

FARMÁCIA POPULAR

SERVIÇO À POPULAÇÃO SE ESTENDE COM REDES PRÓPRIA E PARTICULAR



ENTREVISTA

Ministro Alexandre Padilha assume a Saúde
e imprime as marcas do Governo Dilma

PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Atenção Básica e o cuidado
às pessoas excluídas

UNIDADES MÓVEIS

Não existem distâncias com
os novos serviços do MS

ARTIGO

Estigma social e saúde mental:
quais as implicações e importância
do profissional de saúde?

ENCARTE

Interculturalidade: a
saúde em comunidades
estrangeira e indígena

Revista Brasileira Saúde da Família
Ano XI, número 28, jan/abr 2011

Coordenação, Distribuição e informações

Ministério da Saúde

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

Editor Geral:

Hêider Aurélio Pinto

Jornalista Responsável/ Editor:

Fernando Ladeira de Oliveira (MTB 1476/DF)

Coordenação Técnica:

Patricia Sampaio Chueiri
Alexandre de Souza Ramos

Secretária de Redação

Déborah Proença

Conselho Editorial:

Alexandre de Souza Ramos
Angelo Giovani Rodrigues
Aristides Oliveira
Déborah Proença
Eduardo Melo
Elisabeth Susana Wartchow
Fernando Ladeira
Hêider Aurélio Pinto
Mariana Carvalho Pinheiro
Patricia Sampaio Chueiri
Patrícia Tiemi Cawahisa
Roberta Maria Leite Costa

Equipe de Comunicação:

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

Diagramação

Artmix Publicidade e Web

Revisão:

Ana Paula Reis

Fotografias:

*Radilson Carlos Gomes, Luis Oliveira/MS, Erasmo Salomão/MS, Jéssica Sampaio, Marta Marques, Marcela Sá, Lysiane Medeiros, Ronaldo Zonta, Antonio Cruz/Agência Brasil, Fiocruz Multimagens: Peter Illiciev, Vinicius Marinho e Raul Santana. Capa: Osiris Reis

Colaboração:

Adriana Cortez, Edson S. de Almeida, Francisco Cordeiro, Inaiara Bragante, Marta Marques, Ronaldo Zonta e Telmo Ronzani.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Distribuição gratuita
Revista Brasileira Saúde da Família - Ano XI, n 28 (jan/mar 2011),
Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
Trimestral
ISSN: 1518-2355
1. Saúde da Família, I, Brasil, Ministério da Saúde, II, Título.

SUMÁRIO

CAPA	31	Farmácia Popular do Brasil: rede própria atinge meta e rede privada adere
		
CARTAS	04	
EDITORIAL	05	Atenção básica é prioridade absoluta
ENTREVISTA	06	Ministro Alexandre Padilha
DE OLHO NO DAB	11	Indicadores de Saúde Bucal no Pacto pela Saúde
	46	Proesf ganha Prêmio Inovação de Gestão
BRASIL	12	Unidades móveis superam distâncias e levam saúde
	16	APS se desenvolve pela Rede de Pesquisa
	38	A metrópole do presente
	40	O papel da atenção básica na Urgência
EXPERIÊNCIA EXITOSA	20	Cuidado às pessoas em situação de rua: SP e SSA
CARREIRA	26	Adelle Nóbrega Rocha Freitas, médica
PELO MUNDO	48	A orquídea da vida
ARTIGO	51	Estigma social e saúde mental

CARTAS

Gostaria de saber se existe lista atualizada de todos os municípios brasileiros que atuam apenas na Atenção Básica à Saúde. De preferência, a lista completa dos municípios com a situação atual de gestão: atenção básica, plena ou Pacto pela Saúde. Desde já agradeço a atenção. Daniela Reyes

Daniela

O site do Ministério da Saúde disponibiliza essas informações por meio da Sala de Situação em Saúde. Nela, profissionais, gestores e usuários poderão acompanhar informações, de forma executiva e gerencial, para subsidiar a tomada de decisão, a gestão, a prática profissional e a geração de conhecimento. Demonstra a atuação governamental no âmbito do SUS, fornece referencial para projeções e inferências setoriais, além de contribuir para a transparência acerca das ações desenvolvidas na área da saúde.

Para acessar a Sala de Situação em Saúde, o endereço é: <http://189.28.128.178/sage/>.

• • •

Gostaríamos de saber o próximo passo a ser adotado para o recebimento da 2ª parcela da construção de Unidade Básica de Saúde, tendo em vista a Portaria nº 2.226/2009, art. 7º In. II. Informamos que a construção já foi iniciada e estamos com a documentação de comprovação. Certos de contarmos com a colaboração e informação, desde já agradecemos. Francineide Santana – Secretária de Saúde de Santa Cruz da Baixa Verde – PE

Francineide

Para a liberação da segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado de Unidade Básica de Saúde, o proponente deve apresentar, via sistema (upload), no site do Fundo Nacional de Saúde, a seguinte documentação:

1) Ordem de Início de Serviço – respectiva ordem de início do serviço assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia – CREA, ratificada pelo gestor local e pela CIB, e autorizada pelo Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde.

2) Declaração de Posse do Terreno (declaração conforme modelo no sistema para download).

Após a inclusão dessa documentação no sistema, os técnicos responsáveis realizarão análise e emitirão parecer para liberação do recurso. Considerando que todos os requisitos estejam em conformidade, será emitido parecer favorável. Caso haja necessidade de adequação da documentação devido a alguma inconsistência, o processo será colocado em situação de diligência, apontando-se as adequações necessárias. Em caso de dúvidas, esclarecimentos podem ser feitos por meio dos telefones (61) 3306.8505 e 3306.8507 e pelo fax (61) 3306.8028.

• • •

O município de Entre Folhas, Estado de Minas Gerais, possui duas ESF e recebemos R\$ 6.400,00 por ESF.

Gostaríamos de saber como fazer para receber o incentivo de 50% a mais sobre os valores transferidos. Aguardamos retorno. Ailton Silveira Dias – prefeito de Entre Folhas

Caro Prefeito Ailton Dias

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF:

1. ESF Modalidade 1: as ESF que atendem aos seguintes critérios:

I – estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País;

II – estiverem implantadas em municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e que não estão enquadrados no estabelecido na alínea I deste item; ou

III – estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido nas alíneas I e II e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

2. ESF Modalidade 2: as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

Os valores dos componentes do PAB variável para as ESF Modalidades I e II são definidos em portaria específica publicada pelo Ministério da Saúde.

Os municípios passam a fazer jus ao recebimento do incentivo após o cadastramento das equipes de Saúde da Família responsáveis pelo atendimento dessas populações específicas no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab).

Há necessidade então de verificar em qual modalidade seu município se encaixa para saber qual o valor que suas equipes devem receber pelo PAB Variável.

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.

Atenção básica é prioridade absoluta

A Revista Saúde da Família chega a sua 28ª edição graças ao esforço e dedicação de todos os gestores e trabalhadores que ajudaram a construir esta estratégia cotidianamente, junto a cada usuário do SUS.

Esta edição simboliza o começo de mais uma etapa da nossa caminhada, marcada pela nova gestão no Ministério da Saúde, sob o comando da primeira mulher na presidência do País.

No momento em que o governo federal, os Estados, os municípios e o conjunto da sociedade brasileira unem esforços para erradicar a miséria no Brasil, a promoção do acesso à saúde, com qualidade e em tempo adequado, se mostra uma estratégia fundamental.

É verdade que temos muitos obstáculos a vencer. No entanto, reitero a convicção deste ministério em prol da atenção básica como prioridade absoluta e de fundamental importância para a estruturação, consolidação e qualificação do SUS.

Esse compromisso já tem se traduzido em medidas concretas, elaboradas e implementadas sempre a partir do foco de ampliar o acesso à saúde. Estamos construindo formas de incentivo aos municípios que apresentam indicadores satisfatórios na atenção básica, chegando a dobrar o repasse de recursos.

Outra medida importante é o projeto de reformulação e reestruturação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), lançado pela presidenta Dilma na última Marcha dos Prefeitos. Nossa meta é reformar e expandir as 36 mil UBS já existentes e construir novas unidades, atrelando sempre a melhoria da infraestrutura física à qualificação e à humanização do atendimento.

No esforço de elevar a qualidade da atenção básica, esta revista continuará sendo um dos nossos canais de diálogo. Esta edição destaca o primeiro programa da saúde lançado neste governo: o Saúde Não Tem Preço, que oferta medicamentos gratuitos para tratamento de hipertensão e diabetes. Apresenta, ainda, a experiência dos Consultórios de Rua e o que tem sido feito para enfrentar o alcoolismo.

Este número também aborda a experiência dos bolivianos, contratados pelo SUS para atender a comunidade daquele país residente no Brasil. E, por fim, apresenta a Rede de Pesquisas em Atenção Primária.

Boa leitura!

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

ALEXANDRE PADILHA

Por: Fernando Ladeira / Fotos: Erasmo Salomão - MS



Até 2014, o Ministério da Saúde estará alinhado com a meta de erradicar a miséria do País, promovendo a qualificação da gestão e do acesso aos serviços, a melhoria de qualidade dos serviços e o uso das verbas do setor. Ao tomar posse no Ministério, em 3 de janeiro, o médico infectologista paulistano Alexandre Rocha Santos Padilha declarou comprometimento com a meta principal do Governo Dilma Rousseff e pretende trabalhar diuturnamente por um sistema de saúde melhor para toda a população.

Entre 2000 e 2004, Alexandre Padilha coordenou o núcleo e projeto de pesquisas em Medicina Tropical nos Estados de São Paulo e Pará e, em 2004, assumiu a direção nacional da Fundação Nacional de Saúde Indígena (Funasa). A partir de 2005, já no Palácio do Planalto, atuou como Subchefe de Assuntos Federativos, até ser nomeado Ministro de Relações Institucionais da Presidência da República, em 2009.

Agora, capitaneando o barco da saúde brasileira, o Ministro, em entrevista à Revista Brasileira Saúde da Família, aponta o direcionamento e as principais linhas de ação para os próximos quatro anos.

RBSF: Com que missão o senhor assumiu o Ministério da Saúde? Que diferencial isso traz ao setor? As prioridades para a sua gestão?

Alexandre Padilha: A presidenta Dilma Rousseff estabeleceu como meta central de governo a erradicação da miséria e, além disso, a garantia de que todos os brasileiros tenham os direitos respeitados e a cidadania assegurada. Ao me convidar para assumir o Ministério da Saúde, expôs a compreensão,

“...Precisamos avaliar o que o SUS consegue resolver em cada região, em que medida o acesso à saúde é de qualidade e qual o nível de satisfação do usuário. E, ao mesmo tempo, criar um denominador para a melhoria da saúde naquela região...”

manifestada ainda durante o período eleitoral, de como a área é estratégica para atingir esse objetivo.

Por determinação da presidenta, esse será o fio condutor da minha gestão. Na saúde, a questão do acesso é o elemento central no planejamento e na articulação de todas as ações dos diversos órgãos do ministério. É importante destacar que a grande crítica da população ao SUS não é em relação ao atendimento que recebeu, mas sim à demora.

Nesse contexto, queremos criar um indicador nacional de garantia de acesso com qualidade. Esse índice será de dimensão nacional, mas levará em conta as peculiaridades regionais, para mensurar o andamento das políticas de saúde e o impacto delas na vida das pessoas.

Precisamos avaliar o que o SUS consegue resolver em cada região, em que medida o acesso à saúde é de qualidade e qual o nível de satisfação do usuário. E, ao mesmo tempo, criar um denominador para a melhoria da saúde naquela região, naquele Estado de que estamos falando.

Como funcionará esse indicador na prática: uma região hoje é nota 2 e pretendemos que, no período de quatro anos, por exemplo, chegue a 5. Por esse indicador, União, Estados e municípios definirão a estratégia para que a região chegue mesmo à nota pretendida.

RBSF: Como considera que poderão ser implementadas, em termos de recursos, em termos de manutenção posterior?

Alexandre Padilha: A prioridade no Ministério da Saúde é, agora, o aprimoramento da gestão do SUS. Não tenho dúvidas de que a gente pode fazer muito mais com os recursos à disposição. Nossa prioridade é, na verdade, dupla: investir melhor o que temos e ter mais para investir cada vez melhor.

No debate com a sociedade, neste momento, o que o Ministério da Saúde pretende é mostrar,

claramente, que pode fazer mais com o que se dispõe, aumentar o controle social, ter pactos cada vez mais claros e definir melhor as prioridades. Isso deve ocorrer até para a sociedade ter segurança e a economia brasileira poder colocar mais recursos na saúde, para que a gente possa atingir os patamares de outros países.

RBSF: Além das linhas apontadas pela presidenta Dilma, quais outras considera que precisam ser desenvolvidas ou atingidas durante sua gestão?

Alexandre Padilha: Na saúde, o fato de haver execução descentralizada provoca o esforço contínuo para aprimorarmos os mecanismos de definição de compromissos entre a União,

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

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

A prioridade, em gestão, é termos instrumentos mais sólidos no contrato entre União, Estados e municípios. Esse contrato deverá ser o fruto do que



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

nós estamos chamando de mapa sanitário regional. Por que isso? Porque é preciso regionalizar a saúde no País.

Vamos montar um mapa que apresente a oferta instalada em cada região brasileira, desde a atenção básica até o atendimento de alta complexidade, e demonstre como está a interação entre os diversos gestores em cada território. Esse diagnóstico norteará as políticas e os investimentos em saúde, com foco sempre no acesso.

Além disso, o indicador nacional de garantia de acesso ajudará a avaliar o que o SUS consegue resolver naquela região, em que medida o acesso à saúde é de qualidade e qual o nível de satisfação do usuário.

Há o surgimento de uma nova parcela populacional, na classe média, que está fazendo a opção, por planos privados, em detrimento do serviço público. Essa tendência pode ser revertida? Como?

Alexandre Padilha: A questão-chave nessa pergunta é a menção ao “detrimento do serviço público”. Sabemos que, na verdade, é comum quem tem plano de saúde utilizar o SUS em urgências e emergências. Essa utilização acontece muito também quando o paciente necessita de medicamentos de alto custo, quimioterápicos, ou de radioterapia, serviços que o plano não cobre, como transplantes, cirurgias com alta tecnologia.

Por isso, tema crucial é o ressarcimento ao SUS dos serviços públicos prestados aos beneficiários de planos de saúde. É fundamental não só para compensá-lo, como para identificarmos quais são os pontos de complementaridade. A partir da definição desses pontos, é possível construirmos uma agenda comum de organização dos serviços.

O ressarcimento das operadoras ao SUS é prioridade nossa. Precisamos aprimorar as informações que o SUS tem dos atendimentos, para que se possa estabelecer metas de ressarcimento.

Há várias estimativas sobre quantos usuários de planos de saúde são atendidos pelo SUS. Algumas unidades hospitalares nos informam que o percentual chega a 15%, 20%, mas não se tem esse dado preciso. O que se tem é a estimativa de que varia de R\$ 500 milhões a R\$ 1 bilhão o gasto com eles, por ano.

RBSF: Atingiu-se a metade da população brasileira, por meio do SUS, com a Estratégia Saúde



da Família, mas sabemos que há necessidade de qualificar essa cobertura, assim como expandi-la. Quais ações o senhor acredita que são importantes para serem desenvolvidas?

Alexandre Padilha: A atenção básica está em plena reorganização, e uma das propostas da presidenta Dilma Rousseff é valorizá-la ainda mais. A ampliação do acesso à saúde, com acolhimento e qualidade, tem como um dos pilares fundamentais o fortalecimento da atenção básica, onde estão inseridas as equipes de Saúde da Família (eSF).

Vale destacar que essa perspectiva representa mudança significativa em relação ao modelo hegemônico anterior e que

lutamos ainda para superar o modelo hospitalocêntrico. Hoje, 100,2 milhões de pessoas estão cobertas pela Estratégia Saúde da Família. Em 5.289 municípios, 31.736 equipes e 245.236 agentes comunitários de saúde atuam junto à população.

A atenção básica é a principal porta de entrada do cidadão na rede pública de saúde. São quase 37 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que em 70% delas temos eSF. Essa rede tem a responsabilidade de oferecer atenção integral, que vai da promoção da saúde, passa pela prevenção de doenças e inclui a recuperação da saúde desde a primeira atenção aos casos agudos e urgências até o cuidado longitudinal dos agravos crônicos.

Estudos demonstram que a atenção básica pode resolver mais de 80% dos problemas de saúde das pessoas. Por isso, vamos fazer grande esforço para chegarmos ao máximo de resolutividade sem descuidarmos da integração: constituir uma rede integrada que acolha e resolva os problemas das pessoas.

Para a atenção básica, prevemos no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC II) o investimento de R\$ 5,5 bilhões na construção de 8.694 UBS, de 2011 a 2014. Somente este ano serão R\$ 565 milhões em 2.122 novas UBS.

A integração dos serviços é uma forma de qualificarmos o atendimento. Nesse contexto, as Unidades de Pronto Atendimento 24 Horas (UPAs) devem ser

vistas como parte da rede, e não algo alternativo a ela. Temos que articular esses serviços de modo que haja integração, complementaridade e não concorrência. As UBS têm que fazer acolhimento, ser a principal porta de entrada também das situações agudas, mas, nos horários em que estão fechadas ou quando a urgência excede a resolutividade

da UBS, então entram o SAMU e a UPA. Porém é necessário que se compreenda que a resolutividade das UPAs é maior que a da UBS só para os casos agudos. Daí que, em alguns desses casos e nas demais situações de saúde, é melhor para o usuário que ele seja cuidado na UBS, pois ali terá continuidade, proximidade e integralidade.



RBSF: Na intenção de se ampliar a cobertura ao maior número possível de brasileiras e brasileiros durante sua gestão, organizando assim a universalização do sistema, como o senhor compreende a construção dos novos modelos de gestão (parceria entre entes públicos – municípios, Estados e União),

participação da sociedade civil organizada (conselhos de saúde, movimentos sociais – Conass, Conasems e CNS) e do setor privado?

Alexandre Padilha: Um dos gargalos do SUS, hoje, são os mecanismos de contratualização entre União, Estados e municípios. Ou seja, os instrumentos

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

que definem não só os repasses entre esses três entes, mas também os que estabelecem metas de compromisso e que induzem financeiramente e premiam quem cumpre meta.

O processo de construção do SUS foi uma ação de descentralização para os municípios. O que isso significa é que se jogou muito peso no processo de descentralização e menos nas outras diretrizes fundamentais do SUS, que são o acesso e a integralidade, ou seja, propiciar à pessoa o cuidado integral.

A previsão do atual governo é de ampliar o repasse da saúde a Estados e municípios e aperfeiçoar os mecanismos de acompanhamento, monitoramento e controle social dos recursos, contando, evidentemente, com a parceria do Conass e do Conasems. A ideia é, ainda, priorizar o combate ao desperdício e a desvios de recursos, modernizar e profissionalizar a gestão do SUS.



Junto a isso, a proposta é implantar no SUS um modelo de gestão com controle de desempenho, cobrança de resultados e avaliação do grau de satisfação do usuário.

RBSF: Considera-se o sistema de saúde subfinanciado, na faixa dos 3,5% do PIB. Técnicos e especialistas do setor consideram que o financiamento da saúde deveria ser na faixa de 6,5% do PIB. O senhor, que foi um negociador político durante o Governo Lula, acredita que essa experiência adquirida poderá lhe ajudar, agora no governo da

presidenta Dilma, na construção dos projetos prioritários da saúde, inclusive financiamento?

Alexandre Padilha: Não é a missão do Ministério da Saúde protagonizar esse debate sobre as fontes de financiamento. Nosso esforço é, sempre, para aprimorar a gestão, fazer mais e melhor com o que nós temos, para que o crescimento da economia seja generoso com a saúde no País. Cabe neste momento ao Congresso Nacional a responsabilidade por discutir fontes permanentes de recursos para a saúde, que são, sim, necessárias. ■

Indicadores de Saúde Bucal entram no Pacto

Por: Redação

Dois indicadores de Saúde Bucal (SB) foram incluídos no conjunto de indicadores do Pacto pela Saúde. São a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada – prática de prevenção – e a cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF), “que visa impactar quantitativamente nas ações de saúde bucal e, conseqüentemente, a reorganização da atenção primária”, informou, satisfeito, o coordenador nacional do Programa Brasil Sorridente, Gilberto Pucca. A inserção é resultado da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente em vigor, que é baseada nos princípios do SUS e que tem promovido a ampliação do acesso aos serviços de atenção primária e especializada em saúde bucal.

Em nota veiculada pela equipe do Brasil Sorridente, ressalta-se a importância da inclusão desses dois indicadores

de saúde bucal para a realização da avaliação e monitoramento das ações de programas e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), considerando-os essenciais para o fortalecimento da saúde bucal na APS. A concretização se deu pela Portaria nº 3.840, de 7 de dezembro de 2010, que incluiu a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde e estabeleceu as diretrizes, orientações, transferência de recursos e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. “Garantir isso, no Pacto, é garantir que a Saúde Bucal vai seguir se expandindo e democratizando o acesso a todos. A saúde bucal deixou de ser exclusividade de quem tem recursos, e ampliá-la a todos é o nosso desafio”, conclui Pucca.

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais, lançado em 2006 e pactuado entre as três esferas de governo (União, Estados e municípios) do

Sistema Único de Saúde. Entre os objetivos, estão a redefinição de responsabilidades coletivas por resultados sanitários; o reforço à organização de regiões sanitárias; o respeito às diferenças locais; e o fortalecimento do controle social. A aplicação se dá pela adesão dos municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os processos anteriores de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente federativo.

As diretrizes são definidas por dois anos. Para o biênio 2010 e 2011, porém, os indicadores relativos à Saúde Bucal não estavam presentes. “Foi uma reivindicação das gestões locais da Saúde Bucal pactuada entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)”, ressaltou Gilberto Pucca. ■



Ministério se movimenta para levar saúde aos mais distantes

Por: Redação / Fotos: Arquivo MS



Novas iniciativas têm sido promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) para levar a atenção e os cuidados com a saúde a populações dispersas e distantes dentro do território brasileiro – a hidrografia farta ou as intrincadas teias de rodovias estaduais e vicinais já não são obstáculos. As recém-criadas Unidades de Saúde da Família Fluvial e as Unidades

Odontológicas Móveis são estruturadas em barcas e vans para superarem desafios de regiões cheias de rios, riachos e igarapés, como a Amazônia Legal, ou pequenas localidades pouco acessíveis. A capilarização, no entanto, retrata o movimento de ir até aqueles que não podem ou têm poucas condições de viajar aos centros urbanos para cuidar e melhorar o que lhes permite

“...A capilarização, no entanto, retrata o movimento de ir até aqueles que não podem ou têm poucas condições de viajar aos centros urbanos...”

ter melhores condições de viver a própria vida, a saúde.

Saúde para ribeirinhos

Projeto pioneiro, a primeira Unidade de Saúde da Família Fluvial está mudando a vida de comunidades ribeirinhas nas margens dos Rios Tapajós e Arapiuns, no Pará. “Abaré”, que em tupi quer dizer “aquele dedicado aos outros”, é o nome do barco transformado numa UBS completa, com consultório médico e de enfermagem, recepção, laboratório, sala de procedimentos, farmácia, sala de vacina, cabines para os profissionais de saúde, cozinha e banheiros.

Essa ação, iniciada pelo Projeto Saúde & Alegria (PSA) em 2006, atende as 68 comunidades dos municípios de Aveiro, Belterra e Santarém, região com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que a torna foco de atenção privilegiada e recursos federais diferenciados. Junto com o atendimento médico, a população recebe educação em saúde, auxílio para execução de obras sanitárias e participa de laboratórios para comunicação comunitária, que lhes permitem produzir e difundir as notícias de interesse desse grupamento social e entorno. De 15 anos para cá, no entanto, os irmãos Caetano e Eugênio Scannavino atendem a população ribeirinha com canoas e barcos menores, mas o projeto cresceu, obteve reconhecimento internacional e apoio de ONGs, empresas e do

parlamento da União Europeia até a aquisição da barca.

Em 2009, o atual Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, solicitou que o Departamento de Atenção Básica (DAB) estudasse a inclusão de ações, como as do PSA, na Estratégia Saúde da Família. Após profundo estudo do projeto e pensando-se em soluções que pudessem ser replicadas em toda a região amazônica, foi publicada, em 3 de agosto de 2010, a Portaria nº 2.191/GM, que regulamenta as Unidades de

“...A Amazônia Legal tem 61% do território brasileiro, mas apenas 12,3% da população, dispersa pela grande área e vasta hidrografia, e apresenta relação média de 1 médico para cada 1.249 habitantes, abaixo da média nacional, que é de 1/622...”

Saúde da Família Fluviais com vistas à implantação, financiamento e manutenção dela. O Abaré foi a primeira barca, já em funcionamento, adaptada aos critérios da portaria. “É uma iniciativa de sucesso que merece atenção, pois pode ser replicada em toda a região, com grandes benefícios para a população ribeirinha”, defende o assessor do DAB e médico de Família e Comunidade Nulvio Lermen Junior, um dos responsáveis pela

elaboração da portaria. “Existem outros barcos em construção que deverão entrar em serviço este ano e levar ações de saúde a boa parcela da população ribeirinha, que até agora está desassistida”, argumenta Nulvio.

“A portaria ministerial é uma vitória importante, pois representa um dos principais objetivos do Projeto Saúde e Alegria, que é de contribuir para o aperfeiçoamento das políticas públicas na Amazônia, sobretudo em populações mais isoladas e que mais necessitam do acesso a esse tipo de serviço. É ótimo exemplo de parceria do terceiro setor com o poder público, que poderá gerar frutos para toda a Amazônia”, afirma o coordenador geral do Projeto Saúde e Alegria, Caetano Scannavino. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o parâmetro ideal de atenção à saúde na relação médico/habitantes é de 1 para cada 1.000. A Amazônia Legal tem 61% do território brasileiro, mas apenas 12,3% da população, dispersa pela grande área e vasta hidrografia, e apresenta relação média de 1 médico para cada 1.249 habitantes, abaixo da média nacional, que é de 1/622, a maioria concentrada nas áreas urbanas e periurbanas. Nas zonas rurais do Pará, essa proporção é a maior do País, sendo de 1 médico para cada 4.466 habitantes.

Os critérios são diferenciados para implantação, financiamento e manutenção da Estratégia Saúde da Família nos municípios

cujas populações residam às margens dos rios. As secretarias municipais podem receber recursos para construção ou adaptação de barcos à estruturação dos consultórios fluviais, e manutenção das tripulações do barco que dão apoio às equipes de Saúde Bucal e Saúde da Família que nele atuam. “É diferente você manter um atendimento numa região urbana, com logística relativamente fácil e onde os profissionais podem ir e voltar no mesmo dia para a

“...atendimento a comunidades excluídas do processo de saúde, pelas longas distâncias ou dificuldade de deslocamento e transporte. É um modelo para a evolução do Sistema Único de Saúde...”

residência. Os custos são diferentes. Além do que precisamos de abordagem diferenciada com as populações rurais nas prioridades encontradas no campo da medicina”, afirma o Dr. Fábio Tozzi, coordenador de Saúde Comunitária do Saúde & Alegria.

O projeto usa teatro, o Circo Mococongo, para passar as informações de saúde e acaba atraindo e estimulando a participação local nas atividades. Para o coordenador, a principal proposta do Abaré é levar saúde às

peças que não têm acesso. “É um atendimento a comunidades excluídas do processo de saúde, pelas longas distâncias ou dificuldade de deslocamento e transporte. É um modelo para a evolução do Sistema Único de Saúde (SUS)”, afirma Tozzi. O projeto conta ainda com uma TV e um jornal comunitário, e integra uma rede de rádios e 16 blogs produzidos pelas comunidades, cujo trabalho pode ser acompanhado no portal www.redemocoronga.org.br.

A mais nova aliada é a Universidade do Estado do Pará (Uepa). O termo de cooperação assinado com as prefeituras de Santarém, Belterra e Aveiro possibilita que os alunos da área da saúde façam estágios curriculares ou extracurriculares no barco. Com a inclusão da Uepa na iniciativa, “os monitores e residentes vão trazer a academia para esse modelo, com assistência, ensino e pesquisa”, argumenta Tozzi, que também é professor na Universidade do Pará. De acordo com a reitora, Marília Brasil Xavier, o convênio está em fase de elaboração e a expectativa é de que ainda no primeiro semestre os primeiros residentes estejam trabalhando no Abaré.

Modelo a ser multiplicado

O modelo demonstrativo de atenção primária, adaptado ao contexto das populações ribeirinhas da Amazônia, funciona nos moldes da Estratégia Saúde da Família itinerante.

Faz o atendimento a, aproximadamente, 70 comunidades, beneficiando uma média de 15 mil pessoas, que têm acesso regular à UBS flutuante, de 40 em 40 dias, com atendimento médico e/ou odontológico, vacinações, procedimentos laboratoriais, pequenas cirurgias e exames preventivos de câncer do colo do útero (PCCU).

Para o PSA, os resultados puderam ser avaliados pela melhoria dos indicadores de saúde da área atendida: 96,5% das crianças estão vacinadas, média superior à estadual, que é de 83,3%; 2% das crianças menores de dois anos estão desnutridas, enquanto que nas comunidades não atendidas a taxa é de 5%; 90% das crianças de até seis meses são alimentadas apenas com leite materno; e 98% das mulheres grávidas fazem o pré-natal, quando apenas 73% o fazem pelo Estado.

Saúde bucal roda até os usuários

Outra ação do Ministério da Saúde leva a atenção à saúde bucal sobre quatro rodas. Objetivando ampliar o acesso aos serviços odontológicos, para populações que apresentam maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, implantou-se, por meio da Portaria GM nº 2.371 (7 de outubro de 2009), o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal – Unidade Odontológica Móvel (UOM). Essas UOMs atenderão os municípios



pertencentes ao Programa Territórios da Cidadania, que contam com equipes de Saúde da Família, porém sem equipes de Saúde Bucal vinculadas.

O Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), definiu como critérios de seleção os municípios com demandas prioritárias de ampliação do acesso à saúde bucal na atenção básica, o tempo de implantação das equipes de Saúde da Família, além do tamanho e da densidade populacional. São 51 Unidades Odontológicas Móveis que se dirigem a municípios de 40 Territórios de Cidadania (TC), em 15 Estados e 51 municípios, com capacidade de agenda para uma média de 350 atendimentos por mês cada.

As UOMs são veículos (vans) que contam com consultórios odontológicos completos – cadeira odontológica, kit de pontas (“motorzinho do dentista”), refletor, amalgamador, fotopolimerizador, raio X

odontológico e autoclave. Também possuem ar-condicionado, pia para lavar as mãos e reservatórios de água, armários e, acoplada ao veículo, carroceria para o transporte do gerador de energia do consultório móvel.

Com esse veículo, os cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares em Saúde Bucal podem chegar a lugares onde as equipes teriam dificuldade, ampliando o acesso ao tratamento dentário de populações que vivem em áreas rurais isoladas e, devido à grande extensão geográfica, têm dificuldade de ir ao encontro dos serviços de saúde urbanos.

“O caminho da política pública para saúde bucal era uma picada (uma estradinha cortada a facão no mato) e hoje temos uma rodovia que facilita a chegada de incrementos. A saúde bucal era restrita à elite e agora chegamos mais longe graças a ações como essa”, enfatiza o coordenador do programa Brasil Sorridente, Gilberto Pucca.

Para a aquisição da UOM equipada, o Ministério da Saúde investiu R\$ 154,19 mil em cada unidade. Os municípios beneficiados receberão do governo federal incentivo, em parcela única de R\$ 3,5 mil, para implantação do serviço e custeio mensal de R\$ 4,68 mil, para manutenção e despesas de cada unidade. O valor anual do Ministério da Saúde para custeio das Unidades Odontológicas Móveis será de R\$ 2,8 milhões. ■

“...definiu como critérios de seleção os municípios com demandas prioritárias de ampliação do acesso à saúde bucal na atenção básica, o tempo de implantação das equipes de Saúde da Família, além do tamanho e da densidade populacional...”

Difusão e desenvolvimento da APS crescem pela Rede de Pesquisa

Por: Mirela Szekir / Fotos: Fiocruz Multimagens

Resultante de discussões iniciadas em 2007, a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (APS) completou um ano em março e é considerada sucesso no âmbito de estudos nacionais e internacionais sobre Atenção Primária à Saúde. Com mais de dois mil cadastros, número que cresce a cada dia, reúne gestores, usuários, pesquisadores, estudantes, profissionais de saúde, além de membros da Sociedade Brasileira de Medicina e Família e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

Entre todos os objetivos da rede, os principais são: o cadastramento de pesquisadores na área da APS, a participação na definição de temas prioritários de pesquisa em APS e a interlocução entre a academia, os profissionais e os gestores a fim de direcionar parte dos temas de pesquisa de acordo com as necessidades dos gestores e profissionais de saúde e de subsidiar a tomada de decisões baseadas nos resultados de pesquisas.



Foto: Raul Santana - Fiocruz Multimagens

“...os interessados podem optar por diferentes espaços que trazem informações sobre a APS. Entre eles estão os Fóruns, a biblioteca digital e páginas com a divulgação de editais, notícias, entrevistas e artigos...”

O portal eletrônico da rede é a porta de entrada para os interessados na área da APS, ele oferece diversas ferramentas de trabalho, tem o “Painel de Pesquisas em APS”, a programação de eventos relacionados ao tema e outras informações de interesse do público (www.rededepesquisaaps.org.br).

Ao acessá-la, os interessados podem optar por diferentes espaços que trazem informações sobre a APS. Entre eles estão os Fóruns, a biblioteca digital –, que disponibiliza bibliografias sobre o assunto, e páginas com a divulgação de editais, notícias, entrevistas e artigos. A comunicação e articulação com o público contribuem para melhorar a utilização dos resultados.

A criação da Rede de Pesquisa vem para valorizar os pesquisadores em APS e ampliar o reconhecimento dessa área, além de disseminar os resultados das pesquisas e promover a articulação e mobilização

entre os estudiosos para potencializar a produção de conhecimento. Financiada pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, e desenvolvida pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), tem como apoiadores a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), os Conselhos Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e a Associação Brasileira de Enfermagem (Aben).

A criação dessa “teia”, que é a rede, surgiu durante evento, em Belo Horizonte (MG), organizado pelo Ministério da Saúde (MS), Opas e com a participação do MS do Canadá, algumas instituições europeias e pesquisadores convidados. De acordo com Luís Fernando Rolim Sampaio, que na época era diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, as discussões apontaram para a necessidade de ampliar a pesquisa em APS internacionalmente. Diante disso, foi sugerida a criação de uma rede americana de excelência em APS em que serviços e academia com experiência no desenvolvimento de atividades de prestação de serviços e pesquisa pudessem orientar os países latino-americanos.

Com uma extensa rede de universidades e instituições de pesquisas, experiência mundial reconhecida e líder no processo, o Brasil decidiu mobilizar

a própria rede nacional de pesquisa em atenção primária. Para Luís Fernando, o compromisso do DAB em empenhar-se na expansão da discussão da APS e da Saúde da Família as fortalece nas universidades.

O conjunto dessas ações foi o principal motivador para a formação da rede. Também idealizadora do projeto e sucessora de Luís Fernando frente ao DAB, Claunara Mendonça Schilling contribuiu para a implementação da rede, que foi lançada oficialmente em março de 2010, durante o V Seminário Internacional de Atenção Primária à Saúde, no Rio de Janeiro. Definiu-se ali, lembra o presidente da Abrasco, Luiz Facchini, que à associação caberia o núcleo executivo, que encabeça o Comitê de Coordenação, seguido pelo grupo de pesquisadores da APS e, em seguida, a comunidade de usuários da rede.

Tecendo a rede

Inicialmente, a Rede de Pesquisa foi marcada por encontros. Neles, pesquisadores, estudiosos, gestores e profissionais de saúde passaram a potencializar o conhecimento, o que atraiu novos participantes e, consequentemente, fez ampliá-la. Nos cinco primeiros meses de funcionamento, os cadastrados recebiam materiais informativos sobre a APS via e-mail, e a inauguração do portal, em 23 de setembro de 2010, ampliou o acesso e o número de internautas, que

passaram a ler notícias, entrevistas e artigos sobre o assunto. Com ele, o cadastro de pesquisas e pesquisadores em APS, que, até julho, contabilizava 500 integrantes, subiu para 1.030 no dia do lançamento, proporcionando maior divulgação de trabalhos e fomentando o debate entre os integrantes da comunidade envolvidos em pesquisa, gestão e aplicação da APS.

A rede possui o comitê executivo – formado por profissionais vinculados à Abrasco –, o comitê coordenador – formado por gestores, profissionais de saúde de diversas instituições brasileiras – e o grande grupo, formado pelos cadastrados nela. Inaiara Bragante, coordenadora executiva da rede, considera que as atividades promovidas, além de fortalecerem vínculos e agilizarem troca de experiências em blogs e fóruns, permitem a identificação de pessoas de referência em áreas e temas de pesquisas, o intercâmbio entre os projetos do PET-Saúde e a identificação de assuntos com escassa produção de conhecimento, tais como a gestão por resultados, ou de experiências bem sucedidas.

O grupo de cadastrados tem acesso a espaços como o dos Fóruns. É por meio dos deles, com diferentes temas, que o grupo pode debater, on-line, com mediação de integrantes do comitê coordenador. Em fevereiro, o primeiro fórum teve como tema “As práticas integrativas e complementares no SUS:

uma ação de inclusão” e contou com a participação de profissionais de todo o País. Após o encerramento, um relatório com a análise e considerações dos mediadores foi divulgado a todos os participantes da rede.

Um dos pontos de destaque das atividades desenvolvidas pela Rede de Pesquisa em APS são as reuniões anuais. Esses encontros, cuja programação inclui a participação de profissionais de referência na área da APS, têm reforçado a proposta da rede e incentivado as discus-

“...foi sugerida a criação de uma rede americana de excelência em APS em que serviços e academia com experiência no desenvolvimento de atividades de prestação de serviços e pesquisa...”

sões com participantes de diversas regiões do País e de diferentes inserções profissionais.

Fernando Michelotti, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS/UFRGS), bolsista do CNPq e pesquisador da linha de pesquisa “Sociedade, Participação Social e Políticas Públicas”, teve o primeiro contato com a rede ao participar da II Reunião Anual da Rede de Pesquisa em APS, em Brasília, em 2009. “Vi como o movimento em prol da APS ganhava força. A rede é uma

ferramenta de acesso a trabalhos acadêmicos sobre a APS, mas também um meio de difundir notícias e informações diversas, como editais e eventos”, conta Fernando.

A rede é considerada o canal mais ágil e com informações atualizadas sobre a área da APS para o pesquisador. “Acompanho especialmente a seção ‘Rede Entrevista’, que expõe a percepção crítica daqueles que vivenciaram essa política em suas origens e os desafios atuais. Acho que o fórum de debates, que é uma iniciativa nova, tende a se consolidar como oportunidade de trocar informações e de fortalecer os laços entre os participantes”, revela. Como participante da rede, Fernando acredita no crescimento. “Espero que mais do que um espaço de debate profissional, de apoio à produção intelectual e à qualificação dos serviços, que essa iniciativa suscite a reafirmação da dimensão política da qual depende a expansão da APS nas diversas esferas governamentais, nos próximos anos”.

Para a epidemiologista Rosana Aquino, que integra o comitê coordenador e desenvolve pesquisa no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, a Rede de Pesquisa é fundamental para apoiar os esforços dos pesquisadores e gestores pelo fortalecimento da APS. “Embora existam evidências científicas que sistemas de saúde baseados na atenção primária são mais



Foto: Vinicius Marinho - Fiocruz Multimagens

efetivos e equânimes, a organização da APS ainda não tem a prioridade e os recursos necessários para a sua implementação”, afirmou a pesquisadora, citando a comparação com a pesquisa em novos medicamentos, o que exige esforços junto aos organismos financiadores e aos gestores do SUS.

A epidemiologista destaca os espaços virtual (site) e presencial (reuniões anuais) como fontes para a troca de experiências entre pesquisadores e gestores. “O site representa hoje instrumento de discussão, divulgação e debate”, afirma Rosana, que acompanha as discussões sobre APS com o MS desde 2008 e foi uma das debatedoras da III Reunião Anual, realizada em

Brasília, em dezembro passado. “Tivemos temas fundamentais para o fortalecimento da APS no Brasil: a Valorização Social e Política da APS; a Formação e Educação Permanente da APS; e o Processo de Trabalho”.

Como docente de uma das primeiras residências multiprofissionais de Saúde da Família, Rosana acredita que esses espaços presenciais são o reflexo do avanço das discussões sobre atenção primária. “São momentos únicos, e os relatórios representam excelente instrumento que sintetiza e reflete o debate nacional de alto nível sobre APS no Brasil”, reforça.

Dentro da linha de atuação da rede também está a valorização

dos pesquisadores em APS e a ampliação do reconhecimento dessa área, além da disseminação dos resultados das pesquisas. É com essa ótica que Luiz Facchini destaca o fortalecimento da atenção primária, também no exterior. “Com a total implantação da rede, nossa expectativa é de que tenhamos novas adesões, e isso inclui o intercâmbio de participantes estrangeiros”, afirmou, comemorando o sucesso da parceria entre o Ministério da Saúde, por meio do DAB/SAS, e Abrasco. “A rede é uma via de duas mãos: para quem produz conhecimento, que são os pesquisadores, e para quem usufrui esse trabalho, que são os gestores!”, conclui. ■

Sem domicílio sim, sem saúde não.

Por: Déborah Proença / Fotos: Arquivo SMS SP & Radilson Carlos Gomes (RCG)



– Tio, me dá uma moedinha?
– Tenho nada hoje não, moleque...

Menos que um diálogo, as frases saem automaticamente, acompanhadas da sensação de incômodo pelo acesso, sem surpresas de qualquer dos lados. Opiniões como “Não dê esmola, dê emprego” ou “Esse povo não quer saber de trabalhar, na rua eles ganham muito mais” não têm fundamento ou têm base

em prejulgamentos e preconceitos, pois estudos recentes mostram outra realidade. Por exemplo, você sabia que mais de 70% das pessoas em situação de rua possuem algum tipo de atividade remunerada? Formal ou informalmente são mais de 35 mil pessoas trabalhando e movimentando a economia nas grandes cidades e capitais, segundo dados da Pesquisa

“...grupo populacional heterogêneo, caracterizado pela condição de pobreza extrema, interrupção ou fragilidade dos vínculos familiares e falta de moradia convencional regular...”

Nacional Censitária promovida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), em 2007.

A população em situação de rua, segundo a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, é um “grupo populacional heterogêneo, caracterizado pela condição de pobreza extrema, interrupção ou fragilidade dos vínculos familiares e falta de moradia convencional regular. São pessoas compelidas a habitar logradouros públicos (ruas, praças, cemitérios etc.) e, ocasionalmente, utilizar abrigos e albergues para pernoitar”.

Apesar de a definição sobre população em situação de rua abarcar as pessoas que habitam lugares públicos, na prática, o termo engloba aqueles que fazem da rua um espaço de sobrevivência, tais como catadores de papel e latinhas, vendedores de balas etc. “Não se utiliza mais o termo ‘população de rua’, fala-se em ‘situação de rua’. Primeiro porque a rua não é lugar de morar, é um lugar transitório. Segundo, porque existem várias ruas na rua, afirma Rosana Ballestero Rodrigues, psicóloga e consultora técnica do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).

Das “ruas na rua” ela cita o egresso do sistema penitenciário, o usuário de drogas, o que saiu de uma catástrofe natural e não conseguiu se reorganizar,

peças com transtornos mentais e trabalhadores que estão na rua, temporariamente, porque vivem da reciclagem de segunda a sexta e nos fins de semana retornam para casa. A psicóloga relata, ainda, o caso de uma avó que, em dezembro, vai para a rua com os netos a fim de conseguirem o Natal da família. “Aumenta a população em situação de rua nessas datas específicas, em

“...A percepção que se tem do próprio corpo é diferenciada, porque o corpo só vai ser percebido como doente quando paralisa a sobrevivência. Enquanto puder catar o papel, a latinha, não perceberá a doença. Pode estar tossindo durante a semana, mas, se ele continua trabalhando, não está doente...”

que as pessoas estão mais sensibilizadas e eles conseguem alguns ganhos com a rua.”

A política, sancionada em maio de 2008, tem como primeiro princípio a promoção e a garantia da cidadania e dos direitos humanos, seguido pelo respeito à dignidade do ser humano, que é ou deve se tornar protagonista de seus direitos. E o direito à saúde é um deles, mas no caso da população em situação de rua, normalmente estigmatizada

e excluída da sociedade, sentir-se à vontade para atravessar a pista e cruzar o muro da Unidade Básica de Saúde para uma consulta não é fácil. O inverso é que se dá; a saúde vai até essa população.

Um comitê interministerial discute a forma de trabalho mais assertiva e ações específicas para essa população. No Ministério da Saúde, foi criado um comitê, por meio da Portaria nº 3.305, de 2009, que avalia, principalmente, ações que contemplem os maiores agravos: HIV/aids, hepatite e tuberculose, cuja incidência na população em situação de rua é 60 vezes maior. No Departamento de Atenção Básica (DAB), está em fase adiantada a elaboração de cartilha para os profissionais de saúde que os ajude e sensibilize nesse atendimento específico.

Conforme Rosana Ballestero, “até uma simples anamnese é feita de forma diferenciada, tal como perguntar se ele ou ela teve febre, afinal, dorme na rua, e o calafrio da noite pode ser de um vento forte ou uma febre. Se perguntar se tem mancha na pele, a sujeira não deixa que ele ou ela perceba. A percepção que se tem do próprio corpo é diferenciada, porque o corpo só vai ser percebido como doente quando paralisa a sobrevivência. Enquanto puder catar o papel, a latinha, não perceberá a doença. Pode estar tossindo durante a semana, mas, se ele continua trabalhando, não está doente”.

Características tão singulares geram a necessidade de ações também singulares, e alguns Estados já trabalham nessa direção, como Bahia e São Paulo. Na Bahia, são os Consultórios de Rua, um projeto que trabalha a informação em saúde e a articulação entre as mais variadas redes e níveis de atenção para as pessoas em situação de extrema vulnerabilidade social (veja o Box na pág. 25).

Em São Paulo, cuja população em situação de rua ultrapassa a casa dos 13 mil (Fipe 2009), há a Estratégia Saúde da Família Especial (ESF Especial), em que se destaca o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) no estabelecimento de vínculos com a comunidade da Cracolândia, no projeto Centro Legal.

“Os ACS são referência para a população em situação de rua. Pelo prestígio e credibilidade que têm, conseguiram mediar, pela lógica da cultura de paz, a saída das pessoas de uma área pública invadida. A população reconhece o trabalho deles”, declara a fonoaudióloga Rosângela Elias, coordenadora da área técnica de Saúde Mental, Álcool e Drogas, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo.

A formação do vínculo, segundo Rosângela, mostrou-se possível e faz toda a diferença na hora de procurar ajuda para tratar a dependência química. “Não é o vínculo pelo vínculo, e a equipe tem que ter claro

o seu papel no processo de tratamento. É importante a pessoa saber que conta com aquele profissional, independentemente do estado em que ela está agora, e que poderá recomeçar quantas vezes for necessário, pois uma equipe lhe apoia”.

Para Andréa Leite, coordenadora executiva dos Consultórios de Rua, o trabalho extramuro faz com que essa população seja visível a partir do encontro com a equipe de saúde, que antes trabalhava dentro do muro: é o “encontro dos invisíveis”. Para os que escolhem trabalhar na rua também não é fácil, porém é compensador. “É um contato muito insalubre. Muita sujeira, animais, o ambiente não é dos mais agradáveis, mas vai além disso. Estar com aquelas pessoas e sentir o efeito que causamos neles é muito prazeroso. É bom ver aquelas pessoas que olhavam pra gente de longe, des-

“...o trabalho extramuro faz com que essa população seja visível a partir do encontro com a equipe de saúde, que antes trabalhava dentro do muro: é o “encontro dos invisíveis...”

confiadas, agora vindo e começando a se expressar. Isso é tudo. É o que paga a gente ir pra rua”, conta Andréa.



Foto: RCG

Centro Legal

Desde 2008, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo vem ampliando a ESF em todo o município, principalmente na região central, onde há maior concentração de pessoas em situação de rua e extrema vulnerabilidade social. “Já estávamos nesse processo quando veio a ‘ordem presidencial’, em 2009, para trabalhar com essas populações. Incluímos nove hospitais para atendimento imediato

“...Quando um ou mais membros dessa população migram para outra área, de um espaço na praça passa a viver no parque, por exemplo, rediscute-se o território. ‘O trabalho é dinâmico tal qual a situação deles...”

de demandas clínicas, implantamos o serviço de atenção integral ao dependente, com três meses de atenção breve, e ainda o cuidado psicossocial para dar aporte maior à adesão ao trabalho no território”, conta Rosângela Elias.

Ela diz que para a Secretaria Municipal de Saúde a atenção primária tem que ser a mola e a base desse trabalho, pois muitas ações têm que estar pautadas na APS. “Temos uma política nacional de saúde, o SUS, e a saúde mental não pode ser entendida como à parte. Precisamos trabalhar na qualificação dessas equipes de atenção básica na saúde mental, para minimizar o estrago ou mudar os rumos de uma dependência, ou mesmo para a detecção precoce do autismo ou esquizofrenia.”

As abordagens são realizadas na rua ou em visitas aos albergues, conforme o perfil do território. Como é difícil levá-los à consulta médica, a abordagem é feita na rua e por toda a equipe. O cadastramento é

feito pela “Ficha E”, uma adaptação da “Ficha A” do Ministério da Saúde em que alguns dados foram ajustados às especificidades dessa população, tais como se a pessoa está na rua, se está matriculada em algum albergue ou se tem contato com a família. Desde o início do Centro Legal, foram realizadas 138.909 abordagens e 8.888 encaminhamentos de usuários às unidades de saúde da região. De julho de 2009 até março de 2011, mais de 400 dependentes de droga foram acompanhados.

Ao todo, trabalham 90 agentes comunitários de saúde, sendo 45 em cada período de 12 horas, além de 20 enfermeiros que mapeiam o território e dividem o trabalho. Quando um ou mais membros dessa população migram para outra área, de um espaço na praça passa a viver no parque, por exemplo, rediscute-se o território. “O trabalho é dinâmico tal qual a situação deles. Adequamos os parâmetros de acordo com a realidade dessa população”, afirma Cecília Kunitake, assessora técnica da ESF, da SMS de São Paulo.

São Paulo disponibiliza, hoje, 106 equipamentos de saúde mental em toda a cidade. Os Centros de Apoio Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD) realizam por mês cerca de 250 atendimentos, além de uma média de 800 procedimentos. Conforme dados da Coordenação de Epidemiologia e Informação, em outubro de 2010, 47,7% dos usuários receberam

atendimento/tratamento, exclusivamente, em razão da dependência do álcool; 32,6% por múltiplas drogas; 10,2% por cocaína (crack incluído, pois é derivado da cocaína); 5,1% por fumo; 3,5% por canabinoides; e 0,8% por outras drogas.

Com os resultados da Pesquisa Nacional Censitária do MDS, que embasou a política para as pessoas em situação de rua, tem-se a noção da importância das famílias para a regularização da vida desses cidadãos. Sem o apoio familiar, não há lugar de retorno e nem a



identificação precoce de problemas. Ao mesmo tempo, a família é um dos principais motivos pelos quais a maioria das crianças e adolescentes vão para as ruas e usam drogas.

Segundo censo da “Campanha Nacional Criança Não é de Rua”, realizado pela Misereor (organização contra a fome e a doença no mundo) e pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Fortaleza em 2009, os problemas familiares, vinculados à falta de estrutura afetiva e a violência, são motivos muito citados pelos que adotam as ruas como moradia e pelos que as adotam como local de trabalho. É o desmoronamento da representação simbólica do lar e dos pais que direciona as ações futuras, e é quando a droga ganha lugar. “A droga entra quando há um espaço vazio”, afirma a psicóloga Rosana Ballesteri.

Porém não é somente com violência e desajuste estrutural que a instituição familiar apresenta problemas. Muitas famílias sofrem por não utilizarem o volume de informações existentes na sociedade para ajudá-las a prevenir problemas. Daí que fatores da vida moderna como o pouco tempo para a convivência com os familiares, a pressa nas ações ou a perda da atenção afetiva podem aliar-se a essa “desinformação” de maneira que as levem a não saber acolher os filhos ou não reconhecerem quando precisam de ajuda para superar algum problema. “As famílias só identificam algo quando o indivíduo está em uma condição muito fragilizada. Isso prova que temos que rever nossos conceitos. Quando, por exemplo, o uso do álcool passa a ser um problema? Como vamos discutir com as famílias que não é saudável um garoto de 16 anos

voltar embriagado da balada?”, questiona Rosângela.

Enfrentando o Crack

Há muitas outras formas de receber e pedir ajuda também. A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) disponibiliza lista de instituições e serviços para todas as regiões do Brasil, além do “Viva-Voz”, um serviço telefônico gratuito – 0800 510 0015 – para orientar e informar sobre a prevenção do uso indevido de álcool e outras drogas.

Em 2010, foi inaugurado o portal Enfrentando o Crack, onde podem ser encontradas diversas informações sobre a droga (histórico, efeitos, composição química etc.), depoimentos de ex-dependentes químicos e de profissionais de saúde, além de projetos de sucesso como os Consultórios de Rua baianos. Saiba mais no site <http://www.brasil.gov.br/enfrentandocrack>. ■





Consultórios de Rua: uma experiência “extramuros”

Era 1990 e tanto, em Paris, quando o trabalho da organização não governamental (ONG) francesa Médicos do Mundo com pessoas em situação de vulnerabilidade social inspirou o psiquiatra Antonio Nery Alves Filho para o que viria a ser o primeiro Consultório de Rua do Brasil, mais especificamente de Salvador. Na capital baiana, veio-lhe a ideia após constatar que a frequência das crianças em situação de rua nos postos de saúde estava diminuindo, porque essas unidades não tinham espaços físico, social e institucional adequados às necessidades desse público.

De 1999 até 2006, o projeto foi financiado pela prefeitura municipal de Salvador, quando foi cancelado por falta de orçamento. No entanto, frente à eficácia reconhecida, os Consultórios de Rua foram reativados, em 2009, pelo projeto Ações Integradas de Enfrentamento de Drogas, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad).

“O Consultório de Rua da equipe do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), destaca-se pela atuação direta junto àquela população em situação de altíssima vulnerabilidade e que não chega aos serviços de saúde”, afirma a secretária nacional de políticas sobre drogas, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Segundo ela, o projeto é peça fundamental para a construção de políticas públicas que forneçam as respostas necessárias para a formação de uma rede de enfrentamento a temas como doenças sexualmente transmissíveis (DST), síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) e uso de drogas.

Assim que reativados, os consultórios foram estendidos para outros três municípios baianos – Camaçari, Lauro de Freitas e Simões Filho –, três Estados – Espírito Santo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul – e ao Distrito Federal. Eles também têm grandes áreas de vulnerabilidade com uso de drogas e participam do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci), do Ministério da Justiça.

Na Bahia existem, hoje, três consultórios cuja

proposta segue o projeto original de intervenção clínica no espaço da rua. Fazem parte deles psicólogo, assistente social, enfermeira, técnico de enfermagem, motorista e dois “oficineiros”. Esses últimos são da própria comunidade e devem ministrar alguma oficina de arte, música, dança ou capoeira, entre outros, e são considerados agentes redutores de danos, profissionais da área da saúde e do bem-estar ligados a programas governamentais e a ONGs, que trabalham com a conscientização da população. Após a formação da equipe, identificam-se as áreas com maior concentração de ponto de droga.

Há, também, nova modalidade de Consultório de Rua em Salvador que Andréa Leite, coordenadora executiva do projeto, define como uma releitura dos consultórios “originais”, o chamado “Saúde (de Cara) na Rua”. “Essa é uma releitura do Consultório de Rua, com informação itinerante fornecida por uma equipe de profissionais não clínicos, mais voltados para a arte. Eles não fazem identificação de área, e sim de grandes aglomerações de pessoas, onde fazem intervenções cênicas. A curiosidade das pessoas as aproxima, e eles fazem a intervenção (tipo: repassam informações, dão orientações). “Até ir a uma praia e fingir que está pescando e pescar pessoas para trocar ideias e saberes”, conta Andréa.

Para aqueles que gostam de números e resultados mensuráveis, Andréa alerta que não há, pois a meta é de conscientização e orientação. “A gente não trabalha com a ideia de salvar ninguém. Eu posso lhe dizer números de atendimentos e intervenções, mas esses números talvez não digam nada. A relação deles era tão casada com a droga que não tinham a opção de ter um terceiro elemento (no caso, nós). E agora há alguém que olha por eles. É o significado subjetivo que importa”.

Segundo Andréa, “o nosso desejo, nossa utopia é que todo morador de rua pare de usar droga e volte pra casa. Mas só de ele dar notícia e fazer contato com a família já está valendo, tem um significado muito importante pra gente”.



Adelle Nóbrega Rocha Freitas

Natural de João Pessoa, Adelle Nóbrega Rocha Freitas não é uma médica comum. Formada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em abril de 2006, trocou o agito e os serviços da capital paraibana pela tranquilidade do interior baiano em menos de um ano, pois já em fevereiro de 2007 se dedicava à Estratégia Saúde da Família (ESF).

Está em São Desidério, município em que pode ser visitado, depois de algumas aventuras em meio à mata fechada e trilha de barro, o maior lago subterrâneo do Brasil, com perímetro de 12 mil m², dentro de uma caverna.

A médica apaixonou-se pela Saúde da Família ainda na faculdade, em virtude de diversas atividades, do movimento estudantil e de extensão universitária, nas quais atuou em projetos de educação popular e de Atenção à Saúde da Família. O estágio feito em comunidades fomentou ainda mais a paixão pelo trabalho e rendeu-lhe outra atividade extracurricular: o trabalho com o grupo de teatro amador em saúde “Mutatis Mutandis”.



Por: Déborah Proença / Fotos: Freitas

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

Adelle: Escolhi São Desidério para trabalhar e morar definitivamente. A estrutura da Unidade de Saúde da Família é muito boa, seguindo o padrão previsto na sede do município. Conseguimos desempenhar todas as atividades

preconizadas para a Estratégia Saúde da Família (ESF), com tempo suficiente para consultas adequadas e real atenção à saúde do indivíduo e sua família, conhecendo, cada vez melhor, a comunidade e o ambiente onde vive. Fazemos, semanalmente, ações educativas com grupos operativos (de gestantes,

hipertensos e diabéticos, adolescentes, planejamento familiar), visitas/atendimentos domiciliares, reunião de equipe com discussão de assuntos administrativos, educação em saúde, além dos temas de capacitação, discussão em saúde e planejamento da Fundação Estatal Saúde da Família (Fesf).

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

Adelle: Considero muito boa a formulação das propostas para a ESF. Entretanto, de acordo com comentários que ouvimos com frequência, muitos profissionais não têm o perfil para essa função e não cumprem a potencialidade que seus papéis deveriam cumprir. Porém posso dizer, até por experiência própria de trabalhos anteriores, que em muitos casos há boa vontade dos profissionais, mas não contam com apoio da gestão municipal. Esta, muitas vezes, não apoia trabalhos que não sejam o simples atendimento ambulatorial, deixando de fornecer estrutura de trabalho, como o carro para visitas domiciliares, ou exige números mínimos de atendimentos e procedimentos, desvalorizando as ações preventivas.

Atualmente, como participante da ESF, sinto-me realizada profissionalmente. A proposta se encaixa muito bem com o que eu acredito, ou seja, ajudar a “fazer saúde” em equipe e com a participação popular, embora esta ainda esteja acontecendo diretamente, a curtos passos, mas indiretamente influenciando em todas as decisões.

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



Adelle: Sintetizando, acho que sim, por trabalhar com o conhecimento e fortalecimento de vínculos com a comunidade, suas famílias e cada indivíduo, dando bases consistentes para, com o vínculo e conhecimento da cultura e das condições socioeconômicas da população, saber atuar de forma eficaz na prevenção e promoção da saúde. Principalmente, quando respaldado e cooperado pela participação popular/controlado social.

“...Conseguimos desempenhar todas as atividades preconizadas para a Estratégia Saúde da Família (ESF), com tempo suficiente para consultas adequadas e real atenção à saúde do indivíduo e sua família, conhecendo, cada vez melhor, a comunidade...”

RBSF: Você já trabalhou na capital? Há empecilhos no trabalho?

Adelle: Sim, trabalhei na periferia de João Pessoa. A equipe era maravilhosa, mas também tínhamos dificuldade em conseguir carro para as visitas domiciliares e a estrutura da unidade de saúde era muito ruim, sem espaço para ações educativas coletivas. Além disso, cada reunião era interrompida, inúmeras vezes, por usuários que exigiam atendimento.

Lembro também a questão da insegurança e violência. Por exemplo, na época das eleições, havia muita violência de usuários, tanto verbal quanto física, contra os funcionários da unidade de saúde, em casos que não eram de urgência, mas porque não conseguiam vagas para consulta imediata.

RBSF: Trabalhando no interior do Estado, você percebe

“...a principal dificuldade de trabalhar no interior, em termos profissionais, diz respeito à educação continuada. Com relação aos funcionários da Fesf, e demais membros de suas equipes, será oferecida, inicialmente, a especialização em Saúde de Família...”

alguma diferença nas dificuldades de trabalho em relação à capital?

Adelle: Na minha opinião, a principal dificuldade de trabalhar no interior, em termos profissionais, diz respeito à educação continuada. Com relação aos funcionários da Fesf, e demais membros de suas equipes, será oferecida, inicialmente, a especialização em Saúde de Família para quem não a tiver ou quiser se atualizar. E não é fácil fazer outro tipo de especialização se houver esse desejo. É

muito mais difícil conseguir consultas especializadas (por carência de profissionais) e exames de média e alta complexidade, tanto para a comunidade que atendemos quanto para nós, profissionais, e nossas famílias. Também há, na vida pessoal, a carência de atividades culturais, como shows com músicas não massificadas, se posso chamar assim a MPB e o rock. Há carência de cinema, de teatro. Mas, de forma geral, a qualidade de vida e a tranquilidade são muito melhores no interior. O contato com os gestores é muito mais próximo, sendo mais fácil tê-los como aliados no trabalho.

RBSF: O que lhe ajudou a fixar-se em um trabalho no interior da Bahia?

Adelle: A qualidade de vida. As propostas de educação continuada da Fesf também coincidiram com meu objetivo, que é, realmente, continuar a trabalhar com Saúde da Família. E as boas condições de trabalho, inclusive com

boa estrutura da farmácia básica e apoio da gestão nas ações curativas e preventivas. O povo é muito acolhedor, e eu trabalho a um minuto de casa, numa cidade bonita e organizada. Confesso que também contou o fato de estar muito próxima de Barreiras, que é um centro maior, com mais estrutura de saúde de média complexidade e alguma em alta complexidade, e contar com mais opções de educação para os filhos e de comércio. Além de ter aeroporto, com voos diretos diários para Brasília e Salvador.

RBSF: Essa é uma tendência sua, pessoal, ou percebe que outros profissionais de saúde encontram a mesma facilidade para trabalhar no interior?

Adelle: De forma geral, creio que, na maioria das cidades do interior, o principal atrativo é a qualidade de vida para quem busca tranquilidade, ou estar perto de suas raízes para quem é, originalmente, do interior. No entanto, como já disse, existe a dificuldade





de acesso a melhores serviços de educação, saúde e lazer, que, infelizmente, tendem a se acumular nos grandes centros.

RBSF: Por que motivo acredita ser tão difícil contratar profissionais para atuar nos municípios do interior? Por que muitos desistem?

Adelle: Em muitas cidades, a intervenção política partidária constante prejudica o atendimento e traz demandas de consultas muitas vezes excessivas em relação à agenda pactuada na equipe. Isso compromete a qualidade do atendimento ou dificulta o acesso de pessoas da oposição política, principalmente quando precisam de medicação não disponibilizada na farmácia básica ou de exame/consulta especializada. Em outras cidades há escassez na oferta de medicamentos da farmácia básica. Em outros casos, não há hospital ou outra unidade de atendimento de urgência e emergência, sobrecarregando os profissionais da APS fora do horário de expediente,

principalmente os que residem na cidade onde trabalham.

RBSF: A dificuldade de contratação de profissionais restringe-se ao médico ou está em todas as áreas profissionais da Saúde da Família?

Adelle: Acredito que o mais difícil é a contratação dos médicos.

RBSF: Os problemas que atingem a interiorização e fixação profissional na Bahia independentemente de região?

Adelle: Creio que, infelizmente, baseadas em diálogos com colegas de vários Estados e mesmo em matérias de jornais e revistas, são problemas gerais. Embora haja, obviamente, peculiaridades de cada cidade e território de abrangência por equipe de ESF.

RBSF: É possível afirmar que as dificuldades na fixação do profissional no interior de um Estado são semelhantes às encontradas na fixação do profissional na periferia e/ou nas

áreas de risco dos municípios? Afinal, geralmente ambos recebem gratificações extras pela localidade...

Adelle: Como já falei, as dificuldades são diferentes. Embora haja algumas semelhanças, não se pode generalizar nem para as cidades de interior nem para as periferias dos grandes centros. O principal é que dinheiro não compra tudo...

RBSF: Na sua opinião, quais os principais atrativos em trabalhar na ESF?

Adelle: A possibilidade de trabalhar, de forma geral, com a população carente, que necessita da equipe de saúde, reconhece e valoriza o cuidar; o privilégio de trabalhar bastante com prevenção, tendo como foco principal a saúde e não a doença; de trabalhar em equipe; de poder acompanhar, de perto, a evolução dos casos clínicos, das pessoas, das famílias e da comunidade como um todo, em cada nuance do sentido mais amplo de saúde. ■

Raio X:



- 1- **PARA SER BOM MEU TRABALHO PRECISA DE:** Equipe
- 2- **FUNDAMENTAL NESTA PROFISSÃO É:** Resposta...
- 3- **UM PACIENTE/ATENDIMENTO/MOMENTO MARCANTE FOI:** Um senhor, respirando devagarinho, segurando minha mão em seu leito de morte, agradecendo por ter cuidado dele e o ajudado a reaproximar-se dos filhos
- 4- **UM IDEAL:** Ser feliz
- 5- **UM LEMA:** Fazer feliz
- 6- **UM DESAFIO:** Fazer, realmente, a diferença na saúde da comunidade em que atuo (em equipe)
- 7- **PARA SER FELIZ:** Valorizar o agora
- 8- **SE NÃO FOSSE MÉDICA SERIA:** Não faço a mínima ideia...
- 9- **UM ATENDIMENTO ESPECIAL NECESSITA:** Carinho e cuidado
- 10- **UM SONHO REALIZADO FOI:** Minha filha, Laís, e o(a) próximo(a), ainda no ventre

- 11- **TRÊS COISAS ESSENCIAIS:** Amor, saúde e cultura
- 12- **UMA INSPIRAÇÃO/MOTIVAÇÃO:** Minha família
- 13- **UMA ALEGRIA PROFISSIONAL:** Trabalho em equipe
- 14- **UMA CHATEAÇÃO:** Quando não consigo resolver ou repassar/encaminhar adequadamente um problema para alguém
- 15- **UM OBSTÁCULO:** Profissionalmente, a dificuldade de encaminhar casos graves para a atenção terciária
- 16- **DAQUI A DEZ ANOS ESTAREI:** Talvez aqui, no mesmo lugar, mas em outro momento de minha vida, com novas conquistas e desafios
- 17- **O MELHOR DA PROFISSÃO É:** Ajudar a fazer e a manter saúde
- 18- **SAÚDE DA FAMÍLIA É:** Trabalho em equipe, ajudando a fazer e a manter saúde
- 19- **FINALIZANDO, UM CONSELHO:** É muito importante escolher com cautela e carinho a profissão, para que possa se dedicar a ela com amor, cuidado e responsabilidade, assim, fará o bem aos outros e a si mesmo

Farmácia Popular do Brasil: rede própria atinge meta e adesão de particulares segue em expansão

Por: Fernando Ladeira

Fotos: Radilson Carlos Gomes, FL, Peter Illiciev - Fiocruz Multimagens & Antônio Cruz - Agência Brasil





Sem dar tempo para que esquentassem as respectivas cadeiras nos gabinetes da Presidência da República e do Ministério da Saúde (MS), desde que assumiram no novo governo, a presidenta Dilma Rousseff e o ministro Alexandre Padilha anunciaram, já em 3 de fevereiro, o fornecimento gratuito de 18 medicamentos para hipertensos (6) e diabéticos (12) de todo o País, pelo “Aqui Tem Farmácia Popular”, segmento do programa Farmácia Popular do Brasil (FPB) que atua com a rede privada de farmácias, credenciada junto ao MS, em sistema de copagamento. Na mesma solenidade, o ministro assinou a Portaria MS nº 184 – que atualizou as normas operacionais da FPB e definiu, para 15 de março, o fornecimento de mais cinco medicamentos pela rede própria do programa Farmácia Popular – e o acordo com entidades representativas do setor farmacêutico para garantir os fármacos, gratuitamente, aos portadores de hipertensão e diabetes.

Do início do programa, em 2004, até agora, o elenco de medicamentos aumentou progressivamente, atingindo, em março, 112 medicamentos fornecidos pela rede própria do programa Farmácia Popular do Brasil, além de 36 modelos de fraldas geriátricas descartáveis, atendendo à solicitação da Comissão do Idoso do Conselho Nacional de Saúde. A partir de 2006, para ampliar o alcance do FPB, o governo criou

o subprograma “Aqui Tem Farmácia Popular”, num acordo com as entidades representativas do segmento farmacêutico. Por meio dele, 24 dos 112 medicamentos oferecidos na rede própria são também disponibilizados pela rede particular, só que em sistema de copagamento, em que o MS paga 90% do valor e o consumidor os 10% restantes. Já estão credenciadas, até agora, 15.076 das 79.010 drogarias e farmácias de todo o País no “Aqui Tem Farmácia Popular”.

“...A intenção do governo federal, desde o lançamento do programa, era de que a rede própria tivesse 600 estabelecimentos estrategicamente instalados nas regiões, com o programa FPB, e a meta foi atingida em março...”

A rede própria, por sua vez, é formada por farmácias estruturadas e geridas pelo governo federal, ou conveniadas com Estados, municípios, instituições da área de saúde e de ensino superior sem fins lucrativos, está presente em 426 municípios e tem a operacionalização executada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). “A intenção do governo federal, desde o lançamento do programa, era de que a rede própria tivesse 600 estabelecimentos estrategicamente instalados nas regiões,

com o programa FPB, e a meta foi atingida em março de 2011”, afirma o coordenador do programa e diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica/SCTIE/MS, José Miguel do Nascimento Júnior. Até janeiro último, segundo ele, já foram realizados 54.092.000 de atendimentos. O programa atende, mensalmente, entre 1 milhão e 1,3 milhão de pessoas. Quanto ao “Aqui Tem Farmácia Popular”, José Miguel informa que “já está presente em 2.586 municípios e que chegará a 20.000 estabelecimentos privados credenciados até o final do ano”.

Meios para ampliar o acesso

José Miguel explica que o FPB é um programa criado no Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de oferecer medicamentos essenciais com valores acessíveis à população em geral, mas especialmente àqueles que utilizam os serviços privados de saúde e têm dificuldades em adquirir os medicamentos na rede privada. Em consequência, não mantêm os tratamentos das doenças e agravos.

Em abril de 2004, com a aprovação de Lei nº 10.858, a Fiocruz recebeu autorização para oferecer medicamentos básicos, mediante ressarcimento correspondente aos custos de produção, aquisição, distribuição e dispensação. Tornou-se a operadora responsável pelo fluxo de caixa da rede própria do programa Farmácia Popular. No início de maio, o Conselho Nacional de Saúde, com base nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde e da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, por meio da Resolução nº 338. Ao final do mês, o programa FPB foi lançado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, por meio do Decreto nº 5.090.

Para a implementação, foi criado, em agosto, o Conselho Gestor, composto por representantes do MS (2) e da Fiocruz (1), ao qual se subordinam os comitês de monitoramento e técnico-executivo e as respectivas equipes de apoio que atendem às demandas do FPB. A efetivação, no entanto, foi possibilitada a partir de dezembro com a Portaria nº 2.587, que instituiu o incentivo

“...A Portaria nº 2.587 aprovou, ainda, o Manual Básico, que está disponibilizado pela internet por meio do endereço <http://www.saude.gov.br/farmaciapopular>. O manual dá orientações gerais e específicas sobre o programa FPB, aborda os mecanismos de adesão e parcerias, instalação, manutenção...”

financeiro aos interessados em participar do programa. Para a instalação ou reforma de cada estabelecimento da rede própria, o valor integral previsto é de R\$ 50 mil e, para a cobertura de despesas rotineiras mensais, estipularam-se R\$ 10 mil por unidade de Farmácia Popular.

A Portaria nº 2.587 aprovou, ainda, o Manual Básico, que está disponibilizado pela internet por meio do endereço <http://www.saude.gov.br/farmaciapopular>. O manual dá orientações gerais e específicas sobre o programa FPB, aborda os mecanismos de adesão e parcerias, instalação,

Foto: Peter Illiciev - Fiocruz Multimagens



manutenção e formas de gestão das unidades. Trata ainda de especificidades como as propostas de adesão e execução do programa, com o repasse fundo a fundo, junto a Estados, municípios e Distrito Federal, e a celebração de convênios com as entidades filantrópicas e de ensino superior que participem do programa, além dos mecanismos de monitoramento, avaliação e controle.

Com o programa Farmácia Popular do Brasil, em geral, o governo federal aplica, anualmente, média de R\$ 470 milhões. Para a manutenção e funcionamento das 546 unidades próprias em funcionamento, até o final de 2010, o MS aplicou R\$ 65,52 milhões. Agora, com a meta alcançada de 600 estabelecimentos de rede própria, vão-se despendar R\$ 72 milhões em custeio. Para o programa FPB, a Fiocruz compra medicamentos produzidos por laboratórios públicos, federais ou estaduais, além de genéricos e similares.

Apesar da gratuidade dos anti-hipertensivos e antidiabéticos no Farmácia Popular, o diretor José Miguel Júnior chama a atenção que os municípios e os Estados, dependendo da forma de pactuação na Bipartite, devem continuar a adquirir esses medicamentos e disponibilizá-los nas Unidades Básicas de Saúde, uma vez que a gratuidade ao usuário não significa ausência de compromisso das esferas de governo na compra dos medicamentos para a oferta no SUS.

Rede própria	
Região	Nº de farmácias
Sudeste	145
Nordeste	134
Sul	61
Norte	57
Centro-Oeste	29
Total	426

Próxima e distante

Brasília é uma cidade planejada com o formato de avião, cuja cabine de comando está na Esplanada dos Ministérios, voltada para o Lago Paranoá, a leste. A asa esquerda, conhecida como Asa Norte, área residencial e comercial, é via de saída para duas regiões administrativas: Sobradinho, a 22 km, e Planaltina, a 38 km. Somadas

as populações da Asa e das duas cidades-satélites, atinge-se número próximo a 500 mil habitantes, os que são beneficiados com a única Farmácia Popular, da rede própria, existente em todo o Distrito Federal, que tem 2,45 milhões de habitantes.

A farmácia se localiza em Sobradinho, funciona de segunda a sexta-feira, sem intervalo, das 8h às 18h, e sábado, das 8h às 12h. Uma vez que o governo distrital não manifestou interesse em aderir ao Farmácia Popular do Brasil, em março de 2005 a Fiocruz inaugurou o estabelecimento com duas equipes contratadas. Cada equipe formada por uma farmacêutica, um caixa, dois atendentes e um porteiro. Além deles, um auxiliar de serviços gerais.



Foto: FL

“...Apesar da gratuidade dos anti-hipertensivos e antidiabéticos no Farmácia Popular, o diretor José Miguel Júnior chama a atenção que os municípios e os Estados, dependendo da forma de pactuação na Bipartite, devem continuar a adquirir esses medicamentos...”

De acordo com a farmacêutica responsável, Cíntia Beatriz Pereira, até o lançamento do novo programa para os anti-hipertensivos e antidiabéticos, eram atendidas 100 pessoas, diariamente. Após a divulgação da campanha “Saúde não tem preço”, houve significativo aumento, com a frequência passando de 150 a 170 por dia. A característica socioeconômica, segundo ela, é evidente, pois durante a semana a presença é, nitidamente, de moradores das classes B e C, residentes em Sobradinho e Planaltina. Nos sábados, muda para a classe A, de habitantes da Asa Norte e Lago Norte, os bairros de Brasília (Plano Piloto) mais próximos de Sobradinho, portadores de receitas médicas particulares.

A frequência só não é maior devido a distância das outras cidades-satélites do Distrito Federal, que se localizam em outros pontos cardinais: Noroeste, Oeste, Sul e Leste, em distâncias que chegam a até 65 km de Sobradinho. E o transporte



público, em alguns casos, chegaria a custar R\$ 12 em passagens de ida e volta, não compensando a ida à farmácia. Para esses casos, portanto, a rede privada credenciada no “Aqui Tem Farmácia Popular” e distribuída em todo o DF pode atender à demanda com benefícios para doentes ou acometidos por agravos previstos no programa. Segundo Cíntia, “a clientela pede para mudarmos para o terminal rodoviário central de Brasília. Apresentamos a demanda para a Fiocruz, mas ainda não há decisão”.

Além da gratuidade para os portadores de hipertensão e diabetes, os preços da Farmácia Popular são baixos em relação ao mercado, pois o governo federal, por meio da Fiocruz, disponibiliza os medicamentos

a preço de custo, acrescido da logística para distribuição. Isso faz com que a cartela com dez comprimidos de cloridrato de metformina 500 mg seja vendida a R\$ 0,20 a unidade. Em tratamento de prescrição diária de um comprimido, o usuário paga mensalmente R\$ 6. O valor mais próximo de mercado de um medicamento genérico é definido pela tabela de preços 2009/10 em R\$ 7,73 a caixa, com 30 comprimidos. Atualmente, a metformina faz parte da lista de medicamentos fornecidos gratuitamente, pois é prescrita para portadores de Diabetes mellitus.

Em caso mais extremado, o paciente que precise tomar azatioprina 50 mg – medicamento para transplantados – teria que pagar R\$ 14 por uma cartela com dez comprimidos, ou até R\$ 42

para fazer tratamento mensal com uma pílula diária. No mercado, a azatioprina 20 mg, em caixa com 20 comprimidos, na mesma tabela, custa R\$ 313,59.

Não é o preço, no entanto, o que é considerado por Cíntia e pela outra farmacêutica, Marina Braga Brandão, o ponto forte da Farmácia Popular do Brasil. “Enquanto na rede privada a intenção é o lucro, no FPB nós objetivamos que o usuário seja bem orientado para fazer o tratamento completo”, afirma Marina. “Esclarecemos ao paciente quando a prescrição do médico estiver incorreta, orientamos quanto a respeito aos horários e a medicamentos que não podem ser tomados juntos sob o risco de se anularem ou provocarem reações adversas”, completa Cíntia. ■

Controlar as doenças e reduzir as desigualdades

Enquanto a vida acontece sem maiores ressaltos, organizada, desenvolvendo-se dentro das expectativas médias da sociedade – estudos, namoro, emprego, casamento, formação de patrimônio, filhos –, não se percebe tanto o valor. E, quando essa rotina é quebrada devido a uma doença, especialmente se crônica, altera-se a alimentação, hábitos antigos, sono e inicia-se uma série de consultas, exames constantes e, em alguns casos, até a necessidade de medicação contínua, que limita o exercício do trabalho e outras atividades. É aí que se tem o conhecimento de quanto valem o equilíbrio e o bem-estar físico e mental: não têm preço.

Nem todos os cidadãos atingidos por uma doença percebem os sinais e/ou sintomas. Nem todos os que a percebem têm acesso ao cuidado e medicamentos, ou se dispõem a buscar os

serviços e fazer tratamento. No Brasil, estimam-se em 7,5 milhões os portadores de Diabetes mellitus, deficiência do pâncreas para produzir a insulina ou dificuldade de ação da enzima, hormônio que regula a quantidade de açúcar no organismo.

O batalhão de hipertensos no Brasil – que também podem acumular o diabetes – é de 33 milhões. Somados, ou cumulativamente, são, aproximadamente, 20 por cento dos 191 milhões de brasileiros. Porém as autoridades de saúde do País acreditam que esse percentual é maior, uma vez que muitos desconhecem serem portadores dessas doenças. As consequências, no entanto, podem ser medidas, uma vez que o diabetes e a hipertensão são responsáveis por 34% do total de mortes oficializadas anualmente e que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2007 atingiram 1,036 milhão.



As duas são doenças crônicas acompanhadas (cuidadas) pelas equipes de saúde e com o apoio do fornecimento gratuito de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Com o aumento da demanda promovido pelo programa Farmácia Popular do Brasil (FPB), a solução veio pela atualização do sistema “Aqui Tem Farmácia Popular”, que agrega as farmácias privadas ao programa.

Com a campanha “Saúde não tem preço”, lançada pela presidenta Dilma Rousseff, em 3 de fevereiro, no Palácio do Planalto, o governo federal passou a subsidiar e distribuir 12 medicamentos para portadores de diabetes e seis para hipertensos, por meio das farmácias privadas inscritas no FPB. Além dos que eram comercializados com redução de 90% nos preços de venda ao usuário. O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, anunciou, na cerimônia, que 15 mil estabelecimentos comerciais constituíam a rede para cadastrar e atender esses doentes crônicos, mediante a apresentação de CPF, documento com foto e receita médica, pública ou privada, com validade para quatro meses.

A ação concretiza parte de um dos compromissos da campanha eleitoral de 2010, da erradicação da miséria no Brasil. Isso porque, conforme disse a presidenta Dilma, é “talvez na saúde que a questão da diferença de renda tenha a expressão mais perversa, tratando de forma desigual pobres e ricos”. Afinal, se nos bolsos das classes A e B os medicamentos podem comprometer até 2% dos rendimentos familiares, nas classes C, D e E chegam a 12% ou mais.

Após o lançamento do “Aqui Tem Farmácia Popular”, em 2006, eram comercializados medicamentos antidiabéticos e anti-hipertensivos,

seguidos pelo anticoncepcional (cujas receitas têm duração de um ano). Com a mudança de operacionalização e das diretrizes, realizada no final de 2009, o ano de 2010 foi pródigo para o crescimento do sistema e adesão de farmácias e drogarias. Foram incluídos no elenco de medicamentos voltados ao combate da gripe H1N1, e combate ou controle de dislipidemia, rinite, asma, mal de Parkinson, osteoporose, glaucoma, alguns novos para diabetes (insulina regular) e hipertensão, além das fraldas geriátricas. Ao final de fevereiro, menos de um mês após o lançamento dos anti-hipertensivos e antidiabéticos gratuitos, o Ministério da Saúde já registrava aumento de 50% na distribuição desses medicamentos.

Hotsite

Para a divulgação da “Saúde não tem preço”, o governo federal lançou um hotsite – site na internet com curto período de veiculação – com o mesmo nome da campanha, de acesso facilitado e leitura simples. Entre os itens do menu, estão informações aos portadores sobre as duas doenças crônicas, com orientações para a melhoria da qualidade de vida, e os endereços da rede própria e privada da Farmácia Popular em todo o Brasil. O hotsite também apresenta orientações aos profissionais de saúde, informações a proprietários de farmácias interessados em participar do sistema, respostas para dúvidas frequentes e apresentação do material publicitário disponível de divulgação da campanha.

Endereço do hotsite:
www.saudenaotempreço.com

A metrópole do presente

Por: Fernando Ladeira

No início de 2011, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou levantamento feito junto a 100 países, com a informação de que 2,5 milhões de pessoas morrem, anualmente, em consequência de consumo inadequado de álcool. Dessas, 12,8%, equivalentes a 320 mil mortes, são de jovens entre 15 a 29 anos de idade, que não foram, obrigatoriamente, caracterizados como dependentes, mas fizeram uso nocivo que levou ao óbito. Em dados de pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, dos 190,7 milhões de brasileiros, 48% (91,5 milhões) são abstinentes, não usam o álcool em qualquer situação. Dos 52% restantes (99,2 milhões), 88% bebem sem uso nocivo, periodicamente, outros 3% (2,9 milhões) fazem uso nocivo, e 9% (8,9 milhões) são dependentes.

O número de dependentes no país, portanto, quase atinge o de habitantes da maior capital brasileira, São Paulo, que, segundo o Censo 2010, é de 10,65 milhões. Sob essa perspectiva, nesse município agregador e fictício, que podemos chamar de São Gole, todos os moradores apresentariam pelo menos três dos seguintes sintomas: desejo intenso para ingerir bebidas alcoólicas; necessidade de doses cada vez maiores; uso cada vez maior do tempo para a ingestão de bebidas; insucessos repetidos no controle do ato de beber; persistência no consumo mesmo com claros prejuízos físicos; e reações como tremores, suor frio, confusão mental, quando tenta parar bruscamente (síndrome da abstinência).

Em São Gole, não haveria crianças, mas cidadãos a partir dos 12 anos de idade, e todos já apresentariam ou estariam em vias de desenvolver dificuldades de sociabilidade, tendências à irritabilidade ou agressividade, e dificuldade para manter estudos e empregos. Alimentação saudável e constante não faria parte dos menus das residências, esportes seriam evitados e todos, sem distinção, apresentariam algum problema de saúde. Desde desnutrição, depressão e tendência ao suicídio, alguma disfunção hepática que pode chegar a uma cirrose, problemas de circulação sanguínea que se desenvolvam a derrames cerebrais ou infarto, e a tendência a alguns tipos de câncer: do pâncreas, esôfago e estômago, por exemplo.

Ao redor dessa cidade com 8,9 milhões de dependentes estaria um conjunto de municípios cujos moradores seriam, em um formato mínimo, dois parentes (pai e mãe, esposo/a e filho) de cada dependente. E se a mão de obra de trabalho é formada por 40% da população, acrescenta-se a esses municípios mais um morador influenciado e atingido pela dependência dos trabalhadores formais, ou seja, 3,5

milhões. Ao todo, a Grande São Gole teria uma população mínima estimada em 30,2 milhões de habitantes: os dependentes no município matriz, mais 17,8 milhões de parentes e 3,5 milhões de patrões ou colegas de trabalho.

Essa metrópole, permanentemente coberta por nuvens etílicas e atingida por chuvas de álcool, teria mais da metade da atual população do Estado de São Paulo, apurada em 41,25 milhões pelo Censo 2010, ou maior do que a do Estado Minas Gerais, que é de 19,59 milhões. Ou equivalente a soma das populações da 1ª, 2ª, 3ª e 7ª capitais brasileiras por número de habitantes: São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador e Manaus.

O Brasil é considerado, pela Organização Mundial da Saúde, um caso preocupante, uma vez que o consumo médio internacional masculino é de 6,1 litros de álcool por indivíduo, enquanto que no Brasil é de 24,4 litros. As mulheres bebem, aproximadamente, 10 litros/ano. A essa informação se anexa a justificativa da OMS de que o aumento de consumo está vinculado a melhoria de renda da população em países emergentes, especialmente da Ásia e América Latina. ■

Ações para a urgência alinham o atendimento

Por: Davi de Castro / Fotos: Radilson Carlos Gomes & Marcela Sá



A Atenção Primária à Saúde (APS) e todos os profissionais que a compõem têm uma grande missão: romper as barreiras das ações “preventivas e programáticas”, com demandas agendadas, e planejar-se para também assistir as espontâneas, de acordo com os princípios da humanização. Quando não há, no processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS), preocupação em prestar atendimento adequado à demanda espontânea ou imediata, pode-se gerar baixa vinculação dos usuários com o serviço de saúde, o que pode levar os usuários a recorrerem, sistematicamente, às unidades de pronto atendimento/urgência. Lá recebem, em geral, tratamento sintomático e são orientados a seguir o acompanhamento de doenças crônicas com potencial elevado de morbidade, como diabetes e hipertensão, nas unidades de atenção primária.

“Quando atendemos um paciente com queixas agudas, melhora sua adesão aos tratamentos não agudos, pois no

“...Quando atendemos um paciente com queixas agudas, melhora sua adesão aos tratamentos não agudos, pois no momento da necessidade ele foi atendido no posto perto de casa e teve o problema resolvido...”

momento da necessidade ele foi atendido no posto perto de casa e teve o problema resolvido, o que gera vínculo e relação de confiança importantes”, explica a médica de Família e Comunidade Juliana Santos, que atende no Bairro Pilar, a cerca de 15 km do centro de Belo Horizonte. A capital mineira tem a atenção à saúde baseada na APS e tem recomendado às UBS a adesão ao atendimento à demanda espontânea de urgências com base no acolhimento, organizado preferencialmente por meio de classificação de risco – instrumento que tem sido implementado aos poucos no Estado, como conta o também médico de Família e Comunidade Daniel Knupp. “Apenas agora começamos a utilizar sistematicamente um escore de classificação de risco. Algumas unidades foram selecionadas para serem piloto nesse processo”, explica.

A APS, que tem por carro-chefe a Estratégia Saúde da Família (ESF), é o primeiro contato preferencial dos usuários com o sistema. Por isso, deve considerar as reais necessidades da demanda, incluindo o atendimento às espontâneas, em especial as urgências, uma vez que muitos serviços são organizados a partir da oferta limitada de ações de saúde, deixando de acolher as situações de urgência na APS e comprometendo, assim, a resolutividade dos serviços.

A Política Nacional de Atendimento às Urgências (PNAU), de

2003, estabelece que as UBS e as Unidades de Saúde da Família (USF) têm a atribuição e a prerrogativa do acolhimento e atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade, devendo ser desempenhadas por todos os municípios brasileiros. Mesmo quando referenciada a outro nível de atenção, a APS continua sendo responsável e a principal referência para a população a qual está ligada. Por isso, é importante que se responsabilize pelo acolhimento dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados na área de cobertura e cuja complexidade seja compatível com o nível de assistência.

É necessário, portanto, que as equipes se conscientizem, nos processos de trabalho, do papel que têm no atendimento às urgências e no acolhimento à demanda espontânea/imediata, como parte integrante da organização dos serviços. “Precisamos ter compromissos únicos em relação às metas, compromissos únicos em relação a consolidar e qualificar essa ampla cobertura populacional, de quase 100 milhões de habitantes, que fazem nossa atenção primária, talvez, ser uma das maiores atenções primárias no mundo”, afirmou no discurso de posse, em janeiro, o Ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

Acolhimento

A orientação do Ministério da Saúde para o atendimento

à urgência na atenção primária, bem como às demandas espontâneas em geral, é de que seja baseado no acolhimento, na escuta qualificada, para garantir atendimento humanizado e solução dos casos. No âmbito das Unidades de Pronto Atendimento (UPA – 24h) – unidades de complexidade intermediária entre as UBS e as portas de urgência dos hospitais –, o processo de acolhimento faz parte de suas diretrizes, estabelecido na Portaria nº 1.020/2009, que a implementou.

O acolhimento é um instrumento de humanização na relação equipe–população, que acontece por meio da empatia, a capacidade de solidariedade dos profissionais com as demandas do usuário, a partir da escuta clínica. Não se deve confundir ou restringir o conceito de acolhimento com a simples recepção da demanda, pois ele só ganha sentido se visto como parte do processo de produção de saúde. Qualifica a relação e o processo de trabalho de cada um da equipe. Por isso, sua organização deve ser analisada e preparada por toda a equipe da unidade, considerando as características locais. O importante é que o usuário seja ouvido. As queixas devem ser registradas e os riscos analisados, a fim de evitar que a situação de urgência ou emergência deixe de ser atendida ou que seja encaminhada ao serviço de referência sem a devida necessidade.

Para organizar o atendimento à demanda espontânea, muitas

UBS usam a classificação de risco – instrumento já consolidado nas UPAs 24h. A classificação baseia-se na necessidade de atendimento, triagem em que o profissional de saúde avalia os pacientes que chegam à unidade de saúde e estabelece a prioridade clínica que facilita na gestão da demanda espontânea. Reduz, assim, a morbimortalidade das doenças mais graves. Juliana Costa diz que

a classificação de risco de sua UBS foi baseada nas UPAs, mas adaptada à realidade da região. “Melhorou o nosso conceito de urgência e a interlocução interna sobre quem é e quem não é agudo e o quanto necessitamos priorizar aquela queixa ou sinal de doença”, avalia.

No centro de saúde Céu Azul, localizado ao norte de Belo Horizonte, em que trabalha o médico Daniel Knupp (foto), seis equipes



Foto: Marcela Sá

“...Mesmo quando referenciada a outro nível de atenção, a APS continua sendo corresponsável e a principal referência para a população a qual está ligada...”

de Saúde de Família (eSF) realizam o atendimento à demanda espontânea. Ele conta que cada equipe faz o atendimento em uma parte do dia (em geral, por duas horas), deixando o resto do turno para as ações eletivas. “Qualquer um que precise da unidade numa situação de urgência é atendido por uma equipe de apoio (normalmente, uma auxiliar de enfermagem e uma enfermeira) com os médicos da unidade na retaguarda. Se

constatada a urgência, a pessoa é encaminhada à sala de observação, onde temos a estrutura mínima necessária para atender”, relata Knupp.

Daniel faz avaliação positiva da organização da atenção à demanda espontânea, usando a tecnologia do acolhimento. Para a equipe, segundo ele, porque é uma ação que provê acessibilidade aos serviços de saúde – atributo fundamental da atenção primária – e gera informações valiosas para o planejamento das ações das equipes. Para os usuários, por sua vez, para que percebam que a atenção primária resolve problemas não só nas condições crônicas, imunizações e avaliações de rotina, primordialmente à saúde das crianças e das mulheres – como historicamente são atribuídas à atenção primária. “A população percebe que a atenção primária vai muito além disso, e as pessoas começam a vivenciar o que conceituamos como integralidade. A partir desse ponto, a vinculação da população à unidade torna-se legítima”, enfatiza Daniel Knupp.

Segundo ele, “o paciente frequentemente se surpreende com a facilidade de acesso e com a

“...A orientação do Ministério da Saúde para o atendimento à urgência na atenção primária, bem como às demandas espontâneas em geral, é de que seja baseado no acolhimento, na escuta qualificada...”

resolutividade que a unidade é capaz de oferecer por conta do acolhimento. Não é raro que alguns façam comparações com os serviços privados, dizendo que o atendimento no centro de saúde é superior ao que se consegue nesses outros locais”. Devido a isso, vários estabelecimentos privados estão adotando o acolhimento para qualificarem os serviços.

O centro de saúde em que trabalha Daniel ainda não realiza a classificação de risco. Para ele, a utilização de escalas pode ser útil à atenção primária desde que executada de maneira cautelosa. “Tem que ser preservado o olhar integral e individualizado a cada pessoa que busca a unidade”, explica.

O atendimento às urgências em uma UBS conta com algumas vantagens, como o conhecimento prévio da população, registros em prontuário e possibilidade de o usuário se consultar depois com a mesma equipe de saúde, estabelecendo vínculo e continuidade do cuidado. Não é, portanto, um atendimento pontual como ocorre em um pronto-socorro. Já nas UPAs, o atendimento a urgências e emergências tem infraestrutura mais adequada, possibilitando desafogar os prontos-socorros de hospitais, que se restringem aos casos de maior complexidade. Eis a importância de se viabilizar atenção integral às urgências em todos os pontos de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

PNAU – Urgência organizada

Além das UBS, as UPAs, o SAMU 192, as portas de urgência dos hospitais e o componente pós-hospitalar (como as modalidades de atenção domiciliar e hospitais-dia) compõem as redes locais para a atenção integral às urgências, preconizadas pela Política Nacional de



Atenção às Urgências. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, o SAMU 192, presta socorro à população em qualquer lugar, em casos de urgência e emergência, e foi criado para funcionar 24 horas e organizar o fluxo de atendimento na rede pública, reduzindo as filas nos prontos-socorros dos hospitais. Já está presente em todos os Estados brasileiros e, com ele, o governo federal tem conseguido reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce.

Para ordenar o serviço, centrais de regulação médica com profissionais de saúde fazem o atendimento telefônico do número 192 e passam as primeiras orientações aos pacientes ou vítimas de acidentes, além de encaminharem as equipes para os locais das ocorrências. As centrais ajudam a orientar o atendimento, levando o paciente às UPAs 24h, em casos de fraturas, cortes, queimaduras e até infarto, ou para hospitais, em situações mais graves que exigem acompanhamento específico.

Segundo a PNAU, as UPAs devem ser instaladas em locais estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades. Também funcionam 24 horas por dia, em todos os dias da semana, e são 31 unidades instaladas pelo País.

O objetivo delas, além de ampliar a assistência, é também o de diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais, evitando que casos de menor complexidade sejam encaminhados para lá.

Em números

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nº de equipes: 31.883

Nº de UBS: 43.915 (dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES)

Estimativa de cobertura da população: 100.830.326 pessoas (52,63% da população)

SAMU 192

Nº de municípios atendidos: 1.461

Nº de ambulâncias: 1.638

Nº de motolâncias: 400

Nº de lanchas: 6

Cobertura populacional: 110.352.927 indivíduos (57,63% da população)

UPA 24h

Unidades em funcionamento: 31

Unidades em final de construção: 24 (a serem inauguradas no 1º semestre de 2011)



Fontes: CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde)/DAB e CGUE/DAE – Ministério da Saúde

Quando uma ambulância do SAMU 192 é enviada para o atendimento, os profissionais de saúde já têm a UPA 24h como referência. Dessa forma, a estratégia de atendimento das UPAs está diretamente relacionada ao trabalho do SAMU, que organiza o fluxo de atendimento e encaminha

o paciente ao serviço de saúde adequado à situação. Cumprem, assim, papel fundamental nos atendimentos de urgência e emergência. Essa política reverte um modelo inadequado, que colocava o hospital no centro da atenção em saúde, sem atender às reais necessidades

da população. “Nós vamos fazer grande esforço para a implantação das UPAs”, afirmou o Ministro Padilha na cerimônia de posse, ressaltando, no entanto, que isso será feito sem perder a dimensão da ampliação da Atenção Primária à Saúde, que tem “absoluta prioridade”.



Novo modelo

Os serviços de urgência há décadas foram rotulados e designados essencialmente aos atendimentos hospitalares. Essa cultura foi repensada e vem sendo intensamente modificada, desde 2003, a partir do lançamento da Política Nacional de Atendimento às Urgências (PNAU), que deu novos instrumentos de assistência e diretrizes para desafogar as portas de prontos-socorros de hospitais e cumprir um dos objetivos primordiais do SUS: a integralidade.

Nesse sentido, a atenção às urgências, no âmbito do SUS, precisa fluir entre os vários níveis do sistema para que, então, seja possível cumprir os princípios de atendimento a todos em território brasileiro, sem quaisquer distinções ou restrições e com serviços plenos. Desde a atenção primária até os serviços de atenção terciária (hospitais com alta tecnologia pesada), deve-se organizar a assistência de modo a acolher, atender e/ou referenciar os

serviços de urgência, visando sempre à resolutividade, à solução dos casos.

É por isso que, na busca de se implementar o atendimento integral, as UBS, que somam mais de 43 mil instaladas em todo o Brasil, são parte fundamental. Tanto por serem a porta de entrada aos serviços de saúde quanto pela extensa cobertura, proximidade e potencial de vinculação com a população, fato reforçado pela ESF. Entre a APS e a rede hospitalar, o atendimento às urgências ganha reforço e amparo nos serviços de complexidade intermediária – as UPAs 24h, cujas diretrizes de implantação foram instituídas em 2009, e o SAMU 192, instituído em 2003. Todos esses componentes fazem parte de um dos eixos da PNAU, que visa à organização de redes locais regionais para a atenção integral às urgências.

A política divide em quatro componentes os elos da cadeia de manutenção da vida: I) Pré-Hospitalar Fixo, onde se encontram as UBS, as unidades não

hospitalares de atendimento às urgências, entre outras; II) Pré-Hospitalar Móvel, como o Samu 192; III) Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais, conforme especificações da PNAU etc.; e IV) Pós-Hospitalar: modalidades de atenção domiciliar, hospitais-dia etc.

A atenção integral às urgências é, portanto, desafio ao sistema público de saúde. Para efetivá-la, é preciso levar em conta a transversalidade de temas que exige, tendo como parâmetros as diretrizes das políticas nacionais, em especial a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Humanização (PNH), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). Há de se considerar também a construção de fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência entre os diversos níveis do sistema que formam as redes de atenção à urgência. ■

Prêmio Inovação da Gestão reconhece valor do Proesf

Por: Redação / Fotos: Radilson Carlos Gomes



A iniciativa “Proesf: gestão de um projeto com base em resultados”, do Departamento de Atenção Básica/SAS, foi uma das vencedoras do 1º Prêmio Inovação na Gestão Pública do Ministério da Saúde, cuja entrega de troféus aconteceu em meados de dezembro

último. O Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família (Proesf) foi premiado na categoria “Alinhamento e Monitoramento Estratégicos”, uma das sete desse primeiro concurso.

Segundo o coordenador do Proesf, Allan Nuno de Sousa, o projeto nasceu para atender à

necessidade de ampliar e qualificar a Estratégia Saúde da Família (ESF) nas grandes cidades. Ainda segundo Sousa, “apesar de o projeto ter iniciado há oito anos, os objetivos guardam forte relação com as prioridades da atual gestão. Trabalhamos com a perspectiva de gestão por qualidade e



repassamos recursos conforme o desempenho dos municípios”.

O prêmio, para ele, é o reconhecimento da criatividade e empenho de um grupo amplo e heterogêneo, uma vez que a composição da equipe responsável pela elaboração e implementação do projeto conta com médicos, administradores, enfermeiros, advogados, dentistas e cientistas sociais, como o é o próprio Allan, pela Universidade de Brasília.

O Proesf é fruto de empréstimo realizado pelo Brasil junto ao Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird). Mediante a transferência de recursos financeiros pelo governo federal a Estados e a municípios

com mais de 100 mil habitantes, tem-se apoiado a expansão da cobertura, consolidação e qualifi-

“...apesar de o projeto ter iniciado há oito anos, os objetivos guardam forte relação com as prioridades da atual gestão. Trabalhamos com a perspectiva de gestão por qualidade...”

cação da ESF. Iniciado em 2002, com a fase I, e, desde 2009, com a fase II, o projeto age sobre as

regiões de maior complexidade, que favorecem as discussões de políticas públicas para as grandes cidades e regiões metropolitanas.

Também recebeu o prêmio, na categoria “Gestão de Pessoas”, a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH), do Departamento de Atenção Especializada. O projeto ganhador foi “Implantação do modelo de gestão por competências nos processos ‘Geração de Convênios’ e ‘Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede – PNQH’”: a gestão estratégica de pessoas na Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados – CGSH”. Tanto o DAE quanto o DAB são órgãos da Secretaria de Atenção à Saúde. ■

A orquídea da vida*

Ana Maria Garcia Andrade**

Exercer a medicina é minha maior alegria e cultivar orquídeas é algo capaz de me trazer enorme contentamento. É um tanto inusitado associar medicina com orquídeas, mas em nossas vidas as maiores paixões são mesmo muito inusitadas. Após algum tempo dedicando algumas horas do meu dia a cuidar de orquídeas, construindo carinhosamente um orquidário, descobri que na beleza dessa encantadora flor existe também a possibilidade de se curar algumas das mazelas humanas.

Médica de Família e Comunidade, apaixonada pelo enigmático ser humano, pude viver uma das experiências mais marcantes da minha vida quando fui trabalhar numa pequena cidadezinha do interior de Minas Gerais para cuidar das famílias moradoras na zona rural daquele município. Trabalho recompensador, apesar do sol escaldante nas estradas que fazia com que a poeira se levantasse quando passávamos e ia anunciando à população a nossa chegada. Os dias de chuva exigiam mais adrenalina, a estrada cheia de lama favorecia os encravamentos e o recurso que sobrava era ver o nosso carro deslizando ou sendo puxado por tratores. Muitas vezes não conseguíamos chegar ao nosso destino.

É fascinante percorrer por algumas estradas, às vezes tão mal cuidadas, mas que nos levam a viver histórias inacreditáveis. Este é o presente de Deus: temos a satisfação de diariamente apreciar as belezas da natureza por Ele desenhada e conviver com uma gente diferente, um povo “bão”, acolhedor e necessitado das ações de uma equipe de Saúde da Família (eSF). Um povo capaz de acender o brilho nos olhos pela maravilhosa arte do cuidado.

Em meio à satisfação por estar vivendo experiências maravilhosas e com toda a alegria de poder servir, um dia fui convidada pela enfermeira de outra eSF para acompanhá-la na resolução de um caso “quase sem jeito”. Lá nos altos da “Serra Grande”, vivia um jovem rapaz isolado do mundo dentro da sua casa e mantendo o pai e o irmão em condições de “semicativeiro” há vários anos. Sabíamos pouco sobre a história real daquela família, pois a eSF daquela área já havia tentado diversas vezes abordá-lo, mas não havia conseguido nada além de xingos e gritarias. Não se entendia por que o garoto de 20 anos, sem nenhum motivo aparente, havia se fechado em seu casebre há anos e não saía de lá nem mesmo para ver um único raio de sol. De onde viria a dor que fez com que ele desistisse de viver e que também estava afetando a família, já que tanto seu pai quanto seu irmão só podiam sair de casa sob ordem dele e tinham que voltar no tempo por ele determinado. Quando chegavam além do horário estabelecido, eram obrigados a dormir fora de casa. O que a eSF sabia vinha de muitas especulações, inclusive dos parentes e da vizinhança, que falavam horrores sobre o estado do paciente, chegando até mesmo a amedrontar.

Então saímos em comitiva rumo à casa daquele jovem. Éramos uma legião de pessoas envolvidas: médica, duas enfermeiras, duas auxiliares, juiz de direito, dois policiais, assistente social, psicóloga, dois motoristas e o pai do rapaz. Estávamos munidos de medicações sedativas e os policiais estavam armados. Seria feito o que fosse preciso.

Meu coração estava apreensivo. Um misto de ansiedade, agonia, insegurança, desejo de ajudar, medo de fracassar. O caminho nunca me pareceu tão distante e, quando chegamos, o medo me fez achar que tinha sido rápido demais. A tensão era tanta que até me esqueci de admirar o caminho como costumeiramente fazia.

Inicialmente meus olhos não viram nada de muito diferente naquele local. Estacionamos os carros na estrada e descemos por um campo imenso de um gracioso gramado tão verde que revelava o tempo todo que estávamos vivendo a primavera. O sol radiante iluminava a todos nós para bem sabermos como agir. Atravessamos o córrego sobre uma estreita e velha ponte de madeira que nos levaria até o quintal da casa do nosso alvo. O velho casebre de janelas de madeira estava totalmente fechado. O único som que se ouvia era da madeira queimando no fogão de lenha. Pela chaminé saía uma fumaça tão negra e triste que tive a certeza que aquela nuvem negra que subia de dentro do casebre poluindo o resplendor daquele lindo dia nada mais era de que um apelo, um grito de socorro.

Chamei-lhe pelo nome e fez-se silêncio. Mil questionamentos começaram a passar pela cabeça. Ele estaria ali? Como seria o rapaz? E nós, como deveríamos agir? Seria correto arrombarmos a porta, segurá-lo e aplicar-lhe sedativos para levá-lo

forçadamente a um hospital psiquiátrico? Não, tinha que ter outro jeito. Será que deveríamos fazer uma abordagem centrada na pessoa? Meu Deus, acho que estava enlouquecendo também, aquela não era hora de tentar aplicar meus valiosos conceitos de médica de família. Tentei chamá-lo outras vezes, falei quem eu era e porque estava ali. Ele continuou ignorando. Um policial tentou forçar a janela e foi aí que ele gritou lá de dentro pedindo que fôssemos embora. A partir daquele momento, todos começaram a falar com ele tentando em vão fazer com que abrisse a porta do casebre.

Em meio àquela angustiante espera, avistei no tronco de uma árvore uma obra-prima. Que maravilha! Deus havia passado algumas horas do seu precioso dia ali naquela árvore colorindo cada pétala da esplendorosa flor: a orquídea da vida! Dezenas de magníficas flores saíam de um esguio caule verde enraizado em uma velha e cansada laranjeira. Aquelas pétalas avermelhadas mescladas com rosa e amarelo exibiam tanta vivacidade que meus olhos não conseguiam deixar de vislumbrá-las. Eu me sentia inebriada frente à tamanha ostentação de beleza. Mas aquele não era momento de admirar flores. Recriminei a minha postura, afinal, nós tínhamos uma missão a cumprir, aquele jovem necessitava de nós. Tinha que aprender a controlar melhor minha paixão pelas orquídeas.



Quando voltei à cena, percebi que nada havia mudado, todos continuavam falando com ele na esperança de que algum milagre acontecesse e que ele abrisse a porta. O juiz se manifestou, fez colocações sobre questões legais e, enquanto a polícia tentava arrombar a janela, ele começou a gritar com todos, exigindo que sumíssemos dali e o deixasse em paz. Falou sobre seus direitos, ameaçou-nos até de morte. Nada que lhe foi dito pareceu surtir qualquer efeito para que ele se comovesse ou tivesse curiosidade de ir para fora da casa. Era visível a apreensão de todos para resolver aquele impasse e fazer algo pelo jovem.

Dentro de mim havia ainda uma inquietude: queria tanto uma muda daquela maravilha de Deus! Não, aquele definitivamente não era o momento. Eu precisava me controlar! Pensei que se pedisse a ele a muda talvez ficasse bravo e saísse para proteger sua flor. Nesse momento, os policiais poderiam cercá-lo e nós o sedaríamos. Ele também poderia sair para me dar a tão desejada mudinha. Porém era melhor não arriscar, pois ele estava muito nervoso e usando termos agressivos. O melhor seria aguardar, isso se o meu desassossego deixasse. Como o desespero foi maior, decidi lhe fazer o meu pedido. Tão grande foi o meu desapontamento quando se limitou a mandar que eu pegasse a muda e fosse embora. Eu ia me casar dentro de cerca de 40 dias, estava radiante de alegria e ficava imaginando que linda ficaria aquela flor na minha casa nova. Mas não podia aproveitar daquela situação para arrancar da natureza uma obra-prima. Seguramente não para me agradar e sim por sentirem que algo místico estava por acontecer, todos começaram a lhe dizer que ele deveria me dar a muda de presente de casamento.

Já fazia cerca de uma hora que estávamos ali num misto de agonia e ansiedade. Estávamos muito apreensivos e, já que parecia que nada iria mudar, olhei para o policial e pedi que arrombasse a casa. Antes que quebrassem a janela, ainda como última tentativa, chamei por ele e pedi mais uma vez a tal muda da orquídea. Fez-se um longo e quase interminável silêncio. Eu sentia que seria diferente.

Ouvimos um barulho na fechadura já enferrujada da porta de madeira corroída pelo tempo. Lentamente a porta foi se abrindo para revelar a nós aquele jovem que viveu por anos restrito a sua clausura. Quando vi a imagem que surgiu na minha frente, um sentimento maternal invadiu meu coração. Fiquei emocionada ao ver aquele menino com ares de carente, chorando desesperadamente ao ver tanta gente aos arredores de sua casa. Ele acreditava estar sendo humilhado com a nossa ida até a sua casa e sentia-se invadido no direito de viver isolado do mundo. Aquele garoto de afeto pueril precisava mesmo era de colo e carinho. Nada havia de monstruoso na sua imagem e senti a falta que a mãe fazia na sua vida. A emoção envolveu profundamente cada um dos presentes. Ainda que ninguém tivesse permitido que as lágrimas cobrissem suas faces, tenho certeza de que elas invadiram suas almas. Uma vontade incontrollável de abraçá-lo tomou conta de mim e me aproximei dele. Limitei-me a tocá-lo.

Abordamos cuidadosamente o nosso primeiro contato com intuito de estabelecermos uma relação de confiança positiva. Ficamos conversando com ele e ouvindo um pouco do seu viver e sofrer. Nosso diálogo foi breve, porém de preciosidade incalculável. Sugerimos que nos acompanhasse até o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e ele não ofereceu resistências.

Por fim, ele pôde iniciar o tratamento, recuperar a dignidade, tornar-se um cidadão e passou a viver a primavera na sua vida. A orquídea? Eu ganhei a minha muda de orquídea, que é a mais bela de todas no meu orquidário, e eu a cultivo com um carinho muito especial. O que ninguém imaginava é que aquele gesto gentil de me presentear com uma flor faria exalar um novo perfume para a sua própria vida! ■

**5º lugar (júri técnico) no I Concurso de Contos Saúde da Família, realizado durante o 10º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade.*

***Ana Maria Garcia Andrade é médica de Família e Comunidade, coordenadora da Estratégia Saúde da Família em Cachoeira de Minas, Minas Gerais.*

Estigma social e saúde mental: quais as implicações e importância do profissional de saúde

Pollyanna Santos da Silveira

Polo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPSS-UFJF), mestre em Psicologia pela UFJF, doutoranda em Ciências da Saúde pela Unifesp.

Telmo Mota Ronzani

Polo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPSS-UFJF), professor-adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF, bolsista de Produtividade CNPq, pesquisador mineiro FAPEMIG.
e-mail: telmo.ronzani@ufjf.edu.br

Resumo

A estigmatização é compreendida como processo moldado por forças históricas e sociais, caracterizadas pelo reconhecimento da diferença com base em alguma característica distinguível ou “marca” e uma desvalorização do seu portador. Os transtornos mentais e o uso de álcool e drogas são condições estigmatizadas, tanto entre a população geral como entre profissionais de saúde. O artigo objetiva apresentar revisão de literatura sobre aspectos conceituais e práticos relacionados à

estigmatização de portadores de sofrimento mental e usuários de álcool e outras drogas, bem como as consequências de tal estigmatização. Os estudos sobre estigma social é relevante diante de sua influência em intervenções dos serviços de saúde, constituindo como variável para a melhoria na qualidade de vida de pessoas acometidas por alguma doença. Sabe-se da importância que o estigma tem na adesão, qualidade e resultado dos serviços prestados, portanto, cada vez mais, tem se dado importância para ações que diminua a condição de estigmatização entre

profissionais de saúde em relação aos portadores de sofrimento mental.

Palavras-chaves: estigma social, saúde mental, preconceito, estereótipos, discriminação.

1 – Introdução

A complexidade em relação à saúde mental e ao uso de álcool e outras drogas demanda entendimento amplo sobre o tema (Ronzani & Furtado, 2010). Muitos problemas de saúde, incluindo transtornos mentais e dependência de álcool e outras drogas, são

estigmatizados pela população geral, bem como pelos profissionais de saúde (Fortney et al., 2004). As atitudes de tais grupos podem afetar a qualidade dos serviços prestados aos usuários, além da adesão ao tratamento ou atividades de prevenção e qualidade de vida deles (Dovidio, Major, & Corcker, 2003; Peluso & Blay, 2008).

O presente artigo objetiva apresentar revisão de literatura sobre aspectos conceituais e práticos relacionados à estigmatização de portadores de sofrimento mental e usuários de álcool e outras drogas, bem como as consequências de tal estigmatização.

2 – Aspectos históricos e definições do estigma

Relatos sobre estigma são descritos desde a Grécia antiga, quando os criminosos eram marcados, com faca ou ferro, para identificar a inaptidão para a convivência na sociedade. O indivíduo que possuía o estigma era desacreditado, desmoralizado e evitado socialmente. Tal prática servia, de forma mais ampla, para marcá-lo como portador de característica negativa tão desmoralizada que impedia outras visões dele, reduzindo-o apenas ao que a marca significava (Neuberg, Smith, & Asher, 2003).

Goffman (1978) propõe a definição de estigma social como marca ou sinal que designaria ao seu portador status “deteriorado” e, portanto, menos valorizado que as

peçoas “normais”, chegando a tornar-se incapacitado para a aceitação social plena.

O processo de estigmatização existe apenas quando as pessoas distinguem e rotulam diferenças pessoais. Por meio das crenças compartilhadas culturalmente, as pessoas rotuladas são marcadas como possuidoras de características indesejáveis, a seguir, confirma-se um grau de separação entre “nós”, o grupo estigmatizador, e “eles”, o grupo estigmatizado. Segundo esses mesmos autores, o estigma ocorre quando há a coexistência de rotulação, estereótipos, separação, perda de status e discriminação em uma situação de poder que permite que esses componentes se cruzem (Link & Phelan, 2001).

Para melhor compreender o processo de estigmatização, conceitos como rotulação, atribuição de causalidade, estereótipos, atitudes, preconceito, discriminação tornam-se importantes, uma vez que estão relacionados ao estigma ou fazem parte dele.

3 – Processos envolvidos na estigmatização

3.1 – Rotulação

Ao se aplicar um rótulo a uma pessoa, identifica-se ou define-se que tipo de pessoa ele ou ela é a partir de uma única característica. Tal rótulo é considerado desviante quando é usado para designar a violação de norma social, por exemplo, os sinais e sintomas de transtorno

mental resultam na aplicação de um rótulo desviante porque eles violam as regras esperadas ou padrões normais de se comportar (Link & Phelan, 1999).

No campo da saúde, a rotulação tem fortes implicações na vida dos estigmatizados. Embora possam se beneficiar pelos efeitos positivos do tratamento, eles também podem estar expostos aos efeitos negativos do estigma, uma vez que são ligados a estereótipos sociais sobre o que significa ser “louco”, “bêbado” ou “drogado”. Dependendo da natureza dessas concepções sociais, as consequências negativas podem ser desde expectativas de rejeição, experiências de rejeição, tratamento e estruturas de controle social que influenciam direta ou indiretamente a experiência das pessoas (Link & Phelan, 1999).

3.2 – Atribuição de causalidade e atribuição moral

A atribuição refere-se à inferência de causas que o observador faz do comportamento de outra pessoa, que pode ser atribuída a estados internos da pessoa observada – atribuição disposicional – ou a fatores ambientais – atribuição situacional. A força das pressões situacionais sobre ela, as quais podem incluir as exigências do papel normativo e também as recompensas ou punições aplicadas à pessoa pelos outros no ambiente, pode determinar que tipo de atribuição será feita a certo comportamento observado (Michener, Delamater & Myers, 2005).

Já atribuição de moralidade pode envolver a percepção de que as causas dos problemas são devidas ao pertencimento do indivíduo a determinado grupo, podendo também estar relacionada à atribuição de responsabilidade pelo surgimento e pela solução do problema. A principal característica da atribuição moral é envolver a responsabilização do indivíduo devido a uma fraqueza de caráter (Palm, 2006). Quando a característica ou traço é associado à atribuição de responsabilidade pessoal, há maior probabilidade de comportamentos punitivos em relação aos estigmatizados, enquanto que, quando não há essa atribuição, são oferecidos mais ajuda e apoio (Biernat & Dovidio, 2003).

3.3 – Estereótipos

Estereótipos são crenças acerca de características, atributos e comportamentos de determinado grupo, bem como teorias de como e por que certos atributos estão relacionados (Hilton & Hippel, 1996). Tais crenças são meios eficientes na categorização de informações, generalização de impressões e expectativas de indivíduos que pertencem a um grupo social (Corrigan, et al., 2003).

3.4 – Atitudes e Preconceito

Rodrigues e colaboradores (2005) afirmam que as atitudes podem ser definidas como organização duradoura de crenças e

cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, que dispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a esse objeto. Além disso, sejam implícitas ou explícitas, são construídas socialmente pelas normas culturais (Lima; Vala, 2004), sendo decorrentes de processos comuns de aprendizagem (Rodrigues; Assmar; Jablonski, 2005).

Outro conceito envolvido no processo de estigmatização é o preconceito, que, na essência, é uma atitude, uma vez que a pessoa preconceituosa pode não gostar de determinado grupo e reagir de maneira ofensiva para com eles, baseada na crença de que possuem características negativas (Corrigan et al., 2001). Embora



a atitude seja formada pelos componentes cognitivos, afetivos e comportamentais, o preconceito refere-se mais ao aspecto afetivo, ou seja, representa o aspecto afetivo ou emocional da diferenciação, pelo qual membros de grupos minoritários são desvalorizados (Hinshaw, 2007b). Assim, o preconceito pode ser definido como atitude hostil ou negativa com relação a determinado grupo.

O preconceito baseado na premissa de que havia diferenças entre as raças, sendo algumas consideradas inferiores a outras, esteve presente em toda a história da humanidade e durante muito tempo foi aceita sem muitos questionamentos. A partir dos anos 30, o preconceito passou a ser encarado como injustificado e influenciado por normas sociais como manifestação de interesses grupais ou como inevitável consequência do processo de categorização social (Rodrigues; Assmar; Jablonski, 2005).

3.5 – Discriminação

O efeito imediato do preconceito é a discriminação, que, essencialmente, é o tratamento injusto, ou seja, forma de relacionamento, avaliação e atendimento comparativamente desigual e desfavorável, proporcionado a um grupo ou individualmente às pessoas que o integram, precisamente porque são alvos de preconceitos sociais. A discriminação pode ser particular ou praticada por pessoas, consideradas em sua individualidade,

contudo tende a alcançar o estatuto de norma social implícita ou ser até mesmo prática institucionalizada (Krüger, 2004).

Com o crescimento da intolerância em relação a expressões claras de preconceito e discriminação racial, as pessoas podem reagir buscando formas mais sutis de se expressar (Michener, Delamater, Myers, 2005; Hinshaw, 2007a).

O estigma refere-se, portanto, à desvalorização global de certos indivíduos com base em algumas características que possuem pelas quais membros são relacionados a um grupo que é desfavorecido, desvalorizado ou desonrado pela sociedade em geral, o que geralmente implica julgamentos duramente morais em relação às pessoas desse grupo (Hinshaw, 2007b). A estigmatização é vista, ainda, como processo e contingente ao acesso aos poderes social, econômico e político que permite a diferenciação, a construção de estereótipos, a separação dos rotulados em categorias, a desaprovação, a rejeição, a exclusão e a discriminação (Link & Phelan, 2001).

4 – Implicações da estigmatização no campo da saúde

O processo de estigmatização também tem sido apontado como danoso a algumas condições de saúde estigmatizadas na cultura dominante atual (Barney, et al., 2006).

O próprio diagnóstico pode

contribuir para os efeitos negativos da estigmatização do indivíduo, na medida em que, quando a pessoa é diagnosticada com doença ou agravo estigmatizante, pode transformar suas crenças pessoais sobre a desvalorização e discriminação dessas condições em expectativas de rejeição (Link, 1987; Link & Phelan, 1999).

As consequências negativas podem afetar pelo menos dois mecanismos psicossociológicos. Primeiro, os indivíduos que se tornam portadores de sofrimento mental, por exemplo, podem desvalorizar-se porque agora pertencem a uma categoria que acreditam que as pessoas veem de forma negativa. Segundo, eles podem estar preocupados em como será a resposta dos outros a sua condição e assim engajar em defesas que levam a interações tensas,



isolamento e outras consequências negativas. Ambos os processos, entretanto, exigem que o indivíduo seja identificado e diagnosticado por um profissional de saúde e, assim, rotulado oficialmente (Link, 1987; Link, 1999). A partir disso, a percepção de atitude comunitária torna-se pessoalmente relevante e, por isso, ambos pressupõem a importância da rotulação para quaisquer consequências negativas.

Estudo realizado com homens com duplo diagnóstico de transtorno mental e abuso de substância que completaram um ano de tratamento mostrou que a maioria deles acreditava que muitas pessoas rejeitariam aquelas que abusam de substâncias e que tenham sido hospitalizadas por transtornos mentais (Link, et al., 1997). Logo, os dados desse estudo refletem que muitos dos participantes acreditam que poderiam ser rejeitados e que tentariam evitar a rejeição. No que se refere ao declínio do estigma no decorrer de um ano de tratamento, o estudo sinaliza que não houve declínio da percepção de estigma, sendo assim, tanto a percepção de desvalorização como a expectativa de discriminação continuam a afetar as pessoas, embora já tenham melhorado, supostamente, em função do tratamento. Nesse sentido, os autores assinalaram que o estigma pode ter efeitos duradouros e não transitórios, e, em função da magnitude, deve ser considerado aspecto relevante para a saúde das pessoas.

A percepção da população sobre doença qualquer influencia a busca por ajuda, a adesão ao tratamento e a maneira como indivíduos com essa doença serão integrados na comunidade (Peluso & Blay, 2004). Porquanto, ainda que se ofereça intervenção adequada, muitos que poderiam se beneficiar desses serviços preferem não buscá-los ou, quando o fazem, abandonam prematuramente, na tentativa de evitar a estigmatização (Corrigan, 2004; Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005).

Apenas a rotulação das diferenças já implica separação entre os grupos, induzindo a crença de que eles são fundamentalmente diferentes e que, de fato, correspondem ao rótulo que lhes foram atribuídos (Link & Phelan, 2001). No grupo estigmatizado, a estigmatização pode gerar angústia, raiva ou autorreprovação, o que pode acarretar perda de emprego, moradia injusta, diminuição da renda, que causam o aumento da miséria etc. (Corrigan, 1998).

As experiências de estigma também têm implicações negativas para a autoestima das pessoas em ambas as direções e de maneira indireta. Todavia, é possível que aquelas que se sintam inúteis estimulem outras pessoas a evitá-las ou rejeitá-las, o que acaba por se tornar um círculo vicioso. Além disso, as com mais experiência de rejeição têm menos suporte justamente devido à hesitação em construir relações com os pares como estratégia de negação do estigma (Verhaeghe, Bracke, & Bruynooghe, 2008).

No âmbito das relações interpessoais, as concepções culturais de condição de saúde estigmatizante, como é o caso dos transtornos mentais, podem incluir coleção de atributos negativos diferentes, os quais envolvem a percepção de perigo e imprevisibilidade, fraqueza e incompetência, e, por isso, generalizada indesejabilidade.

Sendo assim, as concepções culturais podem desempenhar papel importante para determinar como pessoas com essa condição são tratadas, e a percepção de perigo ou violência pode ser forte preditor de distância social (Link & Phelan, 1999). Em estudo realizado nos Estados Unidos (Link, et al., 1999) sobre as concepções públicas acerca dos portadores de sofrimento mental, os respondentes relataram mais desejo de distância social para a pessoa descrita como dependente de cocaína, seguido por dependência de álcool, esquizofrenia. Segundo esses mesmos autores, caso os sintomas de doença mental continuem a serem associados com medo de violência, pessoas com doença mental serão afetadas negativamente pela rejeição, pela relutância em procurar ajuda profissional por medo da estigmatização e por medo da exclusão (Angermeyer & Machinger, 1997; Dietrich, et al., 2004).

5 – Implicação da estigmatização na saúde mental

A literatura demonstra que os aspectos psicossociais envolvidos no processo saúde-doença são fundamentais tanto para ações de prevenção e promoção quanto para a reabilitação de algumas condições (Ronzani & Furtado, 2010).

Como apontado anteriormente, em função de tais aspectos, tem-se estudado o impacto do estigma nas diversas condições de saúde. Entre as mais estudadas estão os transtornos mentais, que têm como principais consequências a dificuldade ao acesso aos cuidados em saúde ou até mesmo agravando as situações de saúde, sendo muitas vezes a condição de estigmatização mais danosa do que a condição em si (Ronzani, Higgins-Biddle & Furtado, 2009).

No campo da saúde mental, merece destaque a questão do estigma associado a usuários de álcool a outras drogas. Estudo de Fortney et al. (2004) demonstra que o estigma associado a essa população está associado ao comprometimento da qualidade ou ainda ao abandono de tratamento.

Muitas vezes o próprio profissional de saúde é fonte de estigmatização de usuários. Estudo entre profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Brasil demonstrou que 78,4% deles apresentam perspectiva moralizante ao uso de álcool e outras drogas, sendo muito maior em comparação a outras condições de saúde (Ronzani,

Higgins-Biddle & Furtado, 2009). Outros estudos brasileiros entre profissionais de saúde mental e hospitais gerais ou mesmo com estudantes universitários na área de saúde demonstram resultados semelhantes aos dos profissionais da ESF (Soares et al., no prelo; Martins et al., 2010). Implicações dos dados demonstrados podem ser desde a dificuldade de acesso a intervenções e cuidados em saúde adequados à exclusão social desses usuários (Fortney et al. 2004; Ronzani, Higgins-Biddle & Furtado, 2009; Ronzani & Furtado, 2010).

6 – Considerações Finais

A revisão da literatura demonstrou que o estigma pode ser tão prejudicial quanto os déficits causados pela doença (Corrigan, 1998), uma vez que as reações sociais às formas severas de algumas doenças podem ser igualmente devastadoras, como a limitação das oportunidades sociais, tais como a dificuldade de acesso a tratamentos adequados e, por conseguinte, o agravamento da situação e piora na qualidade de vida, ou, ainda, o desenvolvimento de sintomas psicossomáticos e reações psicológicas e cardiovasculares (Stuber, Meyer & Link, 2008).

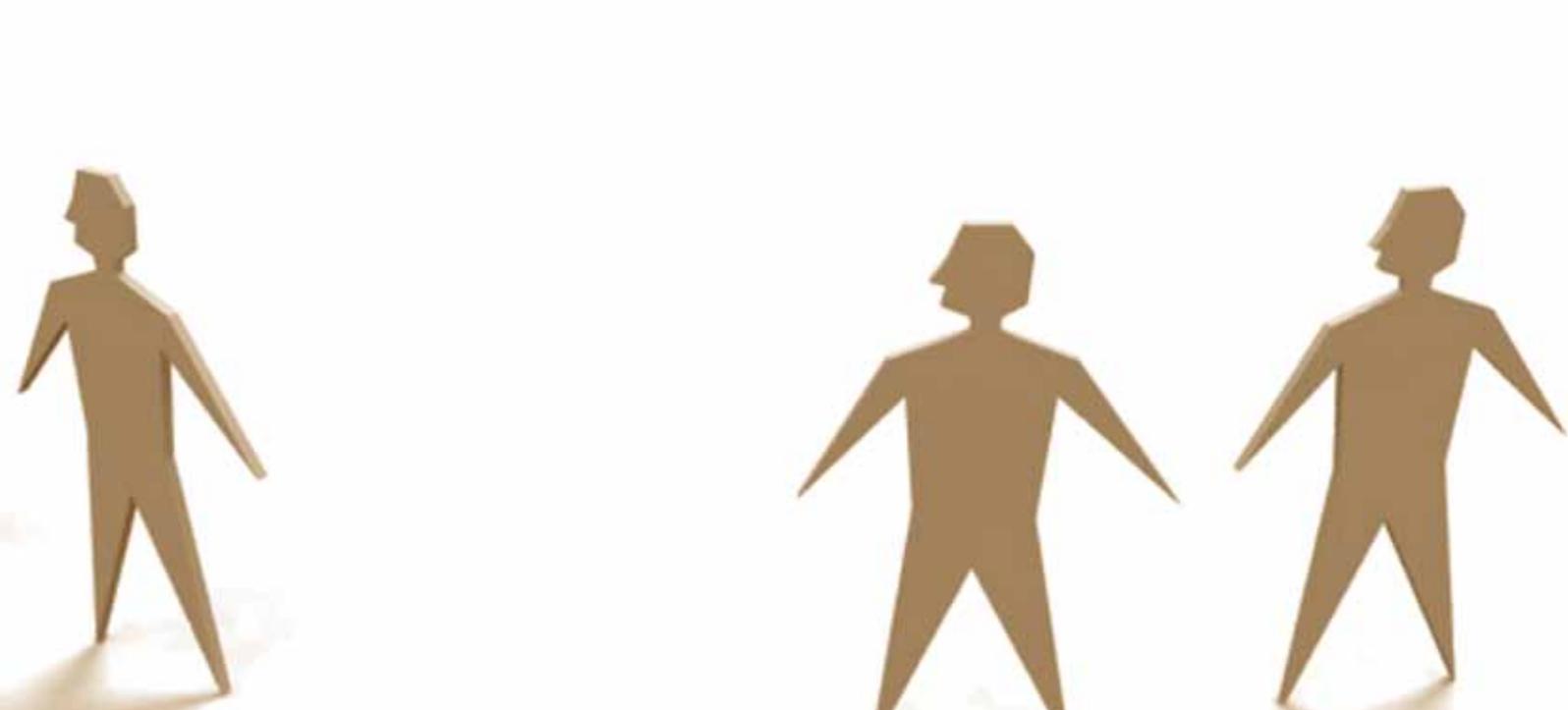
Nesse sentido, não basta apenas oferecer tratamento efetivo para a condição de saúde, é preciso considerar a magnitude do efeito da estigmatização

para oferecer atenção integral aos indivíduos portadores dessa condição. Para isso são fundamentais ações de conscientização da população sobre o impacto do preconceito e estigma frente a tais condições de saúde.

Além disso, torna-se cada vez mais evidente a necessidade de preparo dos profissionais de saúde de todos os níveis de atenção, principalmente os da atenção primária, para uma abordagem adequada e menos moralizante aos portadores de sofrimento mental e usuários de álcool e outras drogas, uma vez que tais profissionais se encontram em posição estratégica tanto nas ações de prevenções quanto na melhoria do impacto e adesão na reabilitação de usuários que se encontram na comunidade. Tal preparo, portanto, precisa ultrapassar conteúdos meramente técnicos, mas também mudanças de atitude e estigma em relação a tal população.

Agradecimentos

Este artigo de revisão é parte de linha de pesquisa do Polo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPSS), com financiamento de agências de fomento, tais como: Capes (bolsa de mestrado), CNPq (bolsa de Produtividade em Pesquisa e Edital de Pesquisa Processo nº 402.763/2010-6), Fapemig (Edital Pesquisador Mineiro). ■



REFERÊNCIAS

Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine*, 27, 131-141.

Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about Depression and its Impact on Help-seeking Intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 51-54.

Biernat, M., & Dovidio, J. F. (2003). Stigma and Stereotypes. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl & J. G. Hull (Eds.), *The Social Psychology of Stigma* (pp. 88-125). New York: The Guilford Press.

Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625.

Dietrich, S., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2004). The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 348-354.

Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2003). Stigma: Introduction and Overview. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl & J. G. Hull (Eds.), *The Social Psychology of Stigma* (pp. 1-28). New York: The Guilford Press.

Goffman, E. (1978). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (2ª Ed ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

Fortney, J., Mukherjee, S., Curran, G., Fortney, S., Han, X., & Booth, B. M. (2004). Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. *Journal of Behavioral Health & Services Research*, 31(4), 418-429.

Hilton, J. L., & Hoppel, W. v. (1996). Stereotypes. *Annual. Rev. Psychol*, 47, 237 – 271.

Hinshaw, S. P. (2007a). Research Directions and Priorities. In O. U. Press (Ed.), *The Mark of Shame* (pp. 140-156). New York.

Hinshaw, S. P. (2007b). What is Mental Disorder and What is Stigma? In S. P. Hinshaw (Ed.), *The Mark of shame* (pp. 3-27). New York: Oxford University Press.

Lima, M. E. O., & Vala, J. (2004). Serão os Estereótipos e os Preconceito Inevitáveis? O Monstro da Automaticidade. In M. E. Pereira & M. E. O. Lima (Eds.), *Estereótipos, Preconceitos e Discriminação: Perspectivas Teóricas e Metodológicas* (pp. 41-68). Salvador: EDUFBA.

Link, B. G. (1987). Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: an Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (1999). Labeling and Stigma. In A. P. Publishers (Ed.), *Handbook of Sociology of Mental Health* (pp. 481-494). New York.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Rev. Sociol*, 27, 363 – 385.

Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(June), 177-190.

Martins, LF; Silveira, PS; Soares, RG; Gomide, HP; Ronzani, TM (2010). Moralização sobre o uso de álcool entre estudante de curso de saúde. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 15 (1): 33-41.

Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2004). The public's preferences concerning the allocation of financial resources to health care: results from a representative population survey in Germany. *European Psychiatry*, 19, 478-482.

Michener, H. A., Delamater, J. D., & Myers, D. J. (2005). *Psicologia Social*. São Paulo, SP: Thonson Learning.

Neuberg, S. L., Smith, D. M., & Asher, T. (2003). Why People Stigmatize: Toward a Biocultural Framework. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl & J. G. Hull (Eds.), *The Social Psychology of Stigma* (pp. 31-61). New York: The Guilford Press.

Palm, J. (2006). Moral concerns – Treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems. University of Stockholm, Stockholm.

Peluso, É. T. P., & Blay, S. L. (2004). Community Perception of Mental Disorders: A Systematic Review of Latin American and Caribbean Studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*(39), 955-961.

Peluso, E. T. P., & Blay, S. L. (2008). Public Perception of Alcohol Dependence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 19-24.

Pereira, M. E., Ferreira, F. d. O., Martins, A. H., & Cupertino, C. M. (2002). Imagens e Significado eo Processamento dos Estereótipos. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 389-397.

Pereira, C., Torres, A. R. R., & Pereira, A. S. (2004). Preconceito contra prostitutas e representações sociais da prostituição em estudantes de teologia católicos e evangélicos. In M. E. d. Oliveira & M. E. Pereira (Eds.), *Estereótipos, Preconceito e Discriminação: Perspectivas Teóricas e Metodológicas* (pp. 209-234). Salvador: EDUFBA.

Rodrigues, A., Assmar, E. M. L., & Jablonski, B. (2005). *Psicologia Social*. Petrópolis: Editora Vozes.

Ronzani, T.M., Higgins-Biddle, J. & Furtado, E.F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social Science & Medicine*, 69:1080–1084.

Ronzani, T. M. & Furtado, E.F (2010). Estigma social sobre o uso de álcool. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4): 326-332.

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(2005), 529-539.

Soares, RG; Silveira, OS, Martins LF, Gomide HP, Ronzani TM (no prelo). Distância Social dos Profissionais de Saúde em Relação à Dependência de Substâncias Psicoativas. *Estudos de Psicologia*.

Stuber, J., Meyer, I., & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine*, 67, 351-357.

Verhaeghe, M., Bracke, P., & Bruynooghe, K. (2008). Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol 54(3), 206-218.

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

ESSA CORRENTE PRECISA DE VOCÊ. INCENTIVE A **DOAÇÃO DE SANGUE.**

Doar sangue é um ato de solidariedade. E você tem um papel fundamental nessa corrente. Com o seu incentivo, cada vez mais pessoas podem ajudar a salvar vidas. Explique, esclareça; tire dúvidas; seja um apoiador dessa causa. Além disso, você pode ser um doador e entrar nessa grande corrente para salvar vidas. **Ajudar tá no sangue. Um grande ato incentivado e apoiado pelo SUS.**



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA



Saúde com agente



Saúde da Família

Publicação do Ministério da Saúde - Ano XI - janeiro a abril de 2011 - ISSN 1518-2355

O alvo é a saúde

José Carlos dos Santos deixou o interior e levou os sonhos para a capital de São Paulo, onde, pelas voltas que a vida dá, tornou-se morador de rua. Jeanneth Perez Orozco saiu da Bolívia e foi buscar melhores oportunidades fora da terra natal, mas, em São Paulo, só conseguiu trabalhar em uma das tantas oficinas clandestinas de costura que empregam os compatriotas. A esperança nunca morreu e, alguns anos depois, as portas se abriram por meio do Sistema Único de Saúde: José Carlos e Jeanneth foram aprovados em processos seletivos para agentes comunitários de saúde. Ele trabalha numa Unidade Básica de Saúde que atua, preferencialmente, com moradores de rua, e ela numa equipe que tem os bolivianos, legais e ilegais, como centro das ações.

Ações que visam à prevenção e aos cuidados com a saúde têm sido uma constante em todo o País, mantendo sempre o pé na realidade. O acolhimento aos segmentos excluídos da população é uma atitude que se desenvolve cada vez mais, como acontece com os dependentes de álcool ou os que têm comportamento de risco como o alcoolismo.

Seja com os programas e políticas voltados aos moradores de rua, aos estrangeiros legais ou ilegais, seja aos usuários de bebidas alcoólicas, o espírito é o mesmo: favorecer que todos elejam a saúde e a vida saudável como prioridades na vida.

Boa leitura!

A interculturalidade a serviço da cidadania

Como o trabalho com a saúde modifica a realidade de uma comunidade estrangeira no centro de São Paulo e melhora a relação entre profissionais de saúde e etnias indígenas

Por: Déborah Proença / Fotos: Radilson Carlos Gomes



Vários países dentro de um país, várias nações dentro de uma nação. Essa é uma característica histórica do Brasil, país miscigenado com população formada por europeus, africanos, asiáticos e indígenas, e que tem por língua oficial e predominante o português. O idioma e os costumes ainda são, muitas vezes, obstáculos aos grupos de imigrantes que escolheram viver no Brasil,

inclusive para bolivianos, de fala espanhola, que nos últimos anos, legais ou ilegais, se dirigiram ao município de São Paulo em busca do sonho dourado: uma vida nova e melhor. Também são para as mais de 200 etnias indígenas, falantes de 170 línguas e com hábitos muito particulares, distribuídas em todas as regiões brasileiras.

Entretanto, pelo menos um elemento comum une a

“...boliviana, 32 anos, chegou ao Brasil com a promessa de uma vida melhor, com mais dinheiro, chances de futuro e o sonho da casa própria. Porém a euforia da chegada cedeu espaço...”

todos dentro do território: o direito à saúde, aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), que os atinge também por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). É nela que os agentes comunitários de saúde (ACS) e os agentes indígenas de saúde (AIS) têm importante função de ligação com os profissionais de saúde e suas comunidades. E usam os obstáculos do idioma e da cultura, enfrentados por essas populações, como via de acesso, um mecanismo de promoção à inclusão sociocultural e ao exercício da cidadania.

Em São Paulo, a oportunidade

Jeanneth Perez Orozco, boliviana, 32 anos, chegou ao Brasil com a promessa de uma vida melhor, com mais dinheiro, chances de futuro e o sonho da casa própria. Porém a euforia da chegada cedeu espaço para as frustrações do dia a dia. “No início não foi fácil”, desabafa.

Foram cinco anos de trabalho árduo nas oficinas clandestinas de costura, até que a “comichão” da curiosidade que a trouxe até o País das Oportunidades ao sul do Equador voltou a fazer-lhe aquela conhecida “cosquinha”. Era a atuação do colega Zenon, primeiro boliviano a trabalhar como agente comunitário de saúde na Unidade de Bom Retiro, no centro da capital paulista. “Quando cheguei tinha o ACS que veio falar sobre o que eu podia fazer no posto e, aí, comecei a conhecer o posto”, conta.



Zenon foi a primeira contratação de bolivianos para ACS no município de São Paulo, em fevereiro de 2003. Atualmente, nove profissionais bolivianos estão contratados pelo município nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Bom Retiro e Brás

“...O espanhol era uma barreira quase intransponível para as eSF, uma vez que ainda é pouco utilizado por brasileiros, impedindo a comunicação plena...”

e no Centro de Saúde Escola (CSE) Barra Funda. Quatro deles encontram-se na região do Bom Retiro, que, em virtude das oportunidades de emprego nas oficinas de costura, concentrou a oferta imigrante, levando

as equipes de Saúde da Família (eSF) a procurarem medidas que minimizassem os problemas gerados pelas precárias condições de moradia (alojamentos coletivos) e trabalho.

Além disso, havia a problemática da língua. O espanhol era uma barreira quase intransponível para a eSF, uma vez que ainda é pouco utilizado por brasileiros, impedindo a comunicação plena e a constituição de vínculos. Surgiu, então, a ideia da inserção de um profissional com a mesma cultura e língua materna dessa comunidade, que usa os mesmos signos e símbolos.

A iniciativa trouxe aumento de 15% nos cadastros de pessoas, conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. E mais. Segundo a UBS Brás, a maior contribuição dos agentes bolivianos foi o conhecimen-

to e o entendimento dos hábitos e costumes da população, o que é confirmado por Olga Gonçalves, enfermeira da UBS Bom Retiro. “O resultado mais importante foi que conseguimos compreender os bolivianos. Quando se consegue entender a cultura e a língua, podemos propor novas ações e trabalhos, cuidados para eles. E eles começaram a nos ver com outros olhos”, explica.

As motivações para se chegar ao trabalho comunitário de promoção e prevenção da saúde são variadas. Para Jeanneth, foi a forma

“...já estava legalizada – uma das exigências da profissão. E a carteira assinada foi o passaporte para a sua permanência definitiva. Ela conta que a ilegalidade no País é um dos grandes entraves do trabalho...”

como a saúde era tratada na UBS: com respeito, o mesmo que ela almejava para sua vida. E ela correu atrás disso, até que, em 2009, cinco anos após sua chegada, viu a oportunidade bater a sua porta, como um grande pontapé: o processo de seleção para a vaga de Zenon, que deixava o posto de ACS da comunidade para tornar-se auxiliar de enfermagem da Fundação USP.

Conseguiu emprego e até o seu casamento mudou. “Mudou muito desde que comecei aqui. É a melhor da minha família. Outra

vida, outra visão. O trabalho que eu fazia [costura] era muito diferente. Costura é só costura, não tem o que aprendemos aqui”, enfatiza a boliviana.

Para trabalhar como ACS, Jeanneth já estava legalizada – uma das exigências da profissão. E a carteira assinada foi o passaporte para a sua permanência definitiva. Ela conta que a ilegalidade no País é um dos grandes entraves do trabalho com a saúde dessa população. “A maioria tem medo de passar no posto. [Dominar] O idioma é muito importante, pois faço a ponte entre a comunidade e o posto de saúde”. Olga, a enfermeira, afirma que o trabalho da equipe de saúde é de “educar, acompanhar e tratar. Todos os ilegais são atendidos sem restrições na UBS Bom Retiro”.

O peculiar do cotidiano com essa população é que, além de visitarem as residências, os ACS vão também às oficinas de costura. Homens, mulheres, casais, solteiros, até crianças e adolescentes são encontrados nas oficinas clandestinas e, se não fosse assim, de outra maneira, não receberiam orientações. “Quando começou o SF no bairro era muito complicada a entrada [na comunidade] e aí que começou a ideia de ter um ACS específico, boliviano, para entrar nas oficinas. Nós visitamos as oficinas, fazemos as atividades, damos orientações gerais sobre papanicolau, planejamento familiar, higiene bucal para crianças”, conta Jeanneth.

O trabalho nas oficinas

se dá, entre outras formas, pela busca ativa, ou seja, vai-se até o paciente perguntando e verificando possíveis sintomas de tuberculose e hanseníase. Hoje, a UBS Bom Retiro continua com o cadastro da maioria dos imigrantes bolivianos da região central de São Paulo – cerca de 1.500 pessoas.

Em Brasília, falando por várias etnias

Há muita confusão entre as funções e características dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos agentes indígenas de saúde (AIS). Natural, pois são atividades muito próximas em essência. Porém o que difere, principalmente, nos dois trabalhos é a profissionalização. Não há ainda regulamentação da atividade do AIS, que não pode ser considerado um profissional de saúde, embora o seja na prática. “Eles não são ainda porque a lei trata dos agentes comunitários, mas essa é uma batalha dos indígenas no processo de formação”, afirma Irânia Marques, diretora do Departamento de Atenção à Saúde Indígena (Dasi), da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) do Ministério da Saúde (MS).

A formação também é diferente. Para receber certificação, o AIS passa por uma formação de seis módulos, que dura, em média, dois anos, pois é feita em serviço. O candidato vive ainda troca de experiência e saberes com os profissionais de saúde, ambos aprendendo e ensinando, mutua e constante-

mente. “Não temos pressa. Tem que fazer direito”, explica a diretora ao ressaltar que “formar um AIS é formar, também, uma equipe de saúde”.

Os módulos são ministrados conforme a necessidade local. Não há uma ordem pre-determinada de estudo, com exceção do módulo introdutório, que, para a diretora do Dasi, é semelhante ao do ACS. “Ele traz o ‘conhecendo a sua comunidade’, e o interessante desse módulo é que quem o administra é a equipe multidisciplinar, e não, necessariamente, o enfermeiro, o dentista, o médico. É nesse momento que eles fazem todo o mapeamento da comunidade, conhecendo o processo de saúde-doença. É o período mais informativo para a equipe, que passa a

conhecer mais aquele povo, aquela etnia com a qual vai trabalhar. É aí que se faz uma troca fenomenal, em que começa a se aproximar do AIS.”

Essa é outra diferença fundamental já que o AIS é membro da comunidade e foi indicado por ela para trabalhar com a saúde da aldeia. Na visão indígena, é a equipe de saúde quem tem que se comunicar e vincular com o agente indígena de saúde para que, então, consiga inserir-se na realidade da tribo. No entanto, embora o AIS seja indicado pela comunidade, ele deve passar por critérios de seleção, como saber ler e escrever (em português).

E a questão do vínculo é um diferencial, inclusive, para a fixação de profissionais. Irânia afirma que,

no dia em que houver mais médicos, enfermeiros e dentistas de etnias indígenas, haverá menos rotatividade profissional, assim como no caso dos AIS. “Assim como temos enfermeiro kaingang que trabalha no Rio Grande do Sul porque é kaingang do Rio Grande do Sul e dele não vai se desvincular, temos guarani-kaioá psicólogo do Mato Grosso do Sul que vai continuar lá porque é o povo dele, que ele conhece e ajuda.”

“...Não há ainda regulamentação da atividade do AIS, que não pode ser considerado um profissional de saúde, embora o seja na prática...”





“...Então, agora a gente vai ser visto como uma população que não vem só dar trabalho para o município, mas vem para ajudar o município a fortalecer o sistema de saúde...”

A língua é a cultura, é a forma de se relacionar com um povo, como diz Irânia. E é se relacionando com o seu povo e com o povo estranho – no caso, os profissionais de saúde, pertencentes a outra cultura – que o AIS se fortalece e se estabelece como peça fundamental nesse processo de promoção, prevenção e cuidado da saúde. Senão, quem traduzirá e explicará como funciona o exame papanicolau para as mulheres da aldeia, por exemplo? “Os AIS abrem as portas para que nós, não indígenas, possamos entrar nas comunidades”, enfatiza a diretora.

O trabalho integral com a saúde indígena não se dá, atualmente, apenas no âmbito da atenção básica.

Ele tem permitido a articulação política entre redes, como o lançamento da Rede Cegonha Indígena, que incentivará a puericultura e o atendimento pré-natal de várias mulheres, e o Brasil Sorridente Indígena, que leva mais saúde bucal a todas as tribos. “É o SUS olhando para a gente”, como diz Irânia parafraseando um depoimento indígena.

Aliás, depoimentos não faltam, e ela relembra outro, de um índio do Estado do Pará. “Quando a gente chega ao município, só é visto como a população que dá trabalho. O bom disso é que, agora, com o Brasil Sorridente Indígena, que vai potencializar as ações de saúde bucal daqueles municípios que tinham somente alta e média complexidade para atender os índios; naquele município que nunca teve um Centro de Especialidade Odontológica vai ter, mas vai ter por conta dos índios. Então, agora a gente vai ser visto como uma população que não vem só dar trabalho para o município, mas vem para ajudar o

município a fortalecer o sistema de saúde”.

A atuação com os indígenas não leva em conta apenas a língua e a cultura. A medicina ocidental levada pelas equipes de saúde deve trabalhar aliada à medicina tradicional deles, considerando os conhecimentos milenares e peculiaridades. O trabalho precisa estar em sintonia com essa realidade, de acordo com a ótica deles, o modo de ver a vida, pois algumas doenças são “doenças de índio” e não devem ser tratadas da maneira convencional, com a qual estão acostumados os não indígenas.

“É um mundo complexo, muito interessante, em que temos de ter a humildade de aprender com eles. Somos nós que nos adaptamos à forma de ser e aos costumes indígenas, e não eles que têm de se adaptar a nós. Temos que trabalhar a organização do subsistema indígena de saúde de forma que ele atenda e estabeleça os fluxos necessários para trabalhar tudo em harmonia”, ressalta Irânia Marques.

José Carlos dos Santos



José Carlos dos Santos saiu de Jaú, município de São Paulo, cheio de sonhos e, pelos caminhos da vida, o destino reservou-lhe apenas espaço em uma rua entre os milhares da maior metrópole brasileira. Perdeu contato com familiares e amigos e, enquanto morava no albergue Arsenal da Esperança, no Bairro da Mooca, novamente o destino abriu a porta de oportunidades – que José pensava que estivesse definitivamente fechada para ele. Era 2005 quando aconteceu o processo seletivo para agente comunitário de saúde (ACS) do Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto, situado no Itaim Bibi, zona oeste da capital paulista.

Admitido em junho de 2006, José Carlos trabalha, desde então, ajudando antigos colegas, pessoas que se encontram na mesma situação em que ele já esteve. Nesse mesmo ano, José Carlos dos Santos saiu da rua, alugou um quarto de pensão e, segundo ele, deu início a uma nova fase da vida. Voltou a ler livros, a ir ao cinema e a estudar. Em 2008, participou de um curso pré-universitário na Universidade de São Paulo (USP), uma parceria do Bom Parto e do Instituto de Psicologia da USP, e, em 2010, concluiu o curso de auxiliar de enfermagem.

Aliás, estudar, aparentemente, é o que ele mais gosta de fazer. Atualmente, aos 46 anos, frequenta o curso de técnico em enfermagem da Faculdade de Medicina da USP. “Hoje, estou do outro lado da linha que separa a miséria de algo melhor chamado oportunidade”, conta José Carlos dos Santos, e, nessa condição, o agente comunitário deu entrevista à Revista Brasileira Saúde da Família.

RBSF: Por que escolheu ser ACS? Em algum momento se arrependeu?

José Carlos: Quando escolhi essa profissão, não fazia ideia da importância, da dimensão e da responsabilidade de ser agente comunitário de saúde de rua. Até hoje, cada dia é um aprendizado diferente. Eu gosto de cuidar. Nunca sequer pensei em arrependimento, essa profissão é um prazer!

RBSF: Você considera a Estratégia Saúde da Família (ESF) importante?

José Carlos: Sim, porque, realmente, a ESF garante a inclusão e o acesso de todos ao SUS.

RBSF: Como é realizado o trabalho com as pessoas em situação de rua? Como funciona a questão do território?

José Carlos: É realizado como outro qualquer, com base em

respeito, responsabilidade e muito amor. Faço a abordagem do morador de rua procurando, primeiramente, vincular-me ao paciente por meio da minha apresentação, da minha história. Após esse primeiro contato, faço o registro dos dados. Nós trabalhamos com a mesma base da ESF tradicional, porém com uma particularidade que é exclusiva para a população de rua: realizamos um esquadramento de toda a co-

"... 'Hoje, estou do outro lado da linha que separa a miséria de algo melhor chamado oportunidade', conta José Carlos..."

algum tipo de capacitação para o enfrentamento do crack?

José Carlos: Infelizmente, sempre há muitos usuários de drogas em todas as regiões onde há concentração de pobreza e miséria. No dia a dia de trabalho, recebo toda a capacitação nesse sentido. Mensalmente, com toda a equipe, na própria entidade em que traba-

lho, temos reuniões de orientação com profissionais da rede, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e das coordenadorias. Isso facilita o nosso trabalho. No nosso território, fazemos um grande trabalho de orientação e divulgação de informações sobre drogas e ações de prevenção. Acreditamos muito na prevenção, e procuro junto à equipe dar mais atenção, es-

munidade próxima e entorno, encampando escolas, cursos profissionalizantes, creches e hospitais, até os limites desse conjunto de equipamentos sociais. Daí podemos desenhar o perímetro no qual vamos realizar as nossas atividades. Depois é que posso apresentar esse plano de trabalho junto aos técnicos de saúde da minha equipe. O fato é que a saúde da população de rua anda junto com a da população, são as mesmas necessidades.

RBSF: Quais as maiores dificuldades encontradas em se trabalhar com esse público?

José Carlos: O trabalho junto às pessoas com comprometimentos mentais que usam drogas ilícitas e álcool, porque, quanto maior o tempo de exposição que tem na rua, maior o grau de comprometimento, de agravamento da situação dessa pessoa, e mais difícil será efetivar o vínculo. Mas eu não desisto nunca! Vou uma, dez ou quantas vezes precisar até poder ajudá-la, de fato.

RBSF: No dia a dia, como lida com a situação do crack? Há muitos usuários na sua região? Você recebe



perando o momento certo de poder ajudar, encaminhando usuários para tratamento.

RBSF: Há resultados visíveis das ações dos ACS com as pessoas em situação de rua?

José Carlos: Sim. Depois da implantação do programa Agente na Rua (PAR), em outubro de 2004, houve diminuição dos óbitos por tuberculose e da

mortalidade infantil; as pessoas passaram a receber tratamento para diabetes e hipertensão; houve maior controle do HIV mediante ações realizadas pela equipe em que eu pude participar; atendimento prioritário às gestantes, garantindo o pré-natal até o final e acompanhamento do recém-nascido. Além disso, muitos beneficiários dos serviços e ações de saúde hoje

são ex-moradores de rua e estão incluídos socialmente, com trabalho, moradia e educação.

RBSF: Há muita resistência ao trabalho?

José Carlos: Há pouca resistência. Em sua maioria por parte dos homens, que apresentam leve resistência no início da abordagem, até porque, antes, não existia quem quisesse realmente ajudar, só quem pensasse em tirá-los da rua. No nosso caso não tiramos ninguém, apenas oferecemos melhores condições de saúde, serviços e, a partir daí, o próprio cidadão decide sair da rua. Temos, por exemplo, um paciente que pediu para o encaminharmos a algum local onde pudesse cuidar do problema com alcoolismo, reabilitar-se e voltar para a sociedade.

RBSF: Quais as vantagens, para as pessoas em situação de rua, em ter um ACS que vai até onde eles estão?

José Carlos: O vínculo, a amizade e o acesso garantido aos serviços do SUS. Somos o espelho deles. Muitos dizem “se você saiu dessa, eu também posso”, e a nossa experiência oferece bagagem suficiente para mostrar os dois lados da vida.

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

José Carlos: Antes de trabalhar na ESF, eu acreditava que estava no fundo do poço e que não havia mais saída alguma. Quando fui trabalhar como agente comunitário de saúde, encontrei pessoas em situação muito pior da que eu estive; colegas que já dividiram o mesmo espaço de dormir comigo,

quando estava em situação de rua. Isso me fez refletir e agradecer a Deus a oportunidade. Tudo isso fez com que eu conhecesse a minha comunidade e os recursos que nela existem. Hoje sou super-respeitado e tenho as portas abertas em qualquer lugar que passo. Voltei a estudar e, por tudo isso, escolhi a área da saúde como minha formação futura. Aprendi que somos todos iguais, só que em circunstâncias diferentes.

RBSF: É difícil ser ACS?

José Carlos: Não quando se gosta de estar com pessoas e quando não há preconceito em lidar com situações complicadas. Para mim é prazeroso, é uma das profissões mais dignas quando se quer, realmente, fazer o bem para o outro.

RBSF: Já trabalhou com outro público antes? Se sim, quais as maiores diferenças e dificuldades?

José Carlos: Já tive várias profissões anteriormente e todas eram ligadas diretamente a pessoas, mas posso dizer que esta é a melhor fase da minha

vida. Em tudo o que faço tenho amor, e assim fica mais fácil.

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

José Carlos: Acredito que quando existe acompanhamento e momento para você poder trocar as experiências ajuda muito. Para mim, o maior desafio é não entender algo e não ter com quem partilhar. Para os usuários, tem as filas de espera para consulta com médicos especialistas. A saúde vem tendo avanço muito importante, mas eu olho para São Paulo, uma metrópole, e vejo que as pessoas não têm boa qualidade de vida e acabam adoecendo mais. Com isso, a procura pelos serviços de saúde é maior e a rede não suporta, mas acredito que, quando há profissionais qualificados e bem preparados, as coisas acontecem, e buscam-se alternativas para fazer com que os encaminhamentos, para referência e contrarreferência, funcionem. Mas ainda há muito a fazer mesmo, sem dúvida.

“...Depois da implantação do programa Agente na Rua (PAR), em outubro de 2004, houve diminuição dos óbitos por tuberculose e da mortalidade infantil; as pessoas passaram a receber tratamento para diabetes e hipertensão; houve maior controle do HIV...”

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

José Carlos: Uma gestante que eu acompanhava. Quando a criança nasceu, era muito parecida comigo. Na enfermagem da maternidade, achavam que eu era o pai. Tentei explicar que não era, mas não acreditaram muito. Pensavam, possivelmente: como um agente que faz o acompanhamento vai ao hospital fazer a visita? As pessoas estão carentes e frias! Quem visita o bebê? Apenas o pai da criança? O agente não vai ver o fruto daquele trabalho que, de alguma forma, a ajudou a chegar bem ao mundo?

Eu gosto muito de crianças, por isso me dedico muito nos acompanhamentos às gestantes. Sempre que vou até lá dou muita atenção às crianças. Converso, brinco, é muito gostoso. Essa troca sempre traz lembranças da minha mãe e a minha vontade de ter novamente uma família, com esposa e filhos. Às vezes as crianças se apegam tanto a mim que pensam que eu sou o pai... Isso é engraçado, sinto-me ainda mais valorizado como ser humano. É sempre assim, um momento mágico, um acontecimento especial.

RBSF: Com a chegada do trabalho com a saúde, quais as principais mudanças que você percebe na comunidade?

José Carlos: Um exemplo típico não só meu, mas de todos os meus colegas de trabalho. No início, as pessoas não iam para a consulta e relatavam as dificuldades que encontravam

para receber atendimento digno. A partir do trabalho, passaram a frequentar mais a Unidade Básica de Saúde, são mais saudáveis e há mais alegria na comunidade.

RBSF: Exemplifique uma rotina fundamental para o exercício da sua profissão.

José Carlos: A reunião de equipe para discussão de casos, os quais, juntamente com as capacitações que acontecem, são fundamentais para aprimorar o trabalho e trazer maior conhecimento sobre as dificuldades e, principalmente, para que todos da equipe tenham entrosamento legal, com paciência, dedicação e muita alegria. Ainda mais no nosso caso, que somos colaboradores e temos papel fundamental na construção de um trabalho muito maior. Ou seja, tanto o paciente quanto os membros da equipe, todos somos fundamentais no processo de construção desses serviços e ações.

RBSF: O que você julga fundamental para o sucesso do trabalho com pessoas em situação de rua? E o que é preciso para melhorar a saúde dessa população?

José Carlos: Sinceridade, transparência e amor ao próximo são fundamentais. Trabalhar na saúde não pode ser resultado de um simples concurso público, tem que ser muito mais do que isso. Tem que ter afinidade, amor e compaixão com o outro. E as outras políticas públicas têm que trabalhar com a percepção e ligação com a área da saúde, vinculadas a melhorias em moradia, educação, trabalho etc.

RBSF: Na sua opinião, o que a comunidade atendida julga fundamental para a melhoria da saúde?

José Carlos: A atenção mais humanizada, com atendimento psicológico e social, e, em alguns casos, até psiquiátrico, porque são pessoas que tiveram inúmeras perdas. Muitas vezes, só a equipe de Saúde da Família não dá conta. A população de rua é muito frágil. Precisamos envolver todos os setores, pois, para trabalhar com a saúde, muitas vezes é necessário, em primeiro lugar, lidar com as questões sociais.

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

José Carlos: Eu parablenizo a todos esses meus irmãos, guerreiros de profissão, pois temos uma luta constante, todos os dias. E acredito que quando queremos o melhor para o outro esse sentimento resulta em coisas boas e mais produtivas. Com nossas ações podemos melhorar um pouco o nosso ambiente. Acredito muito no trabalho de equipe e na construção de um SUS completamente humanizado, sem discriminação ou preconceito.

"...Muitas vezes, só a equipe de Saúde da Família não dá conta. A população de rua é muito frágil. Precisamos envolver todos os setores..."

Tome Nota

Por: Fernando Ladeira / Fotos: Lysiane Medeiros

“MAIS UMA DOSE... É CLARO QUE EU TÔ AFIM”

O trecho da música “Por que a gente é assim”, celebrizada na voz de Cazuza, exemplifica a aceitação social de uso da bebida alcoólica na sociedade brasileira, que segue os acordes e o embalo cantando junto à canção. Como na música, poesia, TV e cinema e em outras manifestações da cultura e hábitos nacionais, o incentivo ao consumo da bebida embute a resistência existente para a conscientização de que o álcool é um gerador de problemas físicos e sociais e pode levar à dependência

Qualquer garrafa ou latinha com bebida alcoólica à venda em supermercados, postos de gasolina, bares, padarias ou em caixas de isopor de ambulantes evidencia um fator que não está exposto na composição dos rótulos nem no teor de álcool a ser ingerido: a aceitação social. Segundo levantamentos da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) sobre os padrões de consumo do álcool, em 2007, 48% da população brasileira não bebe, mas a maioria, 52%, sim. Desses, 88% bebem de forma esporádica – “socialmente”, como é dito –, 3% fazem uso nocivo e 9% tornaram-se dependentes. Os dependentes, em 2001, eram 16%, na média.

“Ainda remamos contra a maré, pois a indústria de bebidas faz um lobby fortíssimo, com presença marcante na mídia sobre os jovens, associando lazer e sucesso com bebida, e o profissional de saúde que busca abordar o tema torna-se o chato, aquele que vai tirar o prazer”, afirma a biomédica Maria Lúcia Oliveira Formigoni, coordenadora-geral da Unidade de Dependência e Abuso de Drogas (Uded) do Departamento de Psicobiologia da Unifesp. E as informações quanto ao uso do álcool, segundo ela, devem chegar aos profissionais de saúde e ao público em geral, porque o interesse da indústria de bebidas e mídia é de publicar resultados positivos, mas “procurando, há resultados não tão positivos assim”, afirma.

De acordo com pesquisa do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) feita em 2004 junto a estudantes do 1º e 2º grau de dez capitais brasileiras, aproximadamente 65% consumiram bebidas alcoólicas pelo menos uma vez na vida; desses, 50% começaram o uso entre os 10 e 12 anos de idade. De acordo com Maria Lúcia Formigoni, quanto mais cedo começa o consumo, mais facilmente



“...um lobby fortíssimo, com presença marcante na mídia sobre os jovens, associando lazer e sucesso com bebida, e o profissional de saúde que busca abordar o tema torna-se o chato, aquele que vai tirar o prazer...”

o adolescente tem chances de tornar-se dependente de álcool. “Bebem para lidar com as situações que não conseguem quando sóbrios, tais como aproximar-se para namorar ou estar deprimido e querer se sentir alegre. E a tendência à dependência é maior quando a situação que leva a beber não está solucionada”, esclarece a biomédica.

As oportunidades para beber são diversas. Maria Lúcia cita eventos sociocomerciais como o “Open bar” e o “Open food”, em que as pessoas se encontram para prestigiar o lançamento de um produto no mercado ou em que um estabelecimento quer atrair mais clientes e promove essas “bocas livres”, gratuitas, de bebida e comida. “O que se observa é que bebem e comem além do que o fariam, normalmente, se estivessem pagando, e já se registraram vários casos de jovens que chegaram a coma alcoólico devido ao excesso, e pagam com a saúde. Como mudar isso?”, questiona.

Levantamentos sobre o consumo de álcool

De acordo com o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado pela Unifesp em parceria com a Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), os 9% que se declararam dependentes bebem, diariamente, acima de cinco doses de bebida. Os 3% que fazem uso nocivo ingerem acima de cinco doses de um a

quatro dias na semana. Os 88% que ficaram bebem uma vez ou mais por semana até, em média, o limite de cinco doses.

Recentemente, foram apresentados os dados do Vigitel 2010, pesquisa telefônica anual realizada pelo Ministério da Saúde desde 2006 com pessoas maiores de 18 anos, em todas as capitais do País. Em relação ao consumo abusivo de álcool, que adota o mesmo conceito acima referido, 18% da amostra referiu beber mais de quatro doses de bebida alcoólica nos últimos 30 dias. Um dado importante é o de que na faixa de 25 a 34 anos esse percentual chegou a 23%.

A faixa de cinco doses, para os homens, e quatro doses, para as mulheres, é o limite estabelecido para a entrada no uso nocivo. Os dados brasileiros nos permitem dizer que os homens bebem mais que as mulheres e em diferentes proporções. No entanto, progressivamente, elas aumentam a participação como consumidoras de bebidas e, conseqüentemente, o risco de desenvolver dependência de álcool.

A dependência se caracteriza, segundo a versão atual da Classificação Internacional de Doenças (CID), por uma série de situações, como a dificuldade de controlar o consumo, o uso persistente apesar das conseqüências nefastas, a priorização dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, o aumento da tolerância pela droga e, por vezes, o estado de abstinência física.

ÁLCOOL NO SANGUE		
Álcool no sangue (gramas/litro)	Estados	Sintomas
0,1 a 0,3	Sobriedade	Nenhuma influência aparente.
0,3 a 0,9	Euforia	Perda de eficiência, diminuição da atenção, julgamento e controle.
0,9 a 1,8	Excitação	Instabilidade das emoções, descoordenação muscular, menor inibição, perda do julgamento crítico.
1,8 a 2,7	Confusão	Vertigens, desequilíbrio, dificuldade na fala e distúrbios da sensação.
2,7 a 4,0	Estupor	Apatia e inércia geral, vômitos, incontinência urinária e fezes.
4,0 a 5,0	Coma	Inconsciência, anestesia, morte.
Acima de 5,0	Morte	Parada respiratória.

Fonte: Wikipédia

Observações: Em média, 45 gramas de etanol (120 ml de aguardente), com estômago vazio, fazem o sangue ter concentração de 0,6 a 1 grama por litro; após refeição, a concentração é de 0,3 a 0,5 grama por litro. Conteúdo igual de etanol, sob a forma de cerveja (1,2 litro), resulta 0,4 a 0,5 grama de etanol por litro de sangue, com estômago vazio, e 0,2 a 0,3 grama por litro, após refeição mista.

Os jovens, entre 18 a 35 anos, estão entre os bebedores frequentes e são os maiores praticantes do “binge drinking”, que é a prática de uso pesado e episódico, em que o limite para o uso nocivo é facilmente superado em menos de duas horas e pode se estender a mais de um dia, com prejuízos ao organismo. No entanto, a biomédica Maria Lúcia ressalva que tem se observado um pico de uso nos adultos com idades entre 40 e 50 anos, “possivelmente para lidar com o estresse, prazos a cumprir, o álcool é utilizado como solução ou única opção, sem a busca de alternativas saudáveis”.

Quem ganha com a situação não é a saúde dos consumidores, mas o segmento de produção e comércio de bebidas, que, conforme o Produto Interno Bruto (PIB) de 2008, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), faturou R\$ 35,6 bilhões. Comparado esse valor ao PIB dos Estados brasileiros, de 2007, o segmento de bebidas alcoólicas ocuparia a 16ª colocação, atrás do Amazonas, cuja soma de riquezas foi de R\$ 42 bilhões, e à frente do Maranhão, que teve por total R\$ 31,6 bilhões.

Do PIB etílico, cervejas, maltes e chopes representam 81,4% (R\$ 29,04 bilhões) e os vinhos 4,9% (R\$ 1,75 bilhão), cabendo às aguardentes e destilados o restante da partilha. A informação é coerente com a do I Levantamento, uma vez que 61% do total de homens e mulheres, independentemente de idade e posição socioeconômica, manifestou essa preferência pela cerveja, seguida por 25% para o vinho e depois pelas bebidas “ice” e destiladas. Foram entrevistadas 3.007 pessoas com mais de 14 anos de idade e foi identificado que há maioria percentual de abstêmios nas classes D e E e os maiores consumidores estão nas classes A, B e C, especialmente das Regiões Sul e Sudeste do País.

Até aí, os dados poderiam retratar o vigor de um segmento industrial ou ser referências para retratar o crescimento do poder aquisitivo das classes sociais se não houvesse a interferência em outros fatores da vida dos indivíduos e do País. Com base neles, retrata-se que 60% das 57.116 mortes registradas em acidentes de trânsito no ano de 2008, pelos Seguros DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via

TEOR ALCÓOLICO POR BEBIDA

Bebida	Grau alcoólico
White	43° - 55°
Vodca	40° - 50°
Bourbon	40
Aguardente	40
Conhaque	40° - 45°
Rum	35
Uísque	35
Campari	38,5
Vermute italiano	18
Vinho do Porto	15
Xerez	15
Vinho Madeira	14
Caipirinha	20
Champanha seco	11
Champanha doce	11
Vinho branco	10
Vinho tinto	12
Cerveja	3° - 5°
Cerveja preta	2,5
Martini	16
Cachaças	38° - 54°
Cachaça artesanal	49
Black Label	40
Absinto Hapsburg	69 ~ 90
Zammù	60
Sidra	4° - 8°
Ice	5,5
Gin	40 ~ 48

Fonte: Wikipédia

Terrestre – e apoiados pelo banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), têm a presença e envolvimento das bebidas alcoólicas. Em 2008, esse número foi menor do que o de 2007 (66.836 mortes) devido à implantação da Lei Seca (nº 11.705) no trânsito, medida em favor da vida que reduziu a zero o nível etílico a ser constatado no sangue de motoristas, com o acréscimo de multa de quase R\$ 1 mil e a apreensão da carteira de habilitação pelo período de um ano.

Proporcional foi o número de mortos do sexo masculino nesses acidentes de trânsito, uma vez que, em 2007, 82% dos óbitos eram de homens, 15 a 59 anos, com os maiores índices registrados nas faixas de 20 a 29 anos. As mulheres, entre 2000 e 2007, foram reduzindo a participação e passaram de 19,2% para 17,9%. O álcool está presente, ainda, em

64% dos afogamentos, 47% das estatísticas de acidentes do trabalho, 42% dos casos de vítimas de agressão e 36% dos de suicídio.

“As pessoas precisam avaliar que lugar a bebida alcoólica ocupa em suas vidas, uma vez que ao decidirem por sua ingestão passam a viver situações de riscos como essas de violência no trânsito ou doméstica, podem precipitar problemas de saúde como gastrite, cirrose hepática, cânceres ou miocardiopatias ou, ainda, promover a interrupção de vínculos com a família, rede de amigos e no trabalho”, enfatiza o psiquiatra Roberto Tykanori Kinoshita, coordenador de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (MS).

Reconhecimento e responsabilidade

A partir de 2001, após a instituição da reforma psiquiátrica com base na Lei no 10.216, abriram-se as portas para as mudanças no tratamento de transtornos mentais, entre os quais estão incluídos o uso e a dependência de álcool e drogas. Em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, um marco para a saúde pública ao responsabilizar o setor saúde sobre esse tema e reconhecer que havia uma lacuna importante a ser preenchida.

O novo paradigma instituído para a prevenção e tratamento de transtornos causados pelas substâncias psicoativas é o de redução de danos, que busca minimizar e prevenir os comportamentos de alto risco e as consequências adversas do consumo, sem que a abstinência seja a meta principal. Exemplo para a estratégia anterior era a campanha “Diga não às drogas”, enquanto que, para a atual, que se adapta a outras circunstâncias da vida, é o da campanha de trânsito “Se dirigir não beba, se beber não dirija”. Não estabelece, portanto, a proibição, mas buscar educar e obter a adesão da população, tornando-a responsável por suas ações e consequências.

Nesse mesmo ano, foi criado pelo ex-presidente Lula um Grupo de Trabalho Interministerial para elaborar diretrizes e recomendações para a construção de uma política para o álcool. Houve a contribuição de vários setores do governo e da sociedade (profissionais de saúde, usuários, gestores, acadêmicos, representantes da indústria e da propaganda), e o resultado foi um documento reduzido a 53 recomendações para diversas áreas (prevenção, promoção da saúde, tratamento e legislação) que estão envolvidas na resposta ao grave problema do consumo de álcool.

Em 2005, o Brasil sediou, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a I Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas sobre Álcool, reunindo 26 países das Américas e Caribe, que resultou na Declaração de Brasília. O documento traz, entre outras, as recomendações da adoção prioritária da política de redução de danos, de estabelecimento de rede regional com cooperação da Opas, para a implantação da estratégia junto às populações em geral e, em especial, às mais vulneráveis ou em situações de risco.

Dois anos depois, em 2007, e com base nos resultados do Grupo de Trabalho, entrou em vigor o Decreto nº 6.117, que instituiu a Política Nacional sobre o Álcool, cuja

“...Comparado esse valor ao PIB dos Estados brasileiros, de 2007, o segmento de bebidas alcoólicas ocuparia a 16ª colocação, atrás do Amazonas, cuja soma de riquezas foi de R\$ 42 bilhões, e à frente do Maranhão...”

articulação e implantação ficaram a cargo da Secretaria Nacional Antidrogas. Entre as diretrizes da política, estão o conceito de redução de danos, promoção da interação governo-sociedade em todos os segmentos, ações e gestão descentralizadas e estímulo ao controle social, ampliação e fortalecimento das redes locais de atenção no âmbito do SUS, e promoção e facilitação de acesso para esportes e cursos, alternativas de vida à população para evitar o consumo de álcool.

Em 2008, por iniciativa do governo federal, entrou em vigor medida provisória que restringiu a venda de bebidas alcoólicas em bares e restaurantes localizados em estradas federais. O Congresso Nacional incluiu na MP outras ações, como a alteração do Código de Trânsito Brasileiro no que diz respeito

ao beber e dirigir. Sancionada pelo ex-presidente Lula, a Lei Seca entrou em vigor com resultados bastante visíveis.

Para o desenvolvimento da rede de atendimento à área de saúde mental, a partir da Lei nº 10.216, foram instituídos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por meio de portaria em 2002, distribuídos conforme a densidade populacional dos municípios (a partir de 20 mil habitantes). Entre eles o CAPS AD II, específico para o atendimento ambulatorial diário, exceto fins de semana, a usuários de álcool e outras drogas, em municípios com população superior a 70 mil habitantes.

De 2002, ano em que foram estipulados os valores para implantação e manutenção dos CAPS, até o final de 2010, já estavam em funcionamento no País 1.620 estabelecimentos, dos quais 258 CAPS AD II. Entre as características está a atuação da atenção primária, principal responsável pelo atendimento a usuários e dependentes nos municípios abaixo de 20 mil habitantes, para os quais não há previsão de instalação de CAPS, e todos com funcionamento a partir da premissa de redução de danos. Em municípios com até 200 mil habitantes, os hospitais gerais farão parte da rede de atendimento e, nos acima de 200 mil, poderá haver hospitais de referência para usuários de drogas e álcool com limite de 30 leitos.

É na atenção primária e, portanto, nas equipes de Saúde da Família (eSF), onde é iniciado o trabalho para identificação de usuários de álcool e drogas e busca de re-

solutividade para os casos em fases inicial e intermediária de dependência. A partir de 2008, as eSF passaram a contar com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipes multiprofissionais, criadas pela Portaria nº 154/GM, que até 2010 chegaram a 1.320 em todo o País, 97,5% das quais com a presença de profissionais de saúde mental.

De acordo com Roberto Tykanori Kinoshita, o Ministério da Saúde tem promovido a estruturação da rede, com diretrizes e financiamento. "A saúde pública assumiu a responsabilidade para esse problema que atinge a sociedade e isso fez toda a diferença, pois houve resposta em todo o País com a ampliação do acesso, cujo crescimento tem sido expressivo", afirmou o coordenador de Saúde Mental.

Acolhimento e desestigmatização

"A senhora ou alguém de sua família, aqui na casa, consome bebida alcoólica?" Essa é uma pergunta não tão agradável de ser feita a uma pessoa, mas é uma forma de abordagem direta sugerida aos agentes comunitários de saúde e profissionais de saúde das eSF, com o objetivo de não deixar que o uso nocivo ou a dependência do álcool as surpreendam, repentinamente.

Ronaldo Zonta, médico de Família e Comunidade no Centro de Saúde Saco Grande, situado na periferia de Florianópolis, afirma que a procura por tratamento para o uso de álcool, por demanda espontânea, é pequena e é feita, inicialmente, por um dos familiares ou pelo ACS da equipe. "A segunda visita é que acontecerá por vontade do próprio usuário, ao se sentir acolhido, até porque o serviço de saúde era muito moralista, e agora buscamos desestigmatizar o usuário, não o acolhermos a partir de caricaturas, de jargões", afirma Zonta.

Segundo a coordenadora do Uded/Unifesp, Maria Lúcia Formigoni, desde 2006, a entidade é parceira da Senad na qualificação do cuidado dos profissionais da área da saúde e também da assistência social para a detecção e o cuidado para o uso de álcool e drogas. O meio utilizado é o Supera – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas – curso a distância que também prepara profissionais de saúde para



"...progressivamente, elas aumentam a participação como consumidoras de bebidas e, consequentemente, o risco de desenvolver dependência de álcool..."

a realização de intervenções breves, entrevistas que permitem detectar o uso e estágio de uso, para a reinserção social e acompanhamento da pessoa que busca ajuda.

O Supera prepara os interessados por meio de seis módulos, que abordam: o uso de substâncias psicoativas no Brasil (epidemiologia, leis, políticas públicas e fatores culturais), os efeitos delas no organismo, a detecção do uso abusivo e diagnóstico de dependência, a intervenção breve para casos de uso de risco, o encaminhamento de dependentes, as redes comunitárias e de saúde no atendimento a usuários e dependentes.

Na terceira edição do Supera, em 2009, inscreveram-se para o curso 4.977, dos quais 3.510 vinculados à Atenção Primária à Saúde, além de 219, especificamente, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que representaram (APS + NASF) 74,9% do total. Em 2010, o Supera disponibilizou 5 mil vagas aos interessados.

“Treinamos para a intervenção breve (IB), uma entrevista de 30 a 45 minutos que ajuda o usuário a refletir e permite que se observem quais os desencadeantes do ato de beber. Depois, relacionamos o uso com os problemas de saúde que o paciente tenha e

motivamos a mudança, o desafiamos a tentar, demonstrando confiança em que possa conseguir atingir o objetivo a que se propõe”, enfatiza Maria Lúcia. Na fase inicial de uso, a IB obtém sucesso de até 72% na redução de consumo.

Já na equipe de Ronaldo Zonta, é utilizada a entrevista motivacional, método diferente baseado na classificação de estágios de uso, com base na redução de danos, acolhimento do usuário e com acesso diferenciado. “Eles e elas não se encaixam nos horários fixos do centro de saúde, então qualquer um dos membros da equipe faz o atendimento e encaminhamento independentemente da hora em que cheguem, até que adquiram confiança em nós”, diz o médico. Zonta (foto) ressalta que a intenção é de promover a autonomia do cidadão.

O uso de métodos diferentes para o atendimento de usuários de álcool e drogas pela Atenção Primária à Saúde é comum em todo o País, e a formação dos agentes comunitários de saúde e das eSF é apoiada pelo Ministério da Saúde, por meio de projetos de universidades e das secretarias estaduais e municipais da saúde que abordam essa questão.



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.



SAÚDE NÃO TEM PREÇO

REMÉDIOS DE GRAÇA PARA HIPERTENSÃO E DIABETES



SÃO DIAS AINDA MELHORES PARA SEUS PACIENTES

Agora, medicamentos para hipertensão e diabetes são gratuitos na rede Aqui Tem Farmácia Popular.

E para que seus pacientes tenham acesso a este benefício, basta apresentar o CPF, um documento com foto e a receita médica válida da rede pública ou particular de saúde.

Conheça o elenco de medicamentos disponíveis nas farmácias da rede e, se possível, prescreva-os.

Hipertensão: Captopril 25 mg, comprimido • Maleato de Enalapril 10 mg, comprimido • Cloridrato de Propranolol 40 mg, comprimido • Atenolol 25 mg, comprimido • Hidroclorotiazida 25 mg, comprimido • Losartana Potássica 50 mg, comprimido.

Diabetes: Glibenclamida 5 mg, comprimido • Cloridrato de Metformina 500 mg, comprimido • Cloridrato de Metformina 500 mg, comprimido de ação prolongada • Cloridrato de Metformina 850 mg, comprimido • Insulina Humana NPH 100 UI/ml – suspensão injetável, frasco-ampola 10 ml • Insulina Humana NPH 100 UI/ml – suspensão injetável, frasco-ampola 5 ml • Insulina Humana NPH 100 UI/ml – suspensão injetável, refil 3 ml (carpule) • Insulina Humana NPH 100 UI/ml – suspensão injetável, refil 1,5 ml (carpule) • Insulina Humana Regular 100 UI/ml – solução injetável, frasco-ampola 10 ml • Insulina Humana Regular 100 UI/ml – solução injetável, frasco-ampola 5 ml • Insulina Humana Regular 100 UI/ml – solução injetável, refil 3 ml (carpules) • Insulina Humana Regular 100 UI/ml – solução injetável, refil 1,5 ml (carpules).



SAÚDE NÃO TEM PREÇO

Para mais informações, acesse
www.saude.naotempreco.com



Ministério da
Saúde

