REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA 30

Publicação do Ministério da Saúde - Ano XII - setembro a dezembro de 2011 – ISSN 1518-2355



SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ

A RENOVAÇÃO NA SAÚDE

REDE CEGONHA
Uma investida no cuidado da mãe e do bebê

ENTREVISTA
Secretário de Atenção à Saúde, Helvécio Júnior, avalia o primeiro ano de gestão e as melhorias promovidas

SAÚDE NA AGENDA POLÍTICA
Presidenta Dilma Rousseff põe a saúde na pauta da agenda nacional

ATENÇÃO DOMICILIAR
Melhor em Casa: cuidados e vínculo dentro dos lares

ENCARTE
Educação permanente dos ACS traz ótimos resultados para Pontalina/GO

ARTIGO
Auditoria da atenção programada de Unidade Básica de Saúde: a construção de um instrumento

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

Editor Chefe:
Hêider Aurélio Pinto

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

Coordenação Técnica:
Patricia Sampaio Chueiri
Alexandre de Souza Ramos

Secretária de Redação
Déborah Proença

Conselho Editorial:
Alexandre de Souza Ramos
Angelo Giovani Rodrigues
Antônio Neves Ribas
Déborah Proença
Fernando Ladeira
Hêider Aurélio Pinto
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
Radilson Carlos Gomes
Tiago Souza

Diagramação e ilustrações:
Roosevelt Ribeiro Teixeira

Revisão:
Ana Paula Reis

Normalização:
Marjorie Fernandes Gonçalves

Fotografias:
*****Radilson Carlos Gomes (RCG), Antônio Cruz (ABr), Carol Rocha (Conasems), Carol Paredes, Cadini, Déborah Proença, Fernando Ladeira (FL), José Eduardo de Matos, Tiago Souza, Raul Santana (Fiocruz Multimagens), acervo UBS Córrego de Ouro. Capa: Radilson Carlos Gomes

Colaboração:
Roque Onorato, Marco Aurélio Santana da Silva

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*
Distribuição gratuita

Revista Brasileira Saúde da Família / Ministério da Saúde – Ano 12, n. 30
(set. / dez. 2011). – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
Trimestral.
Ano 12, n. 30, publicada pela Gráfica do Ministério da Saúde.

ISSN: 1518 2355

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

CDU 614

SUMÁRIO

CAPA 25 Nova PNAB o que mudou com a portaria 2.488



CARTAS 04

EDITORIAL 05

ENTREVISTA 08 Helvécio Miranda Magalhães Júnior

ESF EM FOCO 13 14ª Conferência Nacional de Saúde

BRASIL 06 2011: o ano em que a saúde deixou de ser coadjuvante

15 Redes de Atenção à Saúde integrando e interligando pontos de atenção

17 Melhor em casa: o SUS e as famílias juntos nos cuidados

35 Rede Cegonha: garantindo o cuidado da gestação ao pós-parto

41 Saúde Toda Hora quer desafogar hospitais e melhorar atendimento

45 Projeto de estágio de vivência em saúde abre inscrições

CARREIRA 22 Samuel Arndt, educador físico

EXPERIÊNCIA EXITOSA 31 Tecnologia a serviço da saúde: Florianópolis

ESPAÇO GALERIA 39 O SUS pelas lentes de Radilson Carlos Gomes

PELO MUNDO 48 Esperança de Vida

DE OLHO NO DAB 50 MS qualifica apoiadores para atuarem nas regiões de saúde

ARTIGO 51 Auditoria da atenção básica programada de Unidade Básica de Saúde: a construção de um instrumento

SAÚDE
MAIS PERTO DE VOCÊ

Departamento de Atenção Básica –
Edifício Premium -SAF Sul- Quadra 2 –
Lotes 5/6 –Bloco II –Subsolo
Brasília- DF – CEP – 70070-600
Fone: (61) 3306-8044/ 8090

Revista Brasileira
Saúde da Família
Nº 30

CARTAS

Sou enfermeiro de ESF e gostaria de saber se tem lei que exige que todo ESF tenha um veículo para atendimento domiciliar, ou se depende da administração local querer ou não adquirir esse veículo. Obrigado!Aguardo resposta.

Rogerio Viana

Prezado Rogerio,

Não existe lei com essa exigência, mas, de acordo com a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada por meio da Portaria nº 2.488/2011, o gestor municipal deve garantir que a equipe de Saúde da Família tenha condições adequadas para executar suas atividades e que a população seja bem atendida em vários quesitos (qualidade, acesso – aqui nos referimos a ter atendimento, dentro da UBS ou no domicílio –, estrutura física, e equipamentos e materiais). Abaixo, citação de trecho da PNAB que trata das responsabilidades do gestor municipal.

"X – garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

XI – garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas; (...)".

• • •

Trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Serra Branca, Paraíba. Preciso saber se houve alguma alteração na Portaria nº 154 que permita que o profissional fisioterapeuta exerça as 40h normais de todos os outros profissionais presentes no NASF, já que o Crefito só permite 30h e, por isso, a portaria antiga sugeria o contrato de dois profissionais diferentes para compor as equipes. A minha dúvida surgiu pelo fato de as equipes dos NASF de João Pessoa estarem contratando os fisioterapeutas para 40h, justificando não ser ocupação assistencial apenas, mas sim de gestão, entre outras atividades. A Portaria nº 2.488 /2011 não especifica essa informação.Agradeço a ajuda!

Fabianny Sitônio

Prezada Fabianny,

Segundo a Nova Política Nacional de Atenção Básica, os NASF podem ser organizados em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2. O NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos entre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:

I – a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 horas semanais;
II – nenhum profissional poderá ter carga horária semana menor que 20 horas; e
III – cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 80 horas de carga horária semanal.

O NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos entre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:

I – a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 120 horas semanais;
II – nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e
III – cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal.

Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitarista; ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

Portanto, cabe à gestão municipal definir as cargas horárias de cada profissional de saúde que compõe o NASF, respeitando as legislações específicas dos conselhos das categorias profissionais.

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.

A saúde mais perto de você

Demos, em 2011, passos significativos para que o Sistema Único de Saúde (SUS) ofereça ações e serviços de saúde para os cidadãos em todo o País. O Decreto nº 7.508/11, atos diversos para a estruturação das redes de atenção à saúde em regiões de saúde, desenvolvimento ou capilarização das redes temáticas, lançamento do Saúde Mais Perto de Você, atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e ajustes em outras políticas, planos e programas que permitam o aprofundamento da estruturação e consolidação do SUS em todo o Brasil.

Decisões adotadas por pactos acordados entre representantes dos governos federal, estaduais e municipais e pelo controle social, representado nas diversas instâncias de conselhos pelo País. Tudo feito de forma democrática e consensual, uma vez que o SUS é de todos, um direito de todos, ao qual se deve boa gestão, ações e serviços que atendam a população, com profissionais qualificados, satisfeitos e dedicados.

Esta edição aborda diversos dos tópicos em questão: a saúde em foco, políticas novas ou atualizadas como o Melhor em Casa de atenção domiciliar ou a PNAB, que aumentou a abrangência pela Portaria nº 2.488, e uma avaliação do trabalho realizado em 2011 feita pelo secretário de Atenção à Saúde, Helvécio Miranda Magalhães Júnior. Apresentamos a visão profissional de Samuel Arndt em Carreira e a discussão do lugar e papel de profissionais no artigo Auditoria da Atenção Programada de UBS.

No encarte, a experiência de qualificação dos agentes comunitários de saúde efetivada com sucesso no interior de Goiás, em Pontalina, e o questionamento quanto à conscientização dos pais para viverem sua paternidade de maneira responsável e solidária, que é feito no Tome Nota.

Desejamos que a leitura lhe traga mais motivação para ser um dos tecedores desta rede de bem-estar que é e cada dia mais deve ser o Sistema Único de Saúde.

Boa leitura!

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



2011 – O ano em que a saúde entrou na agenda do Brasil

Por: Fernando Ladeira / Foto: Antônio Cruz - ABr

A astrologia poderia tecer explicações por meio do alinhamento de astros, a influência de planetas e ascendentes e o posicionamento das galáxias no Universo para explicar por que a saúde entrou na agenda política nacional em 2011. Concretamente, após empossada, a equipe de governo da presidenta Dilma Rousseff deu andamento ao que fora constatado em viagens e conversações com prefeitos, governadores, políticos e população em geral pelo País: a necessidade de qualificar e consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS), aliada ao compromisso de erradicar a miséria no País.

Já em 1º de janeiro, no discurso de posse (Box), a presidenta afirmou que promoveria a consolidação do SUS e teria como meta solucionar os problemas de saúde das pessoas, tornando medicamentos acessíveis e promovendo políticas de prevenção e promoção da saúde. Comprometeu-se, ainda, a acompanhar a qualidade de serviço prestado e assegurar o respeito ao usuário.

A partir daí, assegurou visibilidade ao setor saúde ao lançar planos e programas, no decorrer de todo o ano de 2011, que beneficiarão a população em geral: homens, mulheres, crianças – gestantes, idosos, pessoas com deficiências ou que precisem de cuidados em suas residências, usuários de drogas e álcool. Efetivou, ainda, a regulamentação do SUS por meio do Decreto nº 7.508, 21 anos após a criação do Sistema Único de Saúde, pela Lei nº 8.080/90.

Sem perda de tempo, lançou, em 3 de fevereiro, o Programa Saúde Não Tem Preço, cumprindo a promessa do fornecimento de medicamentos gratuitos para portadores de hipertensão e diabetes por meio do Programa Aqui Tem Farmácia Popular, que conta com a adesão da rede de farmácias privadas no País e que já foi um dos temas desta Revista. A iniciativa possibilita o acesso a medicamentos para controle da hipertensão e do Diabetes mellitus, duas das doenças que mais causam mortes no Brasil.

O mês de março foi dedicado às mulheres, uma vez que 8 é o Dia Internacional da Mulher. Assim, em Manaus, no dia 22, a presidenta anunciou o Programa de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero, com investimento estimado, até 2014, de R$ 4,5 bilhões. O lançamento foi feito na Região Norte por concentrar o maior número de casos do País.

No dia 28 desse mesmo mês, novos cuidados estiveram voltados às gestantes e bebês, e Dilma Rousseff lançou a Rede Cegonha, em Belo Horizonte. Também com previsão de até 2014, a iniciativa terá investimento na ordem de R$ 9,3 bilhões. Pretende garantir que todas as gestantes tenham acesso aos exames de pré-natal, inclusive com o fornecimento de vale-transporte para garantir a presença nas consultas, vai incentivar o parto

normal e aleitamento materno, além da previsão da construção de creches e pré-escolas em todo o Brasil.

Junho foi o mês dedicado à consolidação do Sistema Único de Saúde. Com a publicação do Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, reforçou-se a necessidade da transparência na estruturação e consolidação do Sistema, estabelecendo responsabilidades dos entes federativos na formação e manutenção das redes de atenção e regiões de saúde, e os meios que definirão ações e serviços de saúde a serem oferecidos à população. O decreto define a atenção básica como ordenadora da rede e porta principal de acesso ao SUS.

No mês de setembro, a saúde foi pauta de discussão para o mundo todo: a Organização das Nações Unidas (ONU) promoveu, entre 19 e 20, a Reunião de Alto Nível sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que teve a saúde como tema principal. Conforme disse a presidenta em seu discurso de abertura, a alta incidência dessas doenças (cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças crônicas respiratórias) entre os mais pobres demonstra a necessidade de resposta integral ao problema, e ressaltou que o acesso a medicamentos é estratégico para a inclusão social.

No dia 21, ao abrir a Assembleia Geral da ONU, a governante brasileira reforçou a necessidade de reforma do Conselho de Segurança da Organização, defendeu o reconhecimento do Estado palestino e pediu unidade no enfrentamento à atual crise econômica mundial, afirmando que o Brasil descobriu que o combate à pobreza é a melhor política de desenvolvimento para um país. Inclui-se aí a saúde como setor significante para essa ação.

Em novembro, Dilma Rousseff fez o lançamento, no Palácio do Planalto, de três programas. No dia 8, o Melhor em Casa e o SOS Emergências foram anunciados na mesma cerimônia. Os dois programas fazem parte da rede de urgência e emergência, e o antigo programa de internação domiciliar foi ampliado para atender crianças, jovens, adultos e idosos com agravos ortopédicos, neurológicos e respiratórios. Com o Melhor em Casa, as equipes de Atenção Domiciliar (eAD) atendem aos casos que demandam maior frequência de cuidado, com o acompanhamento das equipes de atenção básica. Nos de menor demanda, em que o paciente pode acessar os serviços de saúde, os cuidados ficam a cargo da atenção básica. Tem orçamento previsto, até 2014, de cerca de R$ 1 bilhão. Já o SOS Emergências delineia o apoio institucional federal a 11 capitais brasileiras em que os serviços de emergência hospitalar precisam de suporte de gestão para ajustarem seus serviços à população.

No dia 17, foi a vez das pessoas portadoras de deficiências receberem novo reconhecimento e incentivo do governo. Viver sem Limites é o nome dado ao programa, parte do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, que objetiva promover a integração na sociedade por meio da qualificação profissional. Tem quatro eixos: educação, saúde, inclusão social e acessibilidade, distribuídos em ações para as quais estão previstos investimentos de R$ 7,6 bilhões até 2014.

Finalmente, ao final do ano, 7 de dezembro, a presidenta lançou o Plano de Enfrentamento do Uso do Crack e outras Drogas, que propõe, em ação conjunta com os Ministérios da Saúde e da Justiça, prevenção ao uso e tratamento para dependentes e familiares. Contará com R$ 4 bilhões, que também serão investidos na qualificação de profissionais e criação de 2.400 leitos para usuários.



Compromissos de posse da presidenta Dilma Rousseff

Com a erradicação da miséria, será prioridade do meu governo a luta pela qualidade da educação, da saúde e da segurança.

...Consolidar o Sistema Único de Saúde será outra grande prioridade do meu governo. Para isso, vou acompanhar pessoalmente o desenvolvimento desse setor tão essencial para o povo brasileiro.

Quero ser a presidenta que consolidou o SUS, tornando-o um dos maiores e melhores sistemas de saúde pública do mundo.

O SUS deve ter como meta a solução real do problema que atinge a pessoa que o procura, com uso de todos os instrumentos de diagnóstico e tratamento disponíveis, tornando os medicamentos acessíveis a todos, além de fortalecer as políticas de prevenção e promoção da saúde.

Vou usar a força do governo federal para acompanhar a qualidade do serviço prestado e o respeito ao usuário.

Vamos estabelecer parcerias com o setor privado na área da saúde, assegurando a reciprocidade quando da utilização dos serviços do SUS.

A formação e a presença de profissionais de saúde adequadamente distribuídos em todas as regiões do País serão outra meta essencial ao bom funcionamento do sistema.

...Reitero meu compromisso de agir no combate às drogas, em especial ao avanço do crack, que desintegra nossa juventude e infelicita as famílias...

(Trechos do discurso de posse na Presidência da República, Palácio do Planalto, 1º/1/2011)

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR

Por: Fernando Ladeira / Fotos: Radilson Carlos Gomes



Um ano de cumprimento de metas, definidas no planejamento estratégico para a área de saúde do governo federal durante a transição e início de gestão do governo Dilma Rousseff.

Acesso e qualidade tornaram-se o eixo principal a ser implantado no Sistema Único de Saúde (SUS) em termos de atendimento e cuidado para a população brasileira, nos mais diversos segmentos. Sem se esquecer dos próprios profissionais de saúde, do período de formação em diante.

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), por meio de seus departamentos, teve vigorosa participação em 2011, tanto para lançar e instituir a Rede Cegonha ou a Campanha de Alerta e Prevenção do Uso de Crack e Combate ao Álcool e outras Drogas, quanto para atualizar a Política Nacional de Atenção Básica ou criar o Saúde mais Perto de Você: Acesso e Qualidade e o SOS Emergência.

De acordo com o secretário da SAS, médico clínico e epidemiologista doutor em saúde pública, Helvécio Miranda Magalhães Júnior, os compromissos de 2011 foram cumpridos parcialmente, mas, para cada avanço feito, um novo desafio se descortina à frente, especialmente para 2012, ano em que se trabalhará efetivamente a implantação das redes de atenção e regiões de saúde junto aos Estados e municípios. "Ainda há muito por vir, mas estamos decididos a enfrentar cada desafio. Estou animado!", afirma o secretário.

RBSF: Fim de primeiro ano em uma gestão nova, os objetivos foram alcançados?

Helvécio: Terminamos 2011 com muito a fazer, mas convencidos de que cumprimos razoavelmente o que foi prometido e colocado como meta na gestão do governo federal para a área de saúde, definido com a própria presidenta Dilma. Começamos a cumprir os compromissos afiançados com a população brasileira na campanha eleitoral. O ministro Padilha tem coordenado a equipe com muita clareza estratégica e competência técnica e política.

RBSF: Pode fazer um rápido balanço?

Helvécio: Desde a transição e o início de gestão, encabeçados pelo ministro Alexandre Padilha, nós estabelecemos em nosso planejamento inicial, muito claramente, os objetivos estratégicos de forma inédita, unificando com objetivos claros o Ministério da Saúde, suas fundações, agências e autarquias. Teve como grande eixo o "acesso" e "qualidade" e houve um feliz alinhamento com o controle social, o Conass, o Conasems, com a própria 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), pois estávamos começando o ano da décima quarta, que pôs como pauta o "acesso" e "qualidade". Além disso, fizemos vários movimentos que havíamos prometido. Inicialmente, o aprimoramento da gestão. Lançamos, durante a CNS, o Portal da Transparência, após exigir o CNPJ de todos os fun-

dos municipais de saúde, pois eram quase mil municípios sem cadastro próprio. A medida, hoje, nos permite restringir saques na boca do caixa, rastrear cem por cento das contas vinculadas ao governo federal para Estados e municípios, e utilizar o sistema de auditoria para vigiar e fiscalizar. Fizemos vistorias em dois mil e quinhentos mamógrafos, em todo o Brasil, visitando e fiscalizando todos os aparelhos existentes. Enfim, aprimoramos a gestão em diversas medidas. Colocamos as ambulâncias do SAMU sob o controle do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e descredenciamos quem não estava em conformidade com as obrigações, aperfeiçoamos o fornecimento de medicamentos e a atuação das equipes de Saúde da Família, relacionada à carga horária de trabalho.

Nós cumprimos as prioridades assistenciais e fizemos a ampliação dos cuidados para doenças crônicas, grande causa de mortes no Brasil, e, por meio do Saúde Não Tem Preço, disponibilizamos medicamentos para hipertensão e diabetes para milhões de brasileiros. Pautamos, assim, o tema na Organização das Nações Unidas (ONU), juntamente com outros países, e a presidenta Dilma abriu a Assembleia da ONU discursando a respeito das doenças crônicas. Virou agenda internacional com muito peso do Brasil e será uma das nossas prioridades com uma rede de cuidados. Falei da vistoria dos mamógrafos, mas houve ampliação das mamografias e de pesquisa de câncer cérvico-uterino. Instituímos a Rede Cegonha, que era um compromisso de campanha da presidenta Dilma para combater a mortalidade materna, ainda excessiva e causada, muitas vezes, pela negligência com a mulher na hora do parto. Já fazemos, então, o debate e as ações quanto ao parto seguro e saudável, e a Rede Cegonha tornou-se uma agenda em todo o País hoje. Não só no setor público, mas também no privado, pois nós o estimulamos para isso.

Acertar os trilhos da urgência-emergência também era um compromisso nosso. Pegamos o legado do governo Lula, das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24 horas) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e os transformamos em componentes da rede

"...Já fazemos, então, o debate e as ações quanto ao parto seguro e saudável, e a Rede Cegonha tornou-se uma agenda em todo o país hoje. Não só no setor público, mas também no privado, pois nós o estimulamos para isso...."



de urgência-emergência no lançamento da política de atenção domiciliar, no ousado programa Melhor em Casa, também um componente da rede.

E, ainda nos trilhos, reformatamos as portas de entrada hospitalares e as linhas de cuidado específicas para infarto agudo e acidentes vasculares cerebrais, remodelando a rede de urgência-emergência. No final do ano, com o objetivo de marcar claramente a nossa intenção, lançamos o SOS Emergência, que atinge as 11 principais emergências do País. Elas estão sendo visitadas, uma a uma, pelo próprio ministro Padilha, que articula, em cada uma delas e em parceria com Estados, municípios e a direção do hospital, um núcleo de eficiência e qualidade. Algo que o Ministério nunca fez, de estar mais presente sem invadir as gestões estaduais e municipais, mas participando, tendo também o ônus, dando apoio e direcionando os investimentos.

Houve, ainda, o lançamento, pela presidenta Dilma Rousseff, da rede de cuidados de saúde mental e dependência ao crack e outras drogas. Uma rede também numerosa e articulada, ousada, para enfrentar essa epidemia da dependência química e dinamizar a rede substitutiva da saúde mental no marco da reforma psiquiátrica brasileira. Tem também o grande projeto que, certamente, vai ser uma marca nos próximos quatro anos, do Viver Sem Limites, uma política integrada de sete ministérios para pessoas com deficiências, em que a saúde é um dos principais componentes. É algo que devemos, há anos, na questão da acessibilidade e garantia dos direitos das pessoas com deficiências.

Fora isso, investimos no cartão SUS, na organização institucional e na formação das regiões de saúde com o Decreto nº 7.508, além da criação das Relações Nacionais de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e de Medicamentos Essenciais (Rename) e do novo acordo de colaboração entre os entes federativos, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap). Enfim, dando mais institucionalidade às discussões com Estados e municípios, ampliando a questão das cirurgias eletivas e formando as políticas de câncer e de transplantes. É um balanço muito positivo. Agora, cada avanço desses que fizemos em 2011 significa que se descortinam muitos desafios.

> *Elas estão sendo visitadas, uma a uma, pelo próprio ministro Padilha, que articula, em cada uma e em parceria com Estados, municípios e a direção do hospital, um núcleo de eficiência e qualidade.Algo que o Ministério nunca fez, de estar mais presente sem invadir as gestões estaduais e municipais...”*

E tem ainda a grande questão da prioridade total da atenção básica, que conta, cada vez mais, com um grande volume de reformas, ampliação e novas construções, prioritariamente nas regiões mais pobres e carentes, no campo ou na periferia das grandes metrópoles. E não se pode esquecer do ousado e radical projeto de qualificação da atenção básica, o PMAQ. Revolucionário! Vai levar a atenção básica para outro patamar, com a remuneração variável, premiação por metas e com objetivos na saúde da população, reafirmando e viabilizando o Saúde da Família como nosso grande eixo.

Então, voltando à primeira pergunta, conseguimos cumprir nossos compromissos, mas conscientes que ainda temos muito a fazer para que cada brasileiro e brasileira tenha o SUS, um sonho constitucional, atendendo às suas necessidades integrais. Não tenho dúvida, e 2011 nos deu esta segurança, de que estamos no caminho certo. Agora, a velocidade para realizar vai depender de nossas pernas e de nossos parceiros, os Estados e municípios.

RBSF: Um ano de criação e implantação de políticas e programas que darão um rumo novo para o SUS. Quando essas medidas serão sentidas pela população?

Helvécio: Algumas imediatamente. Nós credenciamos – já antecipando essa ideia forte de rede de urgência-emergência – 1.100 leitos novos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI). O equivalente aos três últimos anos de credenciamentos. Então, já temos resultados concretos para a população, mas os efeitos são progressivos, de médio e longo prazos, com a ampliação de leitos e de serviços, com mais qualidade e mais atenção para a pessoa quando ela precisa, seja na rede de urgência, seja na de atenção básica. Por isso a satisfação do usuário é o centro da nossa avaliação de qualidade. A partir de janeiro de 2012, nós vamos mandar uma carta para cada um dos usuários internados pelo SUS – aproximadamente, um milhão de pessoas por mês – para avaliar o que achou do atendimento. Passaremos a ligar para cada gestante que é atendida na rede pública de saúde. São medidas que buscam nos orientar na gestão para melhor atender a população. Medidas de impacto que, estruturalmente, com novos serviços, novas maternida-

des, novos serviços de urgência, novos leitos, novas UBS, vão ser sentidas progressivamente pela população. Esta é uma segunda onda da reforma sanitária, a de um SUS que busca ter acesso e qualidade.

RBSF: Estão criando nova conformação para a visão de saúde no País?

Helvécio: Exatamente. Reafirmam e dão concretude aos princípios do SUS. Ao mesmo tempo em que se preocupa em atender, preocupa-se em promover saúde. Posso citar como exemplo as Academias da Saúde: já anunciamos a instalação de duas mil e vamos chegar a quatro mil até 2014. Concomitantemente fazemos o acordo com a indústria de alimentos para baixar os níveis de sódio, de açúcar e de gordura em seus produtos. Atuamos em todas as frentes concretizando o SUS. O mesmo acontece com o controle da dengue e do H1N1, que é feito de maneira simultânea, e mais as frentes dos acidentes de trânsito e das mortes maternas, enquanto cuidamos das pessoas. Acho que essa é a vitalidade do SUS, a ideia de que vai ficando mais forte que é um sistema único de saúde, integrado, que deve atender qualquer pessoa que e quando precisar.

RBSF: Para 2012, quais as expectativas?

Helvécio: Temos um caminho traçado e vamos trabalhar intensamente com Estados e municípios para concretizar as redes de atenção. Já temos os normativos pactuados e publicados, e recursos alocados, inclusive no orçamento. Vamos ter um incremento significativo no orçamento em 2012, mais 17% em relação a 2011, acima do previsto pela



Emenda 29. Então, não é inventar nada mais, mas seguir a trilha do que abrimos: a concretização, lá na ponta, em cada região, em cada Estado, das redes de saúde. Esse é o caminho!

RBSF: Um dos elementos fortes será a qualificação da gestão?

Helvécio: Sim, pois com ela você consegue usar bem os recursos e concretizar as ações que estão muito bem pensadas e formuladas, além de monitorar e avaliar continuamente. Isso tem que ser uma obsessão.

RBSF: Trazendo um pouco um elemento já levemente abordado, da percepção da população ao que vem sendo realizado. Como avalia?

Helvécio: Acho que a percepção é muito individual. A saúde é um setor que não tem muito limite, a expectativa se prende ao infinito. No entanto, aos poucos, a população vai percebendo que algo está mudando, que as coisas estão melhorando, progressivamente. Ainda existem contratempos, tempos de atendimento indesejados, problemas na qualidade, mas que estão sendo superados. Todas as pesquisas de opinião reforçam este nosso caminho de ampliar o acesso e qualidade. E é necessário que tenhamos a visão e o reforço desses exemplos positivos.

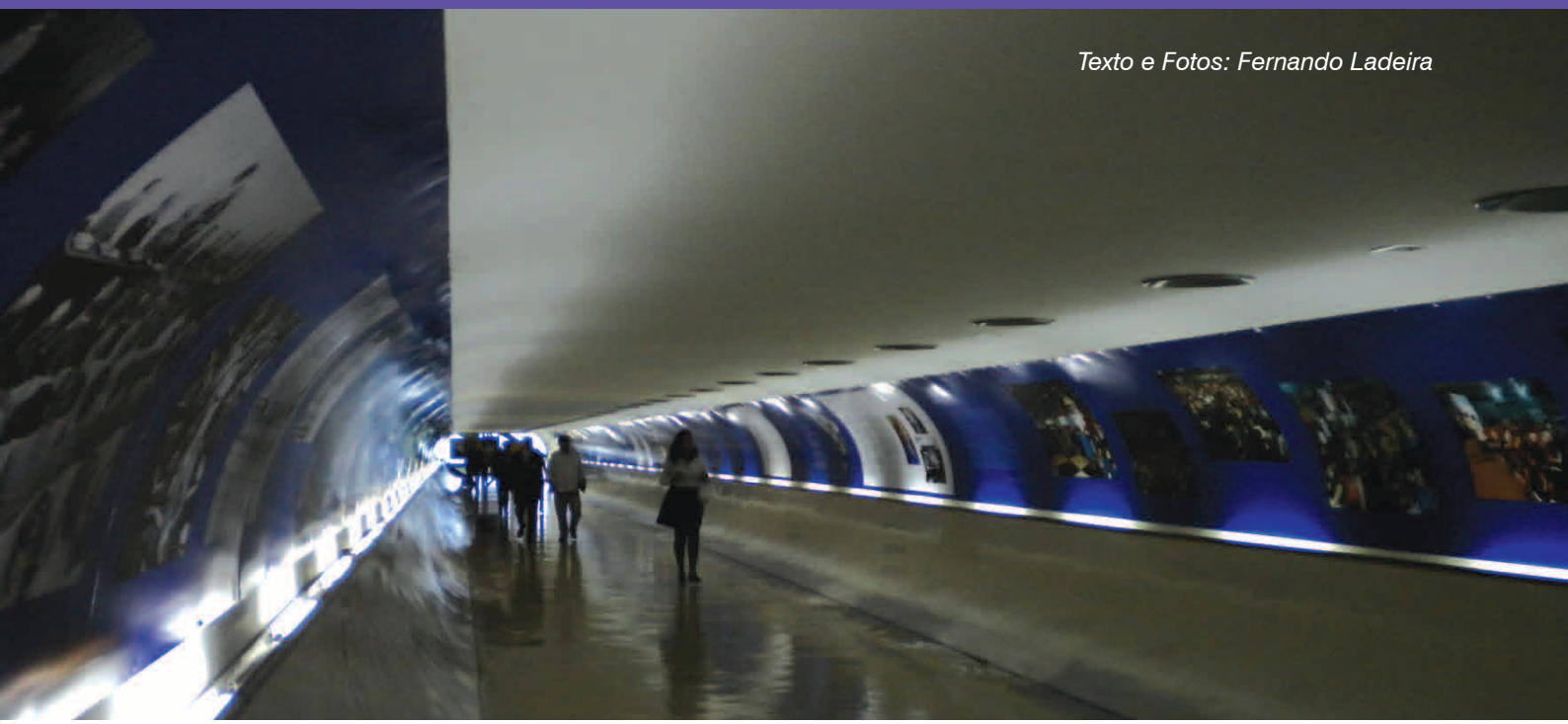
RBSF: E o gargalo de profissionais?

Helvécio: Sim, é um dos maiores desafios que estamos enfrentando. Começamos a atacar de forma mais determinada, neste ano, a questão da graduação, com a ampliação das vagas para médico – que é o maior gargalo também das residências médicas –, com o plano de valorização da atenção básica para ajudar a fixar o profissional, e com o incentivo à melhoria da formação com a fixação por tempo na atenção básica. Então, são abordagens e ações em carreira, condições de trabalho, remuneração, reconhecimento social, mas, fundamentalmente, é necessária uma graduação e uma pós-graduação afinadas com o Sistema Único de Saúde. O ordenamento disso está muito acertado com o MEC e, a partir daí, teremos condições de, aos poucos, suprirmos a rede de pessoas muito qualificadas para o SUS.

Temos o caminho estratégico, há muitas dificuldades, mas as conhecemos e já estamos com algumas vitórias alcançadas. Há muito, ainda, por vir, mas sinto que estamos animados para enfrentar cada desafio. Cada pessoa não atendida ou mal atendida tem que servir como estímulo para nós, para que todos tenham atendimento digno, principalmente na hora que mais precisamos. ■



Em defesa do SUS num momento de mudança



Texto e Fotos: Fernando Ladeira

Aproximadamente 4.000 pessoas se preparam para aportar no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, em Brasília, entre 30 de novembro e 4 de dezembro, para discutirem propostas e apresentarem sugestões de rumos para a saúde pública para os próximos quatro anos dentro do tema: "Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro".

A 14ª Conferência Nacional de Saúde traz novidades, como profissionais de outras áreas participarem da discussão do Sistema Único de Saúde e uma atividade pública de abertura para chamar a atenção da sociedade para a discussão do eixo da Conferência, que lhe diz respeito: acesso e acolhimento!

"Centramos a questão do acesso e do acolhimento com qualidade para privilegiar a perspectiva de que o SUS é da sociedade, que deve se aproximar dessa política pública e por ela ser bem recebida. Antes discutíamos temas genéricos, e o acesso com qualidade trouxe o concreto do dia a dia das pessoas", ressalva a coordenadora da 14ª Conferência, Jurema Pinto Werneck. Profissionais de outras áreas foram convidados a participar dos Diálogos Temáticos, 11 ao todo, entre os quais, por exemplo, jornalistas, para discutirem as conquistas e desafios do SUS, e cineastas como Sílvio Tendler (Jango, Anos JK).

Jurema enfatiza que o processo de preparo para a Conferência privilegiou a base. Após a definição do tema, houve a construção do documento orientador das discussões "Todos usam o SUS! SUS na seguridade...", encaminhado para os debates nos municípios que depois levaram suas propostas nas conferências estaduais. Estas tiveram início em agosto, com a de Minas Gerais, e terminaram ao final de outubro, com a do Rio de Janeiro. Ao todo, dos 5.565 municípios, 4.374 participaram, representando 78% dos existentes no País.

Em retorno dos 27 relatórios estaduais e distrital, entregues para a coordenação geral da 14ª Conferência, 878 proposições foram



consolidadas em 343 propostas para a etapa nacional. Delas foram identificadas 15 diretrizes estratégicas (ver Box) que mantêm os sentidos e significados pretendidos pelos relatórios estaduais, apresentam a tendência de buscar e apoiar o fortalecimento do SUS e cobram o fim do subfinanciamento da saúde.

A característica da 14ª Conferência, para Jurema Werneck, é ser realizada num momento de mudança. "A inclusão promovida pelo SUS, nos últimos anos, é uma novidade para a sociedade, e o que propomos é que ela pense como quer que funcione o sistema de saúde cotidianamente. É um momento delicado, mas é uma coisa bem bacana essa construção do SUS", afirma. ■

As 343 propostas a serem discutidas na 14ª Conferência Nacional de Saúde refletem as preocupações dos municípios e Estados com os diversos aspectos da vida do brasileiro no âmbito da saúde pública. Foram divididas em 15 diretrizes estratégicas para debates, que são:

1 - Em defesa do SUS: pelo direito à saúde e à seguridade nacional

2 - Gestão participativa e controle social sobre o Estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS

3 - Vinte anos de subfinanciamento: lutar pelo recurso necessário para o SUS

4 - O Sistema Único de Saúde é único, mas as políticas governamentais não o são: garantir gestão integrada e coerente do SUS com base na construção de redes integrais e regionais de saúde

5 - Gestão pública para a saúde pública

6 - Por uma política nacional que valorize os trabalhadores de saúde

7 - Em defesa da vida: assegurar acesso e atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços

8 - Ampliar e fortalecer a rede de atenção básca (primária): todas as famílias, todas as pessoas, devem ter assegurado o direito a uma equipe de Saúde da Família

9 - Por uma sociedade em defesa da vida e da sustentabilidade do planeta: ampliar e fortalecer políticas sociais, projetos intersetoriais e a consolidação da vigilância e da promoção à saúde

10 - Ampliar e qualificar a atenção especializada, de urgência e hospitalar integradas às redes de atenção integral

11 - Por um sistema que respeite diferenças e necessidades específicas de regiões e populações vulneráveis

12 - Construir política de informação e comunicação que assegure gestão participativa e eficaz ao SUS

13 - Consolidar e ampliar as políticas e estratégias para saúde mental, deficiência e dependência química

14 - Integrar e ampliar políticas e estratégias para assegurar atenção e vigilância à saúde do trabalhador

15 - Ressarcimento ao SUS pelo atendimento a clientes de planos de saúde privados, tendo o cartão SUS como estratégia para sua efetivação, e proibir o uso exclusivo de leitos públicos por esses(as) usuários(as)

Veja as propostas e diretrizes aprovadas no Relatório Final:
http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/relatorio/26_jan_relatorio_final_site.pdf



Redes em conexão: mais qualidade, melhor gestão e resolutividade

Por: Déborah Proença / Fotos: Radilson Carlos Gomes

"Nós que se encontram e se entrelaçam", afirmou o sociólogo Manuel Castells em seu livro "A sociedade em rede", que trata do impacto de tecnologias na vida das populações. A citação é do apoiador descentralizado junto ao Estado de São Paulo do Departamento de Articulação das Redes de Atenção à Saúde (DARAS), Daniel Carvalho Rocha, ao ser questionado sobre o que são e significam as Redes de Atenção à Saúde e as redes temáticas prioritárias.

São a mesma coisa? A resposta é sim. E não. Sim, porque falar em redes temáticas prioritárias significa, necessariamente, falar em Redes de Atenção à Saúde (RAS). Mas o contrário não é verdadeiro, pois nem toda RAS é temática ou, ainda, prioritária. Um dos elementos principais que caracterizam as Redes de Atenção à Saúde é a sua ordenação por meio da atenção básica.

A atenção básica é o centro de comunicação das relações horizontais formadas entre os pontos de atenção. Os pontos vão dos mais simples, os domicílios residenciais, crescendo em tecnologia dura para as Unidades Básicas de Saúde, aos de média complexidade, como as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial e as residências terapêuticas, por exemplo. Até atingirem a maior densidade tecnológica, como a de hospitais, que podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o pronto-atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva e a unidade de hospital-dia.

O discurso em favor da conexão entre as redes por mais qualidade, melhor gestão e resolutividade do sistema de saúde está alterando seu funcionamento. Assim, as Redes de Atenção à Saúde se tornaram a pauta atual da agenda nacional da saúde, trazendo a questão do compartilhamento de objetivos, de compromissos e cuidado para o dia a dia do SUS. Permite racionalizar e ajustar ações e serviços de forma a promover a melhoria da saúde da população.

Segundo Daniel Rocha, o entrelaçamento das redes acontece por meio da atenção básica, que dá a espinha dorsal ao Sistema Único de Saúde, ordena as redes e coordena o cuidado. Sozinha, contudo, ela não consegue dar o suporte necessário para o cuidado integral à saúde da população. Nem, tampouco, a rede de atenção hospitalar isolada. É preciso um trabalho articulado entre os pontos de cuidado do sistema de saúde para um cuidado integral. "A rede passa pelos estágios de evolução da doença e pelos estágios de vida das pessoas", afirma Daniel.

O coordenador de Urgência e



Redes temáticas prioritárias:

1.Rede Cegonha
2.Rede de Atenção às Urgências e Emergências
3.Rede Psicossocial
4.Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

Emergência do Ministério da Saúde, Paulo de Tarso, é ainda mais didático. "Enxergo a rede como uma maneira articulada do usuário circular, e do gestor e dos profissionais de saúde trabalharem dentro de um sistema de saúde. A gente sempre foi montando, ao longo da história da saúde pública no Brasil, equipamentos que, na prática, nunca trabalharam de maneira harmônica e parceira. Quem ia buscando a porta aberta era o próprio usuário, sem saber se aquela porta em que estava batendo era a correta para resolver aquele agravo ou não".

Para Paulo, pensar em rede é estar interligado por vontades de pessoas, no caso, os profissionais de saúde. Além disso, salienta também a importância da atenção básica como coordenadora do cuidado: "Ela [a atenção básica] ordena a rede porque é ela que me conhece o tempo inteiro, sabe onde e com quem moro e como vivo e, a partir dos agravos que eu tenho, e que já são de conhecimento dessa equipe que me acompanha, saberá onde eu posso ir para o meu atendimento, pois conhece todos os outros equipamentos de saúde no sistema".

A referência normativa para discutir as RAS, hoje, é a Portaria nº 4.279, de 31 de dezembro de 2010, que as define como "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado".

Nesse sentido, Daniel Rocha destaca as diferentes densidades tecnológicas em que estão inseridas, desde questões tecnológicas "duras", ou seja, a realização de procedimentos que necessitam de aparelhos mais sofisticados tecnologicamente e caros (exames de tomografia, tratamentos com acelerador nuclear para radioterapia etc.) até dimensões tecnológicas leves, que consistem no modo de coordenar o cuidado – peculiar à atenção básica, executando-a com complexidade própria. ■



MELHOR EM CASA

A saúde que recebe cuidados dentro dos lares

Por: Fernando Ladeira / Fotos: Radilson Carlos Gomes e Cadini

Idosos com sintomas ou diagnóstico de pneumonia que precisam de tratamento à base de antibióticos por via endovenosa ou jovens vítimas de algum tipo de trauma na coluna vertebral e medula causado por acidente de trânsito ou arma de fogo já não precisam ficar um tempo indeterminado fora de suas casas, internados numa unidade de emergência, para obterem os cuidados necessários de seus agravos. Essa é a proposta do Programa Melhor em Casa, lançado em 8 de novembro pela presidenta Dilma Rousseff e pelo ministro da Saúde, Alexandre Padilha, no Palácio do Planalto, tendo por base a Política de Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – Portaria nº 2.527/MS, editada em 27 de outubro.

Com isso, prevê-se que deixem de ocupar um leito de uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA 24h) ou hospital pessoas de qualquer idade com necessidades de reabilitação motora ou em situação pós-cirúrgica, pacientes crônicos sem agravamento, neonatos, entre outros. Estarão em suas casas, atendidos por uma equipe multiprofissional em parceria com o cuidador, que pode ou não ser um familiar, e outra equipe de apoio, com tratamento e equipamentos – se necessários – custeados pelo SUS.

"O Melhor em Casa vai ser implantado gradativamente no País, com atendimento qualificado dado por equipes de saúde e perto do carinho dos familiares, com a sensação de segurança que se tem em casa e sem as pressões psicológicas que são sentidas dentro de um hospital", enfatizou a presidenta Dilma Rousseff. Até 2014, segundo informou o ministro Alexandre Padilha, pretende-se que estejam habilitadas 1.000 equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (Emad) e outras 400 de apoio (Emap), com investimento estimado em R$ 1 bilhão.

Após o lançamento do Melhor em Casa e veiculação do manual instrutivo na página da rede Saúde Toda Hora (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_melhor_casa_seguranca_hospital.pdf), o Ministério da Saúde aguardou e efetivou a habilitação de, aproximadamente, 150 equipes de 31 municípios e secretarias de saúde de 13 Estados até o final de 2011. Para a implantação e manutenção desses serviços, foram destinados R$ 8,6 milhões em 2011. A perspectiva é de que, até o final de 2012, a atenção domici-



liar conte com mais 250 equipes em funcionamento.

Habilitação

O chamado Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) estará habilitado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) após apresentar ao ministério, e obter sua aprovação, do Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar e do Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar, do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências.

Tanto o Projeto quanto o Detalhamento já deverão ter sido aprovados, previamente, pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Regional (CIR) ou pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Serão autorizados os SAD para municípios com população acima de 40 mil habitantes em regiões metropolitanas ou com população igual ou acima de 100 mil, independentemente da proximidade com metrópoles.

Cada equipe multiprofissional (Emad) deve atender uma média de 60 usuários, em uma população sob sua responsabilidade de 100 mil habitantes, em regime diário de 12 horas de trabalho durante a semana, mas garantindo a continuidade da atenção nos fins de semana e feriados por meio de plantões. Todos os municípios terão direito a uma equipe de apoio (Emap) e, a cada três Emad, poderá ser implantada mais uma de apoio.

A composição mínima da equipe multiprofissional de atenção domiciliar, com carga horária semanal, é de: 1 médico com 40 horas ou 2 médicos com carga de 20 horas; 1 enfermeiro com 40h ou 2 enfermeiros em regime de 20h; 1 fisioterapeuta com contrato de 30h ou 1 assistente social com a mesma carga horária; e 4 auxiliares/técnicos de enfermagem contratados para 40h. Para cada Emad serão destinados, ao Serviço de Atenção Domiciliar do município ou secretaria estadual de saúde, R$ 34.560,00, repassados, mensalmente, na modalidade fundo a fundo.

Já para as Emap, o repasse mensal será de R$ 6.000,00 e deverão ser constituídas a partir de três profissionais de nível superior, com carga horária semanal mínima de 30 horas. A formação das equipes multiprofissionais dependerá das necessidades locais, escolhidas entre as categorias de assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional.

No entanto, os estabelecimentos que até 27 de outubro, data da publicação da Portaria nº 2.527/2011, estivessem credenciados para internação domiciliar e obtendo os repasses por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) continuariam recebendo os recursos nesse formato.

Leitos livres

Um desses exemplos está no Distrito Federal, que começou o serviço de internação domiciliar em 1994, no bairro de Sobradinho, e, devido ao sucesso, foi expandido em 1995 para os bairros de Planaltina e Gama. Atualmente, além desses três e Brasília, a atenção domiciliar atinge outras oito regionais, deve chegar a 15 em 2012 até completar 25 em todo o DF, levando-se em conta a sua população, de 2,5 milhões de habitantes, como informa a gerente de atenção domiciliar (AD), Maria Leopoldina Villas-Bôas.

Segundo Leopoldina, o serviço já soma 872 pessoas cadastradas, com autorização dos familiares e termos de empréstimos assinados para uso de nebulizadores, cadeiras de banho e camas bancados com verba da Gerência, "e são 872 leitos que deixam de ser ocupados e são destinados para casos mais agudos em hospitais", enfatiza a gerente. Ela lembra que existem 16 hospitais do governo do Distrito Federal, com média de 300 leitos cada, o que permite deduzir a importância da AD para a saúde local. Afinal, diminuem as necessidades de estrutura, de hotelaria, de profissionais de saúde, de casos de infecção e reinfecção enquanto o número de pacientes crônicos tende a aumentar, e também a prática da atenção nos domicílios.

"...Cada equipe multiprofissional (Emad) deve atender uma média de 60 usuários, em uma população sob sua responsabilidade de 100 mil habitantes, em regime diário de 12 horas de trabalho durante a semana, mas garantindo a continuidade da atenção nos fins de semana..."

No DF, as principais incidências crônicas são de atingidos por acidentes vasculares cerebrais (AVC), por doenças pulmonares obstrutivas crônicas, neoplasias (cânceres) e síndromes demenciais (Parkinson e Alzheimer). O produtor rural José Miguel de França, 56 anos, por exemplo, há dez anos foi vítima de AVCs que lhe atingiram a fala e paralisaram a movimentação de um lado do corpo. Ainda conseguia se expressar e ter alguma autonomia, mesmo que precisasse de cuidados e ajuda, o que caracteriza a modalidade de atenção domiciliar tipo 1 (AD1), que é atendida, conforme a Portaria nº 2.527, pelas equipes de Saúde da Família ou outras modalidades de atenção básica.

Critérios para inclusão na modalidade AD2

Ter pelo menos uma situação:

- *demanda por procedimentos mais complexos que podem ser feitos em casa: curativos, drenagem de abscesso etc;*
- *dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;*
- *necessidade habitual de exames de laboratório menos complexos;*
- *adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;*
- *adaptação do usuário ao uso de sondas e ostomias (abertura cirúrgica na pele para comunicar meio interno e externo);*
- *acompanhamento domiciliar em pósoperatório;*
- *reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, até poderem frequentar um serviço de reabilitação;*
- *uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;*
- *acompanhamento de peso ponderal de recém-nascidos de baixo peso;*
- *necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;*
- *necessidade de cuidados paliativos;*
- *necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea;*
- *necessidade de fisioterapia semanal.*



Foto: Cadini

Há dois anos, entretanto, José Miguel sofreu nova carga de derrames, perdeu os movimentos por completo e sua companheira o deixou na porta da casa da irmã do produtor, Maria do Carmo da Silva, após afirmar não ter condições de cuidá-lo. De lá para cá, a equipe de AD do Hospital Regional de Planaltina, chefiada pela enfermeira Ivone Canedo, ajudou Maria do Carmo a adequar sua casa à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC nº 11/2006), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), para ter direito à atenção domiciliar.

Ao mesmo tempo, além do atendimento periódico da equipe a José Miguel, orientaram Maria do Carmo quanto ao tratamento medicamentoso e nutricional, ensinaram-na a fazer curativos, a evitar a formação de escaras (lesões/úlceras na pele devido à má oxigenação e falta de movimento em pacientes acamados) e a trocar a sonda nasoenteral (aplicada no nariz para atingir o estômago), utilizada para alimentar o irmão. Ele já está enquadrado na modalidade AD2 (ver box na página 19),

> *"...o trabalho entre as equipes de atenção básica e de atenção domiciliar constrói vínculos e tem sinergia. A equipe da atenção básica já cuida de todas as necessidades de sua população adstrita, mas quando identifica que um usuário precisa de cuidado mais intensivo e próximo comunica ao SAD..."*

em que os usuários do sistema de saúde têm dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, precisam de maior frequência de cuidado da equipe (semanal), recursos de saúde e acompanhamento contínuo (pelo cuidador).

Para estar incluído na modalidade AD3, basta existir uma das situações para inclusão do usuário no modo AD2 e mais a necessidade de, no mínimo, o uso de equipamentos ou procedimentos tais como a oxigenoterapia e suporte ventilatório não invasivo, pressão aérea positiva por dois níveis (BIPAP), concentrador de O2, diálise peritoneal e paracentese (drenagem de líquido peritoneal por punção com agulha). Casos mais graves não são incluídos no Serviço de Atenção Domiciliar.

Em Cascavel, no Paraná, o serviço de oxigenoterapia prestado pela atenção domiciliar provocou a queda de sete a oito internações por ano para uma ou nenhuma, informou a diretora do Departamento de Atenção à Saú-

de, Mara Zachi. E as internações, em gerais, de pacientes crônicos caíram 80%, mesma porcentagem apontada pela gerente no DF, Maria Leopoldina Villas-Bôas.

O diferencial, portanto, para a inclusão no atendimento pela atenção básica (AD1) e pelo Melhor em Casa (AD2 e AD3) é que as equipes de Saúde da Família (eSF) e demais modalidades de atenção básica dão e darão atendimento àqueles usuários que tenham mobilidade e alguma autonomia, possibilidade de se locomoverem até uma unidade de saúde e recebem cuidados nas residências. Segundo o coordenador do Programa Melhor em Casa, Aristides de Oliveira, o trabalho entre as equipes de atenção básica e de atenção domiciliar constrói vínculos e tem sinergia. A equipe da atenção básica já cuida de todas as necessidades de sua população adstrita, mas, quando identifica que um usuário precisa de cuidado mais intensivo e próximo, que caracterize AD2 e AD3, comunica ao SAD, que o inclui no projeto terapêutico da Emad atuante na região. A equipe de atenção básica não se desresponsabiliza e partilha o cuidado ao usuário com a nova equipe protagonista.

> *"...diminuem as necessidades de estrutura, de hotelaria, de profissionais de saúde, de casos de infecção e reinfecção enquanto o número de pacientes crônicos tende a aumentar, e também a prática da atenção nos domicílios..."*

Os exemplos de prática da atenção domiciliar, de acordo com Aristides de Oliveira, estão distribuídos pelo Brasil de 15 anos para cá, porém são mais visíveis nas Regiões Sul e Sudeste, mais populosas e com mais pacientes na terceira idade. No entanto, o Ministério está incentivando todas as regiões a apresentarem seus projetos. Ele reconhece que a presença de equipes nas residências das pessoas é delicada, uma representação do Estado dentro das casas, mas ao mesmo tempo significa respeitar os usuários e humanizar o tratamento, permitindo a eles terem mais privacidade e conforto em seus próprios lares. ■





Samuel Campana Arndt

Por: Déborah Proença / Fotos: Carol Paredes



Completando, em fevereiro próximo, três anos como educador físico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Cidade Ademar, no município de São Paulo, Samuel Campana Arndt, 31 anos, atende 20 equipes de Saúde da Família, em três Unidades Básicas de Saúde: Jardim Selma, Cidade Júlia e Vila Império II. São, ao todo, mais de 17 mil e trezentas famílias cadastradas.

Formado pela Universidade Ibirapuera, em 2004, o "aventureiro de plantão" se diz muito feliz com seu trabalho, procurando sempre fazer o melhor para as outras pessoas. Quando não trabalha pela saúde alheia, trabalha pela sua própria sempre que pode, correndo na rua, praticando rafting (descida, em equipe, em corredeiras de rios utilizando botes infláveis e equipamentos de segurança) e tirolesa (cabo aéreo ligado horizontalmente entre dois pontos, geralmente árvores, em que a pessoa vai de um ponto a outro sentada em uma cadeirinha de alpinismo).

RBSF: Como funcionam as atividades coordenadas por você (grupos de caminhada, ginástica, lian gong, alongamentos, de dor crônica, adolescentes, terceira idade) como membro do NASF?

Samuel Arndt: As atividades, na maioria das vezes, acontecem com as equipes de Saúde da Família (eSF), sempre aproveitando o momento para realizar alguma ação de educação permanente, demonstrando a importância dos exercícios físicos e sua correta execução. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em que atuamos está inserido em três Unidades Básicas de Saúde (UBS). Normalmente, fazemos as atividades em espaços da comunidade ou em sala de grupo na UBS, e a comunidade se torna participativa, principalmente, quando os agentes comunitários de saúde (ACS) participam e também as vivenciam. Procuramos sempre trabalhar em equipe para ampliar a visão multiprofissional, aliando particularidades da nutrição, fisioterapia, serviço social etc., e fazendo com que o tempo utilizado nos grupos seja mais bem aproveitado.

RBSF: As atividades que você coordena começaram por solicitação da comunidade? E o lian gong? Participou de alguma capacitação especial para desenvolvê-lo?

Samuel Arndt: Quando o NASF foi inserido nas UBS, algumas atividades já aconteciam, como a caminhada em uma delas, por exemplo. Em outra unidade, a caminhada e o lian gong foram introduzidos e divulgados na comunidade, que logo passou a participar regularmente. Na UBS inaugurada recentemente, chegamos com a proposta para as equipes, que, prontamente, aceitaram a ideia. E, no decorrer de 2011, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo promoveu uma capacitação voltada para a prática de lian gong.
Temos também uma forte aliada para nossas atividades, uma igreja que abriu as portas para realizarmos as atividades com a terceira idade e conseguiu doações de equipamentos (bolas, pesos, col-

chonetes). Isso é importantíssimo para a continuidade das ações e estimula os participantes.
Além dos grupos de exercícios físicos, montei, há três anos, com os participantes dos grupos de uma das UBS, um coral para cantarmos músicas natalinas no final do ano e fazermos apresentação na UBS, homenageando os colaboradores. Já estamos no terceiro ano consecutivo e, em 2011, tivemos a colaboração para a compra de tecido, e as próprias senhoras que participam do coral confeccionaram uma "capa" para os membros, ajudando também a divulgar o artesanato feito por elas.

RBSF: O que o levou à Saúde da Família?

Samuel Arndt: Na verdade, eu não conhecia a Estratégia Saúde da Família (ESF). Fiquei sabendo do processo seletivo por meio de uma pessoa conhecida, que disse que haveria uma prova e pediu meu currículo. Passei no processo seletivo e, após conhecer a Estratégia, percebi que ela é muito importante, pois trata de mudança de atitude, de comportamento, e trabalha muito com ações preventivas, algo que, no Brasil, ainda é incipiente. É como costumamos dizer, "um trabalho de formiguinha", mas, se bem feito, teremos um saldo muito positivo no futuro.

RBSF: Foi uma opção mais racional ou emocional?

Samuel Arndt: Depois de conhecer, acredito que foi algo emocional. Não imaginava um médico visitando a casa de um paciente. A única visão que eu tinha de saúde era a de irmos a um consultório, e nunca mais ser visto pelo médico, a não ser que tivéssemos que retornar. Fiquei imaginando minha mãe, portadora de diabetes e hipertensão arterial, sendo cuidada e tendo a visita mensal de um agente comunitário de saúde.

RBSF: Como vê a prática da Estratégia Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Brasil, e como se sente na condição de participante dela?

Samuel Arndt: Acredito muito na Estratégia Saúde da Família. Como disse anteriormente, é algo diferente. Ainda precisa ser melhorada e devemos fazer com que a população entenda que é também responsável pela própria saúde, que precisa se cuidar para evitar danos maiores a ela mesma. E o NASF veio para apoiar com atividades educativas, diferenciadas, criativas, somando cada vez mais à ESF. Sinto-me honrado e com expectativas de realmente fazermos história na área da saúde.

RBSF: O que acha do Programa Academia da Saúde? Já há algum programa similar implantado em seu município ou há propostas para implantação de polos do programa?

Samuel Arndt: Li algo a respeito no Portal da Saúde e achei interessante a proposta. Acredito que venha de encontro com a dificuldade, pelo menos aqui na nossa comunidade, de termos espaços apropriados para realizarmos determinadas atividades. No entanto, ainda não tenho conhecimento de nenhuma construída no município de São Paulo.

RSBF: Dê três motivos para ser profissional de Saúde da Família?

Samuel Arndt: Gosto de trabalhar para promover saúde e ver a alegria e a melhora na vida das pessoas atendidas. Além da satisfação pessoal, claro. ■





Raio X:

1- PARA SER BOM MEU TRABALHO PRECISA DE: Parceria com outros profissionais.

2- FUNDAMENTAL NESTA PROFISSÃO É: Saber Motivação.

3- UM PACIENTE/ATENDIMENTO/MOMENTO MARCANTE FOI: O início do coral em uma das UBS, além dos pacientes que têm sua condição de saúde melhorada por meio dos exercícios realizados nos grupos.

4- UM IDEAL: Que todos tenham em mente que cuidar da saúde é algo que precisamos fazer todos os dias, para evitar que, no futuro, tenhamos um cuidador para nossa própria saúde.

5- UM LEMA: Saúde 10 x 0 Doença. Esse é o tema de um dos projetos especiais de onde trabalho, mas que serve, e muito, para a ocasião!

6- UM DESAFIO: Provocar a mudança de hábitos saudáveis na população.

7- PARA SER FELIZ: Faça para os outros como se fosse para você mesmo...

8- SE NÃO FOSSE EDUCADOR FÍSICO SERIA: Piloto de avião.

9- UM ATENDIMENTO ESPECIAL NECESSITA: Atenção e escuta.

10- UM SONHO REALIZADO FOI: A aquisição da futura moradia.

11- TRÊS COISAS ESSENCIAIS: Amizade, companheirismo e amor pelo que fazemos.

12- UMA INSPIRAÇÃO/MOTIVAÇÃO: A alegria das senhoras (pacientes) ao começarmos as atividades.

13- UMA ALEGRIA PROFISSIONAL: Compartilhar, aprender com profissionais de outras áreas e ampliar o conhecimento.

14- UMA CHATEAÇÃO: Quando nem todos trabalham com o mesmo objetivo.

15- UM OBSTÁCULO: Espaços insuficientes.

16- DAQUI A DEZ ANOS ESTAREI: Casado, com dois filhos e repleto de pessoas saudáveis por perto.

17- O MELHOR DA PROFISSÃO É: Saber que não somos apenas aqueles que “jogam bola”, e sim profissionais estudados, envolvidos e comprometidos com a melhoria da saúde das pessoas atendidas na ESF.

18- SAÚDE DA FAMÍLIA É: Cuidar de todos.

19- FINALIZANDO, UM CONSELHO: Cuidar de si mesmo é promover a saúde nos outros!



Saúde mais perto de você

Atenção Básica com novos desafios, novas políticas

Por: Fernando Ladeira | Fotos: Radilson Carlos Gomes

Aprimoramento da PNAB, instituição do PMAQ, criação da Academia da Saúde, reestruturação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do Nasf, Telessaúde Brasil Redes na atenção básica (AB), novidades no desenho, estrutura e financiamento das equipes que atuam junto às populações ribeirinhas e nas UBS fluviais. Ampliação dos formatos de inserção de médicos nas equipes de AB, incentivos para os profissionais que atuarem em áreas de difícil provimento, mudanças e reajustes no financiamento da AB para os municípios. Estas são algumas das inúmeras medidas pactuadas e aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) ao longo de 2011 que ganham o nome de Saúde Mais Perto de Você e prometem dar cara nova à atenção básica no Brasil.

Ao final, alinhavando as medidas tomadas e preparando a costura de outras que ainda estavam sendo preparadas, entrou em vigor, em 21 de outubro, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, Portaria nº 2.488), fruto de meses de formulações, discussões e consensos que envolveram os diversos segmentos que formam o setor público de saúde no Brasil. Do início ao fim do ano, foram criados ou atualizados programas e políticas, e estabelecidos incentivos financeiros já sob a fundamentação das mudanças efetivadas em uma lei e 40 portarias.

"Discutimos as diretrizes da nova PNAB no Conselho Nacional de Saúde e só em duas (de 11) reuniões da CIT a atenção básica não esteve em discussão. A nova PNAB vem fazer o consolidado, amarrar tudo em uma regulamentação", afirma o diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB), Hêider Aurélio Pinto. Para desfazer, conforme ele, os nós críticos detectados na infraestrutura, no processo de trabalho, na qualidade da atenção e no financiamento. "É fundamental realinhar a atenção básica, a partir do acúmulo desses anos todos, para a implementação de um aperfeiçoamento, de mudanças que são pedidas em todos os municípios brasileiros", diz o secretário de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, Helvécio Miranda Magalhães Júnior.

A nova política, portanto, foi formatada a partir da lógica de ampliação do acesso e também da qualificação da assistência prestada, tanto na ampliação e adequação da estrutura física, quanto no investimento no preparo de profissionais e definição de padrões de qualidade crescentes, sinalizando a inclusão da rede tradicional, respeitados os princípios da Estratégia Saúde da Família.

"A atenção básica foi e será nosso norte e cláusula pétrea, desde que não promovamos a

desassistência, mas a fortaleçamos como um todo. Temos que experimentar para falar que não dá certo, e mudar lá na frente se preciso, pois é para isso que temos a pactuação, que vem ao encontro da necessidade do momento", enfatizou o presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Antônio Carlos Nardi.

De acordo com o responsável pela Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGAB/DAB), Eduardo Alves Melo, a nova PNAB evidencia o movimento feito para preservar o que vinha bem, incluir o que não estava previsto na PNAB de 2006 e alterar pontos que a realidade mostrou não estarem ajustados. Preservou-se, assim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto modalidade prioritária de implantação da atenção básica. Foram agregadas novas modalidades de arranjos de equipes para diferentes tipos de situações e contextos.

SF e AB tradicional

Entre essas, a de inclusão nas políticas do ministério da chamada atenção básica tradicional, que existe em vários Estados e com formas próprias de organização, e que no decorrer das duas últimas décadas não aderiu à Saúde da Família, e sobre a qual, o trabalho que realizam, público atingido e resultados obtidos tem-se poucas informações. Serão consideradas para o PMAQ, portanto, desde que atendam a princípios e diretrizes da ESF: territorialização, adscrição de clientela, vínculo e perspectiva de coordenação do cuidado dos usuários ao longo do tempo, responsabilização sanitária e trabalho em equipe.

Segundo Melo, o ministério adota a posição de que, se houver outras modalidades de equipes de atenção básica (eAB) que não as de Saúde da Família (eSF) nos municípios, elas não serão desconhecidas, mas é importante que se organizem e funcionem em coerência com os princípios e diretrizes da atenção básica, podendo, inclusive, agregar agentes comunitários de saúde.

Também foram incorporadas como novas modalidades de equipes de AB algumas que já existiam, tais como as que lidam com pessoas em situação de rua, os chamados Consultórios na Rua. E ainda as equipes de Saúde da Família ribeirinhas e as unidades móveis fluviais, com desenho e financiamento específicos e mais adequados às realidades em que atuam. No caso das unidades fluviais, o Ministério da Saúde já celebrou 13 convênios de financiamento para a construção de embarcações e depois o fará



para o custeio dos barcos e equipes que vão circular na complexa geografia da Amazônia Legal e do Pantanal Mato-Grossense.

Agregações

A ampliação das possibilidades de carga horária para os médicos na ESF – que é também uma das novidades na PNAB –, articulada a iniciativas nacionais (como o Provab e o benefício do Fies), intermunicipais, regionais e estaduais (como as carreiras para os profissionais da atenção básica), poderá influenciar na questão do provimento e fixação dos profissionais médicos. "A maior parte das cidades no Brasil tem dificuldade em atrair e fixar médicos no SUS", afirma o coordenador da CGAB.

A solução pactuada à custa de muitas discussões foi contemplar diferentes modalidades de carga horária. Manteve-se a preferencial de 40 horas semanais e admitiram-se os formatos de dois profissionais de 30 ou 20 horas semanais, com limite para o número de equipes que podem ser enquadradas na modalidade "transitória" (com um médico de 20h). Gilson Carvalho, consultor do Conasems, lembra que há algum tempo a Finlândia optou pelo modelo de 20 horas/sem., com bons resultados. Entre as causas, porque as médicas, quando engravidavam e após ter os filhos, não queriam mais prestar o atendimento de 40h/sem.

A portaria define, então, que municípios com até 20 mil habitantes e até três equipes de Saúde da Família podem ter até duas equipes nesse modo chamado "transitório", mas, se houver mais de três eSF, as equipes transitórias podem chegar a 50%. Já nos municípios com 20 mil a 50 mil habitantes, o percentual de equipes transitórias é de até 30% das equipes de Saúde da Família, e baixa para 20% se a população for de 50 mil a 100 mil habitantes, e para 10% se acima de 100 mil habitantes.

A equipe transitória, que não existia, com profissional de 20 horas semanais, recebe um valor de incentivo financeiro menor que aquelas com médicos de 30 e 40h/sem., e não pode participar do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) do DAB. "A importância disso é que haverá maior possibilidade de enxergar a atenção básica real, atendendo a uma diretriz do governo", complementa Eduardo Melo.

"A nova política, portanto, foi formatada a partir da lógica de ampliação do acesso e também da qualificação da assistência prestada, tanto na ampliação e adequação da estrutura física, quanto no investimento no preparo de profissionais e definição de padrões de qualidade crescentes..."

Motivação profissional

Ainda para incentivar a opção profissional de médicos para atuarem na atenção básica, lembra o coordenador da CGAB, acertou-se junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM, vinculada ao Ministério da Educação) que os graduados que decidirem atuar em áreas mais vulneráveis e de difícil provimento de profissionais, indicadas pelo Ministério da Saúde, ganharão bônus.

Para tanto, devem se inscrever no Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica, do Ministério da Saúde. Pelo Provab, os trabalhadores inscritos serão acompanhados pelos gestores municipais, no que toca ao desempenho, e por docentes de, aproximadamente, 70 instituições de ensino superior. Estes darão suporte semipresencial ou por meio do Telessaúde ao profissional. Ao final do período de 11 meses de contrato, com boa avaliação, receberá um bônus de 10% na prova de residência médica. Aos dentistas, médicos e enfermeiros serão ofertados cursos de especialização a distância, para que eles, por estarem em municípios longe de centros formadores, não se sintam desatualizados, e sim valorizados.

Outra clara demonstração do Estado brasileiro em querer oferecer cuidados médicos às populações carentes e/ou distantes está em propor aos graduados em instituições privadas que pagaram seus cursos por meio do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) que abatam sua dívida trabalhando na atenção básica. Após o primeiro ano, cada mês, incluindo os 12 já trabalhados, representará um abatimento de 1% em sua dívida, podendo atingir os 100% em oito anos e quatro meses.

A qualificação profissional, aspiração manifestada em todo o País, terá apoio no Telessaúde Redes, parte do Programa de Requalificação das UBS. Junto ao

financiamento para as obras da rede física está disponibilizado um componente para a instalação da rede de informática que possibilitará o apoio de teleconsultores. Permitirá a melhoria de qualidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os Nasf

O trabalho realizado pelos profissionais de diversas categorias em suporte às equipes de SF, por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), criados em 2008, tem sido bem sucedido e desejado nos variados recantos do Brasil. As três modalidades antes existentes passaram a apenas duas: Nasf I e II, em que o I atinge localidades com mais de oito eSF. E o Nasf II de três a sete eSF. Assim, afirma Eduardo Melo, "com a mudança, mais de 4 mil municípios poderão ter Nasf".

De acordo com o coordenador da CGAB, os Núcleos têm agregado às equipes de atenção básica o apoio matricial, o cuidado compartilhado às pessoas e o aumento na resolutividade de casos. E agora, com o acréscimo de profissões às já existentes, será possível aumentar a oferta de serviços da AB aos usuários. As profissões incluídas são: sanitarista, arte-educador, geriatra, clínico e veterinário. A ação dos profissionais dos Nasf vai colaborar no sucesso das Academias da Saúde, um programa criado pela Portaria nº 719, em abril.

UBS

Em levantamento mais antigo que tem sido muito utilizado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 75%, mas em levantamento mais atual, 50% das 44.415 Unidades Básicas de Saúde do País estavam em situação inadequada de funcionamento. Isso foi, segundo o secretário Helvécio Miranda Magalhães Júnior, o que a presidenta Dilma Rousseff captou, durante a campanha eleitoral, no diálogo com prefeitos, governadores e lideranças, que era necessário um amplo programa de melhoria física e atualização da rede de infraestrutura, o que levou ao Programa de Requalificação das UBS, dentro do qual está a informatização das unidades.

> *"A requalificação profissional, aspiração manifestada em todo o País, terá apoio no Telessaúde Redes, a partir da reforma, ampliação e construção de Unidades Básicas de Saúde por meio do Programa de Requalificação das UBS."*

Segundo Eduardo Melo, da CGAB, em 2011, no componente "reforma", foram contempladas propostas para cerca de 5,2 mil unidades básicas. Ao final do ano, conta Melo, abriu-se o cadastramento de pré-propostas do componente "ampliação" das UBS, que deverá contemplar o aumento de 5.465 UBS em 2012. Foi feito o repasse para início de cerca de 2 mil construções de novas UBS em 2011, e é prevista para 2013 a abertura de novo processo de cadastramento de construções de UBS para os municípios. As ampliações e construções serão financiadas por recursos do Programa de Aceleração de Crescimento – PAC II.

A presidente do Conass, Beatriz Dobashi, ressaltou a importância dessa requalificação das unidades para os municípios, pois nem todos os Estados têm algum tipo de incentivo para essa finalidade, "e, por ser chamariz, a atenção básica precisa ter um local em que os usuários e profissionais de saúde se sintam bem". Para o secretário da SAS, "a legitimidade da saúde pública vai se dar quando o povo tiver clareza e compreender que o SUS é vital para a defesa de sua vida e de sua família, e unidades de saúde próximas, bonitas e estimuladoras são uma marca importante, e é isso que queremos para o SUS".

PAB

Na abertura do 27º Congresso Nacional do Conasems, em 9 de julho, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, assinou as Portarias de nº 1.602 e 1.599, de reajuste dos Pisos de Atenção Básica Fixo e Variável, e afirmou aos presentes que a "atenção básica de qualidade é decisiva para um Brasil sem miséria, e serve de instrumento para superarmos as desigualdades ainda persistentes no País". O reajuste do PAB Fixo, o maior desde sua criação, foi dado com um diferencial, deixou de ser igual para todo o País e recebeu um elemento de equidade.

Estipulado em R$ 18 per capita, esse valor se manteve ainda para os municípios mais ricos do País e será reajustado no ano de 2012. A pirâmide, no entanto, se inverteu, e os 70% de municípios



mais pobres e com menos de 50 mil habitantes passaram a receber R$ 23 per capita. Os 20%, na sequência nos indicadores de pobreza e com população menor que 100 mil, o valor de R$ 21 p/c e, para aqueles municípios intermediários em termos de pobreza que têm menos de 500 mil habitantes, R$ 19 p/c. Aproximadamente, 97% dos municípios foram beneficiados e, em 2012, serão 100%. A reação à medida foi muito positiva, segundo Helvécio Miranda Magalhães Júnior, e foi importante tratar de forma diferenciada os municípios mais pobres, com mais dificuldades e menor arrecadação, assim como ter dado os 5% de reajuste para as equipes de Saúde da Família.

No entanto, para o presidente do Conasems, a maior conquista de 2011 foi a implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), devido aos compromissos que serão assumidos pelas equipes de atenção básica e pelos gestores com os indicadores de saúde, com a resolutividade, com a implantação de padrões de acesso e qualidade e com a satisfação dos usuários. “Serão pactuadas metas e, com o cumprimento delas, poderão receber bem mais do que recebem, representando um incentivo aos vitoriosos para serem vitoriosos”, diz, satisfeito, Nardi.

Além de o município receber o PAB Fixo, mais os recursos do PAB Variável, ainda tem o componente “qualidade”, que pode representar um acréscimo de R$ 6,5 mil (sem saúde bucal) até R$ 8,5 mil (com saúde bucal) por equipe ao mês, conforme o resultado da avaliação externa. Um investimento de 1 bilhão de reais até o fim de 2012. A ânsia por qualificação detectada junto aos municípios confirmou-se no cadastramento para o programa, uma vez que 17.669 equipes de mais de 4.000 municípios aderiram.

Um conjunto de medidas em uma agenda intensa cujos resultados serão sentidos em curto, médio e longo prazos. Para os próximos anos, lembra Eduardo Melo, “teremos um trabalho intenso para dar conta de inúmeras questões, como o cofinanciamento estadual da atenção básica, e continuar o crescimento progressivo do financiamento federal, as políticas de provimento e fixação de trabalhadores (incluindo carreiras intermunicipais, regionais e estaduais), e o desenvolvimento de mecanismos consistentes de colaboração, apoio e suporte a gestores e trabalhadores. Além de estratégias variadas de desenvolvimento dos profissionais e de aumento de resolutividade da AB, incluindo o aperfeiçoamento da articulação da atenção básica com outros pontos das redes de atenção”.

Segundo Melo, “o discurso acerca da importância da atenção básica e do seu papel fundamental de ordenação da rede e de coordenação do cuidado tem sido repetido por diferentes atores, o que sinaliza certo consenso, e é

necessário, cada vez mais, que as práticas e as ações concretas demonstrem esse compromisso. Precisamos articular ações variadas, em diferentes instâncias e espaços, mirando o cotidiano dos serviços, pois o cuidado requer gestão e a gestão em saúde deve ter como elemento final o cuidado, a efetivação do direito à saúde no dia a dia. O momento é de muito otimismo e de possibilidades concretas de avanços, que já começam a dar os seus primeiros sinais".

Para Eduardo Melo, é necessário "seguir nosso trabalho pelo SUS com uma atenção básica forte, de forma cooperativa, responsável e vigorosa. A participação dos gestores, usuários, trabalhadores e instituições nesse processo não é apenas uma diretriz ético-política, mas também uma necessidade para efetivar uma atenção básica cuidadora e resolutiva, sustentável e legitimada socialmente. Para isso, não podemos perder também a capacidade de autocrítica, perguntando-nos a todo tempo quais os efeitos concretos das nossas políticas e ações, reorientando-as quando necessário e oportuno."

"...seguir nosso trabalho pelo SUS com uma atenção básica forte, de forma cooperativa, responsável e vigorosa. A participação dos gestores, usuários,trabalhadores e instituições nesse processo não é apenas uma diretriz ético-política..."

Para o secretário da SAS, o salto de qualidade dado nos últimos dez anos, responsável por essa superexpansão que faz o SUS atingir mais da metade da população só pela AB, permite que sejam identificados os problemas a serem enfrentados. Assim, afirma Helvécio Miranda Magalhães Júnior, a priorização da atenção básica se impôs, para ser fortalecida e ter o papel de centro coordenador das redes de saúde. ■





Gol de placa!

Por: Déborah Proença / Fotos: Tiago Souza

Não restam dúvidas de que a informatização dos processos de trabalho é imprescindível nos dias atuais. Ela agiliza o acesso às informações, maximiza os espaços (hoje tão disputados), facilita a comunicação e a interação entre as pessoas, e organiza e gerencia os fluxos de trabalhos. Podemos citar milhares de vantagens em informatizar a vida, no entanto, também não há dúvidas de que nem todos dispõem de sistemas informatizados ou têm a possibilidade de dispor.

No caso da saúde – especialmente, da atenção básica –, a tecnologia não é tida como imprescindível – ainda! Mas isso não é regra geral. Em alguns municípios, essa realidade já é diferente. É o caso de Florianópolis.

Bites na Terra da Magia

Mesmo sendo a capital de Santa Catarina e possuindo algumas das mais belas praias do Brasil (é o turismo preferencial para muitos), Florianópolis ainda é uma cidade com ares de interior. Contudo, não é o aspecto interiorano que prevalece na atenção básica local. É bom lembrar que Santa Catarina está entre os quatro Estados líderes na informatização e criação de softwares do País!

Nos últimos sete anos, a saúde disponibilizada aos florianopolitanos pela Secretaria Municipal de Saúde sofreu mudanças substanciais. E para melhor! Se antes o município se responsabilizava apenas pela atenção básica, o que já não era pouco, a partir de 2004, Florianópolis passou a trabalhar com todos os níveis de complexidade, oferecendo atendimento integral e resolutivo à população.

Em 2007, a capital catarinense assinou, em parceria com a Secre-

taria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde (MS), o Pacto pela Saúde e, por meio da Resolução nº 48/2007, o Conselho Municipal de Saúde aprovou o Plano Municipal de Saúde para o período de 2007-2010, que, entre os objetivos, destaca a efetivação da atenção básica como espaço prioritário de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e o estabelecimento de uma política de informação em saúde.

Essa política de informação revolucionou o trabalho nas unidades de saúde do município. Agora, toda a rede de saúde possui um sistema georreferenciado de informações – um prontuário eletrônico. Com interface amigável e de fácil utilização, o sistema é atualizado conforme as necessidades. E as demandas são contínuas, como conta Thaise Alana Goronzi, enfermeira e coordenadora do Centro de Saúde da Prainha: "Eles estão o tempo todo melhorando, atualizando. Tudo que temos dificuldade de importar nós sugerimos e eles vão fazendo".

E essa fala é constante. Todos afirmam que, desde que o prontuário começou a ser implantado no município, há, pelo menos, seis anos, muitas funções já foram aprimoradas, como a inclusão de indicadores de pré-natal e a marcação de consultas via web. "Abrimos uma conta de e-mail para a nossa área, divulgamos em nossa comunidade, e aqueles que têm acesso a esse recurso agendam as consultas e tiram dúvidas por meio da internet. O serviço já existe há um ano e meio. Foi uma das coisas mais ricas que fizemos. Até mesmo uma pesquisa sobre os resultados desse serviço para a comunidade", relata Paulo Poli Neto, médico de Família e Comunidade da SMS de Florianópolis. Para os que preferem o bom e velho telefone, há a possibilidade de marcação de consultas por um número de celular. "Os usuários ligam para saber se há vaga para consulta no dia, e os agentes comunitários de saúde gerenciam as ligações", informa.

"...É bom lembrar que Santa Catarina está entre os quatro Estados líderes na informatização e criação de softwares do País!..."

Nesse prontuário, além de todas as informações de saúde do indivíduo e o histórico de exames e procedimentos, há o acesso imediato a consultas especializadas e de urgência, uma vez que o sistema permite a interação entre as unidades de saúde, as policlínicas de especialidades e as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA). Isso elimina o uso de papel para referências e contrarreferências, além da duplicidade de encaminhamentos e exames. Ou seja, todos os profissionais de saúde da rede municipal têm acesso irrestrito aos dados coletados nas UBS e vice-versa. "Claro que há a preocupação com o sigilo do prontuário, de que esses dados, ao circularem por muitas





pessoas, podem vazar mais facilmente. Porém, adotamos procedimentos de segurança para evitar esse risco, ao qual estão propensos todos os sistemas de informação no mundo", diz Paulo Poli.

O sistema não apenas integrou informações nos três níveis de gerenciamento municipal (local, regional e central), como informatizou toda a documentação utilizada pelas UBS (agenda, prontuário, formulários e relatórios). A base de dados é o prontuário eletrônico do usuário, que possibilita gerar indicadores de saúde, alimentar todos os sistemas exigidos pelos gestores estadual e federal e qualquer necessidade do gestor municipal.

Para entender um pouco dessa ferramenta, para cada especialidade, por exemplo, é definida a duração da consulta, que, automaticamente, gera a estrutura da agenda com a quantidade de consultas disponíveis para o profissional. Adicionalmente, cada especialidade tem acesso a determinadas seções do prontuário.

"...No caso dos dentistas, nós precisávamos rediscutir todo o nosso prontuário. A anamnese, que é a condição clínica geral de saúde do paciente, precisa ser preenchida corretamente..."

Aprimoramento para SF

"Para quem fez residência em APS, ele poderia melhorar. A gente trabalha muito com a família dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF), mas o prontuário é individual e não permite que se faça o rastreamento familiar", afirma Thaise Goronzi.

Flavia Henrique, médica e coordenadora do Distrito Sanitário Centro, concorda, "atualmente, a maior dificuldade é que o prontuário é individual. Gostaríamos que houvesse links para os outros membros da família, mas não há". A médica ressalta, ainda, a questão dos relatórios gerenciais, que são pré-formatados e não permitem conversão do documento para Excel ou Word, o que dificulta a análise do conteúdo. Além disso, a captura dos dados, segundo ela, confunde a interpretação. "Dependendo do

tipo de relatório, parece que o mesmo dado se apresenta de formas diferentes".

Paulo reclama da duplicação de dados pela falta de compatibilidade entre o sistema e algumas ferramentas do MS. "Permitir a interface entre o nosso prontuário e o SISREG, o sistema de regulação do MS, evitaria o retrabalho de digitar e digitalizar duas vezes a mesma informação, e diminuiria o vaivém das pessoas e dos papéis", considera.

Outra reclamação das equipes é a falta de comunicação e interatividade entre os profissionais (com mensagens instantâneas), que, conforme acredita Flavia Henrique, poderia diminuir o número de encaminhamentos.

Com relação à saúde bucal, a expectativa é grande. "No caso dos dentistas, nós precisávamos rediscutir todo o nosso prontuário. A anamnese, que é a condição clínica geral de saúde do paciente, precisa ser preenchida corretamente. Nós passamos, durante o ano de 2011, por um período de rediscussão e reorganização do nosso prontuário odontológico. No odontograma – utilizado quando recebemos um paciente novo e estabelecemos um raio X da saúde bucal dele –, não era possível inserir determinadas informações, como as cáries iniciais, as manchas brancas. Isso mudou. Na anamnese, agora, conseguimos ampliar as informações e fazê-la de forma bem completa. Agora, também há um espaço para descrição de quaisquer outras informações que julgarmos relevantes", afirma Rafael Sebold, cirurgião-dentista do Centro de Saúde Prainha. As mudanças estão em fase de desenvolvimento. A expectativa é de que sejam implantadas no primeiro semestre de 2012, e inicialmente testadas em uma ou duas unidades.

Ele salienta, também, o campo para informações para tratamento de gengiva (periodontia), que antes não havia. "Não tínhamos onde marcar sobre sondagem periodontal. Podíamos escrever todas essas informações na evolução do paciente, mas isso é muito demorado. Agora, conseguimos incluir a questão da periodontia de forma prática. Inserindo um link bem próximo ao odontograma – o periograma".

> *"...Se antes o município se responsabilizava apenas pela atenção básica, o que já não era pouco, a partir de 2004, Florianópolis passou a trabalhar com todos os níveis de complexidade..."*

Para Paulo Poli, a ferramenta é muito útil, inclusive para os pacientes. "Ela pode ajudar muito no trabalho de toda a equipe. Melhor ainda para o paciente, pois todos os seus atendimentos na rede ficam registrados e diminui o risco de deixarmos passar alguma informação importante".

Paulo afirma, também, que o medo da impessoalidade que alguns pacientes apresentam diante do computador pode ser facilmente revertido. "A dificuldade maior acho que pode se dar na relação profissional de saúde–paciente, já que o computador pode, eventualmente, tirar nossa atenção, atrapalhar uma boa escuta, mas nada que não possa ser evitado se nos preparamos para isso".

Entretanto, mesmo com as insatisfações atuais, o prontuário eletrônico eliminou a perda de dados (antes constantes com os prontuários de papel) e ilegibilidade da grafia nos receituários; e garantiu que toda a rede de saúde do município tenha acesso aos caminhos percorridos pelos pacientes (UBS, policlínicas, UPAs).

Em 2011, Paulo conta que a grande novidade esteve nos relatórios gerenciais. "Estamos conseguindo retirar informações sobre qualquer paciente, qualquer procedimento, qualquer atividade profissional, de qualquer centro de saúde da Rede. Os resultados ainda não foram transformados em mérito, porém há mais transparência".

Além disso, há a questão da higiene, tão discutida e com a qual os profissionais da saúde também precisam se preocupar. "Os prontuários iam de um lado para o outro. Na época do vírus H1N1, tinham colegas com medo de manuseá-los", lembra Rafael. ■



Rede Cegonha:
cuidado que começa no pré-natal

Por: Mariela Oliveira / Fotos: Radilson Carlos Gomes

Dar apoio a quem quer (ou não) ter um filho, garantir exames e consultas em pré-natal qualificado, favorecer um parto humanizado e o nascimento seguro, e oferecer acompanhamento à criança até os dois anos de vida. Esse conjunto de ações faz parte de uma estratégia implementada pelo Ministério da Saúde com o objetivo de qualificar a atenção à saúde da mulher e da criança. Ao lançar a Rede Cegonha, em Belo Horizonte, em 28 de março de 2011, a presidenta Dilma Rousseff afirmou que "o programa trata um dos momentos mais marcantes da vida de uma mulher, a maternidade, que terá atendimento integral".

A Rede Cegonha vai contar, progressivamente, com apoiadores em todos os Estados brasileiros, contratados pelo Ministério da Saúde para qualificar as maternidades e também garantir que a atenção básica assista as mulheres e crianças de forma adequada. O desafio desses apoiadores é fazer diferente: enfrentar de forma nova problemas que já eram identificados, de gestão nas relações com os profissionais de saúde e desses com usuários, para dar protagonismo à mulher e seu bebê.

Tudo começa bem antes de se pensar em ter filhos, ou melhor, quando as pessoas decidem se vão ou não ter filhos. As Unidades Básicas de Saúde devem garantir o teste rápido de gravidez, HIV e sífilis e produzir espaços de conversa, rodas, grupos de apoio às gestantes e de planejamento familiar para que troquem experiências, tirem dúvidas e se produza uma relação de igualdade para com os profissionais de saúde.

Garantir um bom pré-natal é tão importante quanto um exame ou uma vacina. Assim, o Ministério da Saúde vai aumentar os exames

pelo SUS no pré-natal, e será monitorada a data em que o exame foi feito, para se verificar quando foi interpretado e se as providências necessárias foram tomadas.

Também serão acolhidas as mulheres que não desejariam estar grávidas e, quando o teste não indicar uma gravidez, vão focar em planejamento reprodutivo, prevenindo o aborto inseguro e melhorando o acesso das mulheres à informação e aos métodos contraceptivos.

No entanto, não basta fazer um excelente pré-natal e, na hora em que a bolsa romper, a gestante não ter apoio de quem a assistia e sair peregrinando de maternidade em maternidade em busca de uma vaga. Então, a Rede Cegonha propõe preencher a lacuna e garantir a todas elas sua vaga na maternidade, com reforço do uso do sistema de informação específico, o SIS-Pré-Natal.

Em Boa Vista, Roraima, isso já acontece! Inclusive com a visita da mulher à Maternidade Nossa Senhora de Nazaré durante o pré-natal, o que lhe dá confiança quanto ao local onde será o parto, e também à equipe de saúde que estará com ela, diminuindo o medo e a ansiedade. Ao chegar à maternidade, a gestante precisa ser acolhida, imediatamente, pois uma gravidez de risco habitual pode ocasionar um parto de alto risco com possível óbito.

"...não basta fazer um excelente pré-natal e, na hora em que a bolsa romper, a gestante não ter apoio de quem a assistia e sair peregrinando de maternidade em maternidade em busca de uma vaga..."

Outro marcador da Rede Cegonha é o acolhimento com classificação de risco, em que as mulheres são atendidas por ordem de vulnerabilidade, e não por ordem de chegada, priorizando os casos mais urgentes.

Depois de acolhida, ela tem o direito a um acompanhante de sua livre escolha. Pode ser o pai, a mãe, o companheiro ou companheira. Enfim, é importante que alguém de seu círculo social esteja ao seu lado, dando segurança e apoio e inibindo qualquer possibilidade de violência institucional. Ao acompanhante será garantida privacidade, motivo pelo qual boa parte das maternidades brasileiras deverá se adaptar à Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 36*, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e adequar seu espaço físico.

Após o parto, na volta para casa, para que a mãe e o bebê sintam que serão cuidados por uma equipe de saúde, a Rede Cegonha prevê o fortalecimento do cuidado na atenção básica. O recém-nascido já segue vinculado a uma equipe.

Pactuação interfederativa

A Rede será implementada no Brasil porque o Ministério da Saúde, Estados e municípios, juntos, querem. De acordo com o coordenador da Política Nacional de Humanização (PNH), Gustavo Nunes de Oliveira, haverá relação de



Entenda como funciona cada fase da Rede Cegonha (RC):

Fase 1 – Adesão e diagnóstico – apresentação da Rede Cegonha nos Estados, homologação da RC na região e instituição de um grupo condutor formado pela Secretaria Estadual de Saúde, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e com apoio institucional do MS.

Fase 2 – Desenho regional da RC – realização da análise situacional, desenho da RC na Comissão Intergestores Regional (CIR) e proposta de plano operativo, com aporte de recursos necessários tripartite e estímulo à instituição do Fórum RC.

Fase 3 – Contratualização municipal – elaboração do desenho da RC no município, contratualização dos pontos de atenção da Rede e instituição do Grupo Condutor Municipal (GCM).

Fase 4 – Qualificação dos componentes – cada componente da Rede é qualificado por meio do cumprimento de requisitos mínimos.

Fase 5 – Certificação – após verificação de todos os componentes, o MS certifica a RC no território e realiza reavaliação anual.

*A RDC nº 36 propõe, entre outras questões, a reorganização dos espaços das maternidades com organização dos quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto no mesmo local), área de deambulação (para que a mulher em trabalho de parto, mas com pouca dilatação, por exemplo, possa caminhar antes do parto), privacidade da gestante e do seu acompanhante. Em relação à assistência, a RDC propõe a implementação das práticas baseadas em evidências científicas e direito ao acompanhante, equipes horizontais e multiprofissionais com enfermeiro obstetra, entre outras ações.

parceria corresponsável, com um apoiador para cada três maternidades brasileiras, que vai acompanhar os processos, mediar a implantação das mudanças, promover a articulação dos trabalhadores e fomentar o trabalho multiprofissional e em equipe.

"Os consultores da PNH farão suporte e apoio aos apoiadores, na soma de forças para humanizar a atenção, democratizar a gestão. Cumprimos as metas básicas, delineamos o trabalho do apoio e precisamos conjugar agendas com coordenações estaduais", diz Gustavo.

Os apoiadores não vão implementar serviços isolados, mas redes, e o Ministério não vai financiar equipamento isolado, pois os hospitais têm que ter relação com a atenção básica. Os investimentos previstos, até 2014, são da ordem de R$ 9 bilhões.

Para o coordenador da área técnica de Saúde da Criança, o pediatra Paulo Bonilha, os novos desafios epidemiológicos da modernidade só poderão ser resolvidos por equipes multiprofissionais da atenção básica, com enfoque biopsicossocial do indivíduo, da família e da comunidade.

E a Rede Cegonha fortalece a vinculação, mas é preciso articulação entre Estados e municípios. "O Ministério da Saúde é coformulador, não executa serviços e sozinho não faz nada. Se não tivermos municípios e Estados participando das políticas públicas, dificilmente teremos investimento. Para isso, criamos um fórum estadual de coordenações de Saúde da Criança dos Estados e capitais para construir essa política conjunta", diz Bonilha.

Na prática, quando começa a Rede Cegonha?

A Rede Cegonha será implementada primeiro em maternidades estratégicas. A ampliação desse apoio dependerá da articulação local, pois o apoio institucional instiga as mudanças de práticas das equipes de saúde. Atualmente, sete Estados brasileiros estão com o plano de ação da Rede finalizado ou em fase de finalização: Alagoas, Bahia, Minas Gerais, Pará, Rio de Janeiro, Sergipe e São Paulo. Para operacionalizar a Rede, a Portaria GM/MS nº 1.459 (24/6/2011) define etapas (veja o quadro com as diferentes fases de implementação).

A fase 1 já começou, e os apoiadores institucionais tiveram sua primeira oficina entre os dias 7 e 9 de dezembro de 2011, em Brasília/DF, quando puderam conhecer as principais diretrizes da Rede Cegonha. Também conheceram as experiências bem-sucedidas do Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) e das Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste. Segundo o articulador externo do Departamento de Articulação de



Redes de Atenção à Saúde (DARAS), Daniel Carvalho Rocha, "foi uma experiência muito marcada como um desafio de mudança de modelo, para além da estruturação só de serviços, de escala. Por isso, a qualidade precisa vir junto".

A partir do apoio institucional, o PQM melhorou a assistência em 26 maternidades que fizeram parte do projeto das duas regiões, uma iniciativa da Política Nacional de Humanização e da Área Técnica de Saúde da Mulher, iniciada em 2010 pelo Ministério da Saúde. Para o trabalho dos apoiadores, foram priorizadas ações de promoção do direito ao acompanhante, de acolhimento com classificação de risco e em rede com vinculação da gestante, e ações de melhoria na ambiência. Haverá, ainda, um comitê científico (para produção técnico-científica de boas práticas em saúde materna e infantil) e foi criado um comitê para incentivar a mobilização social, já que o tema da atenção obstétrica, neonatal e infantil é uma demanda da sociedade brasileira.

A enfermeira obstetra Ediane Ferreira é servidora da Maternidade de Mãe Luzia, em Macapá, Amapá, e participará das ações de apoio à Rede Cegonha. Para ela, a humanização do parto é uma questão de mudança de conduta do serviço. "O apoiador da Rede vai aproximar os agentes da maternidade para a humanização do parto. Espero sensibilizá-los sobre sua responsabilidade na condução das ações em prol da mulher e do bebê", diz.

> *"...Vamos tirar da maternidade e dos hospitais as gestantes de baixo risco, que não precisam estar lá. O parto é um evento familiar, não uma doença..."*

Espaço para parto normal

A Rede Cegonha prevê ainda a construção de centros de parto normal, em cidades onde se precise ampliar o número de leitos. "Vamos tirar da maternidade e dos hospitais as gestantes de baixo risco, que não precisam estar lá. O parto é um evento familiar, não uma doença", afirma a coordenadora da área técnica de Saúde da Mulher, Esther Vilela. Esses locais contarão com o trabalho de enfermeiros obstetras e ficarão próximos à maternidade, para, em caso de maior risco, a gestante ser assistida pelos médicos da instituição. O Centro de Parto Normal reforça o papel multiprofissional no processo. O parto precisa ser encarado como um evento natural e a mulher precisa ser fortalecida para isso. "É preciso vigiar e cuidar para intervir somente se necessário", diz a médica obstetra Gisele Maciel.

De acordo com o diretor do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) no Ministério da Saúde, Dário Pasche, a implantação de um Centro de Parto Normal não garante em si parto seguro e humanizado, "há um componente do trabalho dos apoiadores para alterar os processos de trabalho na área materno-infantil. Construir maternidade é simples, mas é preciso melhorar e reinventar as relações de trabalho entre gestor e trabalhador com a população – e isso não é um simples", finaliza. ■



Vocação em revelar a luz das pessoas

Por: Fernando Ladeira / Fotos: Radilson Carlos Gomes

A saúde do brasileiro e a estrutura do Sistema Único de Saúde vêm sendo registradas em imagens, de forma progressiva, nos últimos anos, e com expressão de sentimentos dos usuários e trabalhadores em saúde, seja com a ação em saúde mental em Barbacena (MG), seja com a saúde e determinantes sociais nos países do Mercosul e Venezuela, e também com beneficiários do Pacto pela Redução da Mortalidade Materno-Infantil (nos Estados do Norte, Nordeste e Amazônia Legal). Com isso, tem-se formado um enorme acervo de imagens – talvez o maior do Ministério da Saúde – para a Secretaria de Atenção à Saúde, que coordena as redes de média e alta complexidade, de urgência e emergência, e a de atenção básica.

"Noventa por cento das imagens produzidas são da atenção básica (AB)", afirma o fotógrafo Radilson Carlos Gomes, autor dos registros, ao citar o trabalho efetuado para o Pacto. É clara a importância da AB para o tema, que rendeu o livro "Memória da Saúde da Família no Brasil", e que se vê, ainda, no registro fotográfico da Academia da Saúde, de temas de nutrição, saúde bucal ou na participação efetivada na Revista Brasileira Saúde da Família. Fez ensaios da Urgência-Emergência, SAMU e para a Saúde das Pessoas com Deficiência.

Radilson, ou Radi (para os íntimos), nasceu há 46 anos no Hospital de Base do Distrito Federal. Quando chegou a época do serviço militar, optou pela Aeronáutica, arma na qual seguiu carreira por oito anos e meio atuando, especialmente, como ajudante de ordens do diretor do Hospital das Forças Armadas (HFA), brigadeiro Roberto Routier. Ele (o brigadeiro), além dos pais, foi um incentivador para obter a graduação em Administração Hospitalar, seguida da licenciatura em História, e lhe indicou para fazer um curso de fotodocumentação científica na Fundação Hospitalar do DF, uma necessidade do hospital e nova abertura de caminhos para o futuro fotógrafo.



Esse primeiro contato prático com a fotografia para registrar casos médicos, cirurgias eletivas e plásticas, necropsias e imagens físicas do ambiente hospitalar foi conduzido por Guilherme Stuckert, que lhe apresentou, ainda, os trabalhos de profissionais internacionais como Cartier-Bresson, Robert Capa e André Kertész, entre outros. Daí a comprar a primeira Pentax Spotmatic modelo 1952 e registrar casamentos e eventos foi um passo, seguido pelo trabalho de paisagista, no qual utilizou a fotografia como suporte.

Esse conjunto de experiências, no entanto, se manteve latente e complementar depois que passou no concurso público para o Ministério da Saúde, em 1994, onde trabalhou na capacitação de recursos humanos e fez a especialização em Comunicação e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Uma vez que lecionava Introdução à Fotografia em diversas faculdades de Publicidade, Jornalismo, Propaganda e Marketing, e Arquitetura, seu ex-chefe pediu que montasse um curso de fotografia para o programa Qualidade de Vida, do Ministério da Saúde, por meio do qual formou, a partir de 97, aproximadamente duzentos alunos.

Entretanto, foi a experiência com a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), criada em 2003, que lhe permitiu propor a montagem de um estúdio na 12ª Conferência Nacional de Saúde para registrar imagens dos delegados, e descobrir, progressivamente, o gosto em fotografar pessoas, vencendo a timidez.

Daí em diante, a expressão de suas imagens ganhou reconhecimento e novos trabalhos lhe permitiram captar o sentimento do universo de pessoas e lugares que fazem a saúde brasileira: usuários e trabalhadores do sistema. “Gosto de fotografar gente, mas descobri isso fotografando a saúde pública do Brasil e dos países do Mercosul, pelo Ministério da Saúde. Em muitas ocasiões, nesse encontro entre mim e o outro, produz-se uma imagem, um retrato. Em minhas viagens pelo Brasil e pela América Latina, dedico atenção às condições de vida, moradia e de trabalho das pessoas, que nos contam sobre a história da saúde e doença, e sobre a identidade das cidades”, afirma Radilson.

Primeiro olhar

Primeiro olhar é o título da foto que obteve a primeira colocação entre as 75 fotografias inscritas para o Concurso Nacional de Boas Práticas e Fotografias em Maternidade Segura Opas/OMS e Ministério da Saúde. O prêmio nacional foi entregue ao fotógrafo Radilson Carlos Gomes em 23 de setembro, em cerimônia na Organização Pan-Americana da Saúde, e a foto ganhadora – registrada na Maternidade da Zona Norte de Natal/RN, automaticamente, passou a disputar o certame internacional promovido pela Opas e Organização Mundial da Saúde.

É intencional a escolha por não utilizar, senão para alguns trabalhos, imagens em formato publicitário, criadas e produzidas com modelos contratados ou personalidades (atores e atrizes, cantores e cantoras), devido à importância das campanhas públicas, pois “o objetivo é atingir um público maior, que se vê e se identifica com esses autores e atores reais que são a maior parte da população e que usa o SUS. E para conseguir inúmeras fotografias em que as pessoas parecem desarmadas e à vontade frente a uma lente de câmera fotográfica? “O segredo é a luz. É natural, para mim, fazer o recorte da imagem, mas a luz vem de dentro das pessoas, de dentro do assunto. Essa luz vem do ambiente, reflete nas pessoas e elas me doam isso, me doam o sentimento”. ■



Saúde a toda hora

A rede de atenção às urgências e emergências

Por: Déborah Proença / Fotos: Radilson Carlos Gomes

Entrelaçamento por nós ou entrelaçamento por pontos de cruzamento é uma das definições de rede em dicionário, mas o conceito tem se expandido nas últimas décadas para diversas disciplinas. Redes sociais, de comunicação, de computadores e de sistemas de informática, e a saúde não ficaria por fora, uma vez que tem sua dimensão em estruturas físicas, de recursos humanos, de necessidade de equipamentos, medicamentos, transportes e a necessidade de estarem conectadas para atender seu fim e seu público: a saúde da população em geral.

No Brasil, com o crescimento continuado do Sistema Único de Saúde e a consequente expansão da atenção à população, foram acumuladas, ao longo dos anos, importantes informações de como poderia e deveria funcionar, por exemplo, uma rede integrada de serviços de urgência e emergência em saúde. Belo Horizonte e Porto Alegre são referências.

Em Brasília, a coordenação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) é feita pelo Departamento de Atenção Especializada (DAE), do Ministério da Saúde (MS), e, a partir do suporte institucional dado pelo órgão, a consultora técnica do Departamento de Atenção Básica (DAB), Graziela Tavares, menciona que Minas Gerais, enquanto Estado, resolveu adotar uma política de atenção às urgências com base em protocolos. Daí que, além da capital, Uberlândia e Montes Claros são também referências.

Ela explica que foi estruturada proposta em que diferentes profissionais, gestores e estudiosos foram ouvidos, articulando vários componentes (ou pontos de atenção ou equipamentos de saúde) que não estão, necessariamente, no mesmo município ou Estado, mas sim em uma mesma região de saúde que pode ser formada por municípios de mais de um Estado.

Pelo Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regiões de saúde são “espaços geográficos con-

tínuos constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde."

"O que importa é que, quando falo de rede, mapeio todos os pontos de atenção existentes em determinado espaço geográfico", esclarece o coordenador da Urgência e Emergência do MS, Paulo de Tarso. Vai além e ensina como tecer uma rede de urgência e emergência eficiente e sem buracos.

"Buracos são os chamados vazios assistenciais. É um lugar em que não há nada, nenhum tipo de serviço de urgência, só atenção básica. Então, em um conjunto de municípios, identifica-se onde há Unidades Básicas de Saúde (UBS) e onde estão os vazios assistenciais. Depois, de acordo com a extensão territorial, é preciso verificar em qual UBS seria interessante, para o tempo da urgência, montar uma sala de observação e uma sala de estabilização", informa.

É como um quebra-cabeça, em que é preciso saber exatamente o lugar das peças para o encaixe perfeito. Em termos de organização, como a rede é formada por pontos de atenção de diferentes complexidades e necessidades, a coordenação de cada componente está dividida entre áreas técnicas distintas.

No caso do Departamento de Atenção Básica (DAB), Graziela Tavares explica que a sua atuação se concentra em dois fatores principais: a atenção domiciliar e a implantação do acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, com um olhar diferenciado das portas hospitalares. "Na atenção básica, há a questão do vínculo do profissional com o território e a comunidade. Nas portas hospitalares, o tipo de urgência é diferente e não há o vínculo", alerta a consultora.



Pode-se afirmar que a RUE é formada por cinco componentes fixos e outros três que transitam entre eles. Em ordem de complexidade, aparecem: sala de observação, sala de estabilização, Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), hospital e atenção domiciliar. Os outros três são os serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU), as centrais de regulação e a força nacional.

Sala de observação

Paulo de Tarso elenca como primeiro componente da rede a promoção da saúde e a prevenção de doenças. "Ao longo dos anos, sempre que pensamos em urgência, vem a visão de hospitais cheios, ambulância estridente, e são ações de promoção e prevenção que precisamos fazer para tentar diminuir a violência no trânsito e o estresse diário. Devemos promover hábitos saudáveis de alimentação, ou seja, uma série de medidas que são necessárias para evitar que o sistema de urgência seja necessário ou superlote. E somente quem trata de questões de prevenção e promoção é a atenção básica", ressalta.

Funcionando nos horários de atendimento das UBS, as salas de observação vêm para atender a uma primeira necessidade da população, em casos de urgência. Uma crise alérgica ou hipertensiva leve, por exemplo.



"O que propomos enquanto rede de urgência e emergência para a atenção básica é que ela possa acolher de maneira humanizada aquele usuário que tem algum agravo de saúde e que ficou doente agora. Propomos que haja uma sala de observação na unidade para que ele não vá às portas das emergências; para que se restabeleça na UBS, um local que lhe é familiar, com pessoas que o conhecem e em quem ele confia", conta Paulo.

Sala de estabilização

A sala de estabilização, como o próprio nome já diz, serve para estabilizar os usuários antes de encaminhá-los a uma Unidade de Pronto-Atendimento ou unidade hospitalar, dependendo da gravidade do caso, e é o segundo componente da rede.

Equipado com instrumentário e equipe especializada para acolher urgências, esse espaço pode ser implantado dentro da UBS, hospitais de pequeno porte que não atendem a urgências ou em unidades mistas, e vem preencher um vazio assistencial para urgências que, segundo Paulo, representa a necessidade de quase metade dos municípios brasileiros.

UPA

As Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), agora chamadas de Salas 24h, são diferentes das salas de estabilização, pois possuem estrutura montada e equipada para atendimento de urgências mais complexas.

Hospitais e atenção domiciliar

Já os hospitais e prontos-socorros possuem, além da infraestrutura técnica de recursos humanos e tecnologia, leitos para internação, diferentemente das UPAs, que têm apenas leitos para observação.

Em tese, o usuário que precisa ser observado por mais de 24h deverá ser encaminhado a um leito hospitalar. No caso das internações, leia-se leitos de unidade de terapia intensiva, leitos para pacientes crônicos (internação prolongada, acima de 30 dias e/ou acima da média de internação hospitalar) e leitos para pacientes agudos.

No caso de pacientes crônicos, é preciso repensar a lógica de atuação, inclusive para haver financiamento, como alerta Daniel Rocha, consultor do DARAS. Segundo ele, estudo feito pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) comprovou que 80% dos pacientes crônicos estão internados em leitos clínicos destinados a pacientes agudos. Ele chega ao pronto-socorro para ser internado e compete com pacientes agudos e com aqueles com internação prolongada – que têm recomendação de alta hospitalar, desde que recebendo cuidados domiciliares qualificados com participação de familiar ou cuidador.

Assim, pacientes crônicos que poderiam ser tratados em suas próprias residências por familiares/cuidadores e por equipes de saúde especializadas nesse tipo de serviço ocupam leitos de rápida circulação, inflando o sistema. Para Daniel, isso também ocorre porque, entre outros fatores, o custeio dado para o leito crônico é muito baixo – em torno de 70 reais – e para o leito clínico é maior. "Então todo mundo vira leito clínico", conclui.

As equipes de atenção domiciliar, além de atenderem os pacientes crônicos, atuam também na reabilitação de usuários de toda a rede de urgência dessa região (leia mais sobre atenção domiciliar na página 17).

SAMU

Um dos componentes transeuntes, por assim dizer, da rede. Ele é móvel e destina-se ao atendimento de urgência em que os usuários não se encontram em algum ponto de atenção ou não têm condições de se deslocarem sozinhos até um. É um componente móvel comandado pela central de regulação e atende toda a rede. "É o componente que anda. Ele anda com o usuário na urgência em todos esses pontos de atenção", diz Paulo de Tarso.

Centrais de regulação

A central de regulação é responsável por classificar o risco e a complexidade do agravo, bem como acionar os pontos de atenção responsáveis pela locomoção desse usuário (no caso, as ambulâncias do SAMU) e pelo atendimento conforme a complexidade (se UPA, hospital etc.).

"...O ideal é que todas as unidades básicas tivessem uma sala de observação, porém é possível montar e manter a Rede de Atenção às Urgências e Emergências com eficiência e resolutividade com algumas salas de observação apenas..."

Participam da central o técnico auxiliar de regulação médica (TARM), que verifica quem é, de onde é e o que é; o médico regulador (MR), que classifica a gravidade e o risco da solicitação, efetua uma simples orientação telefônica e, até, encaminha um suporte básico, um suporte avançado ou múltiplos meios; e o rádio operador (RO), que fala com os pontos de atenção.

Na central de regulação, uma questão fundamental é a classificação de risco feita pelo médico regulador. Ela deverá ser a mesma adotada por todos os pontos de atenção. "Existem protocolos que organizam as perguntas a serem feitas rapidamente e classificam o risco por cores, geralmente. O MS não adota um protocolo específico, porém incentiva que cada região de saúde adote apenas um protocolo para toda a rede e que tenha cinco níveis, ou cinco cores", salienta Paulo.

Força Nacional de Saúde do SUS

Acionada em situações de risco ou emergenciais (catástrofes, estados de emergência etc.) para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso. ■

Saiba mais sobre a rede de urgência e emergência – **Saúde Toda Hora** no portal do Ministério da Saúde: http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=1829



VER-SUS

Aguçando a visão para o sistema

Por: Déborah Proença / Fotos: Déborah Proença e Raul Santana



Foto: Déborah Proença

O ideal de criação de um sistema único de saúde – que já existe e está em permanente construção – e de formação de mentes críticas e abertas para repensá-lo e reformulá-lo nunca abandonou aqueles que gestaram o SUS. Incentivar olhares diferenciados para situações boas e ruins e procurar soluções e melhorias, que atinjam a todos os trabalhadores em saúde e usuários, foram buscados e são, atualmente, desenvolvidos.

Em 1996 se deu a primeira iniciativa, em âmbito nacional, de um estágio de vivência na área da saúde. Na época, a Direção Executiva dos Estudantes de Medicina (Denem) pretendeu proporcionar um espaço de sensibilização dos estudantes de medicina para a saúde pública e para a saúde coletiva.

Novas propostas e experiências foram surgindo até que, em 2002, no Rio Grande do Sul, surgiu, pela primeira vez, o projeto Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul, o VER-SUS/RS. A participação não foi apenas de estudantes de medicina, como acontecia geralmente nos outros projetos, mas englobou outros 14 cursos da área da saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS), interessado em reformular a formação dos profissionais de saúde, investiu no projeto, que, no ano seguinte, se consolidou em outros Estados, com o envolvimento de mais de 1.500 estudantes até o seu encerramento, em 2005.

No fim de 2011, o Ministério da Saúde retomou o VER-SUS, nos mesmos moldes do projeto original, para fazer a discussão das Redes de Atenção à Saúde e do SUS ganhar força também

dentro das universidades. Porém, algumas mudanças quanto à organização atual foram inseridas. "Na primeira vez, ele teve grande articulação com as executivas dos cursos da área da saúde. Agora, o VER-SUS renasce de um movimento da União Nacional dos Estudantes (UNE), que conversa com o MS, que topa desenvolver o projeto. As universidades participam, mas não o coordenam, pois a coordenação é do Ministério e da Rede Colaborativa de Governo. As universidades fazem parte do processo e participam por meio de seus departamentos de saúde coletiva, medicina preventiva etc.", explica o fisioterapeuta Régis Cunha de Oliveira, consultor técnico do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde.

Régis participou da primeira iniciativa do VER-SUS durante a sua graduação e afirma que a maioria dos seus colegas gestores e técnicos do Ministério da Saúde também participou do projeto. "O método tem capacidade de disparar o diálogo com a realidade, principalmente para o estudante da área da saúde. Essa vivência proporciona um contato com a vida que circula no SUS, não aquele maravilhoso da Constituição, mas o real. Ajuda a sentir o quanto ele tem de dificuldades, e o quanto tem de possibilidades."

Para ele, o estudante tem a oportunidade de visualizar-se dentro do sistema, como responsável pelo seu funcionamento e desenvolvimento. O SUS pode não só ser um local para o exercício da atividade profissional, mas também ser um espaço de direito, direito que deve ser assegurado a todos os cidadãos. "Depois da vivência, nada permanece da mesma forma. É uma espiral pedagógica fantástica", afirma.

Em um texto publicado em 2004, enquanto ainda cursava o quarto ano de medicina na Universidade de São Paulo (USP), Ademir Lopes Júnior relatou a sua experiência com o projeto Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde, o VER-SUS. Afirmou que esperava que essa semana de imersão na saúde pública de Vitória da Conquista, município baiano, o transformasse em um agente social que dialogasse sobre a realidade do SUS com a sociedade e a academia. "É ver para crer", foi sua última frase.

"...Os facilitadores são estudantes que funcionam como mediadores, que passaram por um período de formação anterior aos estudantes "participantes" (de três ou quatro dias) ou que já participaram de outras vivências como essa..."

Hoje, Ademir é médico de Família e Comunidade, engajado na luta diária por um SUS cada vez melhor, e viu que o VER-SUS fez grande diferença em sua formação. "Foi uma experiência fantástica! Em uma semana de VER-SUS, aprendi mais do que em todas, ou quase todas, as disciplinas que discutiam sobre sistema de saúde na faculdade. Primeiro porque vivenciei aquilo na prática, conversando com os profissionais e problematizando as questões com colegas de outras profissões, coisa que, durante o curso médico, não tive oportunidade de fazer, pois não houve nenhuma possibilidade de contato com outras profissões, mesmo a enfermagem".

Como funciona

O projeto funciona como um cadastro nacional de currículos em que os estudantes interessados em participar se cadastram pelo site (http://versus.otics.org/) e aguardam a oportunidade mais próxima surgir, conforme as necessidades de cada município.

Poderão se inserir como "participantes" ou "facilitadores". Os facilitadores são estudantes que funcionam como mediadores, que passaram por um período de formação anterior aos estudantes "participantes" (de três ou quatro dias) ou que já participaram de outras vivências como essa (até mesmo o próprio VER-SUS).

Durante 10 ou 15 dias, os estudantes ficam imersos na realidade da saúde local, vivenciando a gestão e a assistência. À noite, há o debate das vivências do dia com o facilitador. "Os encontros noturnos servem como um espa-

ço de trocas, de debates sobre o SUS. Ele [o facilitador] é um mediador do diálogo que traz outros elementos para a discussão, menos formais, que os trazidos, por exemplo, por um professor", salienta Régis.

A orientação do projeto é trabalhar conforme a organização das Redes de Atenção à Saúde, como as Redes Temáticas Prioritárias (Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede Psicossocial etc.). A intenção é de que esses arranjos não permaneçam no campo teórico, mas que os estudantes entendam como eles funcionam de acordo com a realidade local.

Para o médico Ademir, o VER-SUS representa um espaço em que a discussão sobre trabalho em equipe é possível. "Interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e multidisciplinaridade são conceitos que aprendi lá a partir da problematização e que nunca mais esqueci. Hoje, como médico de Família, acredito que eles são importantíssimos para quando se trabalha essas questões na prática".

A seleção dos estudantes "participantes" é feita pelos facilitadores. Para participar, não há nenhum tipo de benefício ou recompensa, apenas o que a vivência trouxer de saber e experiência pessoal e profissional. Há, também, a distribuição de materiais básicos que auxiliarão os debates, como o guia do facilitador e o guia dos estudantes participantes.

As vivências ocorrerão mediante solicitação das comissões locais (estudantes, gestores, controle social, universidades), e a seleção dos estudantes será de acordo com o currículo e local de residência – de preferência, conforme proximidade com o município solicitante.



Foto: Raul Santana (Fiocruz Multimagens)

Para Régis, é importante que os eixos do projeto sejam garantidos, mas também, e principalmente, que haja autonomia local. "O Ministério entra como financiador dos projetos, mas a riqueza deles dependerá dos atores regionais".

Em princípio, estão sendo priorizados os projetos estaduais a fim de agregar o maior número de pessoas e fortalecer a gestão. Para 2012, o consultor acredita que alguns projetos já estarão ocorrendo em fevereiro e julho, períodos de férias acadêmicas, pois já existem projetos cadastrados. ■

Deseja enviar um projeto para aderir ao **VER-SUS 2012?**
Entre no site http://versus.otics.org/ e saiba como

Esperança de Vida

Por: Alceu de Jesus / Ilustração: Roosevelt Ribeiro

A família Ribeiro chegou a Cajuru há dois anos. Traziam de Minas Gerais uma vida povoada de muitos sobressaltos com a delicada saúde do patriarca, seu José, pois herdara de seu pai o diabetes e, por consequência, a hipertensão.

A vida de seu José mudara completamente, pois morava muito longe, onde não havia quase nenhuma assistência médica na cidade mais próxima. Sempre que procurava os postos de saúde, não havia médico e quase nunca assistência e remédios – que eram uma garantia de vida para esse homem humilde que já não aguentava mais trabalhar como antes no cabo da enxada, debaixo do sol ou chuva, como antigamente o fazia.

Com os filhos já bem crescidos, ele e D. Jasmira partiram da fazenda onde viveram por quase 20 anos e foram a Cajuru, onde morava D. Pia, irmã de sua esposa.

Colocaram no caminhão de boias-frias os poucos pertences que conseguiram juntar durante todos aqueles anos naquele lugar e partiram debaixo de muita chuva para novas terras que não veriam, com certeza, a força de seu Ribeiro na enxada, pois estava fraco e debilitado pelo diabetes, que o estava matando silenciosamente e aos poucos.

D. Jasmira, ainda na carroceria do caminhão de mudança, chorava ao olhar os campos, o gado, as árvores, tudo o que ia ficando para trás e que ela aprendeu a amar como se fosse ali o seu destino para sempre.

Os filhos – Antonio, Paulo e Joana – estavam alvoroçados pela novidade de morar em outro lugar onde, talvez, não precisariam caminhar por 3 km para chegar à escola. O cachorro Tião dormia, tranquilo, aos pés de seu José, pois sabia que fazia parte daquela família.

E, após viajarem por quase cinco horas, chegaram a Cajuru, onde, a partir de agora, seria sua cidade até quando Deus assim o quisesse.

D. Jasmira olhava as ruas por onde o caminhão enviado por sua irmã passava com um olhar triste e quieto e pensava:

> *"...Colocaram no caminhão de boias-frias os poucos pertences que conseguiram juntar durante todos aqueles anos naquele lugar e partiram..."*

- Será que vai dar certo? O que será de minha família aqui? Tenho muito medo de perder o Zé para essa doença maldita que o está tirando de mim devagar.

Seu José, parecendo adivinhar os pensamentos da mulher, completou:

- Se aquieta, mulher, eu sei que vai dar certo aqui! Tenho muita esperança nisso.

D. Jasmira olhou aquele homem franzino, muito magro e com semblante sofrido e concordou com a cabeça.

O caminhão chegou a um bairro da cidade chamado Dom Bosco, onde uma casinha pequena, mas muito limpa e aconchegante, esperava por eles. Na porta, D. Pia, chorando, correu para abraçá-los.

Foi uma festa.

Todos ajudaram a descarregar o caminhão, o que não levou muito tempo.

Faltava muita coisa, mas seu Ribeiro, conformado, disse à cunhada:

- Se eu tivesse saúde e pudesse trabalhar como antes, tudo seria diferente.

D. Jasmira, outra vez, de longe observava o marido e pensava:

- Como faremos para pagar um médico para examiná-lo? E comprar os remédios? Meu Deus! O que faremos?

No outro dia, D. Pia parece que ouviu os pensamentos de sua querida irmã e foi à casa deles bem cedinho.

- Ô de casa! Tão dormindo ainda? Vim trazer para vocês uns pães que ganhei na escola.

D. Jasmira abriu a porta e disse:

- Ganhou?

- Ganhei sim e vim até aqui para levar o Ribeiro ao posto de saúde do bairro para fazer a ficha dele e de todos vocês.

- Vamos, Zé, a Pia tá chamando. Crianças, vão pentear os cabelos. Joana, coloque o chinelo, menina!

Todos então acompanharam D.

Pia ao posto de saúde e levaram os documentos para poder preencher as devidas fichas.

D. Jasmira, muito curiosa, olhava tudo. Quantas pessoas, meu Deus! Mas, aos poucos, os médicos começavam a atender e a multidão foi sumindo.

Uma enfermeira perguntou ao seu José se ele estava bem:

- Tudo bem com o senhor?

- Tudo mal, minha filha. Eu sou diabético e tenho pressão alta. Passo muito mal todos os dias e não consigo mais trabalhar como antes. Tenho medo de minha família passar fome e, por causa disso, já nem durmo direito.

- O senhor fazia acompanhamento de sua doença?

- Acompanhamento? Moça, eu morava no meio do mato, ia na cidade quase nunca e lá não tinha acompanhamento nenhum, de nada.

- Então o senhor veio à cidade certa, pois aqui em Cajuru temos a Saúde da Família, por meio da qual médicos, enfermeiras e farmacêuticos fazem reuniões de conscientização sobre cada doença e orientam as pessoas, encaminhando-as para exames e consultas. Após isso, remédios são oferecidos a elas, sem custo nenhum, para que possam tratar seus males corretamente.

- Reuniões? Para que isso?

- Seu Ribeiro, essas reuniões servirão para que eles possam conhecêlo melhor e tratar de perto sua doença. Até vão à sua casa também.

- Como você disse que chama isso?

- Saúde da Família, seu Ribeiro!

- Jasmira, corre aqui, mulher! Acho que viemos para o lugar certo! Aqui tem atendimento bom, reunião com médicos, farmacêuticos e enfermeiros, remédios de graça e eles vão à nossa casa para ver como estamos, e se estamos tomando os remédios direito.

- Seu Ribeiro, isso servirá para o senhor aprender a conviver com sua doença, para viver muito tempo ainda e trabalhar como antigamente.

- Meu Deus! Será que vou aguentar uma enxada como antes? Nem acredito nisso!

A enfermeira orientou-os para os primeiros procedimentos: pesar, preencher papéis, fazer exames de rotina e verificar a pressão arterial. O médico examinou seu Ribeiro e pediu exame de glicemia para poder definir que tratamento seria correto para ele.

No outro dia, voltaram ao posto de saúde e, com uma sacolinha de remédios, seu Ribeiro e a família seguiram para casa e ele começou o tratamento da doença.

Passaram-se dez dias.

D. Jasmira levantava-se muito cedo para acordar os filhos para a escola e seu Ribeiro sempre dormia mais um pouco, mas, naquele dia, ela notou que ele não estava na cama.

Encaminhou os filhos para a escola e foi procurar o marido.

Ao sair pela porta da cozinha, levou um enorme susto, pois seu Ribeiro já havia capinado todo o quintal da casa e estava encostado no muro conversando com o vizinho.

- O que é isso, homem?

- Jasmira, acho que estou forte de novo. E hoje tem Saúde da Família. Estava falando aqui para o vizinho que estou muito bem. Tomo certinho os remédios.

A mulher dele chegou até o muro, se apresentou e disse:

- Tudo bem, Jasmira? Eu também faço parte da Saúde da Família, isso porque estou grávida e lá tem um grupo que orienta as gestantes. Mas este será meu último filho porque já tenho um e não quero mais.Tudo está muito difícil e devemos pensar muito no futuro deles.

- Nossa, Antonia, você falou bonito!

- Jasmira, aprendi tudo o que disse nas reuniões do planejamento familiar e no grupo que orienta as gestantes.

- Vizinho, onde eu morava não tinha nada disso não! Era só mato e a cidade ficava muito longe. Agora acho que minha esperança voltou. Estou me sentindo mais forte a cada dia! Ô, cidadezinha boa, de gente educada e bonita, aqui sim sou respeitado como cidadão! Ainda bem que vim para cá!

Seu Ribeiro não perde as reuniões, toma direitinho seus remédios e aprendeu com a Saúde da Família que toda doença deve ser respeitada e bem tratada para que surta o efeito desejado.

Assim termina a história do mineirinho que agora é cajuruense de coração, porque aqui a saúde é tratada com muita responsabilidade pelo governo municipal. ■





DE OLHO NO DAB

MS qualifica apoiadores institucionais para o SUS

Por: Fernando Ladeira / Foto: Tiago Souza

Discutir as diretrizes do apoio integrado e desenhar ações para 15 regiões de saúde, a fim de dar suporte à implantação das regiões e nelas às Redes de Atenção à Saúde, foi o motivo para serem reunidos, entre 23 e 28 de outubro, aproximadamente 230 apoiadores institucionais do Ministério da Saúde (MS). A 1ª Oficina de Apoio Integrado, realizada na sede da Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (Finatec), em Brasília, favoreceu a elaboração da agenda a ser desenvolvida junto a Estados e municípios com projetos específicos para o fortalecimento das redes.

Um dos exemplos de região a ser beneficiada com a ação é a que tem polo em Juazeiro (Bahia) e Petrolina (Pernambuco) e é formada por 55 municípios dos dois Estados. Além do apoio a ser dado para institucionalização da região de saúde – definida pelo Decreto nº 7.508/2011 – e para uso do contrato organizativo de ação pública (COAP), que estão entre os 14 objetivos estratégicos do Ministério, os consultores darão suporte à consolidação das redes de atenção, redes temáticas de saúde e qualificação de cuidados, entre outros.

Os apoiadores estão divididos em três grupos: temáticos (referências para temas específicos como Rede Cegonha, de Urgência e Emergência, por exemplo), centralizados (lotados na sede do MS) e locais (lotados nessas regiões e em contato direto com representantes estaduais e municipais).

Segundo o coordenador de Apoio Institucional, da Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica, do Departamento de Atenção Básica (DAB), Antonio Ribas, as primeiras ações têm se mostrado promissoras e a intenção é de estender a experiência para outras regiões de saúde, e ressalta o interesse dos Estados e municípios, principalmente, na implementação das Redes Cegonha e de Urgência e Emergência.

Para a primeira semana de março de 2012, informa Ribas, está prevista a realização da 2ª Oficina, em Brasília, para discutir um plano de ações e de trabalho nos territórios, definir prioridades e a formatação dos mapas de saúde, que apresentarão toda a estrutura, ações e serviços, e vazios assistenciais de saúde existentes em cada região.

QualiSUS

A ação tem base no Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde, o QualiSUS-Rede, firmado entre o Ministério da Saúde (MS) e o Banco Mundial (Bird) para ser executado em parceria com Estados e municípios, a fim de qualificar o cuidado e fortalecer as Redes de Atenção à Saúde. A estratégia escolhida é a de apoio institucional, forma de gestão multiprofissional que permite a troca de experiências e racionalização de tempo, de ações e custos, desenvolvida em Campinas e estendida para a Política Nacional de Humanização (PNH). No MS, a ação é coordenada pela Secretaria Executiva, que tem um núcleo gestor formado por representantes das secretarias com a finalidade de planejar e acompanhar as ações. ■

Auditoria da atenção programada de Unidade Básica de Saúde: a construção de um instrumento

Laís Oliveira Rodrigues. Especialista em Auditoria nas Organizações de Saúde – UNAERP
Pós-graduada em Gestão Hospitalar – FINOM

Ilustrações: Roosevelt Ribeiro

"Visão sem ação não passa de um sonho. Ação sem visão é só um passatempo. Visão com ação pode mudar o mundo."
Joel Barker

Resumo

Este trabalho é uma pesquisa bibliográfica que descreveu a intervenção do processo de auditoria em Unidade Básica de Saúde e resultou na construção de um instrumento para avaliar a padronização da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais no atendimento da atenção básica. Foram analisadas as funções de cada membro da equipe de saúde para realizar a prevenção, promoção e recuperação da saúde. Levou-se em consideração que, em cada lugar onde se produz atos de intervenção, resulta ações bem definidas e, com isso, verificou-se que a busca por eficiência e qualidade fortalece o trabalho multidisciplinar, assegurando a função de cada um e favorecendo o aumento da variedade dos serviços atribuídos a cada membro da equipe. Os resultados efetivamente alcançados transformam-se em bases de conhecimento, objetivos e estratégias, que podem ser revistos e ajustados, estimulando a equipe de saúde a realizar bons procedimentos.

Palavras-chave: Auditoria. Atenção primária. Unidade básica de saúde.

Introdução

Ao considerar a auditoria como uma função administrativa e que sua combinação com o conceito de qualidade deve atender a todos os focos empresariais, a avaliação da organização na Atenção Primária à Saúde se faz necessária(GALANTE, 2008).

A Estratégia Saúde da Família desenvolve-se predominantemente de forma "parcelada, fragmentada e isolada", comprometendo o principal sentido da "porta de entrada", que é o acesso integral ao sistema de saúde1.

Esta pesquisa parte do princípio de que tudo que onera o Estado, automaticamente, reflete no bolso do contribuinte brasileiro. Um exame nas operações contábeis visa à avaliação e validação de todas as razões anteriores na qualidade da gestão atual em saúde, reflexo da gestão futura, pois o Programa Saúde da Família – PSF, implantado em 1994, caracteriza-se como estratégia de reorientação do modelo assistencial e tem por base a implantação de equipes multiprofissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde e são responsáveis por um número predeterminado de famílias localizadas numa área delimitada. A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela Estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2007).

Sendo assim, observamos a necessidade de um mecanismo

que garanta o desenvolvimento do trabalho acima descrito, levando a produção deste estudo.

Procurou-se verificar as exigências para o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família dentro das diretrizes do Ministério da Saúde; e elaborar um instrumento de auditoria que avalie se a organização de saúde da atenção primária cumpre os requisitos solicitados.

Metodologia

Trata-se de um levantamento bibliográfico, de natureza retrospectiva descritiva, com foco em artigos científicos que abrangem o tema organização da Atenção Programada na Unidade Básica de Saúde, publicados no período de 1987 a 2010, utilizando os descritores auditoria, atenção primária, Unidade Básica de Saúde. Entre 43 referências levantadas, 13 foram utilizadas, encontradas nas bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online).

Um levantamento bibliográfico de caráter retrospectivo é um estudo que visa a conduzir o pesquisador a apreciar e analisar as contribuições científicas do passado sobre determinado assunto ou temática (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

A pesquisa que se classifica como "descritiva" tem por premissa buscar a resolução de problemas, melhorando as práticas por meio da observação, análise e descrições objetivas, por meio de entrevistas com peritos para a padronização de técnicas e validação de conteúdo (THOMAS; NELSON, SILVERMAN, 2007).

Porém, Gil (1991) define como uma pesquisa que tem por objetivo descrever características de determinado fenômeno.

A Organização das Formas de Acesso do Usuário na Unidade Básica de Saúde

O Ministério da Saúde definiu a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no País. A rotina de trabalho das equipes inclui o conhecimento do território e da população, da dinâmica familiar e social, que são ferramentas valiosas para o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das ações desenvolvidas (BRASIL, 2009b).

Por meio dessa estratégia, a atenção à saúde é feita por uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias (multidisciplinar), trabalhando de forma articulada (interdisciplinar), que considera as pessoas como um todo, levando em conta suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e com a comunidade. Cada equipe é composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS, cujo total não deve ultrapassar a 12. Essa equipe pode ser ampliada com a incorporação de profissionais de odontologia: cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico em saúde bucal. Cabe ao gestor municipal a decisão de incluir ou não outros profissionais às equipes (Idem).

Logo, esta pesquisa vem com a proposta de criação de um instrumento, para avaliação do algoritmo da Atenção Programada, conforme anexo II, na Unidade Básica de Saúde, com a finalidade de verificar se a disposição da Atenção Programada atende às condições solicitadas.

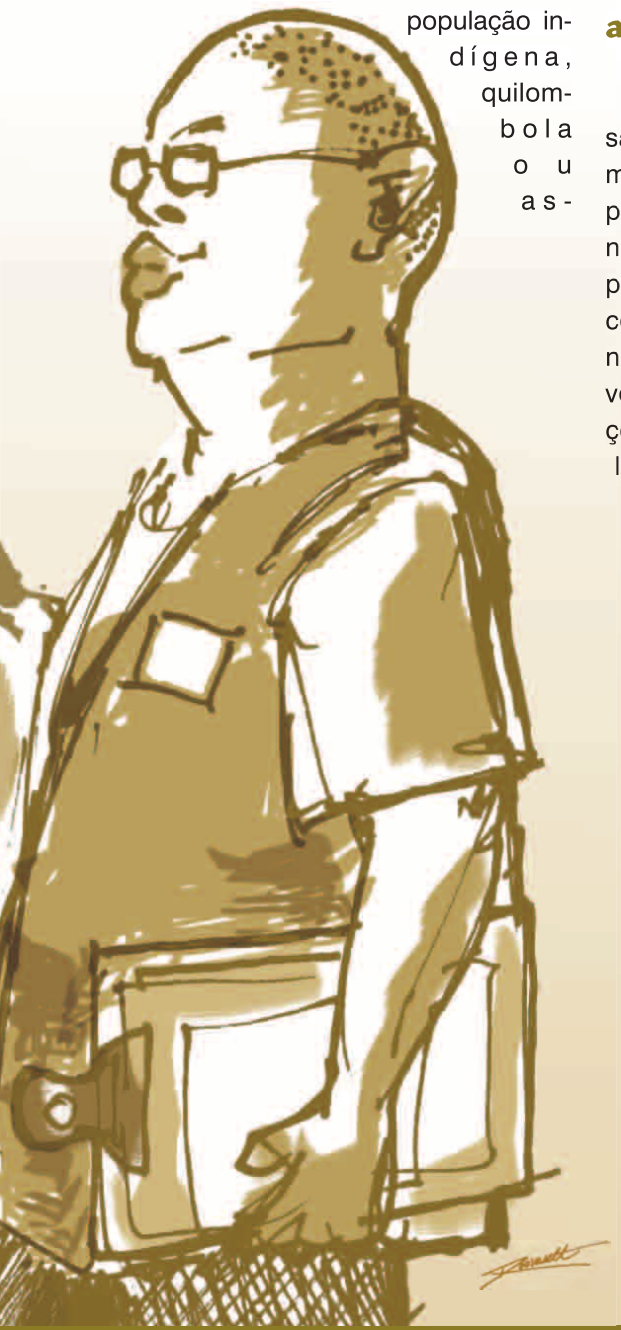
Identificação e Cadastramento do Usuário/Família

O Ministério da Saúde descreve que cada família tem uma dinâmica de vida própria e, com as modificações na estrutura familiar que vêm ocorrendo nos últimos tempos, fica cada vez mais difícil classificá-la num modelo único. O ACS, na sua função de identificar, orientar, monitorar, esclarecer, ouvir, passa a exercer o papel de edu-



cador. Assim, são fundamentais que sejam compreendidas as implicações que isso representa (BRASIL, 2009b).

A etapa inicial do trabalho do ACS é o cadastramento das famílias de sua microárea, o seu território de atuação, com no máximo 750 pessoas. Para realizar o cadastramento, é necessário o preenchimento de fichas específicas. O cadastro possibilita o conhecimento das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação da equipe, tais como a composição familiar, a existência de população indígena, quilombola ou assentada, a escolaridade, o acesso a saneamento básico, o número de pessoas por sexo e idade, as condições da habitação, o desemprego, as doenças referidas etc. (Idem)



No processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o agente comunitário de saúde (ACS) tem sido um personagem muito importante, realizando a integração dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde com a comunidade (BRASIL, 2009a).

Identificação do Usuário-Alvo para a Atenção Programada

O agente comunitário da saúde é um personagem fundamental, pois é quem está mais próximo dos problemas da comunidade, é alguém que se destaca pela capacidade de comunicar-se com as pessoas e pela liderança natural que exerce. Sua ação favorece a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias. Seu trabalho tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade. Para que isso aconteça, você tem que estar alerta. Tem que estar sempre "vigilante" (BRASIL, 2009b).

Segundo o Ministério da Saúde, há situações em que será necessária a atuação de outros profissionais da equipe, sendo indicado o encaminhamento para a unidade de saúde. O ACS deve identificar áreas e situações de risco individual e coletivo; encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário; orientá-las, de acordo com as instruções da equipe de saúde; acompanhar a situação de saúde delas, para ajudá-las a conseguir bons resultados (Idem).

Avaliação do Usuário Integrante da População-Alvo

O médico, no PSF, é um generalista que acompanha a pessoa na saúde e na doença e em todos os ciclos de vida. Atende a gestante, a criança, o adulto e o idoso, de forma integral e com grande resolutividade (menos de 10% dos casos são encaminhados aos especialistas). O modelo do PSF favorece o vínculo do médico com o paciente, pois o profissional atende a uma área adscrita que o permite conhecer o paciente e toda a sua família. Traz de volta as coisas boas do relacionamento, da visão integral, que já existiam na prática anterior, mas se perderam com o crescimento das relações. O médico de Família, assim como os outros profissionais da equipe, realiza visitas domiciliares em famílias de risco, principalmente onde existam acamados, idosos, portadores de deficiência física ou mental ou mesmo pessoas com dificuldade para aderir ao tratamento (FRANCÉ, 2005).

De acordo com Ferreira e Soares [199-?], o trabalho do enfermeiro requer conhecimentos do processo saúde-doença, devendo considerar em sua assistência os assuntos referentes às questões sociais da população, com o objetivo de ajudar e esclarecer as suas práticas cuidadoras por meio de informações e das experiências que são apreendidas no decorrer de suas atividades. Considerando o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem, em seu capítulo

I – Dos Princípios Fundamentais (art. 1º), consta:

> *A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e da reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.*

E continua: logo, o enfermeiro do PSF deve conhecer os princípios do SUS, o código de ética da profissão e outros acervos de saúde, bem como buscar estudar os programas existentes e encontrados nos manuais que o Ministério da Saúde fornece.

Os técnicos de enfermagem realizam visita domiciliar às famílias. Essa visita tem por finalidade: a identificação de problemas de saúde; o controle e/ou tratamento de doenças ou grupos de risco (crianças com vacinas atrasadas); a investigação de casos suspeitos; e a busca ativa de doenças de notificação compulsória (SHIMIZU, 2004).

O odontólogo realiza avaliações de risco em saúde bucal pactuadas na planilha de programação local, agendando a primeira consulta odontológica, dando continuidade ao tratamento dos usuários inseridos na ação de escovação supervisionada, procurando atingir juntamente com a equipe mais de 90% do tratamento completado em relação à primeira consulta (ESCOLA..., 2010).

> *"...Para realizar o cadastramento, é necessário o preenchimento de fichas específicas. O cadastro possibilita o conhecimento das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação da equipe..."*

Agendamento, Atendimento e Registro das Ações segundo as Diretrizes de Linhas-Guias na UBS

Na atenção programada, procurar-se-á respeitar o critério de adscrição da clientela em relação à equipe do PFS, ou seja, o usuário deverá, preferencialmente, ser identificado pelo agente comunitário de saúde e atendido pelo médico, enfermeiro ou dentista de sua área de moradia. Os atendimentos programados são agendados previamente e consensados com os usuários. Deve-se evitar o acúmulo das pessoas nos mesmos horários e os longos períodos de espera. Os quantitativos de consultas e atendimentos programados deverão ser calculados a partir dos parâmetros estabelecidos na planilha de programação das linhas-guias da SES de Minas Gerais e com base nos dados do prontuário de Saúde da Família – diagnóstico e cadastramento das



famílias residentes no território (ESCOLA..., 2009).

As diretrizes para a Atenção Programada estarão contidas nas linhas-guias da SES de Minas Gerais. A organização do atendimento dar-se-á de acordo com o ciclo de vida – saúde da criança, do adolescente, da gestante, do adulto e do idoso – ou por patologia de maior relevância – hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, transtornos mentais, DST/aids, entre outras – além da saúde bucal (ESCOLA..., 20009).

Busca Ativa e Reagendamento de Consulta

De acordo com o Ministério da Saúde, é atribuição de todos os integrantes da equipe da UBS realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local (BRASIL, 2007).

O agente comunitário de saúde é o agente direto na realização de busca ativa e agendamento de novo atendimento para o usuário faltoso (ESCOLA..., 2009).

Desenvolvimento do Instrumento

É atribuição do agente comunitário de saúde cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados (BRASIL, 2007).

O segundo item a ser auditado, "o profissional que identifica o usuário-alvo", para demonstração da conformidade, de acordo com a diretriz de implantação do plano diretor da Atenção Primária à Saúde, indica o agente comunitário de saúde (ESCOLA..., 2009).

"Avaliar o usuário-alvo", terceiro item a ser auditado, para verificação da conformidade junto à diretriz de implantação do plano diretor da Atenção Primária à Saúde, é atribuição do médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, técnico de consultório dentário, com a participação do agente comunitário de saúde (Idem).

Os itens quarto, quinto e sexto a serem auditados, "quais profissionais fazem respectivamente agendamento, atendimento e registro das ações", segundo diretrizes das linhas-guias na Unidade Básica de Saúde, para verificação da conformidade junto à diretriz de implantação do plano diretor da Atenção Primária à Saúde, preconizam o médico, enfermeiro e odontólogo, sendo que o usuário deverá, preferencialmente, ser identificado pelo agente comunitário de saúde (Ibidem).

> *"...Traz de volta as coisas boas do relacionamento, da visão integral, que já existiam na prática anterior, mas se perderam com o crescimento das relações..."*

O sétimo e último item a ser auditado, "qual profissional realiza busca ativa e reagendamento do atendimento na UBS", para demonstração da conformidade, segundo diretriz de implantação do plano diretor da Atenção Primária, indica o agente comunitário de saúde, sendo este considerado agente direto do processo (ESCOLA..., 2009). No entanto, Brasil (2007) descreve que "... é atribuição de todos os integrantes da equipe da UBS realizar busca ativa".

Considerações Finais

Procurou-se explicar como age a auditoria na Atenção Primária à Saúde. Auditar significa desenvolver um exame analítico e pericial dentro das operações contábeis ou funcionais, desde o início até o balanço de um determinado órgão, empresa, estabelecimento, no caso, a função ou atribuições dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Desenvolveu-se o instrumento com o propósito de orientar a equipe de saúde quanto às suas atribuições em cada passo do processo da Atenção Programada, para realização das intervenções clínicas, visando a garantir a qualidade do atendimento, discutir resultados, definir metas, indicando as necessidades urgentes à realidade do usuário/família/comunidade.

Vantagens em sua aplicação: educar os profissionais e usuários do sistema de saúde, organizando as formas de acesso do cliente à unidade de atenção primária; interceder ao paciente em situação especial, orientando para suas necessidades e expectativas; minimizar a fragmentação do atendimento; providenciar o serviço certo ao usuário certo; instrumentalizar os profissionais na tomada de decisão, estabelecendo a integralidade e aumentando a qualidade do cuidado.

Um sistema de monitoramento periódico com objetivos e metas predefinidos favorece a equipe de saúde e os usuários que dela dependem. ■

Referências

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/3010.pdf> Acesso em: 16 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da saúde 2009. (Série A)

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. **Comunicação e Educação em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2009. (Série F)

_____. **Política Nacional da Atenção Básica**. 4. ed. Brasília-DF, 2007. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/8/0/108-politica_nacional_atencao_ basica.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2011.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia de pesquisa científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

ESCOLA de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde** – Oficina 4 – Programação Local e Municipal. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

_____. **Implantação do plano diretor da Atenção Primária à Saúde** – Oficina 9 – Monitoramento e melhoria contínua de processos. Belo Horizonte: ESPMG, 2010.

FERREIRA, A. R. A.; SOARES, R. T. S. **A importância das ações educativas realizadas pelo enfermeiro do Programa Saúde da Família (PSF).** [199-?]. Disponível em: <http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I15248.E8.T4328.D4AP.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2011.

FRANCÉ, H. S. **Programa Saúde da Família**: teoria e prática. 30. ed. jan./fev./mar. 2005.

GALANTE, A. C. **Auditoria hospitalar do serviço de enfermagem**. 2. ed. rev. atual. e amp. GO, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

SHIMIZU, H. E. et al. A prática do auxiliar de enfermagem do Programa Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v. 12, n. 5, Ribeirão Preto set./out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000500003&script=sci_arttext>. Acesso em: 6 jan. 2011.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ANEXO A- Instrumento de Auditoria

1ª) Quem identifica e cadastra o usuário/família?

( ) Médico
( ) Técnico de enfermagem
( ) Dentista
( ) Enfermeiro
( ) Agente comunitário de saúde
( ) Técnico de consultório dentário

2ª) Quem identifica o usuário-alvo para a Atenção Programada?

( ) Médico
( ) Técnico de enfermagem
( ) Dentista
( ) Enfermeiro
( ) Agente comunitário de saúde
( ) Técnico de consultório dentário

3ª) Qual profissional da UBS avalia se o usuário faz parte da população-alvo para a Atenção Programada?

( ) Médico
( ) Técnico de enfermagem
( ) Dentista
( ) Enfermeiro
( ) Agente comunitário de saúde
( ) Técnico de consultório dentário

4ª) Qual profissional agenda o atendimento na UBS?

( ) Médico
( ) Técnico de enfermagem
( ) Dentista
( ) Enfermeiro
( ) Agente comunitário de saúde
( ) Técnico de consultório dentário

5ª) Que profissional realiza o atendimento e procede aos registro das ações, conforme as diretrizes das linhas-guias?

( ) Médico
( ) Técnico de enfermagem
( ) Dentista
( ) Enfermeiro
( ) Agente comunitário de saúde
( ) Técnico de consultório dentário

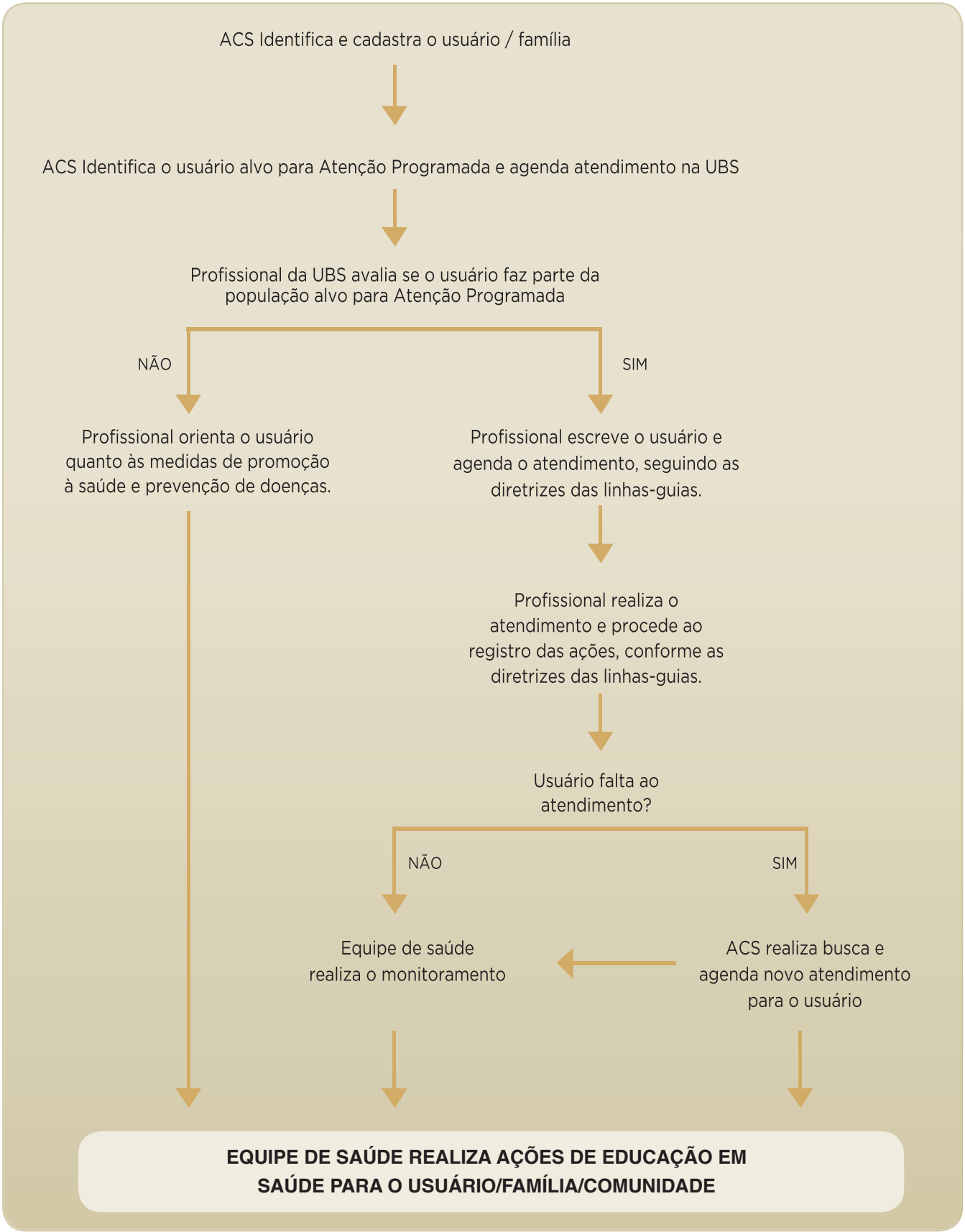
6ª) Os profissionais que agendam o atendimento na UBS seguem as diretrizes das linhas-guias?

( ) SIM
( ) NÃO

7ª) Que integrante da equipe de saúde realiza busca ativa e agenda novo atendimento para usuários faltosos?

( ) Médico
( ) Técnico de enfermagem
( ) Dentista
( ) Enfermeiro
( ) Agente comunitário de saúde
( ) Técnico de consultório dentário

ANEXO B - Algoritmo – Atenção Programada



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



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

Faça sua parte.

JUNTOS SOMOS MAIS FORTES NESTA LUTA.

O SUS está com você no combate à dengue.

www.combatadengue.com.br

SUS

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Saúde com agente

Saúde da Família

Publicação do Ministério da Saúde - Ano XII- setembro a dezembro de 2011 - ISSN 1518-2355

Sempre em busca de ser melhor!

A ação dos agentes comunitários de saúde (ACS), desde o início da Estratégia, em 1991, tem permitido ao Ministério da Saúde a aproximação e o contato com as famílias e as comunidades de todos os cantos do País, para oferecer as ações e serviços do Sistema Único de Saúde. Isso permitiu mudar e melhorar a qualidade de vida de milhões de cidadãos. Agora, espera-se que os ACS participem e intensifiquem as ações em busca ativa para incluir milhões de brasileiros que ainda não foram atingidos pelos benefícios a que têm direito para sair da extrema pobreza, não apenas com as ações e serviços de saúde, mas com programas de distribuição de renda em vigor.

Pontalina, município do centro-sul de Goiás, tem pouco mais de 17 mil habitantes. Deu início, desde o ano passado até os dias de hoje, a partir de consulta feita pela Secretaria de Saúde com seus profissionais, a um programa de valorização e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Os resultados estão sendo sentidos em diversos setores da sociedade pontalinense, e o programa deve beneficiar outros segmentos profissionais do setor público da cidade.

Já o ACS Robson Rocha, que atua na mineira Santos Dumont, afirma na entrevista que não escolheu a profissão, mas foi escolhido por ela. Esse homem, com "gosto de servir e de ser útil", diz que nunca deixa de lado sua "porção de criança", sem que afete as responsabilidades de adulto.

No Tome Nota, a boa experiência e ótimas orientações para a paternidade consciente e para os cuidados com as crianças maiores de dois anos, especialmente na área rural.

Finalmente, na crônica, o baiano Roque Onorato, ACS há 19 de seus 72 anos, é retratado em sua determinação e coragem de viver e promover a vida daqueles que com ele convivem em Valença.

Boa leitura!

Agentes para um Brasil sem miséria

Por: Fernando Ladeira

"Os agentes comunitários de saúde já são, para o Ministério da Saúde, profissionais fundamentais para a garantia do direito à saúde da população e, neste contexto que o Brasil assume o desafio de acabar com a miséria, passam a ser ainda mais decisivos na inclusão social devolvendo cidadania às pessoas." A afirmação é do diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde, Hêider Aurélio Pinto.

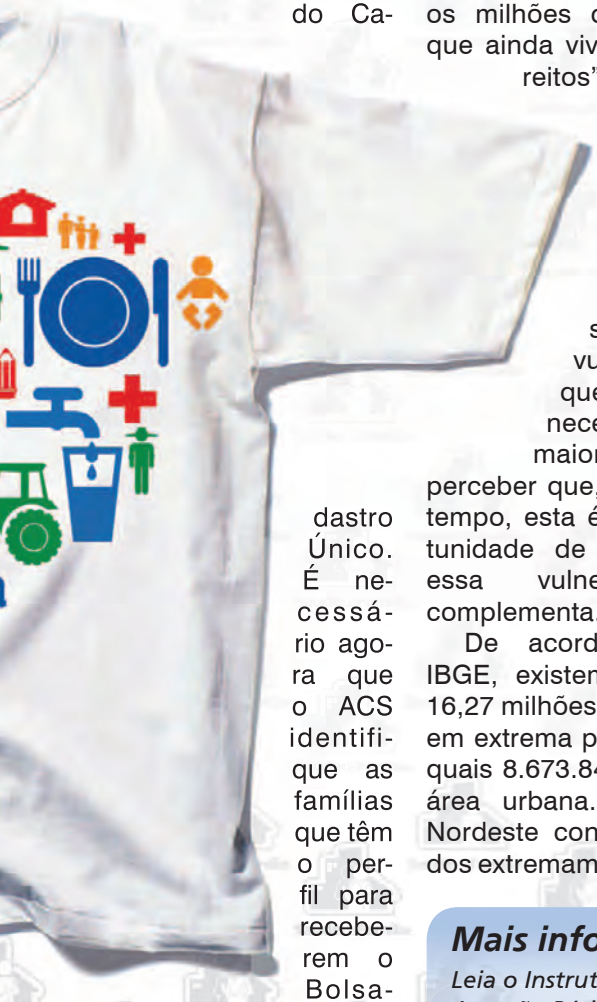
Hêider enfatiza que no Plano Brasil Sem Miséria, desenvolvido pelo governo federal, diversas ações são realizadas pelas equipes de atenção básica: atenção integral à saúde nas UBS, oferta de próteses dentárias, segurança alimentar e nutricional, apoio à população de rua, ribeirinha, do campo, quilombos e florestas, saúde nas escolas, atenção a doenças negligenciadas e perpetuadoras da pobreza, identificação e apoio intersetorial às pessoas e família em situação de extrema pobreza.

Segundo o diretor, o olhar atento e a busca ativa dos agentes comunitários de saúde para identificar os que vivem na extrema pobreza (renda mensal per capita abaixo de R$ 70) permitirão que sejam incluídas nos programas sociais do governo federal, como o Bolsa-Família, pelo menos 800 mil famílias. O cadastramento garante um benefício de R$ 32 por filho (máximo de cinco filhos), que é significativo, pois os dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apon-



tam que 40% da população em extrema pobreza tem até 14 anos de idade. Se aumentar a faixa para 19 anos, somam 51%.

Hêider Pinto informa que o Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab) permite que a equipe identifique quem são as famílias que de fato recebem o benefício e qual o número do Cadastro Único. É necessário agora que o ACS identifique as famílias que têm o perfil para receberem o Bolsa-Família, para que aquelas que não estão incluídas no programa passem a receber esse benefício. O processo de busca ativa de famílias que deveriam ser beneficiadas, e ainda não o são, será objeto de verificação na avaliação externa do PMAQ.



"O agente comunitário de saúde e as equipes de Saúde da Família têm a possibilidade de trazer para a luz da cidadania os milhões de pessoas que ainda vivem sem direitos", ressalta o diretor. "É fundamental entender que essas pessoas são mais vulneráveis e que, portanto, necessitam de maior atenção, e perceber que, ao mesmo tempo, esta é uma oportunidade de reduzirmos essa vulnerabilidade", complementa.

De acordo com o IBGE, existem no Brasil 16,27 milhões de pessoas em extrema pobreza, das quais 8.673.845 (53%) na área urbana. A Região Nordeste concentra 59% dos extremamente pobres brasileiros – 4.560.486 em áreas urbanas e 5.049.317 em áreas rurais. Sudeste e Norte vêm em seguida, com totais (urbano e rural) de 2.725.532 e 2.658.452, respectivamente, equivalente a 17% cada. Depois vem a Região Sul, com 4% (715.961), e a Centro-Oeste, com 3% (557.449).

A relevância da busca ativa dos agentes comunitários de saúde fez com que essa ação ganhasse destaque no Programa Nacional de Acesso e Qualidade, sendo um dos fatores que pontuam a atuação dos ACS no programa, além de sua formação, da existência de critérios para as visitas domiciliares, entre outros.

"Se a última década mostrou a eficácia na inclusão de milhões de cidadãos, por meio dos programas sociais e de distribuição de renda, um novo esforço pode ser responsável pelo fim desse capítulo da história do país que registra tanta pobreza e exclusão, e a ação da saúde como um todo e dos agentes comunitários, em especial, pode ser vital", conclui Hêider Aurélio Pinto. ■

Mais informações:

Leia o Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no link a seguir:
http://siab.datasus.gov.br/SIAB/siab/downloads/Instrutivo%20SIAB%202011_V2.pdf

Qualificação e suporte beneficiam ACS e Pontalina

Por: Fernando Ladeira / Fotos: José Eduardo de Matos



Desde 2010, os indicadores de saúde de Pontalina, município situado a 120 km ao sul de Goiânia, apresentam mais dinamismo do que sua economia, movida pela pecuária, pela produção agrícola e por, aproximadamente, trezentas confecções de roupas femininas e infantis. A redução na ocorrência de acidentes vasculares cerebrais entre adultos e idosos, o aumento do aleitamento materno, a diminuição de 40% dos casos de mortes infantis e a queda a quase zero dos casos de dengue foram obtidos pelo município num esforço da gestão, dos trabalhadores do SUS e da população e, principalmente, após iniciar um programa de qualificação e promoção da melhoria da qualidade de vida para seus 41 agentes comunitários de saúde (ACS).

"Agora somos respeitados como profissionais da área de saúde pelos usuários dos serviços, que já entendem o que é a prevenção de saúde", afirma a ACS Emanuela Caroline da Silveira. Maria Aparecida de Jesus, ACS há 12 anos, lembra que os agentes se ressentiam por ter apenas a qualificação dada em Goiânia na época da admissão ao trabalho e reclamavam por algo próprio que os preparasse para lidar com as famílias no município e desse mais motivação pessoal.

O pontapé inicial foi dado pelo secretário de Saúde no início da gestão, o enfermeiro Neilson Antônio de Oliveira, que percebera a falta de adesão ao trabalho por parte de muitos profissionais de saúde, e aos serviços do sistema local pela população. Assim, convidou a fisioterapeuta Marcela Martins da Cunha, que até então respondia pelo

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para coordenar a atenção básica (AB) de Pontalina. O passo seguinte foi a aplicação de questionário para detectar as satisfações e insatisfações dos funcionários lotados na saúde pública. Junto, uma análise das ações e serviços existentes e disponibilizados para os 17.121 habitantes.

Especificamente com e para os agentes comunitários de saúde, definiu-se um programa de promoção e educação em saúde com o objetivo de qualificá-los profissionalmente e dar apoio e meios para a melhoria da qualidade de vida. A qualificação é realizada, mensalmente, no centro administrativo do município, pelos profissionais do NASF (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista e educador físico) e médicos e enfermeiras de uma das cinco equipes de Saúde da Família do município.

"Os temas para as palestras mensais atendem às necessidades de saúde de Pontalina e acompanham o calendário de campanhas do Ministério da Saúde, acessado pelo site do ministério na internet. Busca-se habilitar os ACS para a prática e a transmissão de informações junto aos usuários", afirma a coordenadora da AB, Marcela Cunha. Entre os assuntos já abordados desde outubro de 2010, quando iniciou a capacitação, estão o combate à dengue, prevenção e controle do diabetes e da hipertensão, benefícios da caminhada, incentivo ao aleitamento materno e abordagem de pessoa com depressão, entre outros.

Satisfeito, o secretário Neilson cita que a campanha de combate à dengue, realizada em conjunto com os ACS e agentes de combate a endemias (ACE), reduziu os mais de 500 casos constatados no período 2009/2010 para apenas três, no período 2010/2011. "Para este ano, pretendemos zerar os casos de dengue", afirma a ACS Kelly Carvalho.

Exemplos e mais exemplos

Os agentes também foram capacitados para trabalhar com gestantes nas escolas, no incentivo ao aleitamento materno, cujo índice era baixo. "Três meses depois, olhei o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e constatei que a amamentação havia crescido 8%, e hoje temos mais de 90% participando, com aleitamento exclusivo", afirma a coordenadora da atenção básica. A ACS Maria Helena Gomes Souza estende a informação, lembrando que são inúmeras as gestantes adolescentes no município, e que as reuniões de preparo para a maternidade – banhar, não dar bico, vacinar e acompanhar – ajudaram a reduzir a mortalidade infantil em 38%, caindo o índice de 19,42 para 12,12 por mil nascidos vivos na cidade.

Não só isso, pois os agentes presentes na capacitação para prevenção e combate ao diabetes, em novembro último, aceitaram conversar com a reportagem e contar os resultados obtidos no trabalho que desenvolvem em Pontalina. Laurílio Cândido das Neves, por exemplo, lembrou de três casos ocultos de hanseníase pré-diagnosticados, devido ao olhar e atenção obtidos após a capacitação no tema. "Eles tinham medo de transmitir a doença e não procuravam o médico", informa Magda Ferro da Silva. Essa mesma atenção permitiu a detecção e notificação de casos de violência doméstica, ou estar mais sensível para perceber que boa parcela dos idosos tinha medo de morrer, lembra Magda, o que favoreceu incentivar a prevenção e controle do diabetes e da hipertensão. E mais a participação em grupos de caminhada, na hidroginástica e na Academia da Saúde, que tem mais de 600 participantes.

Pôr as pernas em movimento, por quatro quilômetros, diariamente, é chamar a participação de Maria Aparecida Ferreira, que, há seis anos, acompanha um grupo de caminhada e que ainda desenvolve alongamentos, incentiva a presença na Academia de Saúde (Projeto Agita Pontalina) e a melhoria da qualidade de vida com a ginástica na água. "Houve redução nos casos de derrames, os acidentes vasculares cerebrais (AVC). Para isso, também colaboraram as boas avaliações feitas pelo grupo do Hiperdia e a participação em ações de lazer para a terceira idade, como os bailes", conta Aparecida.

A coordenadora Marcela acrescenta que a capacitação para alongamentos e caminhadas realizada pelos

profissionais do NASF ajudou a quebrar resistências, ou reticências, dos moradores do município na participação dos grupos. “Hoje são quatro a cinco grupos com duzentos participantes, ao todo”, diz Marcela Cunha.

E, se a questão fosse de números, a ACS Wancléia da Silva lembra o de fumantes que querem parar de fumar. Ao trabalharem o tema de controle do tabagismo, 400 usuários do sistema municipal manifestaram intenção de participar do programa do Ministério da Saúde para pararem de fumar. O volume de adesões surpreendeu, inclusive, os técnicos vinculados ao Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Ministério, que já enviaram ao município as cartilhas. Faltam chegar, ainda, os medicamentos (cloridrato bupropiona, adesivos, gomas de mascar e pastilhas de nicotina) para que se dê início à terapia. “Os fumantes têm vontade de parar, mas não conseguem só por ato de vontade”, afirma Wancléia.

Autoestima

As manifestações e exemplos dos agentes comunitários de saúde, em parte, refletem o trabalho de qualificação realizado, pois apenas os temas de motivação, autoestima e atendimento ao público, segundo o secretário Neilson Oliveira, foram objeto de quatro das capacitações mensais iniciadas em 2010. As informações contidas no SIAB, no entanto, é que foram apontando, concretamente, os resultados da iniciativa de promoção e educação em saúde com os ACS, pois, se no início de 2010, somente 11 dos 41 agentes faziam a cobertura de 100% de suas microrregiões, até a metade de 2011, já eram 23.

“Além das palestras e da terapia com a psicóloga, também começamos a trabalhar com os agentes o planejamento das visitas. Quantas casas por dia, quantas famílias por dias úteis, para que todos pudessem se organizar e cumprir seus compromissos. As visitas aumentaram 50% e nenhum ACS, hoje, tem índice menor que 85% de cobertura de suas microrregiões”, esclarece Marcela Cunha.

Segundo a fisioterapeuta, os profissionais de saúde têm de ser idealistas, e as condições atuais para contratação de agentes comunitários de saúde são mais favoráveis. Foram superados limites que faziam da função uma boa opção de emprego, mas permitiam que houvesse ACS desmotivados para o trabalho. Porém, o NASF tem realizado bem sua função de dar apoio à Estratégia Saúde da Família, em via de duas mãos, pois, se por um lado, colaboram e orientam os profissionais de saúde, por outro, também são indicados à população pelas equipes, em suas respectivas áreas de atuação.

Terapia em grupo

Aprovada no concurso municipal, a psicóloga Bruna Ruivo assumiu no início de 2010 a função no NASF intermunicipal – o primeiro de Goiás – que atende as oito equipes de Saúde da Família de Pontalina (5), Edealina (2) e Mairipotaba (1). Ainda no primeiro semestre, a equipe do NASF apresentou seu trabalho para os ACS, a fim de que entendessem a contribuição do Núcleo para os profissionais de saúde e a comunidade. Ao final do encontro, todos entregaram fichas com sugestões para o trabalho do NASF, entre as quais a de ser criado um grupo de apoio terapêutico para os agentes comunitários, o que aconteceu com o Projeto Cuidando do Cuidador.

Ao final de 2010, iniciou-se o programa de terapia e, hoje, existem dois grupos, quinzenais, cada um com cinco participantes, que aceitam discutir suas situações de estresse, angústias e, até, depressão. O sigilo das partilhas, segundo Bruna Ruivo, fluiu naturalmente e contribuiu para o desenvolvimento do trabalho. “Hoje, muitas já estão com mais qualidade de vida”, informa a psicóloga.

Testemunho disso foi dado por Marlúcia Dantas Pinto. “Atuo como ACS, ouvia e ouço tantos problemas daqueles que são atendidos na microárea e, ao mesmo tempo, sou mãe e fui passando, aos poucos, por uma série de choques, conflitos pessoais que me desmotivaram. Depois de um tempo na terapia, voltei a ser quem eu era no trabalho, me sentindo mais firme”, confessou.

De acordo com Bruna Ruivo, o processo terapêutico teve o objetivo de dar mais eficiência e eficácia ao trabalho dos ACS e, ao

mesmo tempo, ajudá-los a melhor se protegerem emocionalmente. “O agente precisa aprender a analisar a si mesmo e caminhar pelas próprias pernas, sabendo se defender quando necessário, especialmente quando criticado. Precisa saber fazer a digestão emocional do que lhe acontece e descartar o que é lixo emocional, e quando isso acontece vão-se embora as dores de cabeça, de estômago e outras obtidas no trabalho”, diz a psicóloga. ■

Motivação promove a saúde no município

Pontalina faz parte da Comissão Intergestores Regional Centro-Sul de Goiás, composta por 25 cidades encabeçadas por Aparecida de Goiânia, município limítrofe e integrante da região metropolitana de Goiânia. É referência em alguns procedimentos de média complexidade para municípios vizinhos, e os serviços de maior complexidade são disponibilizados por Aparecida ou Goiânia. Quando necessário, os usuários são levados pelo Transporte Solidário (projeto), da prefeitura.

Priorizada a saúde, 21% do orçamento municipal está comprometido com o setor, que busca andar alinhado às políticas nacional e estadual, e em conformidade com as necessidades locais. A cidade conta com um hospital de pequeno porte e está finalizando as obras de um novo prédio para transferir esses serviços, com o acréscimo de novos equipamentos. Aguarda-se a conclusão de uma nova Unidade Básica de Saúde (são quatro ao todo) e a reforma de outra.

Segundo o secretário de Saúde, Neilson Antônio de Oliveira, prepara-se a compra de equipamentos de informática para informatizar os serviços e aderir ao Sistema Nacional de Regulação (SISREG III), operado pelo DataSUS, do Ministério da Saúde. Já tem suporte para telemedicina, para qualificar o atendimento e assistência dos profissionais de saúde aos usuários.

Uma série de ações e programas foi lançada com boa adesão da população. Os principais são os de caminhada e hidroginástica (Academia de Saúde, no Projeto Agita Pontalina), redução de agravos no trânsito (Projeto Pontalina Prudente no Trânsito), informação para usuários (Projeto Sala de Espera, realizado com a instalação de televisões nas UBS para transmitir filmetes de saúde), saúde rural (Projeto Saúde no Campo), combate ao uso de drogas e melhoria de controles de agravos (Projetos Drogas NÃO! e Remédio em Casa).



Além disso, são distribuídos milhares de fôlderes de temas das campanhas do Ministério da Saúde no decorrer do ano, e tem-se o apoio da rádio e jornais locais que divulgam temas de saúde para a população. Houve, também, a adesão a programas do Ministério da Saúde, tais como o NASF, SAMU, PlanejaSUS e, ao final do ano, o PMAQ.

O que mais tem chamado a atenção é o Projeto de Qualificação dos Profissionais do SUS, iniciado com os agentes comunitários de saúde, que são capacitados para temas a serem trabalhados no cotidiano do serviço. Melhorou a autoestima e produtividade deles e a oferta de suporte psicológico aos profissionais. Satisfeito, o secretário de Saúde prepara a expansão da capacitação para todos os profissionais do SUS no município e a capacitação da população quanto ao SUS, por meio do Manual do Usuário do SUS de Pontalina, que será amplamente distribuído. De acordo com Neilson Oliveira, “os recursos financeiros são insuficientes para tudo que queremos fazer, mas muitos serviços podem ser melhorados sem tanto dinheiro, seja em condições de trabalho dos funcionários, seja em organizar um SUS qualificado com acesso adequado para toda a cidade.”

Por: Déborah Proença / Fotos: Acervo UBS Córrego de Ouro

Robson Israel Rocha Isabel



BATE PAPO COM ACS

Robson Israel Rocha Isabel, ou somente Robson Rocha, mineiro de Santos Dumont, trabalha como agente comunitário de saúde (ACS) no mesmo bairro onde nasceu, há 31 anos. Desde 2004 atua na linha de frente de uma das oito equipes de Saúde da Família do município e, em breve, se formará enfermeiro. Robson se diz apaixonado pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e afirma que foi a profissão de ACS que o escolheu, e não o contrário.

O agente se define como "um homem sempre com o desejo de servir e ser útil". Dedicado e detalhista ao extremo, afirma que procura aproveitar a vida e aprender a cada minuto, curtindo ao máximo as pessoas que ama, sempre com respeito e alegria, na esperança de dias melhores para sempre. "Assim vou levando a vida, em busca da realização dos meus sonhos, em busca dos meus ideais. Sempre tranquilo, com sorriso no rosto e levando meu lado criança, sem esquecer as responsabilidades de adulto", filosofa ele.

RBSF: Conte um pouco sobre a sua trajetória como profissional da saúde. O trabalho como ACS o motivou a prestar vestibular para enfermagem?

Robson Rocha: Meu início não foi fácil. Contei apenas com a ajuda dos outros colegas ACS, pois não recebi qualquer treinamento para exercer a profissão. Tive uma pequena aula introdutória sobre o assunto com a enfermeira da unidade e, com o passar do tempo, fui entendendo os propósitos da ESF e me aperfeiçoando no trabalho. Isso desencadeou em mim uma enorme vontade de crescer profissionalmente, dentro da própria Estratégia, pois me apaixonei por ela.

Três anos depois, ingressei na faculdade de Enfermagem, em Juiz de Fora (município vizinho). São 120 km de viagem diários que eu faço feliz. Hoje, tenho certeza de que a minha vida toda foi uma preparação para trabalhar como enfermeiro, com base em características da minha personalidade. A oportunidade de atuar como ACS fez brotar e afirmar-se em mim uma vontade cada vez maior de ajudar o próximo. Tenho plena convicção de querer trabalhar a educação em saúde na ESF, pois é a prática mais adequada por unir o ouvir, o compartilhar e o construir juntos, elementos essenciais. A relação entre o saber popular e o saber técnico só tem a acrescentar na busca pela autonomia dos sujeitos, que é um objetivo central da saúde.

RBSF: Para você, por que a Estratégia Saúde da Família tem tanto sucesso?

Robson Rocha: A Saúde da Família é o berço da produção de saúde. Nela, há diálogo, questionamentos, troca de conhecimentos e participação efetiva da comunidade, que contribuem para uma abordagem que ajuda a fortalecer a consciência crítica e a participação ativa das pessoas. A troca conjunta de saberes entre a equipe de saúde e os usuários do serviço é uma visão moderna, uma prática inovadora.

RBSF: Cite algo que você já aprendeu com a comunidade.

Robson Rocha: S: Jogo de cintura! No início da ESF, foi um pouco complicado, pois até hoje a comunidade ainda se vincula ao modelo hospitalocêntrico e em torno do profissional médico. A maioria dos usuários não compreende a dinâmica da Estratégia e, ao percebermos isso, tivemos que criar alternativas para nos adaptarmos à demanda da comunidade. Isso mostra

Atualmente, a avaliação física acontece a cada três meses.

o quanto a participação popular foi e é fundamental para a firmação da ESF, pois a comunidade está em constante mudança e é preciso adquirir muito "jogo de cintura" para o cotidiano de trabalho.

RBSF: É difícil ser ACS?

Robson Rocha: A precarização da profissão de ACS é um fator que me atormenta, pode tornar a profissão frustrante com o passar dos anos. É necessário muita motivação pessoal e amor pelo que se faz, em especial amor ao próximo, para não desistir.

RBSF: Você sente algum tipo de resistência da comunidade por você ser ACS e homem? Algum tipo de constrangimento?

Robson Rocha: Posso afirmar que não, pois, como sou morador do bairro desde que nasci, todos conhecem a mim e meus familiares, então a atuação fica facilitada, até pelo fato de minha área de abrangência ser perto da minha casa. É claro que resistência sempre existe, mas não pelo fato de ser homem, e sim porque aqueles que resistiram no meu início resistem até hoje.

RBSF: De quem foi a iniciativa de fazer uma semana de atividades voltada às mulheres? Que atividades foram desenvolvidas? Fale sobre esse trabalho.

Robson Rocha: Quinzenalmente, realizamos reuniões de equipe em que todos opinam, a fim de levantarmos os problemas enfrentados pela comunidade. A partir daí, observamos que a adesão das mulheres na realização dos exames preventivos (Papanicolaou) estava baixa. Chegamos ao acordo de promover essa semana de atividades para fortalecer os vínculos das mulheres com a unidade e, assim, aumentar a realização desses exames. Observamos, também, a necessidade de melhorar a assistência à saúde das mulheres do bairro e de trocar informações sobre temas diversos, tais como a prevenção do câncer de colo uterino e de mama, higiene pessoal, preservação do meio ambiente, bem-estar, motivação pessoal e outros.

RBSF: Fale um pouco sobre o grupo "Caminhando para uma vida saudável".

Robson Rocha: O "Caminhando para uma vida saudável" é um grupo de caminhada que começou em 2007, após identificarmos o alto índice de hipertensos e diabéticos nas consultas médicas e um exagero nas medicações. O projeto foi aprovado sem problemas na Secretaria Municipal de Saúde. Avaliamos quais membros da comunidade necessitavam e quais estariam aptos a realizar atividade física regular. A partir daí, nós, ACS, iniciamos a escolha, avaliação e convite aos pacientes.

Firmamos parceria com o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) para termos o apoio de outros profissionais, como o educador físico, o psicólogo e a assistente social. Assim, tratamos a saúde física e, também, a inserção dessas pessoas na sociedade, a autoestima, a convivência com o outro e até o aprendizado de trabalhos manuais, bem na linha do Programa Academia da Saúde. Essa parceria também proporcionou a confecção de camisetas para as participantes do grupo.

Depois de algumas reuniões com a equipe e as interessadas no projeto, definimos, em conjunto, o percurso, o tempo de exercício, os dias e os horários em que as atividades seriam desenvolvidas. Começamos com 30 participantes, em caminhadas acompanhadas por um ACS e um educador físico do CRAS, todas as terças e quintas-feiras, às 7 da manhã. Mensalmente, as "caminhantes" vinham até a unidade para aferição de sinais vitais, pesagem e medida da circunferência abdominal, e todos os dados eram anotados no prontuário criado para essa atividade.

Com o passar do tempo, o percurso foi ampliado e outras atividades foram incluídas, até mesmo a oferta de café da manhã, uma vez por mês, com acompanhamento de uma nutricionista. Com isso, obtivemos resultados significativos na redução do peso, na elevação da autoestima, na diminuição da frequência às consultas médicas e na redução da medicação de algumas "caminhantes".

Nós também enfrentamos algumas adversidades. A não adesão dos homens ao projeto é uma delas, pois, quando percebem a grande quantidade de mulheres no grupo, sentem-se constrangidos, afirmam que as esposas têm ciúme e param de participar.

A comunidade também se mostra muito resistente à medicina



preventiva. Além disso, a mudança constante no quadro de profissionais médicos que avaliam os novos participantes é desestimuladora, tanto que algumas pessoas já desistiram do projeto. Apesar de tudo, hoje temos um grupo coeso de umas 20 "caminhantes" que pratica a caminhada por prazer e está inserido até em outras atividades dentro da comunidade.

RBSF: Por que vocês direcionam as ações para o público feminino? Há algum indicador negativo no município que direcione para esse tipo de abordagem?

Robson Rocha: : Não existem indicadores negativos em nossa cidade para isso, especificamente. No entanto, nossa unidade está localizada próxima a uma escola de ensino primário, e o fluxo e a frequência de mulheres na UBS ficam intensos, já que estão ociosas à espera de seus filhos ou à espera da abertura dos portões.

RBSF: Como é a sua participação nessas atividades?

Robson Rocha: Sou proativo! Participo das reuniões com a equipe e com a comunidade, a fim de aplicar uma atividade educativa de comum acordo entre as partes. Funciono como um mediador, busco um equilíbrio entre os envolvidos. Na organização, contribuo na elaboração da ação (criação de fôlder, ofícios, mensagens, instalação de audiovisual). Para a manutenção, procuro sempre motivar as "meninas" (outras agentes) da unidade, sempre incentivando a criarem alternativas para que a caminhada não caia na rotina. Assim, sempre temos um encontro na unidade com passeios e confraternizações.

As ações da UBS e o grupo da caminhada reduziram a frequencia com que essas mulheres solicitavam consultas médicas. As pessoas com diabetes conseguiram reduzir a medicação e estão com os níveis de glicose mais controlados, e os hipertensos estão com a pressão arterial mais controlada e conseguiram considerável redução de peso.

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

Robson Rocha: Fazer com que os usuários e a comunidade compreendam os propósitos da ESF e, a partir disso, reflitam cri-

15 participam desde o início do projeto. O restante do grupo está há, pelo menos, dois anos.

ticamente sua realidade e busquem soluções em parceria com a equipe de Saúde da Família.
A falta de uma educação continuada para os ACS também é um desafio, pois, para realizar intervenções mensais, sem instrumentos que validam a visita, sem novidades para levar às famílias, a visita se torna uma mera busca por assinatura num papel, em que o essencial ficou em segundo plano.

RBSF: Algum fato emocionante?

Robson Rocha: Ah, muitos! Afinal, com o tempo, criam-se vínculos com a comunidade e observa-se que algumas pessoas veem você como referência. Quando é proposta uma mudança, elas seguem e respeitam o acordo que foi feito.

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

Robson Rocha: Antes da implantação da Estratégia na UBS, a comunidade não tinha referência para o atendimento, até mesmo para procurar um apoio qualquer. A unidade era pouco frequentada e não existiam atividades para estimular a mudança do estilo de vida. Depois da ESF, essas questões tiveram uma melhora significativa, pois já somos referência para a comunidade e proporcionamos várias atividades além da consulta médica. Com isso, a frequencia na UBS é cada vez maior, o que faz com que as atividades de educação em saúde sejam eficazes. Exemplo disso é a sala de espera da unidade, que hoje utilizamos para buscar maior e melhor interação com a comunidade enquanto aguardam o atendimento. É uma ótima forma de produzir saúde.

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

Robson Rocha: Todos veem os ACS como um elo entre a comunidade e a equipe, como uma figura importante dentro da equipe de Saúde da Família, mas que, sozinho, não consegue fazer as mudanças necessárias. É fundamental que todo o grupo se comprometa com os cuidados à saúde da população, que se envolva em prol da mudança de comportamentos, que saiba ouvir, buscar constantemente a conquista da autonomia, que só será alcançada quando houver interação entre os profissionais da saúde e a comunidade, em que o bom senso, a liberdade, a opinião e a independência dos sujeitos sejam respeitados. ■



Por: Déborah Proença / Fotos: Radilson Carlos Gomes

O ACS e os cuidados com a mãe, o companheiro e o bebê



Temas como paternidade e cuidados com o recém-nascido para homens e futuros papais ainda são "espinhosos", mas estão entre aqueles que devem ser tratados pelo agente comunitário de saúde (ACS) nas visitas e encontros familiares. São parte de um conjunto de cuidados que envolvem, além da maternidade, a família. E as mulheres sabem, como ninguém, o quanto precisam da presença e participação dos companheiros quando engravidam e para cuidar dos bebês após o parto.

O ACS tem papel importante nos cuidados com a gestante e com a família com o desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Por ele, o pré-natal é trazido para o dia a dia das equipes de saúde, que se torna mais qualificado. Outros indicadores ligados à vida da mulher e companheiro na gestação e depois nos cuidados com o filho são componentes da avaliação do PMAQ. O ACS é responsável por manter atualizada a ficha A, que dá às equipes de saúde as informações que permitem melhorar o cuidado.

Paternidade consciente

Há dificuldades. Muitos homens se isentam da responsabilidade de criar e cuidar dos filhos. Outros não participam por serem os provedores do lar. Não conseguem ir às reuniões dos grupos organizados nas Unidades Básicas de Saúde para orientar as gestantes, que acontecem durante o expediente de trabalho.

Entretanto, alguns admitem que ter filhos não é fácil e outros acreditam que não são capazes de ajudar suas companheiras neste primeiro momento. "Poxa, eu não tenho peitos!", justifica um para não participar da amamentação da filha, mas ser mãe não é só amamentar e ser pai não é apenas prover o sustento familiar. É preciso conscientizar os pais de primeira viagem da necessidade de um trabalho em conjunto, para que nenhum dos dois se sobrecarregue durante a adaptação a três.

A conscientização deveria começar na escola, com a educação sexual e reprodutiva, mas ela vai além de questões básicas de cuidado e proventos financeiros. Aguinaldo Gomes e Vera Resende, da Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, afirmam no texto "O pai presente", de 2004, que a participação paterna na formação psíquica para resolução de conflitos das crianças é fundamental, principalmente no início da vida, entre os seis e 12 meses, pois a figura dele "representa a possibilidade do equilíbrio pensado como regulador da capacidade de a criança investir no mundo real".

Vinculação com a maternidade

Para Charleni Scherer, consultora técnica do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, o "ACS precisa estar motivado o tempo inteiro pela equipe, principalmente para a educação em família", afirma.

É imprescindível a escolha prévia da maternidade para evitar a peregrinação das gestantes entre hospitais no trabalho de parto, e para que se sintam mais seguras para a hora do nascimento. É escolha exclusiva das mães, mas podem ter o auxílio das equipes de saúde que as acompanham, inclusive para visitar as maternidades.

O agente deve lembrar a mãe que existe o auxílio-deslocamento, da Rede Cegonha. As gestantes atendidas – que fazem pré-natal – têm direito (Portaria nº 68, de 11/1/2010) e devem estar cadastradas no sistema de informação para cadastro e acompanhamento das gestantes (SIS-Pré-Natal Web) para receber o recurso. A fim de orientar a atuação das equipes, estão para ser inseridos no sistema os módulos "gestante de alto risco" e "parto", cujas informações são coletadas e alimentadas pelo ACS.

Primeira visita do pós-parto

A primeira visita após o nascimento do bebê é feita em domicílio, e o retorno, 30 dias depois, deve ocorrer na UBS. Muitas vezes, são os agentes que identificam se a mãe já teve alta da maternidade e orientam as famílias a respeito da caderneta que acompanhará todo o desenvolvimento das crianças.

As equipes devem ensinar, permanentemente, aos ACS os procedimentos para o cuidado com o bebê e com a mãe, para que os retransmitam às famílias. Entre os cuidados básicos estão a higiene (banho, vestimenta etc.) do bebê; o uso da



chupeta e da mamadeira; a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade; e as técnicas corretas de amamentação.

O teste do pezinho será monitorado pelo ACS na primeira visita, e é feito na maternidade. Caso não aconteça, será realizado na UBS em até dez dias após o parto. Mas as mães também precisam de atenção, alerta Charleni. "Algumas, após nascerem os filhos, param de se cuidar, esquecem de escovar os dentes e passam a apresentar problemas de gengivite e periodontia, por exemplo". O estresse e a depressão pós-parto são comuns e, se não diagnosticados no início, podem prejudicar a relação entre mãe e filho.

Acompanhamento da criança após os dois anos

Para acompanhar as crianças, é importante observar o crescimento (aumento da massa corporal – altura e peso), um dos melhores indicadores de saúde, pois depende das condições de vida intrauterina (dentro do útero) e de fatores ambientais (alimentação, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico, ocorrência de doenças e acesso aos serviços de saúde).

O desenvolvimento é medido pela aquisição de habilidades com o aumento da idade. Juntos, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento são a ação central e organizadora da atenção à criança menor de cinco anos (puericultura).

Para assegurar o contínuo desenvolvimento, veja na tabela ao lado, algumas orientações com relação às tarefas executadas por elas e o seu grau de desenvolvimento, publicadas em cartilha da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, em 2005. Ao identificar problemas, alerte a equipe de saúde. Com o desenvolvimento normal ou com pequenas dificuldades, as famílias devem continuar estimulando os filhos.

Desenvolvimento da criança (etapas)

Idade	Tarefas
2 anos	Retira uma vestimenta
	Constrói torre com três cubos
	Aponta partes do corpo
	Chuta a bola
3 anos	Lava e seca as mãos
	Imita uma linha vertical
	Compreende duas ações
	Sobe escada

Idade	Tarefas
4 anos	Veste-se sozinha
	Copia um círculo
	Define três objetos pelo uso
	Equilibra-se em um pé por dois segundos
5 anos	Escova os dentes sem ajuda
	Copia uma cruz
	Define cinco objetos
	Canta músicas



Saiba mais

sobre as funções do ACS no manual "O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde" e no "Guia Prático do ACS", disponíveis para download no endereço eletrônico:

http://dab.saude.gov.br/publicacoes.php

Crônica da Saúde

O que foi e é a vida de ACS

*Texto: Fernando Ladeira * Ilustração: Roosevelt Ribeiro*

Ele pediu para falar de mim mesmo, o que eu considerava que fosse importante na minha vida, de minhas qualidades... Como se fosse fácil falar de si mesmo, de mim mesmo. Bem, talvez falar de alguns problemas ou contar algumas situações divertidas até não seja tão difícil, mas quando pedem pra gente falar da gente mesmo aí muda. Aconteceram coisas tristes, outras foram muito boas, tem coisas que não gosto de falar com ninguém. Essas lembro só eu, comigo mesmo, nos dias em que me permito isso, mas eu estou enrolando e acho que é melhor começar de alguma maneira, por uma frase, por uma lembrança, por alguma luz que surja dentro de mim.

Não me lembro do dia em que nasci, mas foi em 15 de junho, lá em 1939. Santo Antônio de Jesus era pequena e com um mês meus pais fizeram o trajeto de 72 quilômetros de mudança para Valença. Foi lá onde nasceu minha irmãzinha, três anos depois, e com mais dois anos minha mãezinha morreu. Como não pôde deixar de ser, seguimos nossas vidas e, com nove anos, eu já trabalhava na olaria.



Naquela época, não era difícil trabalhar para ganhar um pouquinho e ajudar nas contas da casa. Mesmo depois que meu pai morreu, e eu só tinha dez anos, não quis sair e pedi para os meus avós para ficar lá, trabalhando. A olaria dava trabalho e não ia faltar material para as telhas, para os vasos e tanta coisa bonita que os artistas da cidade fazem. Também, com o Rio Una, o manguezal e tão perto do mar, Valença tem terras boas para fornecer matéria-prima. E, depois da morte de minha mãe, eu cresci à força, mas não era desmiolado, tinha cabeça, então eu trabalhava e ao mesmo tempo estudava, e fiquei assim, levando a minha vida até os 17 anos. Depois de tantos anos, passei a trabalhar como açougueiro-magarefe, abatendo os bois no matadouro.

Fiquei uns anos ali, até que minha avozinha, que me apoiou ficar em Valença, adoeceu e precisou de mim. Aí foi a minha vez de ir a Santo Antônio cuidar dela e da irmã, as duas na casa dos 60 e doentes. Fiz o que pude e, no meio tempo, aprendi a ser pedreiro, mais uma maneira de ganhar o pão do dia a dia e, quando voltei para Valença, já tinha mais o que oferecer de mim mesmo.

Apesar de ter nascido em Santo Antônio, Valença é a cidade do meu coração, e acho que é por isso que recebi, agora mais velho, uma homenagem da Câmara de Vereadores. É a minha terra das oportunidades! É onde casei e tive meus quatro filhos. Uma filha, por sinal, graduou-se em Letras e se prepara para uma pós, abrindo outras perspectivas de vida, não só para ela como para todos nós que vivemos com ela e damos apoio para que ela se realize na vida.

Não vou fugir e volto a falar de mim. Apesar de ter aberto a matraca, ainda sinto que não é fácil falar de si mesmo, mas isso pode abrir os olhos de outros, pode provocar em outros a vontade de sempre buscar algo melhor na vida, e também para os outros. Acho que eu sou assim, também. Além dos meus filhos, ajudei a criar outros 20, de parentes ou pessoas que precisavam. Sozinho não, pois minha

esposa tem um coração enorme e ela sempre foi forte e presente, dando apoio. Até hoje cuida do que eu como, porque eu adoro uma carne gorda, mas, por causa de hipertensão, ela fica em cima, no controle, para que eu só coma carne branca ou carne magra. Mas eu sei que é para o meu bem, e também passei meus últimos 19 anos cuidando do bem dos outros.

Bem, deixa eu voltar para minha história. Depois que voltei para Valença, na década de 70, fiquei um tempo em outra atividade até que fui admitido na prefeitura. Saí porque fui convidado para ser o zelador do matadouro onde trabalhei quando menino, mas fui chamado de novo para o serviço público e fiquei, chegando a ser administrador. O fato é que alguns tempos são bicudos, e começaram a reduzir o salário e eu tentei ganhar o pão com um empreendimento paralelo, comprar couro, tratar e revender. Durou o que pôde, mas a empresa faliu, e eu já tinha saído da prefeitura. A solução foi usar a experiência e voltar a trabalhar como açougueiro e abatedor. Também não deu certo. Abri, então, com ajuda da família, uma pequena mercearia, e assim levei até o início da década de 90.

Foi em 1991 que o meu amigo Geraldo dos Santos se inscreveu para ser agente comunitário de saúde (ACS) e me chamou para fazer a inscrição também. Já estava nos meus 52 anos, mas levaram em conta que eu fazia muitos trabalhos na comunidade, muitos ligados à Igreja Católica. Além disso, "ele sabe ler e escrever". Fiz o teste em 92 e me tornei um ACS. Ser um ACS? É conversar com o povo, é orientar. Nem todos seguem, mas se quatro em cem seguirem já valeu.

E aí é que é o curioso, porque já tinha trabalhado em olaria, matadouro, como pedreiro, no comércio de peles e mercearia, funcionário da prefeitura. Eu me encontrei mesmo na prestação de serviços para a comunidade. Abracei com muito sentimento ser um agente comunitário de saúde, e hoje, mesmo aposentado, continuo a fazer o trabalho com o mesmo gosto, amor e determinação. Acho que por isso é que volta e meia me chamam nas faculdades para falar de qualidade de vida, promoção à saúde, ou nos cursos municipais e estaduais de formação de agentes.

Em julho de 92, fizemos o treinamento para agentes, e nossa coordenadora, a Santusa Pinto, incentivava muito a turma. Por sinal, na época, não ganhávamos salário, era incentivo também. O fato é que eu já estava cansado do "feijão com arroz" do trabalho e da pouca resolutividade, e ela me mandou "criar". Comecei a levar médicos para fazerem palestras para os usuários, a desenvolver trabalhos na comunidade e a preparar e dar palestras.

Veio, então, um período de vacas magras e, por nove meses, não houve pagamento dos incentivos, e o número de ACS caiu de 101 para 66. Mantive-me, com o apoio da família, vendendo aos poucos todo o material de construção que tinha comprado para construir a nossa casa. Até hoje não tenho casa própria, mas pretendo ter em 2012. A questão é que a falta de pagamento me motivou a criar a primeira associação representativa dos ACS, em dezembro de 94, com o objetivo de lutar por salários e direitos de trabalho. Visitando outros municípios, conseguimos criar a federação baiana e depois veio a confederação, ainda nos anos 90. Daí surgiu o apelido de "pai dos agentes", mas eu não gosto, porque não me considero assim.

Ainda hoje me dedico ao trabalho. Demoro de nove a vinte minutos para chegar à Unidade Básica de Saúde, porque sempre me param para pedir orientação, conversar, dar alguma dica. Até mesmo umas madames da cidade. E também me chamam para algum trabalho do município, quando é voluntário ("seu Roque gosta, dizem"), pois, para trabalho pago, nunca. O caso é que tenho o mesmo amor pelo que faço até hoje.

Planos para o futuro? Quero terminar minha autobiografia "O que foi e é a vida de ACS", pois parei de escrever em novembro com a cirurgia de catarata, mas pretendo fazer o lançamento do livro em Brasília, no mês de junho. ■

**Crônica escrita a partir de pesquisa, entrevista e texto de Roque Onorato Santos, ACS mais antigo da Bahia em atividade.*

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.