



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE • QUALIDADE DE VIDA

IEML e Prefeitura de Sobral organizam seminário sobre Saúde Ambiental

O Instituto de Estudos Monteiro Lobato (IEML), de Taubaté (SP), e a Prefeitura Municipal de Sobral, no Ceará, começaram a organização do IV Seminário Interestadual de Atenção Primária à Saúde, que tratará do tema "Saúde Ambiental". O evento vai acontecer em três dias entre o final do mês de novembro e início de dezembro de 2001, no Hotel Ytacaranha, em Sobral (CE).

Com mais este seminário, o IEML e a Prefeitura de Sobral esperam contribuir para a construção de uma agenda que fortaleça as ações de Promoção da Saúde na Atenção Pri-

mária, sensibilizando os profissionais envolvidos na atenção primária da importância das questões ligadas à Saúde Ambiental. Para isso, o evento vai colaborar no desenvolvimento de materiais e métodos que possibilitem uma maior efetividade das intervenções em Saúde Ambiental.

O público alvo do IV Seminário são os agentes comunitários de saúde, os médicos, enfermeiros e demais profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) e os gestores dos Sistemas de Saúde.

A realização do IV Seminário conta com o apoio das entidades: Orga-

nização Panamericana de Saúde (Opas), Ministério da Saúde, Faculdade de Saúde Pública (USP), Fio-cruz, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Centec e Escola de Saúde Pública do Ceará.

Nos dias 4 e 5 de maio, Elizete Antelmi Fabbri (IEML), Tomaz Martins (coordenador da Ação Social) e Luiz Odorico Monteiro de Andrade (secretário de Saúde de Sobral), reuniram-se na cidade cearense para iniciar a preparação do evento, que terá metodologia diferente dos seminários anteriores. Mais detalhes na página 16 deste boletim.

Rio de Janeiro amplia rede de atenção básica

O Estado do Rio de Janeiro, nos últimos dois anos, tem ampliado substancialmente a sua rede de atenção primária em saúde. Hoje, o Programa Saúde da Família (PSF) cobre 10% da população do Estado.

A reportagem do Saúde Comunitária esteve no Rio de Janeiro, na Secretaria de Estado da Saúde, e fez uma entrevista com a supervisora e coordenadora técnica do PSF, Elaci Barreto.

Segundo ela, o maior desafio do Estado é ampliar a rede de atenção básica mantendo a qualidade do atendimento, que, na opinião da supervisora, "ainda tem dificuldades".

Barreto cita o exemplo do município de Macaé (RJ) como um dos exemplos de como o PSF está dan-

do certo no Rio. Macaé está localizado na região Norte-fluminense do Estado do Rio de Janeiro, no limite da região dos Lagos, com densidade populacional de aproximadamente 9,8 habitantes por km². A cidade fica 186 km distante da capital, e implantou o Programa Saúde da Família (PSF) em 1998. De lá para cá, a estratégia conseguiu cobrir 32% da população do município.

Cobertura

Macaé conta hoje com 12 módulos do PSF, com 12 médicos, 12 enfermeiros, 14 técnicos/auxiliares de enfermagem e 67 agentes comunitários de saúde. O PSF cobre atualmente 9.973 famílias, o que representa 32% da população de Macaé.

"É uma cidade onde os responsáveis pelo programa conseguiram encontrar maneiras criativas e inovadoras para desenvolver o PSF", afirma Barreto, que também cita a cidade de Paraíba do Sul como exemplo. Lá, o PSF está utilizando a cromoterapia no tratamento dos cidadãos.

A proposta de assumir a estratégia do Programa Saúde da Família fez com que o Estado do Rio de Janeiro assumisse o enfrentamento da crise no setor, que evidencia-se pela falência do sistema curativo. "Está na hora de rompermos com o sistema antigo, tradicional, que vê as pessoas por partes e não como um todo", justifica Barreto. A partir da página 4, você pode ler a entrevista completa com a supervisora.

Editorial

Este número 22 do boletim **Saúde Comunitária** traz algumas novidades.

Em primeiro lugar, vamos contar até o final deste ano com uma importante colaboração da União dos Vereadores do Estado de São Paulo (Uvesp), que vai se responsabilizar pelos gastos de publicação de quatro números do boletim, incluindo este 22. Em troca deste apoio, reservaremos para a Uvesp três páginas de divulgação de seus trabalhos no campo da saúde comunitária principalmente. Com isso, pretendemos aumentar o número de páginas para 16, afim de divulgar cada vez mais informações; e, segundo, o fato de que estamos recebendo cada vez mais contribuições de várias fontes, fato que já estava nos pressi-

onando no sentido de aumentar o número de páginas do boletim. Tudo isto nos enche de satisfação e ajuda-nos a consolidar o boletim e pensarmos em nos aprimorarmos cada vez mais.

Em segundo lugar, gostaríamos de afirmar que neste número estamos publicando algumas reportagens e materiais de grande interesse para nossos leitores. A experiência do Rio de Janeiro, por exemplo, está relatada com uma grande entrevista com a supervisão do PSF, graças à boa vontade que encontramos por parte dos coordenadores do PSF estadual. Diga-se de passagem que a Secretaria de Saúde do Estado do Rio, que assina 1.250 exemplares do boletim **Saúde Comunitária**, está muito

Rubens de Mattos Pereira

satisfeita com o mesmo, e possivelmente renovará sua assinatura, aumentando inclusive o número de exemplares. É bem provável que a Secretaria de Saúde de São paulo também faça uma assinatura volumosa, para distribuir entre os municípios de São Paulo que estão envolvidos com o PSF.

Em síntese, estamos vivendo um momento promissor e de relativo otimismo com relação ao nosso boletim. Nossos problemas financeiros para o ano 2001 estão resolvidos e já estamos tratando de equacionar no futuro para os próximos anos, de maneira a melhorar cada vez mais a qualidade do boletim.

EXPEDIENTE

INSTITUTO DE ESTUDOS MONTEIRO LOBATO

CxP. 337, Taubaté (SP) - CEP 12010-970
Tel/Fax (12) 233-5317
iemitau@infocad.com.br

SAÚDE COMUNITÁRIA é um veículo de divulgação de idéias e informações sobre saúde comunitária (ações de promoção, de educação e preventivas), direcionado para agentes comunitários de saúde, líderes de comunidades e outros profissionais que atuam junto às comunidades locais. Destina-se também a divulgar idéias com relação à qualidade de vida para empresas e instituições públicas e privadas.

Produção: IEMIL. **Diretor:** Rubens Mattos Pereira.

Jornalista: Alexandre Alves, MTb 25.602.

Comitê Editorial: Douglas Andrade (*Agita São Paulo*), Flávio Próspero (*Logos Pró Saúde*), Jorge Galperin (*Univ. Buenos Aires*), Nelson Arns Neumann (*Past. Criança*), Sandra Cristina Lemes (*Alternativa*).

Diretoria do IEMIL: Prof. Celso Ferrari (presidente), Engº Dan Guinsburg (vice) e Eduardo Parodi Pereira (diretor adm.).

Instituições de apoio: • Alternativa, Formação e Informação - Itu/SP • Comunidade Solidária - Brasília/DF • Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) - DF • Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais (Pólis) - SP • Instituto de Estudos Monteiro Lobato - Taubaté/SP • Logos Pró-Saúde S.A. - SP • Pastoral da Criança - Curitiba/PR.

Contatos no exterior: Dr. Jorge Galperin - Cabello 3901, piso 1 - 1426 - Buenos Aires (Argentina) - Tel/Fax (00541) 801-4048.

PUBLICAÇÃO

União dos Vereadores do Estado de São Paulo (Uvesp)

II Seminário sobre Educação e Saúde no contexto da Promoção da Saúde

De 6 a 9 de agosto de 2001, vai acontecer na Universidade de Brasília (UnB) o "II Seminário sobre Educação e Saúde no contexto da Promoção da Saúde: seus sujeitos, espaços e abordagens". O evento é uma atividade do XII Curso de Especialização em Saúde Coletiva - Educação em Saúde, ministrado pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde/UnB.

Na oportunidade, também ocorrerá o "II Encontro Nacional de Educação Popular e Saúde", cuja proposta é encaminhada pela Rede de Educação Popular e Saúde.

Este seminário/encontro será uma oportunidade importante para a análise e encaminhamento de propostas relativas às práticas educativas em saúde, diante da crise da atenção à saúde no Brasil, que se articula com a crescente degradação e/ou retrocesso da situação da saúde da população. Estas práticas serão enfocadas tanto na perspectiva da saúde da família e da promoção da saúde como na perspectiva da educação popular em saúde.

No campo institucional da saúde (rede de serviços e aparelho formador do trabalhador), as questões relativas à

"educação e saúde" assumem novo fôlego à luz do paradigma da promoção da saúde e do modelo de atenção à saúde da família. Quanto ao movimento educação popular e saúde, de cunho progressista, o que se observa é uma rica experiência que, ao longo de mais de quatro décadas, assume distintas matizes projetadas em todo o território nacional.

Para participar do seminário, é preciso enviar a ficha de inscrição pelo fax (61) 274-7022. O valor da inscrição é: de 20 de maio a 30 de junho: trabalhadores em geral: R\$ 50,00, estudantes: R\$ 25,00; a partir de 30 de junho: trabalhadores em geral: R\$ 70,00, estudantes: R\$ 35,00.

A ficha de inscrição deve constar os dados: nome, RG, CPF, formação, profissão, endereço (bairro, cidade, estado e CEP) telefone, e-mail. Quanto à instituição que trabalha, enviar: nome da instituição e endereço completo.

As vagas do evento são limitadas. Qualquer dúvida, entre em contato com a responsável Eugênia Lacerda, pelo e-mail: eugenia.lacerda@saude.gov.br.

Para quem quer inscrever trabalhos, entre em contato com a responsável, Sônia Rocha (sonia.rocha@saude.gov.br).

"PSF é a verdadeira revolução da saúde"

Rosa Maria Barros dos Santos (*)

O que faz o modelo de assistência à saúde tradicional? Devemos responder primeiro a esta pergunta, para entendermos o alcance da proposta de mudança que está sendo operacionalizado pelo Projeto Qualis, na cidade de São Paulo, desde abril de 1996.

O Qualis conta hoje com 48 unidades, 178 equipes de saúde, 889 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), três ambulatorios de especialidades (o quarto será entregue em junho de 2001), uma Casa de Parto na zona leste, dois Centros de Reabilitação Comunitária com fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos.

Para viabilizar salários diferenciados e uma gerência mais ágil e moderna, a Secretaria de Estado da Saúde firmou convênios com quatro organizações sociais: Casa de Saúde Santa Marcelina, Fundação Zerbini, Universidade de Santo Amaro e Associação da Congregação Santa Catarina. Essas entidades contratam funcionários, compram insumos, reformam e ou constroem imóveis, oferecem retaguarda hospitalar e labo-

ratorial, efetivando a hierarquização e regionalização de serviços.

Iniciamos a implantação do Qualis na zona leste, periferia da periferia, enfrentando o descrédito da população e dos profissionais em geral. Alguns líderes nos diziam tratar-se de um "PAS piorado" ou de alguma manobra para tornar a assistência à saúde mais barata: medicina pobre para pobre.

A visão "médico-cêntrica", "hospitocêntrica", voltada para o doente e a doença, com altos custos, que nem sempre se traduzem em benefícios coletivos, foi substituída por ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, detecção precoce das principais patologias, tratamento e reabilitação.

Não tratamos apenas doenças, embora seja fundamental e indispensável a organização da assistência para a cura. Mas interessa-nos sobretudo atuar na promoção da saúde e na prevenção das doenças, evitando sofrimentos, em vez de apenas remediá-los.

Os agentes comunitários de saúde desenvolvem caminhadas com grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, deprimidos; organizam passeios, viagens, fei-

ras, coral da 3ª Idade, danças, mobilização pela paz; pela geração de renda; além de realizarem visitas mensais a todas as famílias, trazendo os problemas para discussão com as equipes de saúde das unidades.

Alguns resultados são animadores: 65% dos recém-nascidos tem aleitamento materno exclusivo, contra 30% do restante do município; 75% das gestantes captadas no primeiro trimestre de gestação e média de dez consultas no pré-natal; resolatividade de 95% dos problemas dos usuários, evitando-se encaminhamentos a especialistas e a hospitais; participação da comunidade na escolha das prioridades e na construção do diagnóstico epidemiológico da região; 90% de cobertura vacinal em menores de 1 ano, contra 45% no restante do município de São Paulo, dentre outros pontos positivos.

Acreditamos que a reorganização da atenção básica através do Programa de Saúde da Família é a verdadeira revolução da saúde, sonho de muitas e muitas gerações.

(*) Médica sanitária, coordenadora geral do Projeto Qualis em São Paulo

"PSF: parte diferente de um todo único"

Gilson Carvalho (*)

O modelo de atenção à saúde é uma questão de concepção múltipla. A espinha dorsal é única, através dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Já a formatação deste modelo tem que se adequar ao tempo e lugar. Somos contra qualquer idéia de pensamento e ações hegemônicas para todo Brasil.

O Programa Saúde da Família e do Agente Comunitário de Saúde, hoje eufemística e pomposamente (depois de inúmeras horas de debate, discussão e produção científica) são denominados Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Tudo virou estratégico, tão verdade como a vida e a morte o são. Existem intelectualóides da saúde que são terríveis. Inventam nomenclaturas, contra-nomenclaturas e siglas. Quando povo, prefeitos e vereadores (e outras autoridades que não são da área) estão

começando a entender algumas delas, imediatamente, para atender a determinadas pressões e continuar no domínio único dos obscurantistas, mudam gloriamente os nomes e as siglas.

Neste programa/estratégia Saúde da Família tem-se ainda que aperfeiçoar, introduzir melhoras, valorizar o muito certo e corrigir o pouco errado e as distorções. O que mais se deseja é a unicidade da proposta em seu cerne e a diversidade de sua roupagem em cada local em que se instale.

Esperamos que São Paulo, capital e Estado, fuja das controvérsias quanto à implantação do PSF e resolva alguns dos nós críticos existentes: a) Cada proposta tem que se adequar ao tempo e lugar, não podendo seguir padrão único nacional; b) O perfil e formação dos profissionais têm que atender às disponibilidades desses no mercado e às condições de aceitabilidade social deste trabalho; c) O sistema de contratação tem que atender aos direitos presentes e futuros

destes trabalhadores evitando-se, a todo custo, soluções mágicas de contrato de trabalho que criam um problema gigantesco, tanto para as administrações futuras (que pode até ser a mesma) quanto para os trabalhadores; d) O trabalho de saúde da família tem que estar integrado e ser integrante do sistema. Parte diferente de um todo único. Não se pode concebê-lo nem como completamente resolutivo, nem como apêndice do sistema de saúde. Faz parte do sistema hierarquizado, de complexidade crescente. Não pode se constituir em estratégia única, nem privilegiada; e) Não pode ser considerada, nem no discurso nem na prática, como uma estratégia excludente que dá aos pobres a atenção básica, a cesta básica, e permite aos demais, à elite, o acesso ao mais complexo.

(*) Médico pediatra, ex-secretário municipal de Saúde de São José dos Campos (SP)

Rio de Janeiro chega a 10% de cobertura no PSF

Alexandre Alves/Saúde Comunitária

O Estado do Rio de Janeiro vem intensificando a implantação do Programa Saúde da Família nos últimos 5 anos. Nesse período, aumentou a cobertura da população em todo o Estado para 10,63%, segundo planilha de controle da Secretaria de Estado de Saúde.

Gilson Cantarino, secretário de Saúde do Rio de Janeiro, aposta na estratégia do PSF para melhorar substancialmente a qualidade de vida da população. "Estamos ampliando a nossa rede de atenção básica para atender às necessidades da população, especialmente as mais carentes", explica o secretário.

A reportagem do Saúde Comunitária esteve no Rio de Janeiro, em abril, para conversar com a supervisora técnica da Região Metropolitana 1 (Baixada Fluminense), Elaci Barreto.

Ela e mais onze profissionais supervisionam todo o Estado nos programas de atenção básica, tanto o Saúde da Família como os dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). "Nossa equipe está muito bem preparada para desempenhar a supervisão destes programas", revela Dulce Helena Chiaverini, coordenadora estadual do PACS/PSF no Rio. A seguir, a entrevista com Elaci Barreto.

Saúde Comunitária — Qual a sua formação e sua história no PSF?

Elaci Barreto — Sou professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Escola de Enfermagem Ana Neri. Já aposentada, recebi convite para trabalhar na Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, na assessoria técnica, para lidar especificamente com o PSF. Minha formação é na área da Saúde Pública. Tenho mestrado nessa área. Toda formação ao longo da minha vida acadêmica é voltada para as questões da Saúde Pública.

SC — Quando você começou a trabalhar no Rio de Janeiro?

Elaci — Vim para a secretaria em maio de 1999, a convite da dra. Dulce Helena (coordenadora estadual). Eu desenvolvia um trabalho semelhante na



Elaci Barreto (esq.) e membros da equipe de supervisão do PSF/PACS do RJ

UFRJ na década de 80, quando a universidade inspirava democracia. Faço assessoria técnica da dra. Dulce Helena e sou supervisora da região Baixada Fluminense. Meu trabalho é organizar, montar e desenvolver o PSF no Rio de Janeiro. A base da supervisão é formada por enfermeiros. Temos dois médicos sanitários. O Estado foi dividido em oito regiões. Cada região tem um supervisor.

"Sabemos que mais de 80% dos problemas de saúde da população são resolvidos na atenção básica"

dos alguns anseios das décadas de 60 e 70. Acho que o Saúde da Família responde aos anseios de cada um, principalmente da população. Eu prefiro considerar o PSF uma estratégia, não apenas um programa. A estratégia é de organizar, reorientar e ordenar a atenção básica. Na formação dos profissionais da saúde, no Brasil, se valorizou a questão da atenção secundária, da terciária, da alta e média complexidades. A atenção básica sempre foi muito subestimada e pouco valorizada. Não só pelos governos, mas também na formação dos

recursos humanos.

SC — Como você vê a formação médica e de enfermagem no Brasil atualmente?

Elaci — Hoje ainda se formam muitos especialistas. Você não forma para a atenção básica nem na área da medicina nem na área da enfermagem, salvo honrosas e raríssimas exceções. Não se forma um profissional com uma visão mais ampla, mais generalista. Sabemos que mais de 80% dos problemas de saúde da população são resolvidos na atenção básica. Então, só temos que aplaudir que hoje estejamos implantando o PSF. Para mim, ele atende as expectativas. Uma equipe de PSF é colocada numa área de um município. Ela cuida de um universo determinado, vivendo o dia-a-dia da população local. É a porta de entrada no sistema de saúde. E se essa porta é bonita, arrumada, com certeza vamos minimizar o sofrimento e a busca da média e alta complexidade, das filas para se fazer tanta coisa. Se eu previno a hipertensão eu colabo para evitar um mal maior. Com isso, vamos economizar vidas e recursos. Vamos economizar na alta complexidade. Vamos cuidar de gente, de pessoas, de indivíduos, que estarão dentro de famílias, que fazem parte de municípios, que somam-se aos territórios, estados e ao país. É toda uma população assistida. No Rio de Janeiro, por exemplo, reclama-se da baixa quantidade de leitos para neo-natal de alto risco. Claro que existe essa dificuldade, mas está faltando a as-

SC — O que você acha do PSF?

Elaci — O Saúde da Família atende as reivindicações dos técnicos, da população e dos gestores. Há anos milito na Saúde Pública e hoje, em 2001, é que vejo sacia-

"No Rio, o PSF ajuda a população a ter cidadania"

sistência básica. Se atendermos bem as gestantes — e não falo de medicina de pobre para pobre, pois não é isso que fazemos — com um pré-natal adequado, com trabalhos educativos, levando ao parto normal, vamos diminuir muito o neo-natal de risco. Estaremos preservando as vidas. Os agentes comunitários continuarão acompanhando essa mãe e esse bebê, prevenindo problemas como desidratação, etc. Essa mãe será acompanhada, e não estará isolada, abandonada. Não há justificativas técnicas, financeiras ou seja lá o que for para que ainda morram crianças de tétano neo-natal, de sarampo, a não ser o descaso. Temos a vacina, o equipamento e o profissional — a questão das vacinas para mim é uma questão de cidadania. Se morre, é descaso, é desrespeito com o direito do outro à saúde.

SC — O PSF traz outros benefícios para a população, além da saúde?

Elaci — Acredito que sim. Vejo o PSF como um elemento que traz a cidadania. Na ponta, o PSF resgata o que todo brasileiro tem direito a ser: cidadão (direito à saúde, ao transporte, à educação, à moradia, etc). Acho que o PSF mexe com a cidadania. Mexemos com a lama, com o que está escondido debaixo do tapete. Não queremos que acabem os hospitais. Quero um hospital de boa qualidade e que atenda aqueles que realmente precisam dele. Não dá para mandar todo mundo que tem dor de cabeça para o hospital. Toda criança desidratada não precisa ir para o hospital. Com isso, a demanda nos hospitais é menor, e eles podem atender melhor o que é específico e próprio do hospital — o que hoje não acontece no Brasil. PSF é cidadania. Acho que é a melhor definição, com a melhor razão e emoção. Isso implica em salários adequados, organização popular, participação, cobrança dos

poderes públicos, etc. PSF não é só organizar a atenção básica, mas ajudar o brasileiro a ser cidadão.

SC — O sistema que temos hoje, prioritariamente curativo, surgiu de que maneira?

Elaci — Esse modelo passa pela história do Brasil. Quem está no governo?

a febre amarela, a aftosa, a vaca louca, etc. É o mesmo modelo do passado, um modelo perverso, um capitalismo perverso, que nunca esteve preocupado em socializar a riqueza, a educação. O máximo que se conseguiu no Brasil foi a socialização da pobreza, da miséria. Não se socializa os bens de consumo. A história da saúde no Brasil sempre esteve voltada para o poder político, e não para a população. Não se percebe ao longo da história dos gestores e governantes uma preocupação com a população. Isso ao longo das conferências nacionais de saúde, de Alma-Ata, a Constituição de 1988, o SUS, mas o fato é que o mercado dita as regras. As altas cirurgias, os altos exames. Está havendo a abertura de um parque industrial na área da saúde no país. Aí aparecem as altas especializações, os grandes investimentos. Os currículos de medicina estão voltados para as especializações.

SC — Como você vê este cenário hoje?

Elaci — Está mudando o cenário da saúde pública. A mudança é muito lenta, muito lenta mesmo. Mas eu sou otimista irrecuperável. As universidades, principalmente as faculdade de medicina formam os médicos para serem especialistas: ou é especializado em doença ou em sintoma. Hoje chegamos ao auge de termos as especializações em dor, a clínica da dor. Dor é um sintoma. Não se especializa a causa das doenças, que está lá embaixo, na atenção primária. Temos especialistas do lóbulo direito do cérebro, do lóbulo esquerdo, temos altas especializações, altas tecnologias. Não somos contra, mas não podemos menosprezar o problema desse país. Temos que formar médicos,



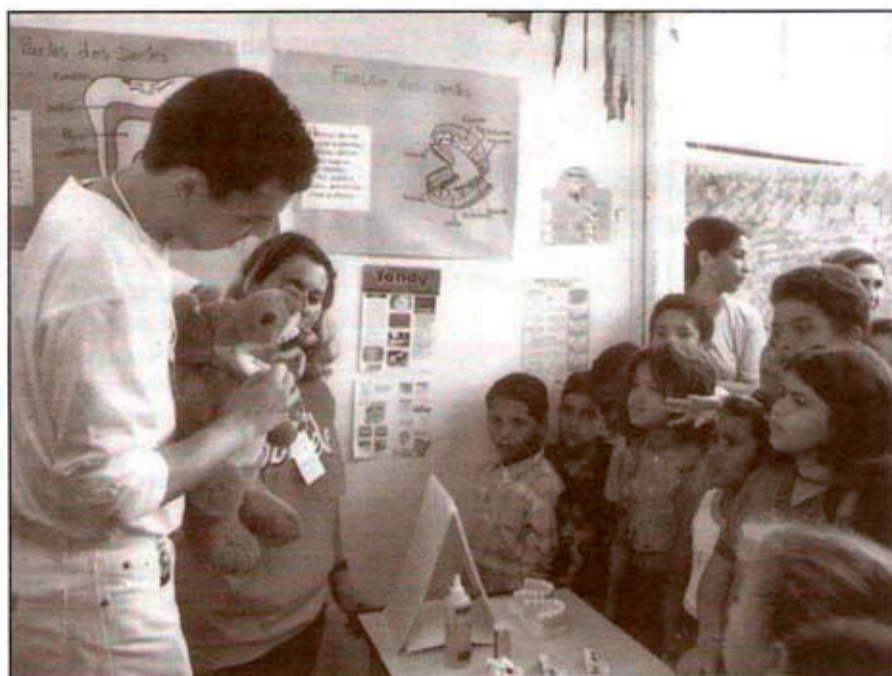
Pedro Martinelli/Revista Saúde da Família

PSF é a porta de entrada da população para o Sistema de Saúde Público

como esse país foi construído?, a serviço de quem? Dos mais pobres? A saúde pública começou em 1923 com a criação da Escola de Enfermagem Ana Neri, mas não porque eles estavam preocupados com a saúde do povo, mas para abrir novos mercados, para facilitar a entrada dos navios, por causa da febre amarela. Naquela época, as enfermeiras eram consideradas as visitadoras (aquelas que levam a saúde), o mesmo conceito que temos hoje. Mas não porque o governo estava preocupado com a saúde do povo. A preocupação era aportar navios aqui, o comércio. É igual hoje. O comércio está perdendo dinheiro com as doenças nos países, como

"Não queremos que acabem os hospitais. Quero um hospital de boa qualidade e que atenda aqueles que realmente precisam dele. Não dá para mandar todo mundo que tem dor de cabeça para o hospital"

"Precisamos de especialistas na atenção básica"



Pedro Marín/Revista Saúde da Família

Dentista atende crianças no PSF: profissional para a prevenção

enfermeiros e outros profissionais da área da saúde, como odontólogos, para cuidar da saúde primária, do que é primário, do básico. Hoje estamos fazendo diagnóstico de tuberculose, quando se tem a vacina. Eu me lembro quando era estudante e atendi uma criança que estava internada com desidratação e desnutrição. Eu percebi que essa criança tinha uma mancha estranha nas costas. Toquei na mancha e a criança não sentia nada. Anotei aquilo, comuniquei a chefia, era estudante, mas essa criança tinha hanseníase. Ela tinha 8 anos, mas estava sendo cuidada e tratada por desnutrição e desidratação. Ninguém pensou que ela poderia ter hanseníase, porque a medicina curativa vê as pessoas por pedaços, não como um todo. Não se tem o hábito de perguntar as coisas para o paciente. As especializações existem, não queremos que elas acabem. Mas os currículos de medicina e enfermagem urge que sejam modificados rapidamente. Estamos fazendo a seleção para médicos e enfermeiros trabalharem na interiorização do Programa Saúde da Família. Se perguntar a uma médica o que é universalização, que é um princípio do SUS, ela fala que é o direito de ir e vir que está garantido na Constituição. Outro fala que atenção básica é atenção do pé. São esses profissionais que estamos formando. O Ministério da Educação, o Ministério da Saúde, as Universidades têm obrigação de formar médicos, enfermeiros, odontólogos,

etc., quem quer que seja na área da saúde, com essa visão ampla. Estamos lidando com um país de analfabetos, onde as doenças do século 19 estão retornando. Os currículos são muito ruins. A existência dos pólos de capacitação começa a dar esse avanço. No Rio de Janeiro temos um pólo de capacitação com seis núcleos. Eles estão tentando mexer nos currículos, dar uma outra visão, trazer essa discussão para a sala de aula, esse olhar de generalista que, embora o profissional seja um especialista, tem que ter esse olhar.

SC — Engana-se quem diz que o PSF é uma estratégia para os pobres?

Elaci — Eu acho que a dengue hemorrágica veio comprovar isso: pegou artistas, socialites e ricos. A desgraça e a miséria estão socializadas. Ou fazemos o PSF ou não saímos dessa miséria. O discurso do poder constituído é esse: é atenção de pobre para pobre. Quem vai para essa área da saúde pública enfrenta preconceito entre os próprios médicos. Eles não dizem que são médicos, dizem que são sanitaristas. Isso na própria categoria. "Vai fazer saúde pública vai morrer de fome". Os salários eram indignos. Hoje nós mudamos um pouco isso. Muda com a criação dos pólos, com a ampliação do PSF, usan-

do essa estratégia. É como a questão da violência: não dá mais para se colocar a grade. Percebemos que algum movimento deve ser feito. Esse corte tem que ser feito. Se não foi feito gradualmente, tem que se fazer uma ruptura. Tenho muita esperança, até porque no PSF estão oferecendo bons salários. Trabalha-se num bom local, cria-se vínculo com a população, é a área onde ocorrem mais cursos de capacitação. Acabamos, por exemplo, de capacitar 80 enfermeiros em pré-natal na Baixada Fluminense. Estamos procurando caminhos, encontrando obstáculos e superando. Mais de 80% dos problemas de saúde são resolvidos na atenção básica. O perfil do médico não é adequado à atenção básica. Esperamos que no PSF não aconteça a desumanização da medicina, como acontece na área curativa. Os gestores não entendem o conceito da prevenção. Quando falamos que a organização do sistema não é abrir um posto de saúde como quem abre uma padaria. Quando faço pacto com o Governo do Estado para o PSF digo que num determinado prazo, toda a minha população vai estar coberta pelo PSF. Então, tenho que saber exatamente onde colocar equipes, onde abrir postos, quais as regiões, quais as áreas de maior risco, etc., é estratégia. O prazo deve ser perseguido. A lógica é incluir a pessoa no sistema humanizante.

"A medicina curativa vê as pessoas por pedaços, não como um todo"

SC — Como está o PSF no Rio de Janeiro?

Elaci — Em termos de quantidade estamos indo bem. Temos 3.049 ACS distribuídos pelo Estado e temos 397 equipes de PSF (chegamos

a ter 405), dá uma cobertura em torno de 10% da população. No entanto, em termos de qualidade estamos deixando a desejar. Primeiro a dificuldade dos gestores (prefeitos e secretários de saúde) entenderem a estratégia do PSF. É desconhecimento mesmo. Quando falamos em PSF eles não entendem que são responsáveis por gerir os recursos da saúde, de trabalhar juntos com os conselhos. A outra dificuldade passa pela questão salarial. Não tem jeito de querer colocar uma pessoa para trabalhar 40 horas e pagar pouco para ela. Não vai fixar ninguém. Mas isso estamos mudando. Há municípios oferecendo 4.000 a 4.500 reais de salários aos médicos.

"Agente de Saúde não é cabo eleitoral"

O menor salário para médico no Rio é de 3.000 reais (40 horas por semana). Ainda é pouco, mas pelo menos conseguimos melhorar o salário. A questão das 40 horas é muito difícil de lidar com os médicos. É difícil achar o perfil do médico para a APS. A categoria médica é a mais complicada de lidar. Trabalhar, aprender, desmistificar a questão da saúde, tirar da cabeça do médico que saúde não se vê por pedaços. Eu não vejo como não trabalhar 40 horas no PSF (8 horas diárias). O que acontece com os médicos hoje: eles estão dando plantões de 12 horas para ganhar 1.200 reais, pegando a Via Dutra, por exemplo. Ele não consegue estudar, tem o estresse. Ele atende pessoas, não cuida de pessoas. É diferente. Como se estivesse num balcão, ele vai atendendo as pessoas, depois vai para outra clínica, outro plano. O que estamos fazendo é dar um salário digno, oferecer capacitação (educação continuada, educação em serviço, a longa distância através da Internet).

A outra dificuldade são os gestores entenderem que PSF não é cabide de emprego. Não posso fazer concurso público porque o ACS tem que morar na área, tem que ter perfil. Das 150 famílias que ele toma conta, uma deve ser a dele. O que percebemos é que os vereadores querem que o ACS seja seu cabo eleitoral. Eu não tenho nada contra as pessoas se candidatarem aos cargos políticos. É um direito do cidadão. O que não pode é que durante o exercício do meu trabalho utilize essa máquina para me eleger, para a minha campanha. Isso não deve acontecer. Os vereadores acham que têm domínio sobre os ACS. Dá um trabalho tremendo, mesmo indo ao município e conversando com o prefeito, com o conselho e com os vereadores. Indicar não tem problema, mas as pessoas precisam passar por uma seleção. Não dá para colocar uma pessoa do centro para trabalhar na zona rural. Essa questão é crucial com as lideranças. Temos que fazer um grande trabalho de esclarecimento, de explicar para as associações de bairro, como funciona o PSF, a reorientação da APS, etc. Precisamos de 40 horas semanais dedicadas para aquela comunidade. Já tive município no Rio que um cabo eleitoral de um vereador estava cobrando para a inscrição dos ACS. Isso não pode acontecer.

SC — E a contratação dos ACS no Rio, como acontece?

Elaci — É outro problema, o contra-

to. Estamos orientando os municípios para aproveitarem seus quadros de profissionais para a área do PSF, senão estaremos criando redes paralelas. Basta reutilizar o profissional que já existe na rede e colocar no PSF. Eu advogo o concurso público para médicos e enfermeiros. A cidade do Rio vai abrir concurso.

SC — A política atrapalha?

Elaci — Sim, acontece. O número de ACS diminuiu no Estado do Rio de Janeiro porque algumas cidades demitiram os profissionais. O mecanismo para proteger as equipes é o concurso público. O sistema ainda é frágil e depende muito da vontade política. Temos que ter mecanismos para garantir que o PSF continue. Essa discussão é de cidadania. Um prefeito não pode destruir o que o outro fez. Aí entra a mobilização popular. Há vínculo forte com a comunidade. Houve cidade em que o prefeito quis acabar com o PSF e 5.000 pessoas invadiram o gabinete dele, e ele voltou atrás. Tem que usar as armas que temos: imprensa, organização popular, defensoria pública, mobilização, etc. Temos que mostrar que o PSF é melhor. Temos medo de falar, de reclamar, de perder o emprego, etc. "Não vou nessa passeata contra o prefeito, porque foi ele que deu o emprego para a minha filha". É um sistema perverso, maquiavélico, que cria dependência nas pessoas.

SC — Como você vê o papel da comunicação no crescimento do PSF?

Elaci — Buscamos a democratiza-

ção da informação. Passamos por uma mexida muito grande. Fomos formados para trabalhar em "equipe". Daí chega no PSF, o médico vê que o poder não está na mão dele, está dentro de uma área, e que eles podem, naquele momento, gerenciar algumas coisas. Essa descoberta é fantástica. Não tem o "doutor", não tem a barreira, não tem o distanciamento. Isso facilita o vínculo. É preciso olhar para as pessoas como seres humanos, completos e complexos. Estamos estudando formas de lidar com a questão do poder dentro das equipes. Isso acaba no PSF. Isso mexe com os valores dos profissionais. Estamos trabalhando muito na relação das equipes. Em Paraíba do Sul, por exemplo, o PSF está muito bem. Eles estão usando a cromoterapia, geração de renda, questão do lixo, do meio ambiente, estão encontrando formas de agregar as pessoas, grupos de mães, de gestantes, de idosos. As pessoas estão encontrando as formas de trabalhar mais adequadas, respeitando as comunidades em que estão inseridas. Nada impede, por exemplo, que outros profissionais venham somar e trabalhar junto com o PSF. Há programas de geração de renda acontecendo nas comunidades. Temos experiências interessantes acontecendo em vários municípios do Rio de Janeiro. Isso democratiza. A imprensa ainda está devendo no caso do PSF. A imprensa ainda está na mão do poderoso. Difícilmente os jornais locais denunciam, eles estão nas mãos dos poderosos.

Pedro Martinelli/Revista Saúde da Família



O trabalho do ACS é orientar a população na busca de melhores condições de vida. Ele não deve ser cabo eleitoral de ninguém

IEMML participa de Congresso Internacional de Arqueologia sobre a Diáspora Africana

Rubens de Mattos
Pereira (*)

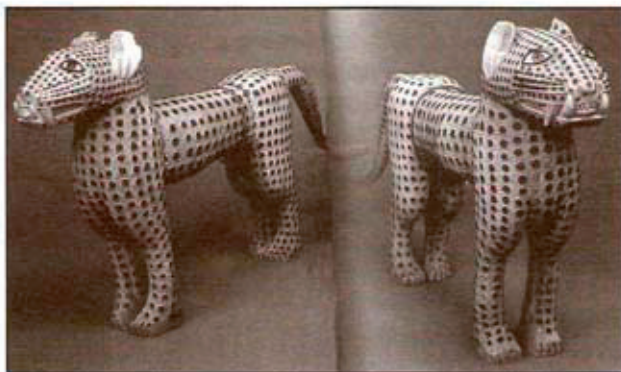
Em abril de 2001, participamos na qualidade de convidados do Congresso Internacional da Associação Mundial de Arqueologia, que tratou do tema "Arqueologia da Diáspora Africana". O evento aconteceu no Museu Kura Hulanda, em Curaçao. Mais de 50 profissionais de alto nível, representantes de universidades e instituições africanas, européias, canadenses, norte-americanas e de países das Antilhas (Cuba, Jamaica, Barbados e outros) apresentaram suas ricas experiências e promoveram discussões sobre a mais variada temática. Tudo isto foi para nós uma memorável experiência, que permitiu ampliar, e muito, nosso conhecimento sobre o tema.

Para nossa satisfação intelectual, foi nos concedida a oportunidade de apresentar nosso Projeto do Museu de Cultura Africana e Afro-Brasileira, que estamos batalhando há mais de três anos. A palestra que fizemos, embora sintética, procurou levantar algumas questões, às vezes de forma crítica, porém realista, que achávamos que iriam despertar controvérsias. Para nossa surpresa, porém, mesmo os **intelectuais europeus e norte-americanos presentes, aos quais dirigimos mais diretamente nossas críticas, reagiram de forma bastante positiva com relação às colocações agressivas que fizemos.**

Além destas considerações mais polêmicas, nossa apre-



"Os ladrões apanhados com a boca na botija". Esta cena mostra alguns dos membros da chamada "Expedição Punitiva de 1897", no palácio de Benin (Nigéria), com o tesouro real de marfim, bronze e outras artes que foram levadas para Londres. Observe que algumas esculturas de leopardos fazem parte do butim e é bem possível que o par exibido na foto abaixo tenha também sido roubado de forma idêntica. O leopardo era um animal domesticado no reino de Benin.



Par de leopardos, século 19, roubados do reino de Benin (Nigéria). São peças de 81,5 cm de altura, feitas de marfim e cobre com incrustações de coral e vidro. Fazem parte da coleção da rainha Elizabeth II e estão emprestadas para o Museu Britânico, em Londres. Quanto valeriam caso, por razões inesperadas, possam ser vendidas ou leiloadas? Cada um pelo menos 1 milhão de dólares!

sentação procurou apresentar algumas informações sobre a situação atual do nosso projeto.

Por todas estas razões, decidimos publicar a seguir o texto síntese da nossa exposição no Congresso Internacional de Arqueologia nesta página de Debates do **Saúde Comunitária**.

Depois de uma introdução de praxe, procuramos destacar a importância da nossa participação no Congresso Internacional de Arqueologia em termos de, por um lado, ampliar nossos conhecimentos sobre questões relacionadas com a Diáspora Africana e, por outro, fazermos contato com destacados especialistas de todos os continentes.

Prosseguindo as nossas considerações, afirmamos que todas as exposições feitas no Congresso foram de grande valor científico e, sem dúvida, significaram avanços consideráveis sobre as características, história, etc., das inúmeras comunidades negras das Américas. Os estudos de Arqueologia Histórica permitem um conhecimento profundo sobre tais comunidades, possibilitando inclusive identificar as raízes africanas destas comunidades, além de outras valiosas informações.

Porém, diante de todo este quadro de alto nível científico, ousamos afirmar que nosso projeto brasileiro de um Museu de Cultura Africana e Afro-Brasileira é também da maior importância, pois trata-se de buscar

É importante e urgente que a população comum, negra ou branca, do Brasil, dos Estados Unidos e da Europa, etc., conheçam melhor o passado da África e as realidades da Diáspora e do colonialismo. Só então os negros terão mais orgulho e os brancos mais respeito por eles.

uma maior difusão, por toda a população, de maneira direta e popular, da massa de conhecimento científico que se vem acumulando sobre a história da África, da Diáspora, etc.

Mencionamos o fato de que, apesar de que entre 60 a 70% da população brasileira seja de origem africana, quase ninguém conhece no Brasil informações sobre os ricos reinos e impérios africanos, que foram sendo gradativamente degradados pelo tráfico negreiro e o colonialismo e sobre a situação atual da África, hoje submetida a uma política neocolonialista de exploração socioeconômica, levando a miséria e

"The Fall of the Asante Empire", Robert Edgerton, pág. 150-151

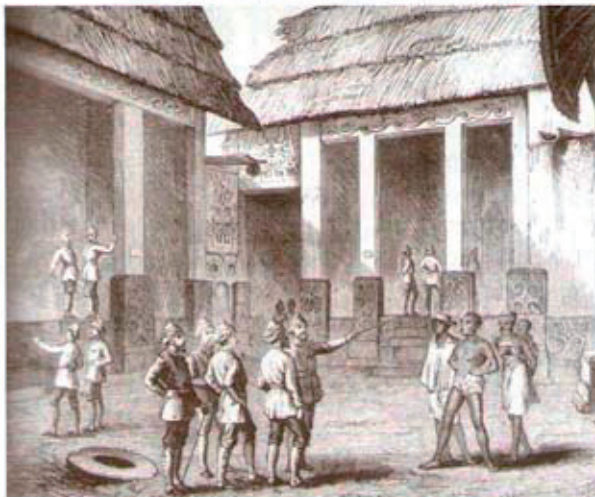


Ilustração do livro "A conquista do Império Assante: a Guerra dos Cem Anos". Cena mostra oficiais britânicos na praça central da cidade de Kumasi, capital do Reino Assante, negociando a rendição do rei e da rainha. Eles também arrasaram os palácios reais

brancas conhecem muito pouco sobre toda esta realidade envolvendo a pré-história africana, os reinos e impérios, a escravidão, o colonialismo e o neocolonialismo. E esta ignorância existe apesar de que naqueles países, especialmente nos Estados Unidos e na Europa, aplicam-se fabulosos recursos, financeiros e humanos, em pesquisas, publicação de livros, etc. Somando-se a isto tudo, constata-se que além dos riquíssimos e bem equipados museus existentes nas principais cidades dos EUA e da Europa, pode-se verificar que centenas de cidades menores também possuem museus de antropologia, história natural, etc., todas exibindo milionárias coleções de peças de arte africanas, as quais foram indiscutivelmente roubadas, principalmente durante e após as guerras de conquistas coloniais que ocorreram em quase todo o continente africano.

Mencionamos também o fato de que tanto no Brasil como nos Estados Unidos e nos países europeus, os livros escolares, por exemplo, não informam praticamente nada sobre

os reinos africanos ou sobre a realidade e a crueldade da escravidão. Menos ainda sobre a exploração colonialista, responsável pelo assassinato de milhões de africanos.

Finalmente prestamos uma informação mais completa sobre a situação atual do projeto museológico brasileiro. Esta informação será publicada no próximo boletim (nº 23), que deverá sair em junho próximo.

(*) Coordenador Geral do Instituto de Estudos Monteiro Lobato (IEML)

"The Royal Arts of Africa", Suzanne Preston, pág. 56



Procissão real em frente ao palácio real, na cidade de Benin, capital do Império. Ilustração do livro "Dapper's Naukeurige Beschrijvinge der Afrikaensche Gewesten", de 1668, que mostra por um lado a domesticação dos leopardos, e por outro a exuberância da cidade de Benin, já no séc. XVII

à exclusão social de suas populações. Somente no caso brasileiro são mais de 80 milhões de pessoas que ignoram todo o seu passado e desconhecem a realidade atual africana.

Em seguida, de forma talvez atrevida, afirmamos que também nos Estados Unidos e nos países europeus, as populações negras e



"The Royal Arts of Africa", Suzanne Preston, pág. 135

Este trono Akan (Ghana) do final do século 19 pertence ao Atkins Museum of Arts, de Kansas City, um museu de menor importância



"The Royal Arts of Africa", Suzanne Preston, pág. 138

Esta peça, também do reino de Ghana, é mais recente (1930). faz parte da coleção do Museu de Arte de Seattle, um museu de importância secundária comparado ao Metropolitan (NY), o British (Londres) ou o do Homem (Paris)

Se as peças de arte africanas, acumuladas por centenas de museus, galerias de arte e colecionadores privados da Europa e da América do Norte fossem devolvidas aos países africanos, seus donos legítimos, boa parte dos problemas do continente poderiam ser resolvidos.

Sinusite: cuidados para prevenir a doença

A sinusite é uma doença bastante comum, em que ocorre inflamação dos chamados "seios da face". Esses seios são espaços vazios encontrados nos ossos do crânio e da face. Os maiores e mais conhecidos são os seios maxilares, que se localizam um de cada lado do nariz, na região logo abaixo dos olhos (popularmente conhecidos como bochechas). Eles possuem pequenos canais que se ligam à parte de fundo do nariz.

Os seios da face são revestidos por uma membrana de tecido que secreta muco. O muco ajuda a lubrificar as passagens aéreas e promove a limpeza de pequenas partículas de pó e sujeira que respiramos normalmente. É muito importante também como defesa imunológica contra agentes que possam causar doença, como bactérias e fungos. O ar, quando passa pelas narinas e pelos seios da face, é aquecido e umidificado para prepará-lo a ir aos pulmões.

Causas

Normalmente, quando pegamos um resfriado ou desenvolvemos alergia, o nariz e os seios da face reagem produzindo mais muco. Porém, se esse muco se torna infectado por bactérias ou vírus, a situação se complica, gerando a sinusite.

Sintomas

Os sintomas típicos da sinusite são sensação de pressão atrás das bochechas, aumento da congestão nasal, catarro amarelo-esverdeado, dor nos seios da face quando palpadados e até mesmo "dor-de-dente" na região logo acima dos dentes superiores, na área afetada. Pode haver febre, dor de cabeça ou tosse, devido ao catarro que escorre por trás da garganta, principalmente quando a pessoa está deitada e o catarro dos seios vai drenando para a faringe.

Normalmente, a sinusite lembra um resfriado que dura mais de uma semana, com a adição dos sintomas

— como o catarro amarelado — citados anteriormente.

Diagnóstico

Diagnosticar sinusite crônica é difícil. Os sintomas não são tão óbvios como na sinusite aguda. Uma das maneiras de observar se há líquido dentro dos seios da face é iluminan-

des escuras no raio-x. Quando a pessoa tem sinusite, as cavidades se enchem de líquido, aparecendo como manchas brancas, outras vezes só contornando os seios da face, outras vezes tomando todo o espaço da cavidade. Caso não seja possível fazer o diagnóstico através do raio-x de seios da face, pode ser feita uma

tomografia computadorizada dos seios. Apesar de ser um exame muito caro, é a melhor maneira de visualizar a sinusite.

Tratamento

O tratamento da sinusite se baseia em antibióticos comuns. Podem ser usados descongestionantes orais ou nasais (usados sempre por poucos dias), para aliviar os sintomas. Outros tratamentos são baseados no uso de mucolíticos e inalações, que promovem a drenagem do catarro. A tendência é de se obter melhora rápida com esse tratamento. Mas há alguns casos que não curam, tornando-se "sinusites crônicas".

A sinusite crônica é definida como uma infecção dos seios da face que dura mais de três meses. Em geral, essa condição resulta do bloqueio das aberturas dos seios da face. Alguns casos são devidos à destruição da membrana que forra os seios da face. Com isso, o muco que é produzido não consegue ser drenado normalmente, favo-

recendo o crescimento de bactérias e gerando assim a infecção.

No caso da sinusite crônica, o melhor tratamento é tomar antibióticos por 3 a 4 semanas. Caso não funcione, é necessário fazer uma evolução melhor do caso, para ver se não há algum bloqueio nas aberturas dos seios da face. Caso isso esteja acontecendo, a melhor alternativa é a cirurgia para remover o bloqueio. Essa cirurgia é chamada "cirurgia seno-nasal endoscópica funcional", e permite a drenagem adequada do muco e eliminação da infecção, além de prevenir casos futuros de sinusite.

Alexandre Alves/Saúde Comunitária



Criança com sinusite recebe inalação num posto de saúde do projeto Qualis, em Itaquera, Zona Leste de São Paulo

do o rosto com uma luz especial, em uma sala escura. Normalmente, quando os seios da face estão vazios, a luz fica bem vermelha e brilhante. Quando os seios estão com líquido (sinusite), a luz fica fosca. Também um simples exame de sangue pode indicar, pelo aumento do número de eosinófilos, se o paciente tem alergia, condição que favorece o aparecimento de sinusites crônicas.

O raio-x de seios da face é um ótimo meio de se fazer o diagnóstico da sinusite. Normalmente, os seios da face devem estar vazios, apenas com ar, o que aparece como cavi-

ABQV promove eventos sobre Qualidade de Vida

A Associação Brasileira de Qualidade de Vida (ABQV) tem, em 2001, uma nova presidência e diretoria e novo conselho. A presidente Cecília Shibuya diz que a nova gestão terá caráter organizacional com estruturas definidas e planos de trabalho para todas as regionais e eventos. Assim, foram designadas as Diretorias de Expansão, Administrativo e Financeiro, e Técnica.

Será através da segmentação das atividades e estruturação das diferentes funções que a ABQV irá conduzir as novas metas de divulgação dos valores em Qualidade de Vida, dando continuidade ao trabalho que já vinha sendo desenvolvido.

Essa gestão divulga novas parcerias para a divulgação e a melhoria dos serviços oferecidos aos associados. São elas: Associação dos Dirigentes de Vendas e Marketing do

Brasil (ADVB); Instituto Brasileiro dos Executivos de Finanças (IBEF), e Associação Brasileira das Entidades Fechadas de Previdência Privada (ABRAPP), para mala direta. Além dessas empresas, outra parceira para assessoria em comunicação, a Próspero Valle gerenciando o site da ABQV e trabalhando junto à mídia para uma assessoria de imprensa diferenciada.

A ABQV continua executando reuniões mensais, agora nas últimas quintas-feiras de cada mês no auditório do SESC, à Av. Paulista, 119.

Além dos eventos semanais, dias 4 e 5 de julho, a ABQV organiza o I Simpósio de Atualização de Qualidade de Vida nas Organizações, também no SESC da Av. Paulista. Nos dias 15, 16 e 17 de outubro realiza ainda a Jornada Paulista de Qualidade de Vida e o III En-

contro Internacional na Faculdade de Economia e Administração da USP (FEA).

Apesar dos eventos em Qualidade de Vida estarem mais concentrados em São Paulo, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, acontece o I Congresso da ISMA-BR International Stress Management Association - III Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho, nos dias 12 e 13 de junho.

A ABQV tem o orgulho de ser a associação pioneira designada à melhoria da qualidade de vida em todo Brasil.

Maiores informações:

abqv@abqv.org.br

www.abqv.org.br

Tel (11) 3051.3525

A ABQV mudou, provisoriamente, para o endereço:

**Rua Carlos Steinert, 495 - Paraíso
Cep 04004-012 - São Paulo, SP**

Gravidez precoce diminui qualidade de vida

Mulheres que tiveram filhos na adolescência tendem a ter pior qualidade de vida no futuro do que as que não engravidaram antes de completar 20 anos. É o que revela uma pesquisa realizada pela Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz) com mães residentes no Rio de Janeiro.

O levantamento foi feito entre julho de 1999 e fevereiro de 2000 com 10 mil mulheres, de 10 a 35 anos, em maternidades públicas, conveniadas com o SUS e particulares da capital.

Posteriormente, o estudo foi dividido em duas partes: análise das adolescentes grávidas (de 10 a 19 anos) e comparação da situação das mães de 20 a 34 anos.

Segundo a pesquisa, os índices de desemprego,

instrução e qualidade de moradia são piores entre as mulheres que engravidaram quando adolescentes.

"A gravidez nas classes mais baixas é complicada pela falta de estrutura e pela situação socioeconômica dessas pessoas. Quando a gestação ocorre na adolescência, o problema se agrava. À situação de pobreza, se soma a falta de estrutura emocional da jovem grávida, que muitas vezes não tem o apoio do pai da criança e da própria família", explica a autora da pesquisa, Silvana Granado.

Ela diz ainda que a gravidez na adolescência é mais comum nas áreas mais pobres da cidade. "A falta de instrução, o fato de muitas meninas não estarem na escola e mesmo a

falta de perspectiva de uma vida melhor contribuem para esse aumento."

Estudos

Os dados mostram que 32,5% das mães que engravidaram na adolescência estudaram, no máximo, até a quarta série do ensino fundamental, e que 70,9% estão desempregadas. Entre as que não tiveram filhos antes dos 20 anos, os números são melhores: apenas 18,8% estudaram só até a quarta série e 60,1% não têm emprego.

O desemprego também é maior entre os pais dos bebês das mulheres que engravidaram na adolescência: 17,2%, contra 13,9% dos homens do outro estrato.

O estudo diz ainda que 30,6% das mulheres do pri-

meiro grupo moram em favelas ou nas ruas — 22,5% das outras entrevistadas estão nessa situação. Entre as que engravidaram na adolescência, 18,3% não vivem com o pai do bebê, o que ocorre com 16,2% das mulheres que tiveram filhos depois dos 20 anos.

Aumento

A pesquisa revela que, de 1980 a 1995, aumentou a incidência de adolescentes grávidas, principalmente na faixa etária dos 10 a 14 anos. "O aumento nessa faixa é de 7,1%. Isso é alarmante e já virou uma questão de saúde pública", diz Silvana Granado. Entre meninas de 15 a 19 anos, o aumento, nesse período, foi de 1,9%. A partir dos 20 anos, o índice diminui gradativamente.

IV Seminário vai gerar iniciativas concretas

A equipe que organiza o IV Seminário Interestadual de Atenção Primária à Saúde, com o tema "Saúde Ambiental", está preparando uma estratégia diferente da que foi utilizada nos três primeiros seminários.

Além das palestras e dos debates *in loco*, estão sendo estudados processos educacionais e pedagógicos para serem utilizados na construção dos temas que serão debatidos durante o evento.

O seminário está sendo dividido em três momentos: 1. sensibilização para o tema; 2. construção coletiva de materiais e métodos; e 3. elaboração da agenda.

Na prática, diversos temas serão discutidos em grupos de estudo, que recorrerão a informações e materiais sobre os assuntos a serem debatidos. Com isso, surgirão questionamentos sobre os temas estudados. Estas questões serão trabalhadas pelos profissionais convidados a participar do seminário. Estes profissionais, então, sabendo das questões levantadas pelos grupos de estudo, farão suas palestras observando estas questões.

Na reunião ocorrida em Sobral, no Ceará, no começo de maio, que reuniu Elizete Antelmi Fabbri (IEML), Tomaz Martins (coordenador da Ação Social) e Luiz Odorico Monteiro de Andrade (secretário de Saúde de So-

bral), ficou definido que será necessário utilizar instrumentos ligados à arte-educação como recurso pedagógico. "A vivência deste processo pelos participantes facilita a sensibilização como também propicia a incorporação desses instrumentos nos métodos a serem aplicados junto à comunidade", explica Fabbri.

Nessa perspectiva, considera-se



O trabalho da atenção básica é melhorar a qualidade de vida; Isso também depende do meio ambiente em que vivemos

como um dos principais produtos do seminário a elaboração de uma agenda que viabilize a incorporação da temática do seminário nas estratégias de atenção primária à saúde.

A preocupação do IEML é poder contribuir com a inclusão do tema "Saúde Ambiental", e toda gama de assuntos a que ele faz referência, na organização da atenção básica no Brasil, já que o meio ambiente é, e será cada vez mais, um tema de total

urgência nas ações de prevenção e de saúde pública.

"É preciso construir estratégias que permitam aos profissionais do PSF compreenderem os efeitos da relação entre o homem e o meio ambiente para a sua saúde", completa Rubens de Mattos Pereira, coordenador geral do IEML.

Elizete Fabbri ressalta: "Também é necessário sensibilizar os profissionais que atuam na atenção primária, com vistas a implantação de uma nova consciência coletiva, incorporando o indivíduo como a primeira esfera do meio ambiente. Estes profissionais precisam ter consciência de que suas ações podem colaborar na preservação do meio ambiente". É necessário ainda promover uma transformação cultural, adequando as relações entre o homem e o meio ambiente presentes nas diversas culturas das regiões brasileiras e

formadas a partir de uma realidade rural, para uma nova realidade de vida em comunidade.

Tudo isso faz com que seja tremendamente salutar e indispensável trabalhar o tema da Saúde Ambiental na esfera da saúde popular. No próximo número do boletim **Saúde Comunitária** (23), estaremos publicando a primeira versão da programação do IV Seminário, além de mais detalhes sobre o evento. Aguardem.

Assine SAÚDE COMUNITÁRIA

A informação sobre saúde é um direito fundamental de todos

1. Para 1 exemplar: R\$ 2,00 cada exemplar;
2. Entre 2 e 9: R\$ 1,50 cada exemplar;
3. Entre 10 e 50: R\$ 1,00 cada exemplar;
4. Acima de 50: R\$ 0,80 cada exemplar.

Nos casos 3 e 4 os pagamentos poderão ser efetuados em até duas vezes. O contrato de assinatura corresponde a doze ou a seis edições.

Exemplo: Uma assinatura individual custa R\$ 24,00 por 12 edições. A partir daí, basta consultar a tabela acima e multiplicar as quantidades de exemplares pelos valores, para saber o valor da assinatura.

FICHA CADASTRAL (preencha e envie para o IEML)

Nome: _____

Contato(entidade/município): _____

End. remessa: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Fone: () _____ Fax () _____ e-mail: _____

CGC/CIC: _____ Nº exemplares _____

Forma pagamento: _____ Valor assinatura: _____

Data provável de pagamento: _____

Como você conheceu o Saúde Comunitária: _____

ASSINATURAS: Caixa Postal 337 - CEP 12010-970 - Taubaté (SP)

Tel/Fax (12) 233.5317 - e-mail: iemltau@infocad.com.br