

Leia mais sobre a interculturalidade:
http://dab.saude.gov.br/interculturalidade.php
http://dab.saude.gov.br/reuniao_tecnica.php

Avaliação e qualidade em saúde: fonte de inovações e reflexões

Gisele Cazarin. Odontóloga-sanitarista, pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS/IMIP).

Kátia Crestine Poças. Professora-assistente da área de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (FM/UnB).

Marina Mendes. Odontóloga-sanitarista, pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS/IMIP).

Ilustrações: Roosevelt Ribeiro

1. Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem obtendo destaque no cenário mundial como importante estratégia para diminuição das iniquidades quando da prestação de serviços de saúde, com importante repercussão na melhoria de indicadores sensíveis à APS. Representa contato preferencial dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, com o objetivo de atuar sobre os principais problemas e necessidades de saúde da comunidade, proporcionando ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde (BRASIL, 2010).

No Brasil, a APS apresenta uma série de características que a tornam um cenário particular de práticas, exigindo de todos os atores envolvidos mobilização e compromisso para, tendo-a como eixo norteador, promover a organização de redes de atenção à saúde que possibilitem a consolidação de um sistema de saúde pública universal, integral e de qualidade (BRASIL, 2010).

Desse modo, a substituição do modelo hierárquico piramidal tradicional pela formatação das redes de atenção à saúde na forma poliárquica pressupõe que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes, guardadas as diferenças quanto às densidades tecnológicas que os caracterizam (MENDES, 2009).

Ratificada pelo Pacto pela Vida (BRASIL, 2006), a Estratégia Saúde da Família (ESF), como modelo de atenção primária, deve ser capaz de prestar cuidados de maneira oportuna, continuada e com a densidade tecnológica adequada (STARFIELD, 2005). Sua cobertura vem aumentando, mediante forte indução da gestão federal, com o objetivo de fortalecer e consolidar a APS como centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, é possível notar descompassos no atendimento a alguns dos princípios que a regem, no que diz respeito à qualidade.

Nesse sentido, a preocupação em avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde, incluindo-se a ESF, vem crescendo nos últimos anos, em consequência da ampliação na oferta dos serviços de saúde e do aumento dos custos (FRIAS et al., 2010), bem como da persistência de alguns marcadores que denotam baixa qualidade do modelo, a exemplo da sífilis congênita e da mortalidade materna, entre outros.

Avaliar não é prática nova,

"A avaliação tampouco deve ser entendida como um fim em si mesmo, mas deve ser acompanhada por propostas que busquem pôr em prática as mudanças."

sendo realizada desde os primórdios da humanidade e presente nas diversas atividades cotidianas. Isso se dá pelo fato de, a todo o momento, precisarmos tomar decisões que dependem das avaliações que fazemos sobre uma situação vivenciada.

Muitas vezes, podemos não vislumbrar claramente os caminhos para obter as respostas necessárias para pôr em prática, de modo concreto, os serviços de saúde. Ou, então, podemos realizar avaliações de maneira informal e não sistemática baseadas no cotidiano de trabalho, para embasar nosso processo de tomada de decisão. Dessa maneira, podemos correr o risco de não termos como justificar as decisões tomadas em virtude de não haver evidências para nos respaldar.

Sob o rótulo de "avaliação", reúnem-se diversas atividades, cujo aspecto varia desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social, do tipo "fomos bem?", "deu resultados?", "estamos satisfeitos?", até a chamada pesquisa avaliativa, que busca responder a perguntas semelhantes recorrendo-se a métodos e técnicas possuidoras de maior objetividade. Além disso, as práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, tais como políticas, programas, serviços ou sistemas (SILVA; FORMIGLI, 1994).

A produção, sistematização e difusão dos conhecimentos relacionados às metodologias e processos de avaliação e melhoria da qualidade no âmbito da APS tornam-se a cada dia mais necessárias e desafiadoras (VAUGHAN, 2004).

A avaliação de serviços e programas de saúde vem se constituindo em importante estratégia na formulação de políticas de saúde que contribuem, em última instância, para a consolidação do SUS. Nesse sentido, nos últimos anos vem se delineando uma política de institucionalização da avaliação da atenção básica a partir do Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, que busca superar seus limites organizacionais propondo a institucionalização da avaliação no sistema de saúde.

A institucionalização é entendida como uma estratégia presente em diversas ações/atividades, projetos e políticas, com o objetivo explícito de incorporar



a avaliação no cotidiano de gestores e profissionais, partindo de uma visão abrangente dos processos avaliativos (FELISBERTO, E., 2006).

2. Afinal, o que é avaliar?

As definições de avaliação são numerosas chegando até mesmo ao ponto de cada avaliador definir um conceito diferente (HARTZ, 1997). Avaliar pressupõe as ações de medir, comparar e emitir juízo de valor com finalidade de tomar decisões (CONTANDRIOPOULOS, 1997). Donabedian (1988) define que, para se avaliar um serviço ou programa em saúde, devem-se considerar aspectos de estrutura (recursos materiais, físicos, humanos, normas, entre outros), de processo (atividades) e de resultados. Diante da diversidade de opiniões e enfoques, adotamos o conceito que nos parece mais completo: avaliar consiste, fundamentalmente, em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou de qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

Dessa forma, destacamos dois aspectos característicos da avaliação: 1) o julgamento de valor; e 2) o processo de tomada de decisão. O ato de avaliar sempre pressupõe julgar a qualidade de um objeto qualquer e, para isso, é necessário que os critérios para esse julgamento estejam explícitos e sejam pactuados com os envolvidos na avaliação. O segundo ponto pressupõe que ao avaliar estejamos intervindo sobre dada realidade, ou seja, é necessário que o processo avaliativo esteja promovendo mudanças, pois, do contrário, poderemos dizer que estamos realizando apenas um diagnóstico.

A avaliação da qualidade não deve ser vista como um julgamento a priori, mas uma oportunidade de mudança. Esse é o princípio que norteia análises do tipo "autoavaliação". A avaliação tampouco deve ser entendida como um fim em si mesmo, mas deve ser acompanhada por propostas que busquem pôr em prática as mudanças.

> *"A avaliação de serviços e programas de saúde vem se constituindo em importante estratégia na formulação de políticas de saúde que contribuem, em última instância, para a consolidação do SUS."*

2.1. E quanto à qualidade, do que estamos falando?

O conceito de qualidade é relativo e complexo. O significado varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico e cultural de cada sociedade, além dos conhecimentos científicos acumulados.

Assim, a qualidade em saúde deve ser analisada considerando-se as complexidades do sistema de saúde e da sociedade, que estão em constante evolução. Os diferentes pontos de vista dos envolvidos no cuidado à saúde, tais como usuários, profissionais, gestores e prestadores de serviços, entre outros, devem ser considerados na definição da qualidade esperada (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Nessa perspectiva, é preciso entender que o trabalho em saúde é fortemente influenciado e comandado pelas relações entre sujeitos. Merhy (2002) propõe que se tomem como eixo analítico vital dos modelos tecnoassistenciais as tecnologias leves e seu modo de articulação com as outras tecnologias.

As "tecnologias leves" são as produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização. Assim, a natureza dos problemas envolvidos na complexidade da Atenção Primária à Saúde amplia o escopo da avaliação da qualidade ao considerar a intersubjetividade como inerente à produção do cuidado.

Nesse sentido, o primeiro usuário de qualquer programa são os profissionais envolvidos com o seu desenvolvimento, daí a relevância da sua adesão para

> *"...a substituição do modelo hierárquico piramidal tradicional pela formatação das redes de atenção à saúde na forma poliárquica pressupõe que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes..."*

o êxito da intervenção (MENDES et al., 2010; FELICIANO, KOVAC e SARINHO, 2008).

As definições de qualidade que abordam pontos de vista mais comuns, de modo geral, incluem aspectos de excelência, expectativas ou objetivos que devem ser alcançados, ausência de defeitos, adequação para uso, que, de certa forma, definem características das ações e/ou serviços de saúde.

Segundo Lohr (1990), qualidade em saúde é o "grau no qual os serviços incrementam a chance de resultados desejáveis para os indivíduos e as populações, sendo consistentes com o conhecimento profissional atual". O Ministério da Saúde da Nova Zelândia (2003), baseado na definição anterior, complementa que a qualidade em saúde pode também ser medida pelo "aumento no grau de participação e independência das pessoas". Já para Donabedian (1985), a qualidade é definida como o "grau no qual os serviços de saúde atendem às necessidades, às expectativas e ao padrão de atendimento dos pacientes".

Demo (2000) explica a qualidade a partir das dimensões objetiva e subjetiva e afirma que os termos quantidade e qualidade não são dicotômicos, mas complementares. Ambos os planos – objetivo e subjetivo – correspondem a dimensões inerentes a fenômenos complexos como o campo da saúde. Portanto, não se trata de excluir uma das dimensões ou de priorizar uma sobre a outra, mas de contribuir para uma concepção ampliada de avaliação (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Para entender melhor a qualidade, é necessário conhecer os seus atributos. Os principais podem ser definidos da seguinte forma (DONABEDIAN, 1990; VUORI, 1991):

Eficácia: capacidade de produzir o efeito desejado quando o serviço é colocado em "condições ideais de uso". Isto é, ele pode funcionar?

Efetividade: capacidade de produzir o efeito desejado quando "em uso rotineiro". É a relação entre o impacto real e o potencial. Isto é, o programa ou serviço funciona?

Eficiência: relação entre o impacto real e o custo das ações. Ou seja, o programa ou serviço vale a pena funcionar dados os recursos empregados?

Equidade: distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população. Tratar desigualmente os desiguais e priorizar para intervenção os grupos sociais com maiores necessidades de saúde.

Acesso: remoção de obstáculos à utilização dos serviços disponíveis. Relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços de saúde.

Adequação/cobertura: suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda. Mede a proporção da população que se beneficia do programa.

Aceitação: fornecimento de serviços de acordo com as



normas culturais e sociais e as expectativas dos usuários e familiares.

Legitimidade: grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou da sociedade, como um todo, dos serviços ofertados.

Otimização: máximo cuidado efetivo obtido pelo programa. Ou seja, uma vez atingido determinado estágio de efetividade do cuidado, melhorias adicionais seriam pequenas diante da elevação dos custos.

Qualidade técnico-científica: aplicação das ações de acordo com o conhecimento e a tecnologia disponível.

A seleção de um único atributo da qualidade não é suficiente se considerarmos a complexidade que os programas e serviços de saúde têm. Para caracterizá-los como de boa ou má qualidade, é necessária a escolha de uma gama desses atributos. Um serviço pode ser efetivo, mas não ser eficiente, tornando a implantação inviável. Da mesma forma, um serviço pode ser eficiente, mas ter baixa aceitabilidade da população.

Nesse sentido, as abordagens orientadas para a humanização da atenção e para a valorização de relações mais equitativas entre profissionais de saúde e usuários têm legitimado o ponto de vista do usuário e a importância da satisfação.

3. Por que avaliar?

Frequentemente, a temática da avaliação esteve associada a aspectos negativos como punição ou classificação a respeito de resultados. Ou, em outra direção, muitas vezes encontramos o conceito, ou preconceito, de que avaliação é um conjunto muito complexo de saberes, utilizável apenas por especialistas. Para evitar esse tipo de conotação, é importante que o(s) objetivo(s) da avaliação esteja(m) claro(s) e explícito(s).

E quais seriam os possíveis objetivos de uma avaliação? Os mais comuns são de quatro tipos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1987):

- Ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção/programa (objetivo estratégico);

- Fornecer informação para melhorar uma intervenção/programa no seu decorrer (objetivo formativo);

"As definições de qualidade que abordam pontos de vista mais comuns, de modo geral, incluem aspectos de excelência, expectativas ou objetivos que devem ser alcançados, ausência de defeitos, adequação para uso..."

- Determinar os efeitos de uma intervenção/programa ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo);

- Contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental).

4. Como avaliar?

A avaliação pode começar ainda na fase de elaboração da intervenção/programa, com o propósito de melhorar o seu desenho e incluir um modelo de acompanhamento e avaliação desde o início.

Essencialmente, podemos falar em dois tipos de avaliação:

Avaliação normativa: consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas existentes. Considera em seu desenvolvimento a abordagem sistêmica (estrutura processo e resultado) proposta por Donabedian (1966).

Tem como principais características apoiar os gerentes e profissionais na rotina dos serviços, sendo normalmente realizada por pessoas diretamente envolvidas no programa (avaliadores internos). Apresenta forte relação entre o respeito às normas e critérios estabelecidos e os efeitos da intervenção.



Pesquisa avaliativa: trata-se de fazer um julgamento de valor a partir de métodos científicos. Analisa "a pertinência, fundamentos teóricos, produtividade, efeitos, rendimento e relações entre a intervenção e o contexto". Estudos desse tipo exigem maior experiência do pesquisador, tanto teórica quanto metodológica. Pode-se realizar estudo avaliativo com o propósito de aprofundar um tema ainda pouco estudado, ou uma nova abordagem teórica ou metodológica (FIGUEIRÓ et al., 2010).

Uma distinção importante a ser realizada quando se trata de avaliação refere-se ao papel do avaliador, que pode ser de natureza interna (autoavaliação) e externa (WORTHEN, SANDERS, FITZPATRICK, 2004). Uma avaliação externa é aquela conduzida por uma equipe que não faz parte da organização em questão. Já as internas são realizadas por uma equipe interna da organização, especialmente designada para tal função.

Muitas vezes, essa "divisão" pode não estar tão bem delimitada e ter indivíduos que estejam atuando nas duas perspectivas. O ideal é termos uma composição desses dois tipos de avaliadores, à medida que os primeiros podem estar tão envolvidos com o objeto a ser avaliado que coram o risco de não ser muito objetivos; já os avaliadores externos apresentam a desvantagem de não conhecer bem a intervenção/programa que se deseja avaliar.

5. E o que ganhamos com isso?

Avaliar pressupõe intervir na realidade no sentido de modificá-la e melhorar a qualidade. A partir da avaliação, identificamos problemas nos quais atuar. No entanto, como não é possível intervir sobre tudo (considerando tempo, recursos, governabilidade, questões políticas etc.), é necessário estabelecer prioridades de investimento. A partir dessa priorização, é importante traçar planos de ação para superar os problemas. E colocar a "mão na massa" ao aplicar o plano desenhado. O acompanhamento desse processo indicará se estamos ou não no caminho certo, demonstrando em que aspectos alcançamos êxito e em quais retrocedemos, reiniciando o ciclo.

É importante termos em mente que a avaliação é um método muito útil no sentido de apontar caminhos para a melhoria da qualidade, mas que não pode, por si só, responder a

> *"...em outra direção, muitas vezes encontramos o conceito, ou preconceito, de que avaliação é um conjunto muito complexo de saberes, utilizável apenas por especialistas."*

todos os nossos questionamentos, pelo contrário, os resultados podem, inclusive, gerar novas questões avaliativas.

Nesse caso, nosso papel enquanto avaliadores, internos ou externos, deve ser o de fazer sucessivas aproximações com o objeto a ser avaliado, para promover mudanças que contemplem a dinamicidade com que os processos acontecem em saúde, além de, ativamente, buscar compreender os fatores de contexto que influenciam dada realidade.

O atual Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do SUS/Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) se propõe a avaliar o desempenho dos serviços de saúde da AB, destacando-se a importância de serem avaliados os aspectos do acesso às ações e serviços, assim como a satisfação dos usuários.

Em linhas gerais, para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde, é necessário avaliar os aspectos essenciais da gestão e da atenção. O conceito de desempenho ou performance não é consenso na literatura, mas pode ser resumido no grau de alcance de metas de um serviço/sistema de saúde (HURST e HUGHES, 2001; VIACAVA et al., 2004). Outras abordagens possíveis consideram o desempenho como a gestão adequada dos conflitos internos de uma organização, ou como as boas relações entre a organização e o contexto em que está inserida.

6. Sem medo da avaliação

De maneira geral, melhorar a saúde da população é o principal objetivo dos sistemas de saúde. Entretanto, o alcance dessa meta é um processo complexo que envolve objetivos intermediários e ações intersetoriais. Assim, é necessário o conhecimento de como os fatores de condições de vida e a assistência interagem e influenciam a saúde individual e coletiva.

A melhoria da qualidade requer o envolvimento de todos os interessados (gestores, usuários e profissionais). Para tanto, torna-se necessário dar mais ênfase ao processo de trabalho, dinâmica, vínculos e estímulo aos compromissos pactuados. Além disso, é fundamental proporcionar maiores investimentos em formação e processos de educação permanente (cogestão, apoio institucional, matriciamento, cursos e telessaúde). Num mundo cada vez mais complexo, o caminho para promover as mudanças necessárias deve considerar, sempre mais, o envolvimento dos sujeitos.

Assim, será sempre um desafio buscar aproximação do conceito de qualidade. No campo das práticas em saúde, podemos dizer que avaliação e qualidade estão estreitamente relacionadas. Para conhecer a qualidade, ou para melhorá-la, é necessário avaliar.

7. Conclusão

Este artigo, portanto, procurou refletir as peculiaridades e interfaces da área de avaliação e qualidade em saúde, considerando o desafio de contribuir com as equipes de Saúde da Família no cotidiano de suas práticas, em cenários diversos e, muitas vezes, em condições adversas.

Assim, respeitando a diversidade de saberes e a maneira dialógica de avançar rumo aos novos conhecimentos, ousamos dizer que não temos uma receita. Temos conceitos, desejos e necessidades. Portanto, não há por que haver temores, resistências a um processo que busca o que todos nós, profissionais de saúde e gestores, desejamos: a satisfação dos nossos usuários e a promoção da melhoria da qualidade de vida, que é a concretização de um SUS para todos. ■

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na Atenção Primária à Saúde**: conceitos, métodos e diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 140 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e o componente de qualidade do Piso de Atenção Básica – Variável. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, nº 138, 1.677-7.042, 2011, seção 1.

BOSI MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa dos cuidados à saúde. **Rev. Saúde Pública** 2007; 41(1): 150-153.

CONTRANDIOPOULOS AP, CHAMPAGNE F, DENIS JP, PINEAULT R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA. (org.) **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997:29-47.

DEMO P. **Educação e qualidade.** Campinas: Editora Papirus, 2000.

DONABEDIAN A. **The quality of care.** How can it be assessed? JAMA 1988; 260(12): 1.743-1.748.

FELICIANO KVO, KOVACS MH, SARINHO SW. **Burnout na Saúde da Família.** Experiências de médicos e enfermeiras. Série Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco Prof. Fernando Figueira IMIP, nº 13, 2008 e 196 p.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva,** 11(3):553-563, 2006.

FRIAS PG. et al. Atributos da Qualidade em Saúde. In: Samico I. et al. (orgs.) **Avaliação em Saúde:** bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010, cap. 4, p. 43-56.

HURST J, HUGHES MJ. **Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems.** OECD, Labour Market and Social Policy-Ocasional Paper nº 47, 2001.

LOHR K. Institute of Medicine. **Medicare:** A strategy for quality assurance. Ed. Washington, DC: National Academy Press, 1990.

MENDES EV. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MENDES MFM et al. Avaliabilidade ou Pré-Avaliação de um Programa. In: Samico I. et al. (Orgs.) **Avaliação em Saúde:** Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010, cap. 5, p. 57-64.

MERHY EE. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC; 2002. 189 p.

NEW ZEALAND. Minister of Health. **Improving Quality (IN):** A systems approach for the New Zealand health and disability sector. Wellington: Ministry of Health, 2003.

STARFIELD B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002: 481-564.

UCHIMURA KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** 2002; 18(6): 1.561-1.569.

VAUGHAN, R. **Evaluation and public health.** Am J Publ Health 2004; 94(3):360.

VIACAVA, Francisco et al . Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 9, nº 3, set. 2004.

VUORI H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate** 1991; 3:17-24.

SILVA, L. M.V. da; FORMIGLI, V. L. A.. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad. Saúde Públ**., Rio de Janeiro, 10 (1): 80-91, jan/mar, 1994.

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

www.redeblh.fiocruz.br

PARA VOCÊ É LEITE. PARA A CRIANÇA É VIDA.



Luciana Gimenez, doadora de leite e mãe de Lorenzo.

Luciana Gimenez e Lorenzo participaram gratuitamente desta campanha.

INCENTIVE A DOAÇÃO DE LEITE HUMANO.

Todo profissional de saúde sabe como o leite materno é essencial para a saúde dos bebês. Principalmente para aqueles que estão internados e não podem ser amamentados pela própria mãe. Por isso, é fundamental que esses profissionais de saúde conversem, orientem e incentivem as mulheres que estão amamentando a doar leite materno.

- Quanto mais a mulher esvazia as mamas, mais leite ela será capaz de produzir.
- Todo leite doado é analisado, pasteurizado e submetido a rigoroso controle de qualidade.

Para outras orientações, mães e profissionais de saúde podem procurar o banco de leite humano mais próximo.

A doação de leite humano é incentivada e apoiada pelo SUS.

Rede Cegonha

Rede BLH

SUS

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997



Maria Pia Albuquerque,
primeira mulher do Distrito Federal
a fazer transplante cardíaco.

Seja um doador de órgãos. Seja um doador de vidas.

O maior sistema público de transplantes do mundo é do SUS.

Profissional de saúde, você pode fazer a diferença para que histórias assim se multipliquem.

O Brasil possui o maior programa de transplantes do mundo. Mas a falta de informação das famílias dos doadores em potencial continua sendo um grande empecilho para o crescimento no número de transplantes, pois cabe à família autorizar a doação. E você, profissional de saúde, desempenha um papel essencial nesse esforço. Lembre-se: ao esclarecer sobre as condições críticas dos pacientes, é preciso questionar, com toda a delicadeza possível, sobre a vontade desses entes queridos. Desse contato nasce a decisão que pode trazer vida e esperança para tantos brasileiros, como a Maria Pia.

SAÚDE TODA HORA

SUS

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Saúde com agente

Saúde da Família

Publicação do Ministério da Saúde - Ano XII- maio a agosto de 2011 - ISSN 1518-2355

Um golpe de sorte

Não foi necessário um golpe de sorte para que o dia a dia de crianças e adolescentes de Costa Barros, um dos piores IDH entre os bairros do Rio de Janeiro, passasse para perspectivas melhores. Entre os projetos implantados na UBS Portos, Quitanda e Tom Jobim, com a participação de agentes comunitários de saúde, ensinar jiu-jítsu foi fundamental para inspirar nesses jovens o respeito ao outro, a solidariedade e a sensação de cidadania.

Também é resultado de uma luta de décadas o uso de plantas medicinais e fitoterápicos em muitas comunidades brasileiras, acolhendo e incentivando conhecimentos tradicionais e populares do País – saiba mais no Tome Nota. E, bem do interior do Ceará, em Chorozinho, a ACS Raimunda de Oliveira conta sua experiência de servir à comunidade por meio da Saúde da Família, a mesma Estratégia que permitiu a Juliana Cucatti desenvolver, além das ações de agente, a prática da ginástica chinesa lian gong com a comunidade em Campinas/SP.

Boa leitura!

Jiu-jítsu, suave e assertivo

Valente, amigo, campeão. Este sujeito abstrato vem transformando concretamente a vida de mais de 260 crianças.

Por: Déborah Proença / Fotos: Fernando Mascote

Penúltimo lugar (125º) no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Rio de Janeiro, Costa Barros é considerado o segundo bairro mais pobre e um dos mais violentos do município. Entretanto, é nele mesmo que funciona um dos mais inusitados projetos de inclusão social da cidade, o Jiu-Jítsu da Unidade Básica de Saúde (UBS) Portos, Quitanda e Tom Jobim, localizada na Favela da Quitanda. A arte marcial (luta) modificou a vida de várias crianças e suas famílias desde que começaram a aprender o valor da solidariedade, do respeito e da cidadania.

Tudo começou em 2008, com algumas aulas no quintal da casa do agente comunitário de saúde (ACS) Cristiano Viana da Silva. Faixa marrom e aluno do Mestre Osmar Laurindo da Silva, o Mestre Mazinho, Cristiano já trabalhava como ACS e viu no jiu-jítsu uma oportunidade de fazer com que as crianças e os jovens da comunidade frequentassem mais os serviços de saúde e os projetos oferecidos pela UBS.

Com o apoio da ex-gerente da unidade Ariete Ferreira de Souza, a UBS passou a oferecer serviços diferenciados para ajudar a comunidade a superar o medo dos possíveis conflitos armados entre traficantes de drogas e policiais militares, que aconteciam nas proximidades





da unidade, e se aproximar do serviço de saúde. “Você pode ver, ainda, os buracos de balas na parede”, mostra a gerente Lidyane Gomes Soares.

Em primeiro, veio o Clubinho, uma espécie de ACS mirim, em que as crianças eram instruídas a informar sobre saúde e a importância em frequentar a UBS. Em troca, ganhavam um certificado simbólico. Arrancando risadas dos colegas e professores, Bruno, um garoto de 13 anos que participa desde o início dos projetos e pratica jiu-jítsu na UBS, solta: “Comecei com o Clubinho. Eu não frequentava o posto antes, eu não tinha doença!”.

Com o sucesso do projeto, a gerência da unidade implementou as outras ideias e as aulas da arte marcial começaram. “Muitas crianças saíram do tráfico depois que começaram a praticar jiu-jítsu aqui”, afirma Lidyane. No início, resistência. Contudo, as mães, pais, avós e irmãos logo perceberam uma diferença na postura das crianças, tanto em casa quanto na escola, e passaram a apoiar a atividade, além de eles mesmos se ocuparem com a própria saúde e participarem dos outros projetos oferecidos.

A saúde veste kimono

“Eu vim pro Jiu-Jítsu pra aprender a me defender, mas ele mudou a minha vida completamente. Aprendi o sentido da amizade e do respeito”, Lucas, 13 anos.

Oficialmente funcionando desde 2009 na UBS Portos, Quitanda e Tom Jobim, só o que se ouve são depoimentos como o de Lucas. O projeto cresceu no início de 2010 e o primeiro problema a ser resolvido foi o acesso à unidade.

“Era comum a polícia se posicionar nos portões da unidade e trocar tiros com os traficantes. Fizemos reuniões com a polícia e articulamos com a comunidade para que isso não acontecesse mais. Isso permitiu que se iniciasse um trabalho de revalorização do espaço de saúde, que estava sendo pouco frequentado. Foram reativadas as aulas de jiu-jítsu, percussão, tricô e crochê, coral, clubinho das crianças, reforço escolar e o trabalho de apoio jurídico. Em consequência, foi qualificada a atenção básica”, comemora Thais Severino da Silva, coordenadora da Organização Social de Saúde (OSS) Viva Comunidade (um braço da organização não governamental Viva Rio), parceira da Secretaria Municipal de Saúde do RJ na melhoria das ações da UBS.

“... O Jiu-Jítsu exige muito, desenvolve muito a mente. Força a mente a raciocinar. É muito exigente por ser completo, pois a maioria das lutas teve origem nele, revela o mestre. Atualmente, o projeto conta com mais de 260 participantes – o número máximo era 120, mas sempre há espaço para mais um...”

Como parte da cultura na formação para a arte marcial, disciplina pessoal é importante, e o Mestre Mazinho, com a continuidade das aulas, afirma que não dá colher de chá. “Se brigar na rua, será suspenso”. E a família tem que

participar: pelo menos um sábado por mês acontecem reuniões sobre o desempenho das crianças e adolescentes do projeto, que devem apresentar bom desempenho na escola para continuarem frequentando as aulas, e todas, sem exceção, devem ser acompanhadas pela equipe de saúde da UBS.

As aulas são ministradas pelo Mestre e três auxiliares, Cristiano Viana da Silva, Lúcio Ramos Cezário e Elias Silva Quirino, todos agentes comunitários de saúde da UBS e um diferencial trazido pela gerência, já que todos os ACS da unidade desenvolvem/gerenciam algum projeto paralelo, além das tarefas obrigatórias do trabalho de agente.

"...A UBS Portos, Quitanda e Tom Jobim possui três equipes de Saúde da Família cobrindo as respectivas comunidades. Ao todo, estão cadastradas 11.229 pessoas, entre as quais 59 gestantes e 593 idosos..."

Lúcio, ACS desde junho de 2010, já tivera outras experiências com o jiu-jítsu e afirma que a visão trazida pelo mestre é diferente da que ele aprendeu: "Lá fora eu pagava pra aprender a brigar... não somos lutadores, somos juitteros... Aqui realmente o esporte é praticado. Me sinto lisonjeado de participar". Ele acredita que o maior benefício do projeto para seu trabalho, enquanto ACS, é o crescimento afetivo-emocional, pessoal e relacional, pois aprendeu com as crianças e com o mestre a ouvir e a se colocar.

Elias, que também pratica muay tai (boxe tailandês), concorda com Lúcio ao afirmar que o projeto mudou sua visão do esporte e lhe deu um novo conceito de saúde, mais abrangente. E vai além. Para ele o melhor é a auto-estima devolvida. "Aqui você

A ORIGEM DO JIU-JITSU

O jiu-jítsu ou jiu-jítsu é também conhecido pelas grafias jujutsu ou ju-jitsu. Em japonês, ju significa "suavidade", "brandura", e jutsu, "arte", "técnica".

Acredita-se que o jiu-jítsu seja a mais antiga das artes marciais, com origem na Índia –controversa, pois muitos defendem ser oriundo da China – dois mil anos antes do nascimento de Cristo. Passando pela China, instalou-se no Japão, cresceu e criou raízes.

No Japão, era a arte de combate corpo-a-corpo, utilizada pelos samurais, mas marginalizado com o fim da Era Meiji. Alguns anos depois, Jigoro Kano, mestre de jiu-jitsu japonês, criou uma pedagogia revolucionaria que ficou conhecida como Kano Jiu-Jitsu, chamada posteriormente como judô. Uma arte que usa os mesmos princípios de combate do antigo jiu-jítsu, mas superando-o, pois estudava também o caminho do homem na sociedade (Wikipedia).

No Brasil, trazido pelo mestre Mitsuo Maeda, o Conde Koma, foi ensinado à família Gracie, que mudou para sempre a história do jiu-jítsu e o tornou mundialmente conhecido.

Algumas técnicas utilizadas:

- Queda (Judô)
- Torções (Aiki-Jitsu)
- Estrangulamentos
- Pressões
- Imobilizações
- Colocações (posição de combate, momentos de ataque e esquiva).

O Jiu-Jítsu proporciona melhoria do condicionamento cardiorrespiratório, da força e resistência muscular, além do aumento da disciplina, do controle emocional e da auto-estima. Pode ser utilizado de três formas distintas:

- Esportivo e competitivo: sem golpes traumáticos, (como se aprende e desenvolve nas academias) apenas com projeções, chaves, torções, imobilizações etc);

Vale tudo: com golpes traumáticos tais como socos, chutes, cotoveladas, cabeçadas, joelhadas etc. (Embora não seja a base do Jiu-Jítsu, principalmente do Jiu-Jítsu Brasileiro).

- Defesa pessoal: pode ou não usar golpes traumáticos.

A roupa usada para treino é o Kimono e as classificações de faixas são:

- **Branca:** qualquer idade com

não é um favelado, é um morador de comunidade e esportista", diz satisfeito.

As aulas procuram priorizar técnicas de observação e inteligência. Com a técnica "enforcamento", Mestre Mazinho ensina aos alunos que não é preciso força para vencer oponentes em condições físicas melhores e com mais treinamento. "Nosso símbolo é a cobra enrolada no pitbull. O jiu-jítsu exige muito, desenvolve muito a mente. Força a mente a raciocinar. É muito exigente por ser completo, pois a maioria das lutas teve origem nele", revela o mestre.

Atualmente, o projeto conta com mais de 260 participantes – o número máximo era 120, mas sempre há espaço para mais um –, de cinco a dezoito anos, porém com exceções, como no caso de Davi, de três anos, que luta com o pai no tatame da UBS.

Superação e conquistas

Na medida em que o projeto se consolidava, os professores perceberam que era hora de avançar. Inscreveram-se 26 alunos no Campeonato Jiu-Jítsu Oswaldo Fadda, em dezembro de 2010, de onde saíram com 13 medalhas de ouro, uma de prata e uma de bronze. Neste ano, a equipe já participou de outros dois campeonatos e trouxe mais medalhas: de 27 inscritos, 23 saíram com vitória dourada, dois com a prateada e outros dois com a bronzeada, na 1ª etapa da Copa Rio Open de Jiu-Jítsu Olímpico, no Canto do Rio Futebol Clube, em Niterói.

Já no Estadual de Jiu-Jítsu Olímpico, também em Niterói, ganharam 24 medalhas de ouro, duas de prata e uma de bronze. Na classificação geral, de um total de 40 grupos, a equipe ficou em terceiro lugar e recebeu o troféu Rio Open. "Essa vitória é motivo de muito orgulho e evidencia o belo trabalho que vem sendo realizado na unidade e o grande comprometimento e esforço dessas crianças, que convivem com sérios problemas socioeconômicos e vêm fazendo a diferença", afirma a gerente Lidyane.

Para as inscrições, a equipe de saúde se uniu e fez uma vaquinha para arcar com os custos, pois a maioria das crianças não tinha condições financeiras para participar do campeonato. Para o Mestre, a equipe teria trazido ainda mais medalhas, considerando que "foram competir e fizeram lá o que aprenderam aqui, mas os juízes começaram a roubar para meus alunos não ganharem mais", lamenta.

É impossível contabilizar, pois são muitas histórias de sucesso e todas as crianças e adolescentes tem um pouco a contar. É o caso de Gabriela, de 13 anos, que foi acolhida na UBS após perder a visão esquerda, em julho de 2010, atingida por estilhaços de um tiro. Menos de um

permanência mínima de um ano;

- **Amarela:** até 16 anos;
- **Laranja:** até 16 anos;
- **Verde:** até 16 anos;
- **Azul:** mais de 16 anos e a permanência varia de acordo com o desempenho do atleta, podendo ser, normalmente, de um ano e meio a dois anos;
- Roxa: mais de 16 anos e a permanência varia de acordo com o desempenho do atleta, sendo, normalmente, de dois anos;
- **Marrom:** mais de 16 anos e a permanência varia de acordo com o desempenho do atleta, normalmente de um ano e meio;
- **Preta:** qualquer idade;
- **Vermelha e preta (Coral):** Mestre. Para pessoas de qualquer idade; e
- **Vermelha:** Grande Mestre. Para pessoas de qualquer idade.





ano depois, a jovem era medalha de ouro. “Eu só tenho a agradecer”, afirma também Suellen, de 13 anos, outra medalhista de ouro.

Todavia, a medalha não é o mais importante. Os professores frisam aos alunos que o importante é participar, e que o que se aprende no tatame e se aplica na vida é a verdadeira vitória. O consolo não serve para todos, claro, mas os alunos que não ganharam medalhas nas competições não resistem e logo voltam às aulas. “Minha mãe fala: ‘todo dia jiu-jítsu?’ Todo dia jiu-jítsu!”, diverte-se Alice, de 17 anos.

Projeto na mídia

Desde que o projeto começou a vencer competições, mais de quatro equipes de reportagem foram conhecer a UBS e contar um pouco desta história, assim como a Revista Brasileira Saúde na Família.

O Globo, jornal de maior visibilidade no Estado do Rio de Janeiro, publicou, pelo menos, duas matérias sobre a unidade. “Há um ano, saiu uma reportagem sobre a violência na porta do posto. Agora aparece, enfim, o reconhecimento de que a saúde está proporcionando a quebra de um ciclo de medo e violência, e transformando a vida de uma geração na comunidade!”, afirma a coordenadora da OSS Viva Comunidade, Thais Severino da Silva.

Coroando o trabalho, nada melhor do que um prêmio internacional. O projeto concorre na categoria “Atividade física e recreação”, no concurso “Cidades Ativas, Cidades Saudáveis”, patrocinado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), pela Rede EMBARQ e pelos Centros para o Controle e a Prevenção de Doenças, desde 2002. Trata-se de uma competição, via internet e aberta a todas as cidades da América Latina e Caribe, dedicada ao transporte sustentável, ao meio ambiente e à criação de um estilo de vida saudável para os cidadãos.

Os vencedores de cada categoria serão homenageados numa cerimônia internacional de premiação, com repercussão internacional enquanto exemplo de boa prática, e ganharão a produção de um vídeo documental profissional sobre o projeto. O resultado da votação será anunciado entre 3 e 5 de outubro. ■

Por: Déborah Proença / Fotos: Luiz Carlos Monte Alto

Juliana Carvalho França Cucatti



BATE PAPO COM ACS

Mãe e avó, Juliana Cucatti, 52 anos, trouxe para a profissão o que sempre fez em casa: cuidar e vigiar. "Hoje divido com eles minha profissão e os afazeres domésticos, pois, além de cuidar da casa, ainda cobram aqueles quitutes gostosos que antes eu tinha mais tempo para fazer, e agora só em ocasiões", diverte-se a mãe coruja.

Agente comunitária de saúde desde abril de 2004, no Centro de Saúde Paranapanema (Distrito de Saúde Sul) de Campinas/SP, Juliana conta que sempre teve o apoio da família e que se interessou pela área em virtude da oportunidade, pois, com o desemprego do marido na época, queria (e precisava) voltar a trabalhar.

Assim que tomou posse, foi convidada a participar das atividades do "Lian Gong em 18 terapias", uma ginástica desenvolvida na China da década de 60, pelo médico ortopedista da tradicional medicina chinesa Zhuang Yuen Ming, cujo objetivo principal é prevenir e tratar doenças no corpo e também restaurar a sua movimentação natural.

A agente traz a esta edição um pouco da sua experiência como profissional da saúde e como o Lian Gong pode contribuir com o trabalho, como no caso da costureira E.D.S., 57 anos, que, após anos de anti-inflamatórios, uma quase cirurgia e um afastamento médico pelo INSS por um ano, retornou às atividades normais apenas com a inserção da atividade em sua rotina. A usuária continua costurando e seus clientes agradecem.

RBSF: O que você já aprendeu com a comunidade?

Juliana Cucatti: Aprendi a ouvir e qualificar a escuta para discriminar as necessidades de saúde e dirigi-las adequadamente para a equipe. Eles gostam de conversar, principalmente os mais idosos são mais carentes de atenção. Alguns desabafam que não têm muito o que fazer, outros mostram seus dotes culinários, artísticos, para artesanato, cuidado com plantas etc.

RBSF: É difícil ser ACS?

Juliana Cucatti: Se você tiver o perfil e condições adequadas, não é, pois, além de você esbarrar diariamente em dificuldades que fazem com que aquilo que você se propôs a fazer leve mais tempo, a população te cobra quando você está no território.

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

Juliana Cucatti: Sempre estar bem disposta, atuante. E conseguir separar o lado profissional dos problemas particulares.

RBSF: Conte-nos alguma curiosidade...

Juliana Cucatti: Realizando trabalho da dengue, conheci o Sr. V, um artista nato que começou a desenvolver as habilidades nas horas de folga do trabalho de vigia noturno, copiando retratos dos colegas. Depois disso, fez um curso rápido por correspondência. A surpresa é que, como ele adora pintura, as paredes de sua casa têm varias obras de arte pintadas por ele. A fachada dela se diferencia das outras pelas pinturas e grades. Muito criativo, ele usa recortes de piso e revestimentos para fazer a moldura de seus quadros e nunca quis ganhar dinheiro com suas obras. Legal porque terá seus quadros perpetuados enquanto a casa existir.

*"...Aprendi a ouvir e qualificar a escuta para discriminar as necessidades de saúde e dirigi-las adequadamente para a equipe. Eles gostam de conversar, **principalmente os mais idosos são mais carentes de atenção...**"*

"...Além do grande consumo de medicamentos para dor. O objetivo do Projeto é reduzir a mortalidade e a morbidade, aumentar a independência e melhorar a qualidade de vida da comunidade..."

RBSF: Algum fato emocionante?

Juliana Cucatti: Certo dia, durante uma visita domiciliar de cadastramento do SUS, fui à casa do Sr. A, que mora sozinho, e, durante a entrevista, ele disse que acreditava estar com pedras nos rins, pois sentia fortes dores. Para aliviar o mal-estar, tomava chás, por indicação de amigos. Notei palidez em seu rosto, pálpebras fundas e escuras, e perguntei por que não ia ao médico. Ele contou que consultou algum tempo antes e, por conta de uma discussão com o médico, não voltaria mais ao Centro de Saúde (CS). Argumentei que esquecesse o incidente, afinal, o médico já não trabalhava mais na unidade e o orientei a recomeçar, como se fosse a primeira vez, e que eu o ajudaria no que fosse possível.

Ao retornar à unidade, passei o caso para a enfermeira da equipe, que agendou consulta com outro médico. O Sr. A compareceu à consulta e saiu com um pedido de ultrassom. Eu mesma levei.

Depois de algum tempo, o Sr. A retornou à unidade e me procurou para agradecer, pois o que ele pensava ser pedra nos rins era um câncer no intestino. Havia passado por cirurgia, fez colostomia e estava em tratamento. Sempre que me encontrava, mostrava melhoras e eu percebia no olhar todo o agradecimento que tinha por mim. O que para mim foi simples e parte do meu trabalho para ele foi tudo, foi ter a sua vida de volta. Seu médico garantiu que ele está curado e não será dessa doença que irá morrer.

RBSF: Fale sobre o seu trabalho com as Práticas Integrativas e Complementares

Juliana Cucatti: Nós temos várias atividades: Lian Gong em 18 terapias, 1º, 2ª e 3ª parte; qi kong para lavagem da medula; tai ji chi gong 25 movimentos; meditação; roda de conversa; hiamamoto; movimento vital expressivo; acupuntura e ginástica postural. No meu caso, eu coordeno os grupos de Lian Gong 1ª, 2ª e 3ª partes, Iqi gong para lavagem da medula, caminhada e meditação.

RBSF: Como surgiu essa demanda na Unidade Básica de Saúde e por que você começou a trabalhar com o tema?

Juliana Cucatti: O Projeto Corpo e Movimento surgiu em 2002, após a identificação de grande demanda nos ambulatórios de ortopedia, reumatologia e fisioterapia, bem como nos centros de reabilitação física, nos centros de referencia à saúde do trabalhador e nos centros de saúde. Além do grande consumo de medicamentos para dor. O objetivo do projeto é reduzir a mortalidade e a morbidade, aumentar a in-





dependência e melhorar a qualidade de vida da comunidade.

Quando eu recebi o convite, feito por uma colega de trabalho que já praticava, fiquei interessada e minha coordenadora me liberou. Foi como um presente, pois eu sentia muitas dores nos braços devido a esforços repetitivos. Quando comecei a praticar o Lian Gong, minhas dores sumiram.

RBSF: Há quanto tempo trabalha com essas atividades?
Juliana Cucatti: Desde abril de 2004, já se passaram quase oito anos! Fiz capacitação e qualificação do Lian Gong, mas meu crescimento foi gradativo. Tenho material para estudo e sempre algumas correções para fazer.

RBSF: Hoje em dia, você se imagina trabalhando com outra coisa?
Juliana Cucatti: Hoje me sinto muito segura ao praticar o Lian Gong e sei que posso melhorar ainda mais. Não penso em interromper essa atividade, mas sim em aumentar meus conhecimentos e agregar novas atividades relacionadas ao trabalho.

RBSF: Sabe-se que na UBS em que trabalha existem muitos projetos/trabalhos diferenciados. Por quê? Foi uma iniciativa da gestão ou dos profissionais da Unidade?
Juliana Cucatti: Devido à grande demanda nas áreas médicas e à certeza de que as terapias integrativas produzem melhora na saúde. O serviço oferece e capacita o profissional que tenha interesse para atuar nos projetos. Antes de tudo, você precisa gostar do que faz, pois sem dedicação e persistência o projeto acaba.

RBSF: Você trabalha sozinha na coordenação dos grupos? Quais os dias e horários das atividades?
Juliana Cucatti: Antes, eu dividia a coordenação do grupo de Lian Gong com uma auxiliar de enfermagem. Porém, devido ao número reduzido de auxiliares de enfermagem, passei a coordenar o grupo sozinha. Depois, uma colega ACS passou por capacitação e começou a me ajudar com o grupo. Mas, como ela fez novas capacitações e outros ACS não gostam de realizar essas atividades, a coordenadora da unidade achou melhor eu orientar o grupo sozinha, e a minha colega me substituir nas férias ou em outras ocasiões que precisar. Isso porque ela também coordena a meditação no Hiamamoto (realizada por uma médica capacitada), Roda de Conversa e está formando um novo grupo de Lian Gong.
O grupo que eu coordeno se reúne todas as quintas e sextas-feiras, das 7h às 8h, às vezes acompanhado de palestras dos estagiários de Nutrição e Enfermagem de uma faculdade local. A caminhada e a meditação são feitas todas as quartas-feiras, das 7h às 8h30.

"...Tenham sempre um olhar acolhedor e um sorriso nos lábios. Transmitam sempre esperança e otimismo, principalmente com os mais idosos e necessitados. Ajam com o coração e a emoção..."

Também programamos viagens durante o ano. O grupo tem uma representante que me ajuda a organizar, o que deixa o trabalho mais transparente. Acontecem aos sábados e procurarmos dar preferência ao grupo, depois para familiares e amigos, e em dezembro sempre fazemos uma pequena confraternização para o encerramento do ano.

RBSF: Quem frequenta e quantos usuários, em média, participam das atividades?

Juliana Cucatti: É um grupo aberto a todas as faixas de idade. A maioria das pessoas tem mais de 50 anos, mas é um grupo variado. Antes não tínhamos local adequado, fazíamos numa praça próxima à unidade, com energia elétrica cedida por um usuário que tem um pequeno comércio de caldo de cana na praça. Quando chovia, o mato crescia e não dava para fazer, daí usávamos um pequeno espaço cedido por uma igreja.

Então, foi construído um Eco Ponto atrás da UBS, e reivindicamos um espaço. Hoje, temos um quiosque com energia elétrica, uma praça com playground para as crianças e três aparelhos de ginástica para a população.

Este ano já passaram pelo grupo 65 pessoas. Temos, em média, 25 pessoas por dia. Em outros anos, já tivemos 125/ano de participantes.

RBSF: Qual atividade você gosta mais?

Juliana Cucatti: O Lian Gong já faz parte de minha vida, me acompanha desde o inicio da profissão. Espero continuar praticando-o mesmo se deixar de ser ACS.

RBSF: Faz ou já fez algum curso de capacitação e/ou reciclagem?

Juliana Cucatti: Sim! Já fiz um curso de capacitação de ACS coordenado pelo Centro de Educação dos Trabalhadores e executado pelos distritos de saúde, além de uma capacitação sobre DST/aids e outra para conselheiros municipais, distritais e locais de saúde do município de Campinas, promovida pelo Conselho Municipal de Campinas. Fiz, claro, a do Lian Gong em 18 terapias 1°, 2ª,3ª partes, e mais as de linguagem de sinais, tai chi chuan, tai chi com leque, tai ji kung e meditação.

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

Juliana Cucatti: Tenham sempre um olhar acolhedor e um sorriso nos lábios. Transmitam sempre esperança e otimismo, principalmente com os mais idosos e necessitados. Ajam com o coração e a emoção, pois isso nos deixa mais próximos de Deus. É a nossa melhor bagagem. ■

"...Hoje, temos um quiosque com energia elétrica, uma praça com playground para as crianças e três aparelhos de ginástica para a população..."



Por: Fernando Ladeira / Fotos: FL

Plantas medicinais fortalecem relação da AB com usuários

Em 2006, as plantas medicinais e o tratamento terapêutico efetivado com elas (fitoterapia) passaram a fazer parte oficial da vida dos brasileiros, quando o Ministério da Saúde reconheceu sua importância para a saúde da população e a demanda de programas existentes no Sistema Único de Saúde (SUS), pela sua institucionalização. Aprovou, assim, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que dá as orientações e responsabilidades dos governos para oferecer essas práticas no SUS e, no caso da fitoterapia, tem como um dos pontos-chave a promoção do uso correto/racional das plantas medicinais e fitoterápicos.

A implantação de programas de fitoterapia, com formação de hortos de plantas medicinais, promoção de oficinas de educação popular, produção de material informativo e educação permanente para profissionais de saúde estão entre as ações que buscam favorecer o uso racional das plantas e fitoterápicos, que já estão presentes em 350 municípios do País. As autoridades em saúde entendem que, assim como o uso incorreto dos demais tipos de medicamentos causam grandes prejuízos à saúde (de intoxicações a morte), também as plantas medicinais e derivados utilizados incorreta e indiscriminadamente podem pôr em risco a saúde da população.

A proposta é de promover a educação permanente das equipes de saúde e oferecer serviços e produtos seguros e eficazes, por meio de ações individuais e coletivas para a promoção do uso racional das plantas medicinais e fitoterápicos. A implantação de hortos com plantas medicinais próximos às Unidades Básicas de Saúde (UBS) é importante para ações de educação popular, beneficiamento e fornecimento de plantas frescas para uso in natura e mudas para a população. Também a promoção de oficinas com usuários e escolares para orientá-los na identificação das plantas medicinais, em cuidados no cultivo, preparo e uso de remédios caseiros.



Saber tradicional e popular

As plantas medicinais em suas formas de preparo (chás, lambedores, cataplasmas, xaropes, pomadas etc.) são utilizadas por mais de 82% da população brasileira nos cuidados primários com a saúde repassados por muitas gerações. São os principais recursos terapêuticos da medicina tradicional indígena e quilombola, e das práticas da medicina popular, disseminada pelo País.

A fitoterapia também incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social, e há programas, no SUS, em execução há mais de 20 anos, especialmente na Atenção Básica (AB), na Estratégia Saúde da Família. Isso porque envolve interação, parcerias nos cuidados com a saúde que aumentam a resolutividade e os vínculos dos trabalhadores de saúde com a comunidade, ações de promoção e prevenção, que per-



mitem o desenvolvimento das potencialidades das equipes de SF e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), com formações multiprofissionais.

Todos os profissionais, além dos prescritores e manipuladores de fitoterápicos, são importantes na promoção do uso correto das plantas medicinais e seus produtos. Destaca-se a importância dos agentes comunitários de saúde (ACS) nessas ações pelo estreito e constante contato com a população, para identificar demandas, divulgar informações e orientar os usuários sobre os cuidados no uso e preparo das plantas medicinais.

"A presença dos profissionais de saúde, em especial os ACS, permite identificar e orientar a dona-de-casa que, no preparo dos chás, cozinha folhas por vários minutos, quando deveriam ser preparadas por infusão (ferve a água e depois coloca sobre as folhas por alguns minutos), para não perder as substâncias e melhorar o efeito chá. Dessa maneira, o ACS, um representante do SUS e da Saúde da Família, reconhece a prática cultural da usuária, mas orienta que o cozimento das folhas provoca a perda dos princípios ativos e é indicado para partes mais duras, como as raízes, por exemplo", afirma o consultor técnico da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (CNPIC), Angelo Giovani Rodrigues.

"...autoridades em saúde entendem que, assim como o uso incorreto dos demais tipos de medicamentos causam grandes prejuízos à saúde (de intoxicações a morte), também as plantas medicinais e derivados utilizados incorreta e indiscriminadamente podem pôr em risco a saúde..."

Hortos medicinais

É essencial para o desenvolvimento de hortos com plantas medicinais a formação de parcerias entre gestores, profissionais de saúde, usuários e órgãos ligados ao cultivo, tais como universidades, secretarias municipais de agricultura e Emater, para o acompanhamento profissional adequado dessa etapa do projeto e troca de conhecimentos.

Para oferecer plantas medicinais in natura, secas e manipuladas, a implantação de hortos é fundamental, pois produzem a matéria-prima para o processamento e posterior prescrição/dispensação nas UBS, e fornecem mudas para plantio nos jardins e quintais da comunidade. Podem ser o local para a realização de oficinas de educação popular e educação permanente dos profissionais de saúde.

Eles devem ser implantados em locais de fácil acesso, próximos às unidades de saúde, com acesso à água de boa qualidade, ter boa exposição ao sol e estar distantes da circulação de animais, gases e outros poluentes emitidos por veículos ou atividades industriais. Com relação às plantas medicinais, para uso seguro, é preciso conhecer a espécie correta (identificação botânica, características de folhas, flores, frutos, caule e raiz), técnicas de cultivo, forma e local de coleta/colheita, e forma de preparo e uso.

Para orientações de uso seguro e eficaz, é im-

portante informar a existência de plantas tóxicas (ou parte delas), as possíveis interações de algumas plantas com medicamentos e/ou outras plantas, as contraindicações e os possíveis efeitos colaterais, o uso da espécie correta na forma e quantidade adequada. Evitam-se assim "ondas" de promoção de plantas medicinais "milagreiras" que curam qualquer mal e podem ser obtidas "em qualquer lugar, pois dá como mato". Entram nesse rol, em diferentes épocas passadas, a babosa e o confrei, por exemplo. Esse último, usado na forma de gel, tem efeito cicatrizante e é produzido em diversas Farmácias Vivas municipais com prescrição profissional nas redes de saúde. Recentemente, no entanto, o Ministério da Saúde da Grã-Bretanha proibiu o uso do extrato da planta em cápsulas por causar danos ao fígado, mantendo a liberação para chás e compressas.

Porém, quando um profissional de saúde, em uma UBS, prescreve o xarope de guaco, valoriza o saber popular e o conhecimento do usuário, eleva a autoestima e cria mais vínculo. Esse expectorante, um dos oito fitoterápicos do Elenco de Referência da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, é oferecido gratuitamente na rede pública desde 2007, assim como o medicamento à base de espinheira-santa, que atua em gastrites e úlceras. A partir de 2009, foram incorporados outros seis fitoterápicos ao elenco, que são: alcachofra (disfunções do fígado e bile), aroeira (anti-infecciosos ginecológicos), cáscara sagrada (prisão de ventre), garra-do-diabo (anti-inflamatório para dores lombares e artrose), isoflavona da soja (climatério) e unha-de-gato (anti-inflamatório e imunoestimulante). Os municípios recebem esses medicamentos, com recursos tripartite, sob pactuação com os Estados.

A experiência de fitoterapia na SF do DF

"...envolve interação, parcerias nos cuidados com a saúde que aumentam a resolutividade e os vínculos dos trabalhadores de saúde com a comunidade, ações de promoção e prevenção, que permitem o desenvolvimento das potencialidades das equipes de SF e dos Núcleos de Apoio..."

Outra forma de disponibilizar os fitoterápicos é a produção local. No Distrito Federal, a Farmácia Viva produz o xarope de guaco ao preço de R$ 2 a unidade para os cofres do governo local. O expectorante é o carro-chefe de outros sete produzidos no laboratório do Núcleo de Suporte à Assistência Farmacêutica em Terapias Não Convencionais da Secretaria de Saúde do DF, informa o farmacêutico-chefe Nilton Luz Netto Júnior.

A ex-Oficina Farmacêutica de Fitoterápicos, criada em 1989 pelo governo do DF, produzia e distribuía gratuitamente, no início, saquinhos (sachês) com capim-santo (capim-limão, capim-cidreira) para quem quisesse fazer chás. Nilton Jr, que entrou na Oficina em 92, participou e efetivou o desenvolvimento do projeto e seu enquadramento na Política Nacional de Assistência Farmacêutica enquanto laboratório farmacêutico oficial fornecedor de medicamentos para o SUS.

Antes que o governo federal instituísse a Farmácia Viva, em 2010, Nilton e os 14 membros

Tome chás, mas tome cuidado!

Nas ações de educação em saúde com plantas medicinais, além dos benefícios, é essencial que a população tenha em mente os riscos da utilização incorreta dessas plantas, como:

- Automedicação – use plantas medicinais com orientação de profissional de saúde qualificado. Use somente as conhecidas e que tenham tradição de uso;
- Uso de associações de várias plantas – a mistura de diferentes espécies de plantas nas chamadas "garrafadas" pode originar produtos tóxicos que podem agravar o problema de saúde;
- Uso de associação de plantas medicinais e outros medicamentos – algumas misturas podem anular ou potencializar efeitos terapêuticos e ser perigosas;
- Uso de plantas tóxicas ou que contenham substâncias tóxicas de ação cumulativa no organismo – por exemplo: espirradeira, cabacinha, confrei etc.;
- Uso de plantas murchas, mofadas ou velhas podem estar contaminadas por fungos e bactérias;
- Uso contínuo ou excessivo de chás ou outras preparações com plantas;
- Tomar chá na gravidez sem a orientação de médico – algumas plantas podem causar malformações no feto ou mesmo o aborto.





da equipe já dominavam todas as etapas descritas na portaria. Ou seja, o cultivo e coleta, o processamento (seleção, secagem, moagem), o armazenamento, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos.

Atualmente, oito espécies vegetais são utilizadas para a produção de fitoterápicos: alecrim-pimenta, babosa, boldo-nacional, camomila, confrei, erva-baleeira, espinheira-santa e guaco, sob as formas de gel, pomadas, tinturas e xarope. Em 2010, 30 mil medicamentos saíram do laboratório para atender 22 postos, centros de saúde e equipes de Saúde da Família entre os 140 existentes no Distrito Federal. É o limite físico do laboratório, que atende às prescrições feitas por, aproximadamente, 70 profissionais de saúde em sete das 30 regiões administrativas do DF. Todos foram capacitados em fitoterapia na saúde pública e em políticas do Ministério da Saúde desde 2006, ano em que foram aprovadas as Políticas Nacionais de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Farmácias Vivas: a origem

O projeto Farmácias Vivas foi desenvolvido na década de 80, no âmbito da Universidade Federal do Ceará, pelo farmacêutico e professor aposentado Francisco José de Abreu Matos. A ideia era a de catalogar espécies de plantas medicinais do Estado, além da montagem de horto matriz que garantiria aval científico na produção de medicamentos produzidos para as comunidades carentes com base em receitas caseiras de conhecimento popular. Em 1997, o governo estadual abarcou o projeto, que atinge, atualmente, mais de 50 unidades em municípios, comunidades e ONGs. De 102 plantas com certificação botânica, 40 são utilizadas para a produção de 15 medicamentos fitoterápicos.

Desde 97, também, o Rio de Janeiro implementou o Programa Estadual de Plantas Medicinais, que conta com regulamento técnico para funcionamento dos serviços e informações técnicas sobre os medicamentos produzidos (memento terapêutico). Um ano antes, o município de Vitória instituía programa próprio que se difundiu por meio à dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). No Estado do Paraná, desde 2005, 29 cidades da Bacia do Paraná III (região de Foz do Iguaçu) desenvolvem o projeto Plantas Medicinais na Atenção Básica, do programa Cultivando Água Boa, onde se trabalha toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos, desde o cultivo à dispenção nas UBS, além de cursos de capacitação para profissionais de saúde e produtores da agricultura familiar.

A maioria das experiências no SUS se baseou no modelo Farmácias Vivas, e também o governo federal para definir as diretrizes das políticas nacionais. Assim, o Ministério da Saúde instituiu, pela Portaria nº 886, em abril de 2010, a Farmácia Viva, sob gestão estadual, municipal ou do Distrito Federal. Recentemente, com a Portaria SAS nº 470 (19/8/11), incluiu a classificação 007 – Farmácia Viva no serviço de Farmácia – código 125 – da Tabela de Serviços/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), para monitorar as ações desses programas. Todos os municípios podem cadastrar esses serviços e dar visibilidade e interação entre os entes governamentais. ■

Sem tristeza em Chorozinho

Timbaúba dos Marinheiros, 28/04/2011,
Chorozinho – Ceará

É com muita alegria que escrevo para Revista Brasileira Saúde da Família. Vou contar um pouco da minha história: como vim a ser uma ACS.

Eu trabalhei, por cinco anos, em uma casa de família, quando decidi sair para colher castanhas para uma firma, onde trabalhei por mais dois anos e nove meses. Daí voltei para casa, para cuidar da minha família e do meu lar.



Um tempo depois passei a procurar emprego, mas como eu tinha estudado apenas até a 5ª série era muito difícil. Mesmo assim não desisti.

Casei em janeiro de 1992, mesma época em que houve uma epidemia de cólera na região e não existiam agentes comunitários de saúde trabalhando em meu município – um serviço que ainda estava se estabilizando, se organizando. Foi então que houve uma seleção, em maio do mesmo ano, para uma vaga de agente e eu me inscrevi. A ansiedade era tão grande que não me dei conta de que estava grávida. Foram mais de vinte inscrições e eu passei em segundo lugar, para minha grande tristeza. Contudo, não desanimei.

Sempre fui batalhadora. Antes de ser ACS fui líder comunitária, catequista (ainda sou, na verdade), cuidava da Igreja e de um grupo jovem. Enfim, me envolvia em tudo que dissesse respeito a minha comunidade. Desde a minha juventude eu me dedico a ela.

Para minha felicidade, a pessoa que tirou o primeiro lugar sonhava em ser professora e teve que escolher. Graças a Deus escolheu a magistratura. Então, eu, como próxima da lista, fui classificada e chamada a assumir. Hoje, sou a ACS mais antiga de Chorozinho, município do norte do Ceará.

Amo o que faço. Em junho de 2011 completo 19 anos de trabalho como ACS. São 663 pessoas distribuídas por 190 famílias na minha área e, mesmo com essa quantidade toda de gente, nunca tive nenhum problema ou inimizade com ninguém.

São 14 diabéticos, 63 hipertensos, 35 crianças com menos de dois anos e 05 gestantes, todos acompanhados. Até hoje digo e confirmo que os casos de óbitos infantis na minha comunidade são muito raros, e isso me deixa muito feliz. Hanseníase, tuberculose e hepatite são doenças controladas na região. É prova de que damos conta do nosso trabalho. Passam os anos e novos casos não são notificados, simplesmente porque não existem. Nosso maior susto (e surto) é a dengue, e mesmo assim não é ela que gera a maior parte das mortes registradas, mas sim os acidentes.



Bem, já falei muito sobre mim. Gostaria de pedir apoio a vocês, pois preciso me aprofundar mais na minha profissão, fazer cursos, nem que seja à distância. Meu maior sonho é terminar o curso de técnica em agente de saúde.

Espero que leiam a minha carta e façam contato comigo. Na revista, o que achei mais importante foi a história da caixinha de remédios. Foi uma iniciativa fantástica, pois os meus diabéticos e hipertensos têm muita dificuldade com o uso correto de seus medicamentos. Tenho que estar atenta a todos eles, principalmente àqueles que não sabem ler.

Nós, aqui em Chorozinho, temos muitas dificuldades por falta de treinamento. Perdemos muitas coisas por falta de informação, mas gostaria de dizer que o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde foi muito importante para mim.

Termino minha carta na esperança de que ela alcance a vocês, da Revista. Desculpem a carta tão longa. Espero que entendam minha caligrafia e leiam com carinho tudo o que escrevi.

Ficarei sempre atenta a novas edições da Revista.

Obrigada por toda a atenção que o ministro da Saúde tem por nós ACS. ■

Raimunda Silia de Oliveira, agente comunitária de saúde, (segmento 02, área 006, microárea 22, distrito Timbaúba dos Marinheiros, Chorozinho, Ceará)

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.