



ENSP



FIOCRUZ

O SUS É DE FAMÍLIA

O legado da Estratégia Saúde da Família,
que há 30 anos expande a presença
do SUS no território brasileiro





FERNANDA ANDRADE

“Se você pudesse resumir a saúde da família em uma palavra, qual seria?” Essa pergunta disparadora motivou o encontro da equipe de *Radis* com médicos e médicas, enfermeiros e enfermeiras e agentes comunitários de saúde (ACS) que integram a Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo de atenção primária à saúde que completa 30 anos em 2024. Para ouvir esses profissionais do SUS e contar um pouco de seu cotidiano, fomos à Clínica da Família Ana Maria Conceição dos Santos Correia, em Vila Kosmos, e ao Centro de Saúde Maria Augusta Estrella, em Vila Isabel, ambas no Rio de Janeiro. Também estivemos no 1º Congresso Brasileiro de Enfermagem de Família e Comunidade, na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), entre 14 e 16 de novembro. Na foto, o editor Luiz Felipe Stevanim entrevista o médico residente Marcos Herkenhoff, que também ilustra a capa. Além das reportagens presentes nesta edição especial sobre os 30 anos da ESF, você também confere os depoimentos desses trabalhadores e trabalhadoras do SUS em nossas redes sociais. Acesse e assista no Instagram, Facebook e Youtube: @radisfiocruz.

RADIS

edição 267 • dez 2024

CAPA: FOTO DE FERNANDA ANDRADE



- EDITORIAL
- 3** O elo do SUS com as pessoas
- 4** VOZ DO LEITOR
- 5** SÚMULA
- CAPA | SAÚDE DA FAMÍLIA 30 ANOS
- 10** Saúde da família é a cara do SUS
- 12** Medicina da escuta
- 18** Entrevista | Brenda Costa: "A saúde da família capilarizou o SUS"
- 20** Muito além do postinho

- 26** Um ACS para chamar de seu
- 29** Roque Onorato: O ACS que é doutor
- 30** Entrevista | Carlile Lavor: "O agente de saúde ajudou o SUS a nascer"
- 34** SERVIÇO
- PÓS-TUDO
- 35** Em meio à disputa de agendas econômicas, é preciso mobilização para a garantia de direitos sociais

O elo do SUS com as pessoas

Respeito, cuidado, escuta, diálogo nas visitas e consultas, interesse genuíno, confiança e vínculo são algumas das palavras que expressam a essência do trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que se consolidou nos últimos 30 anos como um modelo estruturante e o coração da atenção básica, a face do SUS mais próxima do cotidiano da população.

Esta edição especial sobre a Estratégia Saúde da Família envolveu toda a equipe da redação. Fizemos reportagens em centros de saúde e nos territórios, ouvindo os trabalhadores e trabalhadoras da ESF e as pessoas atendidas. Acompanhamos eventos profissionais e acadêmicos que discutiram ESF, atenção primária e enfermagem de família e comunidade. Entrevistamos pesquisadores e sanitaristas sobre essa construção singular do SUS.

Como descreve o editor Luiz Felipe Stevanim na abertura da matéria de capa, “ao longo de três décadas, o modelo expandiu a presença do SUS no território brasileiro, tornou-se referência internacional na redução da mortalidade infantil e materna, ajudou a ampliar a cobertura vacinal, sobreviveu às tentativas de desmonte e continua sendo o principal contato da maioria da população com serviços de saúde”.

Dados apresentados no Seminário “30 anos da ESF no SUS: Efeitos no acesso e na saúde da população”, promovido pela Abrasco, atestam que o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família contribuiu também para a diminuição da ocorrência de desnutrição e diarreia, a redução das internações por doenças crônicas e o aumento da realização de ações de saúde, como atividades educativas, consultas e visitas. Contribuiu ainda para a redução das mortes por aids e tuberculose e das taxas de mortalidade precoce por acidente vascular encefálico, além de favorecer a proteção dos idosos contra a morte por causas evitáveis. Levou o SUS e os serviços de saúde a municípios remotos e reduziu as desigualdades em saúde.

Matérias publicadas pelo Programa *Radis* na década de 1990 registraram o surgimento dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e de Saúde da Família (PSF). Na década de 2000, testemunhamos o fortalecimento e a grande expansão da Estratégia. Durante os governos Temer e Bolsonaro, reportamos o desinvestimento na atenção básica e a desfiguração da saúde da família, além da redução do financiamento do SUS ao impor um “congelamento de gastos”.

Nos dois últimos anos, a ESF foi revigorada, aumentando de 45 mil para 52 mil equipes, que dão cobertura a 70% da população brasileira. As equipes multiprofissionais voltaram a ter como referência de composição com 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar ou técnico, de 4 a 6 agentes e com a possibilidade de acréscimo de profissionais de saúde bucal. Só o contingente de agentes comunitários de saúde representa hoje um total de 280 mil trabalhadores em todos os municípios do país.

Por outro lado, entidades da saúde coletiva e movimentos sociais veem com preocupação os riscos às políticas sociais representados pela atual política econômica do governo e são contrários à alteração da Constituição para flexibilizar os patamares de financiamento das áreas da saúde e educação, proposta vista como uma grande ameaça ao SUS, como argumenta o artigo na seção Pós-Tudo desta edição. Outros problemas e desafios da saúde da família, da atenção básica e do SUS são discutidos na matéria principal.

Os depoimentos dos trabalhadores e trabalhadoras realmente comprometidos com a população nas consultas, visitas às casas e territórios são o cerne da narrativa que perpassa o conjunto de reportagens e entrevistas presentes nesta edição. O leitor vai se emocionar ao acompanhar conosco o cotidiano e as histórias de agentes de saúde, enfermeiros e médicos. A interação com as pessoas é permeada de uma delicadeza e uma intimidade transformadoras.

É preciso ter uma boa formação profissional para atuar nas equipes. Mas a saúde da família é uma nova escola. Residentes em medicina de família e comunidade têm em campo uma formação ímpar em humanização da saúde, uma “medicina da escuta”, como sintetiza o título da matéria que descreve em detalhes uma manhã de visitas domiciliares. Os mais experientes também aprendem nessas interações.

Ao responder a uma mesma pergunta — com que palavra resumiria a saúde da família — cada entrevistado se expressou de modo diferente, embora convergente, ampliando o repertório de sentidos que abre e agora encerra este editorial. São palavras que nos convidam a ler a cobertura jornalística e compreender melhor a realidade e o universo de sentidos que envolvem a Estratégia Saúde da Família: “Encontro”, “Presença”, “Sonhação”, “Potência”, “Pertencimento”, “Vitalidade”, “Direito”, “Base do SUS”, “Conquista”, “Cuidado”, “Sociedade”, “Vida”, “Acolhimento”, “Vínculo verdadeiro comprometido com a saúde da população”.

■ **ROGÉRIO LANNES ROCHA** COORDENADOR E EDITOR-CHEFE DO PROGRAMA RADIS

SUA OPINIÃO

Para assinar, sugerir pautas e enviar a sua opinião, acesse um dos canais abaixo

E-mail radis.ensp@fiocruz.br Tel. (21) 3882-9026 End. Av. Brasil, 4036, Sala 510 Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ CEP 21040-361



DECOLONIZAR A NARRATIVA DA AIDS [ENTREVISTA COM BEATRIZ GRINSZTEJN]

Importante em todos os sentidos. Os mais vulneráveis — pretos, pobres, gays, trans, travestis — são ainda percebidos socialmente como a causa da aids. Decolonizar é horizontalizar o olhar e não falar pelo outro, mas ser solidário e apoiar as lutas de quem é oprimido. Parabéns!

Regina Cotrim, via Instagram

CONSCIÊNCIA NEGRA EM RADIS

Radis sempre trazendo assuntos extremamente importantes e tão significativos para qualquer pessoa do nosso país e para qualquer parte do mundo. Grata pela excelência do trabalho de vocês!

Sara Alves, via Instagram

Eu leio todas! Ia tirar 110 nessa redação (do Enem 2024).

Ivony Costa, via Instagram

Revista maravilhosa. Uso-a muito em meu trabalho.

Rafael Angelo, via Instagram

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA [RADIS 265]

Retrato fiel da condição humana com deficiência, o artigo apresenta dados e reflexões que nos provocam a perguntar como podemos reagir de forma mais efetiva e rápida contra tamanhas injustiças.

Ana Paula Feminella, no site

A causa da pessoa com deficiência e todos os aspectos que envolvem a sua vivência precisam ser abordados com mais regularidade, para que consigamos avançar para uma sociedade mais justa e inclusiva.

Claudio Blanco, no site

LEISHMANIOSES

Trabalho aqui no estado do Piauí com as leishmanioses, tanto visceral como tegumentar. Como é uma doença considerada negligenciada, temos certa dificuldade para as atividades nos 224 municípios do estado. Gostaríamos que *Radis* abordasse mais as leishmanioses. Desde já, agradecemos a todo o corpo editorial que tem nos apresentado com temas tão relevantes para a saúde pública do país.

José Gregório da Silva Júnior, Programa de Controle das Leishmanioses, SES/PI (Piauí)

R: Olá, José Gregório! Agradecemos o contato e a sugestão. Em nosso site, você pode acessar a edição 143 (agosto de 2014), que trouxe uma reportagem de capa sobre o assunto. Em janeiro de 2024 (*Radis* 256), um artigo na seção Pós-tudo também abordou o tema, mas certamente é uma pauta que precisa sempre de atenção, principalmente por se tratar de uma doença negligenciada. Iremos voltar ao assunto!

RADIANTES

Amo a *Radis*. Meu pai tem 90 anos e adora, junto comigo, quando a revista chega. Ele é super antenado e comenta tudo após a leitura. Viva a ciência desse país e do mundo!

Gilmara Paixão, via Instagram

R: Que privilégio termos leitores como você e seu pai, Gilmara!

AMAZÔNIA

Mais um dia de discussão de textos e produção de leitura e escrita científica com os nossos bolsistas do Programa de Vocação Científica. Na oportunidade, o encontro possibilitou diálogos frente ao texto *Amazônia Invisível*, matéria disponível gratuitamente pela *Radis*. Recomendamos a leitura!

Fiocruz Piauí, via Instagram

EXPEDIENTE

RADIS © é uma publicação impressa e digital da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa *Radis* de Comunicação e Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

FIOCRUZ

Mario Moreira
Presidente

ENSP

Marco Menezes
Diretor

PROGRAMA RADIS

Rogério Lannes Rocha
Coordenador e editor-chefe

Justa Helena Franco
Subcoordenadora

REDAÇÃO

Luiz Felipe Stevanim
Editor

Glauber Tiburtino
Subeditor

Reportagem
Adriano De Lavor,
Jesuan Xavier e Lara Souza

Estágio Supervisionado
Izabelly Nunes

Arte
Eduardo de Oliveira, Felipe
Plauska e Fernanda Andrade

ADMINISTRAÇÃO

Fábio Lucas
Carolina Ferreira
Ingridi Maia da Silva

DOCUMENTAÇÃO

Licia Oliveira (Projeto Memória
Radis 40+ e *Radis* Aberto)

ASSINATURAS

Assinatura grátis
(sujeita a ampliação)
Periodicidade mensal Impressão
Gráfica RJ Offset
Tiragem 114.000 exemplares

USO DA INFORMAÇÃO

Textos podem ser reproduzidos,
citada a fonte original.



DEMOCRACIA NA MIRA

Após o fatídico 8 de janeiro de 2022, Brasília voltou a viver dias turbulentos em novembro de 2024. Em menos de uma semana, duas ocorrências mobilizaram autoridades e ligaram um alerta sobre o risco que ronda a democracia brasileira: um atentado com explosivos em frente à sede do Supremo Tribunal Federal (STF), que resultou na ação suicida de Francisco Wanderley Luiz, de 59 anos, e a divulgação de um inquérito da Polícia Federal (PF) referente a um plano golpista que incluía até mesmo a possibilidade de assassinato da chapa eleita em 2022, composta pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva (PT) e Geraldo Alckmin (PSB), e do ministro do STF e então presidente do Tribunal Superior Eleitoral (TSE), Alexandre de Moraes.

Na noite de 13 de novembro, o catarinense Francisco Wanderley — ex-candidato a vereador pelo Partido Liberal (PL), no município de Rio do Sul (SC), onde vivia e era conhecido como Tiu França — realizou um atentado com explosivos na Praça dos Três Poderes. Imagens de câmeras de monitoramento mostram o homem lançando os artefatos na direção do prédio do Supremo; e ao ser abordado pelos agentes de segurança, deitando-se ao

chão, com a cabeça apoiada em uma das bombas. Essa última explosão resultou em sua morte. Wanderley fazia constantes postagens de cunho antidemocrático e em tons de ameaças. O atentado reforçou a discussão sobre responsabilização e punição dos golpistas do 8 de janeiro.

O ministro do STF Gilmar Mendes ressaltou que o episódio não deve ser visto como fato isolado. Ele lembrou os diversos atentados contra as instituições de Estado e a democracia nos últimos anos, citando os disparos de fogos de artifício contra o STF, ainda em 2020, o acampamento no QG do Exército em Brasília, manifestações pedindo intervenção militar, a tentativa de invasão do prédio da Polícia Federal e a bomba plantada num caminhão em direção ao aeroporto de Brasília, em dezembro de 2022. “Muito embora o extremismo e a intolerância tenham atingido o paroxismo em 8 de janeiro de 2023, a ideologia rasteira que inspirou a tentativa de golpe de Estado não surgiu subitamente”, afirmou ao site do STF. “O discurso de ódio, o fanatismo político e a indústria de desinformação foram largamente estimulados pelo governo anterior [do ex-presidente Jair Bolsonaro]”, completou.

A ameaça tem nome e cores

Punhal verde e amarelo. Assim foi nomeada uma das etapas do plano golpista revelado pela PF, no dia 19/11, que resultou na prisão de cinco suspeitos de planejarem as mortes de Lula, Alckmin e Moraes. O relatório de quase 900 páginas, elaborado pela PF, detalha intenções antidemocráticas e criminosas, incluindo o planejamento dos assassinatos.

Além das prisões, a Operação Contragolpe aponta o indiciamento de 37 pessoas, dentre elas o ex-presidente Jair Bolsonaro — que, segundo o documento, planejou, atuou e tinha domínio total sobre a trama que pretendia impedir que Lula, eleito em 2022, assumisse seu terceiro mandato. O candidato a vice-presidente na chapa

de Bolsonaro e ex-ministro da Defesa de seu governo, Braga Netto, é quem teria autorizado o plano que previa a execução do trio.

No dia 26/11, Alexandre de Moraes derrubou o sigilo do inquérito e todo o seu conteúdo foi revelado publicamente, demonstrando que as articulações golpistas chegaram a envolver as Forças Armadas e só não foram concretizadas pela falta de apoio do Exército e da Aeronáutica. As investigações da PF foram encaminhadas pelo STF à Procuradora Geral da República (PGR), que poderá — ou não — apresentar denúncia contra o grupo. Leia na íntegra <https://bit.ly/inqueritogolpistanovembro2024>.

Cotas na residência: CFM entra na Justiça e recua após onda de repúdio

Ações afirmativas na residência médica estiveram em pauta depois que o Conselho Federal de Medicina (CFM) ingressou com uma ação civil pública contra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) por causa da reserva de 30% das vagas para grupos vulnerabilizados, como pessoas com deficiência, indígenas, negros e quilombolas. As cotas são referentes ao Exame Nacional de Residência (Enare), que aconteceu em 20 de outubro em 60 cidades. Em nota (30/10), o CFM defendeu que “esse mecanismo vai criar discriminação reversa” e pode gerar “vantagens injustificáveis dentro da classe médica”.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), o Conselho Deliberativo (CD) da Fiocruz e o Coletivo Negrex — de estudantes de medicina e médicos negros — repudiaram a posição do CFM. O CD Fiocruz ressaltou, em nota (1/11), que o acesso à pós-graduação “ainda é extremamente desigual, com sub-representação das pessoas negras (pretas e pardas), indígenas e pessoas com deficiência”. Por esse motivo, a instituição adota, desde 2019, a Política de Ações Afirmativas para acesso a todos os cursos de pós-graduação, incluindo as residências médicas, de enfermagem e multiprofissional.

A representação dos médicos e médicas de família e comunidade defendeu as ações afirmativas, pois “repre-

sentam um avanço no combate às iniquidades existentes na sociedade”, apontou a SBMFC, em nota (4/11). A instituição lembrou que um estudo com residentes, em 2022, revelou que 70,1% deles se declararam brancos, 24,5% pardos, 3% pretos, 1,7% amarelos, 0,6% não souberam ou não quiseram responder e 0,1% indígenas. Já o Coletivo Negrex (3/11) destacou que a posição do CFM “demonstra o distanciamento do órgão da realidade social do Brasil”.

Em entrevista à *Radis*, Brenda Costa (foto), diretora da SBMFC, ressaltou que as situações de racismo são cotidianas nas instituições e escolas médicas. “Os estudantes negros precisam alcançar de forma mais ampliada a residência médica, que tem um número estreito de vagas, uma concorrência enorme e não pode reproduzir o lugar de privilégio da branquitude no espaço da pós-graduação”, disse. Ela afirmou ainda que a presença de mais médicas e médicos pretos e pardos — entre os quais ela se reconhece — será benéfica para ampliar os vínculos com a população [Leia entrevista na página 18].

O Enare ofereceu, em 2024, 4.864 vagas de residência médica e 3.789 para residência multiprofissional e outras áreas profissionais da saúde — 80 mil candidatos concorreram às vagas. Após a repercussão negativa, o CFM recuou e informou à Justiça Federal do Distrito Federal, em 8/11, que abre mão de recorrer contra o sistema de cotas.



FERNANDA ANDRADE

Fake news sobre câncer de mama

Dois médicos, Lana Almeida, do Pará, e Lucas Silva Ferreira Mattos, com registro em São Paulo e Minas, estão sendo investigados por divulgarem informações falsas sobre o câncer de mama nas redes sociais. Lana afirmou que a doença “não existe” e desaconselhou a mamografia, enquanto Lucas alegou que o exame preventivo aumenta a incidência de câncer devido à radiação. As declarações foram amplamente repudiadas por entidades médicas como o Instituto Nacional de Câncer (Inca) e o

Colégio Brasileiro de Radiologia, que reforçaram a importância da mamografia para salvar vidas e prevenir estágios avançados da doença.

Conselhos Regionais de Medicina abriram investigações sobre os casos, que tramitam sob sigilo. Especialistas alertam que a desinformação compromete a adesão a exames preventivos e dificulta o tratamento precoce do câncer, destacando a necessidade de buscar informações em fontes confiáveis, como o Inca e sociedades médicas.

Pelo fim da escala 6 x 1

O fim da escala 6 x 1 — seis dias de trabalho para uma folga — foi um dos assuntos mais comentados das redes sociais em novembro, com a repercussão em torno de uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC) de autoria da deputada federal Erika Hilton (PSOL-SP). Uma campanha popular teve início para pressionar os parlamentares a assinarem o projeto: para iniciar a tramitação, eram necessárias 171 assinaturas de deputados ou 27 de senadores.

A PEC tem como base o argumento de que a escala 6 x 1 não apenas afeta a qualidade de vida dos trabalhadores, mas também aumenta o risco de exaustão, estresse crônico e doenças relacionadas ao excesso de trabalho. Segundo a deputada, uma jornada mais curta possibilitaria melhores condições de saúde e maior equilíbrio entre a vida profissional e pessoal. A proposta altera o inciso XIII do artigo 7º da Constituição, que hoje permite jornadas de até 44 horas semanais com flexibilizações mediante acordos coletivos. Com a campanha, a proposta já adquiriu 231 assinaturas de parlamentares, até 16/11 — e deve seguir, agora, para apreciação da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) da Câmara.



TÂNIA RÉGO / AGENCIA BRASIL

12 pessoas por hora

É o número de mortes pelo consumo de álcool no Brasil, segundo estudo divulgado pela Fiocruz (5/11). A pesquisa considera as mortes atribuídas ao álcool pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que registrou 104,8 mil óbitos em 2019 no Brasil por essa causa. Homens representaram 86% das mortes. Para saber mais, acesse a íntegra do estudo do pesquisador da Fiocruz Brasília Eduardo Nilson, do Programa de Alimentação, Nutrição e Cultura (Palin): <https://bit.ly/alcoolemortenobrasil>.



TOMAZ SILVA / AGENCIA BRASIL

Assassinos de Marielle e Anderson Gomes são condenados

“A Justiça por vezes é lenta, cega, burra, injusta, errada, torta, mas ela chega”, disse a juíza Lúcia Glioche na leitura da sentença (31/10) que condenou os responsáveis pelos assassinatos da vereadora Marielle Franco e do motorista Anderson Gomes.

Ronnie Lessa e Élcio de Queiroz foram sentenciados após um julgamento que durou dois dias e contou com júri popular. Lessa recebeu a pena de 78 anos, 9 meses e 30 dias de prisão, e Queiroz de 59 anos, 8 meses e 10 dias. Ainda corre processo contra os acusados de planejar o assassinato da vereadora (os mandantes). Essa ação está no Supremo Tribunal Federal (STF) por causa do possível envolvimento do deputado Chiquinho Brazão (sem partido). O relator é o ministro Alexandre de Moraes.

“O maior legado da Marielle é a prova de que mulheres, pessoas negras e faveladas, quando chegam nos seus postos, merecem permanecer vivas”, declarou Anielle Franco, ministra da Igualdade Racial e irmã da vereadora assassinada.

Relembre o caso

Em 14 de maio de 2018, Marielle Franco foi morta a tiros dentro de um carro no Centro do Rio de Janeiro. O motorista do veículo, Anderson Gomes, também foi atingido e morreu. Desde então, o caso ganhou destaque no Brasil e no mundo. A comoção virou a campanha mundial “Quem mandou matar Marielle?”.



TÂNIA RÉGO / AGÊNCIA BRASIL

Líderes do G20 unidos contra a desigualdade

A 19ª reunião do Grupo dos 20 (G20) reuniu, no Rio de Janeiro, líderes dos 19 países membros, mais a União Africana e a União Europeia. Como resultado da cúpula, que aconteceu nos dias 18 e 19 de novembro, foi firmada a Declaração dos Líderes do G20, texto em que os signatários se comprometem com diversas ações e expressam preocupações com um mundo em transformação.

Um dos pontos mais importantes foi o lançamento da Aliança Global contra a Fome e a Pobreza, da qual participam 82 países, dois blocos continentais, 24 organizações internacionais, nove instituições financeiras e 31 organizações filantrópicas e não governamentais, que se comprometem com ações que garantam que “ninguém será deixado para trás”. Saiba mais: <https://bit.ly/textofinalg20>.

Haia condena Netanyahu

O Tribunal Penal Internacional, sediado em Haia, na Holanda, emitiu ordens de prisão contra o primeiro-ministro de Israel, Benjamin Netanyahu, contra o ex-ministro da Defesa israelense Yoav Gallant e contra Mohammed Deif, líder militar do Hamas, que Israel diz ter matado. As

acusações são de crimes contra a humanidade e de guerra (Agência Brasil, 21/11). De acordo com as Organizações das Nações Unidas (ONU), quase 70% das mortes de palestinos em Gaza desde outubro de 2023 foram de mulheres e crianças, como *Radis* tem reportado (265).



“Fazer da COP30, no território tão simbólico da Amazônia, o momento da vida para restaurar tudo aquilo que parece que estamos perdendo, a cada situação extrema que estamos enfrentando, é um dos maiores desafios que temos pela frente.”

Marina Silva, ministra do Meio Ambiente e das Mudanças Climáticas, falando sobre o planejamento da próxima Conferência das Partes, que acontecerá em Belém, em 2025.

LUIA MARQUES / AGÊNCIA BRASIL

Brasil volta a ficar livre do sarampo

Depois de cinco anos, o Brasil recuperou o certificado de eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita (SRC). O país havia sido classificado como zona livre do sarampo em 2016, mas perdeu o certificado em 2019, após um surto da doença iniciado em 2018.

Em junho deste ano, o Brasil completou dois anos sem transmissão em território nacional, reavendo a condição de país livre do sarampo. A recertificação foi entregue pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) ao Ministério da Saúde em 12/11. Desde 5 de junho de 2022, data da última contaminação local, notificada no Amapá, todos os registros da doença no país foram de pessoas vindas do exterior.

Fim da gotinha para pólio

As duas doses de reforço com vacina oral polio-mielite (VOP), conhecida como “gotinha”, foram substituídas por uma dose de vacina inativada polio-mielite (VIP), que é injetável. A decisão do Ministério da Saúde (MS) foi baseada em critérios epidemiológicos, evidências científicas e recomendações internacionais. Estados Unidos e países da Europa já utilizam esquemas vacinais exclusivos com a VIP. A substituição aconteceu a partir de 4 de novembro.

Atualmente a vacina injetável para pólio já é aplicada aos 2, 4 e 6 meses de vida do bebê, conforme o Calendário Nacional de Vacinação. Mesmo com o fim da aplicação da vacina oral, o personagem Zé Gotinha, criado nos anos 80, continuará existindo, garante o MS.

UN CLIMATE CHANGE / KIARA WORTH



Um acordo sem consenso

Representantes da sociedade civil protestam diante da assinatura do acordo firmado na 29ª Conferência da ONU sobre Mudanças Climáticas (COP29), em novembro, no Azerbaijão. O acordo prevê US\$ 300 bilhões anuais até 2035 aos países em desenvolvimento, com o objetivo

de apoiá-los na implementação de ações de redução de emissão de gases e de adaptação aos impactos da mudança do clima. O valor firmado no acordo foi considerado insuficiente pelos países em desenvolvimento, incluindo-se o Brasil.

SAÚDE DA FAMÍLIA

Estratégia Saúde da Família (ESF) completa 30 anos e é reconhecida por ter ajudado a melhorar a saúde da população brasileira

LUIZ FELIPE STEVANIM

Em 1994, uma ideia revolucionária ganhou vida com 328 equipes em 55 municípios brasileiros. A experiência consistia na presença de um médico, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários (ACS) para promover saúde de forma continuada e integral na vida das pessoas, unindo o cuidado individual com abordagem coletiva e comunitária. O Sistema Único de Saúde (SUS), recém-criado após a Constituição de 1988, ganhava uma das suas principais marcas — a Estratégia Saúde da Família (ESF), que se tornaria o modelo ordenador da atenção primária no Brasil.

Ao completar 30 anos em 2024, a ESF abrange um total de 52 mil equipes, com uma cobertura de aproximadamente 70% da população do país. Ao longo de três décadas, o modelo expandiu a presença do SUS no território brasileiro, tornou-se referência internacional na redução da mortalidade infantil e materna, ajudou a ampliar a cobertura vacinal, sobreviveu às tentativas de desmonte e continua sendo o principal contato da maioria da população com serviços de saúde.

O legado desses 30 anos é sentido no cotidiano das pessoas. “Os estudos comprovam que a ampliação da saúde da família reduziu a mortalidade infantil e de crianças menores de 5 anos, a mortalidade por diarreias, a internação por condições sensíveis à atenção primária, as taxas de mortalidade precoce por acidente vascular encefálico, minorou desigualdades e reduziu a mortalidade de idosos”, sintetizou Lúgia Giovanella, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz),

no Seminário “30 anos da ESF no SUS: Efeitos no acesso e na saúde da população” (11/10), organizado pela Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (APS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Entre as contribuições da ESF, Lúgia aponta o maior acesso da população aos serviços públicos de saúde. “A maioria da população, hoje, usa regularmente uma Unidade Básica de Saúde (UBS)”, disse à *Radis*. Além da melhoria dos indicadores, a saúde da família também deixa o legado — “ainda que insuficiente”, como ressalta Lúgia — de mudanças curriculares, com o fortalecimento da formação médica e de enfermagem em saúde da família e comunidade.

Para Brenda Costa, diretora de comunicação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), a ESF permitiu que o direito à saúde chegasse nos lugares mais distantes do país. “A gente conseguiu capilarizar o SUS para os territórios diversos do Brasil”, ressalta [Leia entrevista na página 18].

CONQUISTAS E REVESES

A trajetória de uma estratégia que busca garantir o direito constitucional à saúde para a população, com a presença territorial e comunitária do SUS, não foi simples — e muito menos fácil. Criado em 1994, o então Programa Saúde da Família (PSF) priorizou inicialmente municípios mais pobres, com piores indicadores de saúde, como uma política para reduzir desigualdades.

A É A CARA DO SUS



A ACS Priscila Santos, a residente em MFC Jessica Macedo e a ACS Gabrielle Peloni sobem uma rua que dá acesso ao Morro dos Macacos, em Vila Isabel (RJ), em um dia de visita domiciliar — um dos diferenciais da ESF. A foto é de Beatriz Pinheiro [Leia história dela na matéria da página 12]

A iniciativa partia de algumas experiências que existiam no país, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), criado em 1991. Como lembra Carlile Lavor, ex-coordenador da Fiocruz Ceará e um dos idealizadores da figura do ACS, o agente de saúde “fez o elo entre a comunidade e o sistema de saúde” e “ajudou o SUS a nascer” [Leia entrevista na página 30].

Com o passar do tempo, o PSF foi reconhecido como estruturante — e o nome “programa” já não dava mais conta, sendo substituído por Estratégia, com a criação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), em 2006 [Veja a Linha do Tempo nas páginas 14 e 15]. Em 2013, um relatório da Organização das Nações Unidas reconheceu que o declínio da mortalidade infantil no Brasil ocorreu pela combinação de três fatores: a própria criação do SUS, a expansão da ESF e a ampliação das políticas sociais, como o Programa Bolsa Família.

A partir de 2016 e 2017, no entanto, o modelo — que ainda tinha o desafio de ampliar a cobertura e se sustentar no tempo — começou a sofrer uma série de investidas para o seu desmonte. Em 2017, foi lançada uma nova Pnab, que enfraquecia a abordagem territorial, o trabalho comunitário e o cuidado integral e multidisciplinar ao privilegiar a existência de outros modelos de equipe que não seriam saúde da família (*Radis* 183). Também houve mudanças no repasse de recursos, com o lançamento do Programa Previne Brasil, em 2019 — que fazia parte de um contexto mais amplo de desfinanciamento do SUS, sob o peso da Emenda Constitucional nº 95, do Teto de Gastos.

Radis contou essa história ao longo de diversas edições (134, 171, 183, 207, 219, 234) — Confira o levantamento completo sobre os 30 anos da saúde da família em nosso site. Como lembrou Rosana Aquino, professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), no mesmo seminário da Rede APS (11/10), as trajetórias em políticas públicas não são lineares. “Muitas vezes, infelizmente, há reveses. É uma trajetória tortuosa. É muito bom que a gente esteja hoje num momento de reconstrução”, ressaltou.

E o que esperar do futuro? “Espero que de fato se retome a prioridade para a ESF na plenitude de uma abordagem integral de APS: de orientação comunitária, territorial, resolutive, de qualidade, com participação social, bem integrada à rede regionalizada do SUS para garantir o cuidado conforme a necessidade”, disse Lúgia à *Radis*.

Para resgatar a história, refletir sobre o presente e pensar os caminhos para o futuro, na celebração dos 30 anos da saúde da família, *Radis* organizou uma edição especial com uma série de reportagens que abordam os diferenciais deste modelo reconhecido internacionalmente e suas contribuições para o fortalecimento do SUS. Essa história será contada a partir do ponto de vista de trabalhadores e trabalhadoras que atuam diretamente nas ruas, nas casas e nos territórios: médicos e médicas, enfermeiros e enfermeiras e agentes comunitários de saúde que dão vida às equipes que garantem saúde às famílias e às comunidades. 

MEDICINA DA ES

O cotidiano dos residentes em medicina de família e comunidade no SUS

LUIZ FELIPE STEVANIM



FERNANDA ANDRADE

1. A VISITA

O interfone toca. “Dona Nadir, somos da saúde da família, viemos ver a senhora”, diz o médico Marcos Herkenhoff, 26 anos. Do outro lado, silêncio. Um ruído que parece ser uma troca de palavras. De cá, expectativa. “A gente veio aqui anteontem”, lembra a agente comunitária de saúde Thaís Villela, e suas palavras reforçam a confiança de que a visita será exitosa. Em seguida, uma voz de mulher responde: “Pois não, vamos abrir”.

Depois de subir quatro andares de escada, no edifício sem elevador, em Vila Isabel, na Zona Norte do Rio de Janeiro, a equipe do Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrella, na empreitada da visita domiciliar, encontra uma Dona Nadir

sorridente e receptiva, aos seus 89 anos, acompanhada de sua nora Mônica. Elas convidam os visitantes para se sentar no sofá de uma sala ampla, iluminada pelo sol da manhã. À primeira pergunta de “como tem passado”, Dona Nadir já se abre: “Daqui pra baixo dói tudo. Não salva nada.”

Ela mescla tons de bom humor e de queixa na voz. Marcos ouve atento, com os olhos postos nela, os dois sentados no sofá. “Sinto uma câibra toda noite que está me prejudicando a dormir”, diz, confessando o abuso do medicamento para dor. O jovem médico, residente em medicina de família e comunidade, esclarece sobre o uso correto do remédio, pergunta, escuta, orienta.

CUTA



Em família: Dona Nadir, 89 anos, recebe em sua casa a equipe da ESF com a ACS Thaís Villela e o médico residente Marcos Herkenhoff, ao lado da nora Mônica e do neto Lucas

Dona Nadir reclama do calor, de cansaço e moleza. Mas conversa com Marcos animada, como quem recebe um velho amigo. “Ando muito sem apetite”, relata. A nora, um pouco atrás dela, faz uma negativa com o dedo e sorri, como se dissesse que ela se alimenta bem. A idosa fala baixinho: “Estou muito sensível. Choro à toa”. A nora brinca: “Mas se fizer uma rabada ou uma feijoada, ela fica feliz”.

O neto Lucas, que tem quase a mesma idade do médico, também se junta à consulta: “A senhora só podia fazer uma moela um pouco menos salgada”, opina. A consulta acontece, literalmente, em família. Marcos explica à idosa e aos familiares: “Não tem nada que caracterize depressão. Ela só está desanimadinha.”

Dona Nadir vai completar 90 anos em janeiro de 2025. À *Radis*, que acompanha a visita, ela conta que

possui quatro bisnetos e sete netos — dois destes moram na mesma casa que ela, a nora e o filho. Marcos orienta alguns exercícios físicos leves, como levantar e sentar no sofá, repetidas vezes, esclarece sobre a medicação para a dor e reforça para ela se alimentar bem. “Só não precisa fazer um joelho de porco toda semana”, brinca.

“Então já posso ir para a gandaia?”, pergunta a idosa. A visita da equipe de saúde da família promoveu em dona Nadir — e em seus familiares — uma injeção de ânimo. Ela se despede, emocionada. Na saída, resume em uma frase o sentimento em receber um médico de família em sua casa: “Não tem palavra para expressar o valor”.

Visitas domiciliares fazem parte da rotina da Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo que completou 30 anos em 2024 e é reconhecido por orientar o cuidado na atenção primária do maior sistema público de saúde do mundo, o SUS. Médicos de família e comunidade, agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros e técnicos de enfermagem que formam essas equipes básicas estão não apenas na unidade de saúde, dentro de consultórios, mas nas ruas e nas casas — nas favelas, praças, quadras, bairros, vilas, distritos, povoados, assentamentos e comunidades tradicionais.

Para entrar na casa das pessoas, já diziam os antigos, é preciso pedir licença. E mais: há que se dispor a ouvir, sem julgamentos. “O essencial é se interessar pelo paciente”, resume Marcos, capixaba de Vitória, que cursa o primeiro ano de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Segundo ele, a palavra que melhor descreve a ESF é vínculo. De fato, construir vínculos entre as pessoas e o SUS é o papel das equipes que atuam na saúde da família. “A gente só consegue acessar algumas coisas e, conseqüentemente, abordar como elas estão influenciando o adoecimento a partir do vínculo e da confiança que permitem que o paciente se sinta à vontade para abrir e compartilhar sua história”, descreve o residente.

Marcos é médico da equipe Vía Láctea do Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrella, em Vila Isabel. Isso significa que ele é o responsável por atender as pessoas que residem nessa área, como Dona Nadir. A unidade, que fica aos pés do Morro dos Macacos, no Rio de Janeiro, possui 34.470 pessoas cadastradas e distribuídas entre 10 equipes, segundo números de novembro de 2024, para uma população total de cerca de 74 mil moradores dos bairros da região.

Naquela sexta-feira nublada de novembro, que intercalava chuva fina e sol, acompanhamos a rotina de três residentes em medicina de família e comunidade para entender as motivações e os desafios desses jovens médicos do SUS. Por volta de 9h, saímos com Marcos e Thaís para as visitas domiciliares da manhã. A primeira foi Dona Nadir, em uma rua de ladeira. Na saída de sua casa, Marcos confirma o que observamos: mais do que qualquer prescrição médica, o que deixou a idosa feliz foi a conversa.

2. OS ENCONTROS

Do alto do cruzeiro, no Morro dos Macacos, se vê boa parte dos bairros da Zona Norte. É de lá que Beatriz Pinheiro Machado contempla as casas atendidas por sua equipe e reflete sobre o quanto somos pequeninos diante do infinito do mundo. Ainda assim, cada história, cada vida, cada relato merece ser ouvido e acolhido.

“A pessoa se sente cuidada e agradecida por saber que pode confiar em alguém para acompanhá-la”, descreve. Com 26 anos, Beatriz é médica do segundo ano de Residência em MFC, também pela Uerj. Ela conta que questões que estão muito além do individual, como condições de higiene, saneamento básico e acesso à alimentação perpassam o dia a dia da saúde. “A gente lida com realidades discrepantes, com insegurança alimentar e a violência no território o tempo inteiro: a ameaça constante à vida”, relata.

Por isso, o diálogo e a escuta podem ser terapêuticos — e são essenciais na ESF. Foi isso que levou a jovem médica formada pela Uerj, nascida e criada em Vila Isabel, a escolher medicina de família e comunidade. “Olhar para essas pessoas e mostrar que as vejo é o que dá sentido para minha profissão”, pontua.

Na subida da Rua Petrocochino, que dá acesso ao morro e nome à sua equipe no Maria Augusta Estrella, ela encontra um paciente ou outro e faz uma pausa para conversar. A saúde da família também acontece na rua, ao acaso, guiada pela força dos encontros e das encruzilhadas. Ali, uma pessoa que faz tratamento para uma doença crônica e andava sumida; adiante, uma idosa a caminho do mercado que aproveita para contar como vai a dor no joelho; mais além, uma trancista que revela estar grávida do segundo filho.

“O que eu mais aprendi é que para poder fazer saúde, é preciso entender a pessoa como um todo, como um corpo e uma mente que vive em um território, que se relaciona com outras pessoas, que exerce atividades na vida, que vem de um contexto familiar, que tem crenças e padrões, às vezes até de adoecimento”, conta Beatriz. Pessoas são contextos, não apenas doenças, diz — e isso é algo difícil

de compreender quando se restringe a medicina à ideia de “tratamento hospitalar”.

Para Beatriz, o que a fez se encantar pela MFC foi o conceito de longitudinalidade. “É a continuidade do cuidado, poder acompanhar a pessoa em diferentes momentos da vida. O nosso cuidado nunca para”, explica. Desde a faculdade, o contato com a saúde da família possibilitou exercitar esse outro olhar. “Eu conheci a Dona Maria: num dia eu via a Dona Maria por conta da pressão; no outro, por um resfriado; no outro, por conta de uma dor. E comecei a perceber que podia conhecer o filho da Dona Maria, a neta da Dona Maria, a casa da dona Maria”, exemplifica.

Naquela sexta-feira nublada, porém, não era dia de rua. Ela chegou por volta de 7h para atender no consultório durante toda a manhã. Uma média de 15 consultas por dia. A primeira paciente é uma antiga conhecida: uma idosa que costuma vir às sextas-feiras para conversar e estava ansiosa para a médica voltar de férias para contar sobre a dor no joelho. “Ela sempre me diz: ‘Você sabe toda a minha história’. Ela gosta de vir comigo porque sabe que eu a conheço. Ela não precisa falar desde o início como a dor apareceu, ou de como é a relação com o marido, e porque ela se sente tão estressada. A cada consulta, a gente parte do ponto em que parou”, discorre a médica.

Beatriz comenta que as pessoas chegam à saúde da família querendo resolver todos os problemas — porém, é preciso explicar que nem tudo será solucionado em uma única consulta. “O tempo vai permitindo que a gente conheça a pessoa, entenda a sua forma de ter saúde e adoecer e quais são as ferramentas individuais, familiares e da comunidade que ela dispõe”, diz.

Para isso, é essencial o chamado diagnóstico comunitário. Para Brenda Costa, co-coordenadora e preceptora da Residência em MFC da Uerj e diretora de comunicação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), esse é um dos princípios da ESF: entender como os contextos de cada comunidade influenciam os processos de saúde e doença. “Durante dois anos de formação na

SAÚDE DA FAMÍLIA:
30 ANOS

1990: Início da implementação do SUS

1991: Criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs)

1994: Criação do Programa Saúde da Família (PSF), com 328 equipes



residência, a gente faz o desenvolvimento dessas habilidades em abordagem comunitária. A primeira delas é o diagnóstico comunitário: entender qual é o perfil epidemiológico e social de cada área”, explica [Leia entrevista na página 18].

Na área da equipe Petrocochino, por exemplo, que abrange quase metade do Morro dos Macacos, a violência armada é uma condição que adoecce e afeta a vida das pessoas. “É um fator de estresse constante. Provoca picos hipertensivos, descontrola o diabetes”, conta Beatriz.

A geografia da comunidade também interfere no cotidiano da saúde: Macacos é uma favela de morro, com trechos íngremes, de difícil acesso. “Como é um território de escada, tem muitas pessoas com questões osteoarticulares, como artroses, muitas dores musculares”, relata. A comunidade conta ainda com muitos trabalhadores braçais e autônomos. “Geralmente são pessoas que trabalharam muito com o corpo durante a vida, com serviços manuais, que geram um desgaste físico, como homens que trabalham em construção, muitas mulheres que atuam com serviços gerais ou faxina”, resume a médica.

Olhar a realidade, seja do alto do cruzeiro, das ruas ou das casas, conversando com as pessoas, ajuda a entender as necessidades em saúde. “A gente tem que fazer a leitura de quais são os principais motivos de adoecimento da população para direcionar as estratégias, porque a gente não tem como dizer que todas as populações adoecem da mesma forma”, reflete Beatriz.

1997: Pacs é regulamentado e Saúde da família se torna estratégia prioritária

2006: Primeira Política Nacional de Atenção Básica (Pnab)

2008: Criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)

2011: Segunda Pnab

2017: Terceira Pnab – Desmonte do modelo

2023-2024: Retomada da expansão (52 mil equipes)

■ Leia a linha do tempo detalhada no site

3. A REALIDADE

Na mesma rua de Dona Nadir, a equipe Via Láctea segue para a casa de outra idosa. No caminho, eles nos informam que é um estado de saúde bem mais delicado e que a paciente prefere não ser identificada nem fotografada. Apenas observamos em silêncio, com a concordância da família.

Dona T. mora em uma casa de vila. Muito magra, recebe a equipe com a filha, na sala, que relata que a mãe tem enfisema pulmonar e, há dois meses, apresentou um quadro de AVC. Foram até a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), mas retornaram sem conseguir fazer os exames. O médico Marcos se mostra preocupado e quer saber como a idosa tem passado. “De um ano pra cá, ela veio emagrecendo muito”, a filha recorda. “Tenho tido muito esquecimento”, diz Dona T.

Na parede, um quadro com os dizeres: “Pendure a alma no varal e deixe que as coisas ruins evaporem”. Em uma casa próxima, um cachorro late durante toda a consulta. Um gatinho entra em cena. Marcos faz carinho no animal e diz que adora gatos. A abordagem vai deixando a consulta mais leve. O médico combina com a filha de Dona T. para que ela compareça à tarde, no centro de saúde, para conversarem melhor, sem a presença da idosa, e poderem esclarecer o caso. Uma ferida na perna também o preocupa, e ele diz que fará uma avaliação compartilhada com colegas e preceptores da residência.

Cada residente realiza visitas domiciliares uma vez por semana, nas casas que foram monitoradas nos dias anteriores pelos ACS. “Os agentes comunitários estão sempre próximos ao paciente. Fazem visitas rotineiras, passam pelo território e colhem demandas e necessidades”, descreve Marcos. Por morarem no território, eles geralmente conhecem os pacientes há muitos anos. “O ACS ajuda a puxar algumas coisas que não estão descritas no prontuário, pois ele conhece do cotidiano” [Leia matéria sobre o papel do ACS na página 26].

No cotidiano, Marcos percebe reflexos decorrentes da pandemia. “Muita gente perdeu espaços de troca e coisas que faziam antes da covid. Isso impacta na saúde mental das pessoas”, reflete. A solidão, o abandono e o sofrimento são notados pelo caminho. “Por conta dos impactos sociais da pandemia e do contexto político, muita gente perdeu plano de saúde ou emprego, as coisas foram encarecendo, e as pessoas deixaram de acessar alguns serviços, como atividade física, pilates e fisioterapia”, descreve.

Por volta de 11h30, a equipe Via Láctea retorna ao centro de saúde com as visitas concluídas. O dia ainda não acabou. À tarde, Marcos receberá a visita da filha da dona T. para tentar ajudá-la de alguma forma.

4. A ESCUTA

“Para tudo na vida, a gente precisa ouvir”. Assim afirma Antonio Branco Jr., médico no terceiro ano de Residência em MFC, também pela Uerj. Mineiro de Lagoa da Prata, no centro-oeste do estado, ele já andou um bocado de estrada



por conta da medicina: cursou a faculdade em Viçosa, na Zona da Mata, e fez dois anos de residência na histórica Ouro Preto, na região central de MG, até se mudar para o Rio em busca do terceiro ano, que é opcional, voltado para gestão em saúde e formação de preceptores.

“Não adianta ter o melhor conhecimento médico se não souber acolher as pessoas”, constata. Segundo o residente de 27 anos, é preciso se “despir” da posição de autoridade do médico como o único detentor da verdade: “A gente não é mais importante que o paciente. O médico é só o condutor do cuidado. Inclusive é preciso ter a sinceridade de falar: “Eu não sei o que você tem, mas a gente está aqui para descobrir junto”, pontua.

O que levou o jovem estudante a escolher o caminho da MFC, desde a graduação, em contato com os professores que atuavam no SUS, foram as histórias das pessoas. “Uma coisa que me chamava a atenção era a conversa, poder ouvir uma história, algo que não encontrava tanto nos ambulatorios de outras especialidades, muito centrados na doença”, relembra.

Antonio também reforça que o paciente não pode ser visto de forma isolada. “Ele é o lugar onde mora, as pessoas com quem convive, o trabalho, o lazer”, afirma. Porém, o maior desafio, segundo o residente, é entender que em muitas dessas questões não se consegue intervir em nível individual. “Isso é algo que traz muita angústia, principalmente nos casos que a gente vê sofrimento mental associado ou que estão relacionados a alguma questão social em que não temos poder de ação individual”.

Antonio atua na equipe Conselheiro, que abrange outra parte do Morro dos Macacos, ao lado da área coberta por Beatriz, a Petrocochino. Ele faz questão de lembrar que não existe saúde da família sem trabalho multidisciplinar. “Promover saúde e prevenir doenças não é uma tarefa somente do médico. A gente previne, promove e trata condições de saúde com os enfermeiros, os nutricionistas, os educadores físicos, com os ACS — que são fundamentais para trazer essas informações que a gente não tem dentro do consultório”, destaca.

O médico apaixonado por histórias diz, no entanto, que muitas vezes, por conta das pressões cotidianas, há um risco dessa escuta ficar para trás. “Existe muita cobrança das metas, por atendimento individual, médico centrado. E isso acaba deixando de lado outras ferramentas muito importantes para o médico de família”, avalia. Ainda assim, ele aposta: “Todo mundo merece um médico de família pra chamar de seu.”

5. A PARTILHA

Em roda, as pessoas aguardam o início da atividade. Há um clima de expectativa no ar. “O que vocês entendem por autocuidado?”, pergunta Beatriz. Alguns se olham, curiosos. Outros não sabem o que responder. Aos poucos, vão surgindo algumas palavras, que ela escreve em um quadro para não esquecerem: conversar; dançar; respeito consigo mesmo; alimentação saudável; lazer; atividade física; vaidade; espiritualidade; vida social.

Talvez alguns daqueles homens e mulheres reunidos ali, a maioria idosos, nunca tenham parado para pensar sobre essa questão. “A gente está sempre correndo muito, ou com a cabeça lá atrás. Difícilmente paramos para focar no presente”, comenta Beatriz, para estimular o debate.

Eles são convidados a fechar os olhos e a fazer um exercício de meditação. A prática é parte das atividades do grupo de saúde que a médica promove todas as sextas-feiras à tarde, no Maria Augusta Estrella. Cada residente deve escolher um tema para trabalhar com os grupos de educação em saúde, reforçando a ideia de que a saúde da família acontece no coletivo, pela partilha de vivências.

Ao final da atividade, a médica convida os participantes a plantarem uma semente, num gesto simbólico de assumir a responsabilidade com o autocuidado. Esse ato fala muito também sobre o principal aprendizado que Beatriz afirma ter recebido da MFC. “Aprendi a enxergar que a pessoa tem autonomia sobre a sua saúde. Ela mesma é quem é mais capacitada para dizer porque ela adocece e porque tem saúde”, afirma.

Na faculdade, o que se aprende é que tudo se resolve com uma prescrição, relata. No entanto, isso é um engano. “Sem entender todo o meio em que a pessoa está inserida, a comunidade, o território, a família, o trabalho, nós nunca vamos compreender o que ela está querendo nos dizer”, ressalta. “Às vezes a pessoa só vai querer falar. Ela só quer se sentir ouvida, só quer que você a escute”.

O médico ou a médica de família e comunidade deve romper com a ideia de que sabe tudo ou de que tem todas as respostas. “É preciso sair da postura de que a gente tem algo a ensinar para as pessoas e entender que mais aprendemos com elas. A própria pessoa ensina a gente a cuidar dela”, afirma a residente.

Nos encontros e desencontros, nas ruas e nas casas, no consultório ou nos espaços públicos, a verdade é que não se faz saúde sozinho. “É preciso ter vontade de escutar, de caminhar ao lado”, completa Beatriz. Para quem vive a saúde da família e comunidade todos os dias, esse é um conselho sábio das ruas. 

LIRISMO DA MEDICINA NO SUS

“Trabalhar na ESF é vivenciar, diariamente, a poesia de Guimarães Rosa: coragem para exercer o esquentar e esfriar da vida. É nessa gangorra de disparidades e na vastidão de paisagens que compõem esta nação que a vida surge e se desvanece.

Em três anos, vi e atuei em equipes articuladas que podem gerar elevados níveis de coberturas vacinais e seguimento pré-natal ‘melhor que particular (na fala de pacientes)’. O acompanhamento de novas famílias em sua evolução na literacia em saúde a partir da garantia de pré-natal do parceiro, elaboração de planos de parto e cuidados materno-infantis, por exemplo. A integração ensino-serviço que propicia a fisioterapia em domicílio e atenção personalizada à pessoa idosa.

É na ESF que se potencializa o comprometimento de transferir o conhecimento em saúde, mediante divulgação científica, fortalecendo e dignificando famílias e comunidades.

[Depoimento de Ana Izabel Nascimento Souza, residente em MFC pela Universidade Federal de Sergipe (UFS) na cidade de Lagarto, no centro-sul do estado, enviado à Radis]



"A saúde da família capilarizou o SUS"



FERNANDA ANDRADE

Nos corredores da Clínica da Família, acontece o encontro. Sem hora marcada. Uma paciente avista a médica de família e comunidade, Brenda Costa, puxa uma conversa e logo a prosa se torna um relato de uma situação cotidiana, um pedido de orientação, um bate-papo sobre saúde. Encontros como esse que extrapolam o espaço do consultório acontecem no botequim, na padaria, na calçada, na praça ou no ponto de ônibus — e como ressalta a médica, fazem parte da potência da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do próprio SUS.

Entre tantos encontros, marcados ou não, a medicina de família e comunidade (MFC) precisa exercitar o que Brenda chama de evidência científica do “minuto de ouro” — “quando a gente escuta sem interromper uma pessoa por um a dois minutos”. “Existe forte possibilidade dessa pessoa dizer tudo que ela precisa sem você precisar perguntar nada”, pontua.

Esse exercício de escuta envolve ainda a compreensão de que saúde da família não é somente sobre tratamento de doenças. “A gente cuida de todo o ciclo de vida”, afirma. Professora do Departamento de Medicina Integral e Familiar da Universidade do Estado

do Rio de Janeiro (UERJ), co-coordenadora e preceptora da Residência em MFC da mesma Uerj, a médica mineira Brenda Freitas da Costa integra a diretoria de comunicação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

Ao celebrar os 30 anos da Estratégia Saúde da Família (ESF), ela ressalta à *Radis* que o principal legado deste modelo foi levar o direito à saúde aos lugares mais ermos possíveis, dos espaços urbanizados à zona rural. “A gente conseguiu capilarizar o SUS para os territórios diversos do Brasil”, destaca a médica, que estudou o tema em seu mestrado em Atenção Primária à Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Médica do SUS com orgulho, Brenda atua, há seis anos, na Clínica da Família Ana Maria Conceição dos Santos Correia: primeiro, como residente; e, atualmente, como médica de família e comunidade e preceptora da Uerj. A unidade fica aos pés do chamado Morro do Trem, em Vila Kosmos, na Zona Norte do Rio de Janeiro. Na conversa com *Radis*, ela lembra que nenhum médico ou médica promove saúde sozinho. “Sem os agentes comunitários, a gente seria só médicos sentados atrás de uma cadeira”.

Qual o legado dos 30 anos da ESF para o SUS?

O legado mais importante é que a gente conseguiu capilarizar o SUS para os territórios diversos do Brasil. Isso fez a gente instituir o direito à saúde nos lugares mais ermos possíveis, tanto nos espaços urbanizados quanto na zona rural, nas populações ribeirinhas, nos povos originários. A atenção primária à saúde no Brasil, que é a ESF, muda às vezes o nome para outro tipo de estratégia, mas chegou nesses territórios mais diversos do Brasil. Até 2023, a gente tinha 45 mil equipes, isso é um legado importantíssimo.

Como preparar esse profissional médico para atuar com MFC?

A gente tem quatro princípios que são pilares. O primeiro é de que somos clínicos qualificados. Muita gente confunde com generalista. Generalista é o médico que acabou de se formar. A gente passa por mais dois ou três anos de estudo para se tornar médico de família e comunidade. Essa é uma diferença importante. A gente é um clínico qualificado para atender a população. Nesse sentido, o segundo princípio é de que a gente é recurso para essa comunidade. Se na minha comunidade tem uma pessoa com uma doença rara que precisa de um especialista, eu me torno especialista nessa pessoa, na sua necessidade. O terceiro princípio é de que a gente tem as nossas práticas orientadas pela comunidade e, para isso, precisamos fazer um diagnóstico comunitário.

E o que seria esse diagnóstico?

Se aqui nesse território que você está me visitando, o Morro do Trem, tem uma população de pessoas que trabalham com mototáxi maior do que no território vizinho, a gente precisa olhar para isso para fazer ações de educação em saúde, prevenção e promoção. Já se estou em outro território, no interior de Minas Gerais, em que não há tantas pessoas usando moto, e sim tração animal, a gente tem que abordar outras questões. E o quarto e último princípio é de que as nossas práticas são construídas baseadas no vínculo e na relação médico-paciente. É muito importante se aproximar das pessoas nesse contexto de intimidade. A gente vai até a casa delas, conhece todos os membros da família e fica durante anos nesse território. Conheço o bebê que nasceu; esse bebê se torna criança, cuido dessa criança; depois se torna adolescente; quando adulto, engravida, a gente faz o pré-natal; depois se torna um idoso. A gente cuida de todo o ciclo de vida.

Qual é a importância de se ter um médico de família e comunidade na ESF?

A nossa prática é baseada em uma orientação individual, familiar e comunitária. Isso quer dizer que olhamos para a comunidade como um todo. A ESF olha para essa família como um núcleo de pessoas que vão adoecer ou ficar saudáveis. Não é sobre cuidado de doenças, é de

pessoas que vão viver um ciclo de vida inteiro. A ESF é territorializada. Isso quer dizer que cada território onde tem uma Unidade Básica de Saúde é fragmentado e conta com uma equipe de saúde da família (eSF) responsável por esse pedaço do território — a gente chama isso de responsabilidade sanitária. Todo mundo que mora nas ruas onde sou a médica está sob minha responsabilidade. Essa lógica é muito importante para a gente entender a sua pergunta: uma pessoa generalista não desenvolveu na graduação as habilidades e competências para cuidar dessa comunidade. O médico generalista se atém muito à clínica, ele fica muito dentro do consultório. A gente tem esse treinamento para coordenar o cuidado de uma comunidade.

Em sua pesquisa de mestrado, você fala que o cotidiano da ESF é um encontro entre profissionais e usuários. Que aprendizados e possibilidades surgem desses encontros cotidianos?

A gente está no território e no cotidiano das pessoas. Às vezes, alguém vai pegar um pão na padaria e lembra que a receita está vencendo e passa aqui para já fazer o pedido. Isso faz a gente estar inserido no cotidiano das pessoas que vão e vêm nesse território. Eu sou médica de família e comunidade, já fiz mestrado, sou professora universitária, mas quando estou aqui eu sou uma profissional do SUS encontrando outra pessoa. E a gente olha para a Política de Humanização do SUS, que prescreve que todo encontro precisa de um acolhimento, porque essa pessoa que está vindo aqui, ela entra em um espaço de direito à saúde. Esses encontros nos corredores extrapolam o espaço do consultório. Quando a gente está no território, o encontro com o cotidiano das pessoas é marcado por várias outras coisas. Às vezes a gente encontra um paciente no boteco tomando uma cerveja, ele pergunta, interage com a gente, a partir desse vínculo e de outra perspectiva.

Qual a importância da equipe multiprofissional no dia a dia da ESF?

Não é só o médico. Estão inclusos os agentes comunitários de saúde, os profissionais da enfermagem, a equipe de saúde bucal e outros. É como se a gente fosse um corpo só. E, nesse corpo, as pernas e os braços são compostos pelo agente comunitário de saúde, que está lá batendo perna no território para falar com as pessoas. No coração, vejo a enfermagem, que é esse cuidado que existe para além das técnicas. E a medicina está pensando junto com todo mundo, mas não no sentido de que ela é a única pensadora, mas no sentido de que às vezes ela não é necessária. E é ótimo quando um paciente vem e não precisa do médico, porque a relação do médico com o paciente é medicalizadora. Ela traz em si esse conceito biomédico. A MFC está baseada em outro paradigma, que é o sistêmico: buscamos trazer o funcionamento da equipe para um sistema. (LFS) 

MUITO ALÉM DO POSTINHO

Enfermagem de família e comunidade é um dos pilares da Estratégia Saúde da Família no Brasil e ainda necessita de valorização

BRENO ESAKI / AGÊNCIA SAÚDE DF



Equipe de enfermagem orienta mãe sobre amamentação

Enfermeira de família e comunidade atende criança em unidade básica de saúde



BRITO / AGÊNCIA SAÚDE DF

Em 2004, quando concluiu a graduação em enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Renata Barros já sabia que a área hospitalar não era a que mais vibrava em seu coração. Ela queria interagir, tocar a vida das pessoas, se envolver de forma integral com a saúde da população que iria assistir. “Porque eu gosto da interação, de poder conversar, estar perto das pessoas”. Sabia também que dessa forma iria na contramão da maior parte de seus colegas: “A maioria disputava uma vaga em CTI [Centro de Terapia Intensiva]. Até hoje é um lugar que gosto de passar longe”, conta.

Àquela altura, o campo da saúde da família e comunidade estava praticamente “engatinhando no Brasil”, como ela diz. O então Programa Saúde da Família (PSF) — atualmente, Estratégia — havia completado uma década. “Naquela época ainda tinha poucas oportunidades, mas as que tinham eram minhas, porque eu era a ‘colega do postinho’ [como era chamada pelos demais alunos]”, relembra. Hoje, Renata preside a Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (Abefaco), entidade criada em 2015, que tem o objetivo de incentivar o desenvolvimento da especialidade, por meio da promoção de cursos e congressos e participação em políticas de saúde, por exemplo.

Anos depois e a cerca de 1.500 quilômetros de Porto Alegre, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Daiane Barbosa também se formava enfermeira e tinha a mesma convicção da colega gaúcha. “Desde os 14 anos eu sabia exatamente o que queria fazer”. Ambas, portanto, queriam trabalhar com pessoas, envolvendo-se na vida dos pacientes para além do ambiente hospitalar.

Enquanto Renata, ao sair da universidade, pegou um campo em franca ascensão, com uma política recém-criada e ainda em consolidação, Daiane, formada 12 anos depois, trilhou uma estrada pavimentada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), mas nem por isso sem percalços.

Renata e Daiane são duas dentre as mais de 50 mil profissionais de enfermagem de família e comunidade que atuam hoje no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde. *Radis* conversou com elas sobre suas vivências na saúde da família, rotinas de trabalho, desafios, perspectivas e entraves da especialidade.

RENATA E SUA TRAJETÓRIA NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ao concluir a graduação, Renata optou de imediato por se especializar na atenção primária, em uma área que tinha mais afeição: a saúde da família. E ingressou na residência multiprofissional em saúde coletiva no Centro de Saúde Escola Murialdo, Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

A experiência foi um marco em sua carreira: “A residência me transformou enquanto profissional”, conta. Já no início de 2007, ela começou a trabalhar como enfermeira na saúde da família em Porto Alegre, onde atuou até 2011.

Foi quando algumas amigas a convenceram a participar de outro processo seletivo, para o Rio de Janeiro, que estava expandindo a ESF, e ela se mudou para a capital fluminense, onde trabalhou por dez anos e vive atualmente.

Na mesma época, passou também a atuar no ensino de outros enfermeiros. “Durante esse tempo, fui preceptora no Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, por três ou quatro anos”, conta. Foi quando também aprimorou sua formação, com o mestrado em Atenção Primária na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e o doutorado, em curso, na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), com previsão de término em 2025. “A gente tem sempre que aprender mais”, afirma.

Quando perguntada sobre um fato marcante na carreira, ela cita dois exemplos que mostram como a enfermagem de família e comunidade vai além de consultas ou exames e requer um olhar centrado no ser humano. Um deles diz respeito a uma família em Porto Alegre, composta por uma mãe e cinco filhos — eles viviam apenas da assistência do Programa Bolsa Família e por vezes não tinham o que comer. Nesses momentos, era impossível permanecer neutra e não ser solidária com a família. “Eu tinha um vínculo muito bom com a mãe e as crianças. Era praticamente ‘da família’, fazendo o trocadilho”, recorda-se.

A outra situação ocorreu no Rio de Janeiro e envolveu um filho e seu pai, com Alzheimer. Ela conta que fez duas visitas domiciliares para entender o caso e ajudar na organização da família, mas o simples cuidado lhe rendeu um presente como forma de reconhecimento: “Quando eu saí da equipe, o filho me deixou um livro do Francisco de Assis com uma carta linda, agradecendo o cuidado que eu havia tido com o pai e com ele, e isso me surpreendeu, porque eu não tinha percebido o quanto tinha sido importante para aquela família”, relata.

DAIANE E A INSPIRAÇÃO QUE BATIA À PORTA

Daiane se graduou em 2016 e já soma oito anos de atuação profissional na atenção primária, dedicando-se à saúde da família e comunidade. Foi durante a adolescência, em um momento familiar difícil, que ela escolheu a profissão que queria seguir: “Na minha juventude, eu cuidei da minha avó, com câncer, até o falecimento. E quis ser enfermeira, porque eu vi uma enfermeira de saúde da família indo na minha casa, trocar a bolsa de colostomia da minha avó, me ensinar a cuidar dela, como fazer o curativo, e esse trabalho me inspirou”, narra. Hoje é ela quem inspira outras pessoas.

Na saúde da família, ela já atuou em três unidades da Zona Oeste carioca — Senador Camará, Realengo e Guaratiba, onde está lotada atualmente. Já em 2017, no ano seguinte à sua formatura, ingressou no Programa de Residência de Enfermagem em Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, onde atualmente também é preceptora.

Assim como Renata, Daiane é mestre em atenção primária pela UFRJ. Além disso, especializou-se em saúde mental e é estomaterapeuta [prática dedicada ao cuidado de pacientes com feridas, fístulas, cateteres, drenos e incontinências urinária e anal]. “Estou muito voltada para o cuidado de pessoas com lesões crônicas. Com isso, me tornei responsável pela sala de curativo e acompanhei diversos casos de pacientes que tiveram lesões por muitos anos e conseguiram cicatrizar”, relata.

Foi na pandemia de covid-19 que ela se viu diante de um desafio que diz ter marcado sua carreira. “A gente estava voltando os esforços para a pandemia e mesmo assim conseguimos dar conta de atender a outras demandas, como as doenças crônicas”, explica. “Lembro que cheguei a atender 600 pessoas em um dia. Mesmo nesse contexto todo, a gente conseguiu passar por isso e dar assistência não só aos pacientes que tinham covid, mas também aos demais”.

Daiane almeja que toda a população possa, de fato, usufruir dos cuidados praticados na saúde da família, no âmbito do SUS: “Gostaria que todas as pessoas tivessem acesso à atenção primária, que ela fosse a primeira opção, de fato a porta de entrada no sistema, na rede de atenção, e que a gente tivesse 100% de cobertura. Desde os lugares mais remotos da periferia até a Zona Sul [referindo-se à geografia socioeconômica do Rio de Janeiro como exemplo]. Esse seria meu sonho dourado”, revela.

UM OLHAR ESPECIALIZADO

Renata e Daiane são duas entre as dezenas de milhares de enfermeiras com residência em Saúde da Família e Comunidade no Brasil. Mas qual a diferença entre um profissional com essa especialização e um generalista? “Para a Abefaco, a residência é o padrão ouro, o caminho que a

gente orienta para a pessoa que quer ser uma enfermeira de família e comunidade”, explica Renata, ainda que não haja impedimento legal para que um enfermeiro sem especialização ou de outra área atue na ESF.

“A diferença está na qualidade técnica, na formação”, destaca. Quando se leva em conta as atribuições desses profissionais, como acompanhamento de pré-natal, crianças, idosos e vários programas e tratamentos feitos por enfermeiros de família e comunidade, o diferencial no olhar e na formação começa a surgir.

“Se eu atuar como enfermeira de família sem ter feito uma residência, por exemplo, terei dificuldade no início. Posso aprender atuando, sim, mas o tempo que isso vai demandar para o sistema é mais custoso e para o paciente pode ser fatal, dependendo das circunstâncias”, alerta a presidente da Abefaco.

Para Renata, um dificultador que muitas vezes afeta esse aprimoramento das equipes de saúde da família são questões orçamentárias, já que profissionais mais qualificados demandam salários maiores e nem sempre os gestores municipais compreendem essa importância ou estão dispostos a ampliar o investimento. Renata frisa, no entanto, que é preciso priorizar a qualidade do serviço ofertado e melhorias para o SUS: “Saúde não é mercadoria, o dinheiro investido não é gasto. Quando há um especialista, vai se gastar um pouco mais com o salário dele, mas vai ter um atendimento melhor à população”, pondera.

O LUGAR DA ENFERMAGEM NA ESF

A visão que se tinha da saúde da família, nos seus primórdios, era de que ela fazia o chamado “atendimento do postinho” — mas o modelo vai muito além disso, pois atua em rede, com equipes multidisciplinares, e com uma relação direta com a comunidade.

EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS

Arte educador, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista são alguns dos profissionais de saúde que também trabalham na atenção primária do SUS. Eles integram as Equipes Multidisciplinares em Atenção Primária à Saúde (eMulti), que atuam de modo integrado e complementar à saúde da família, e também a outros modelos de equipe, como a do Consultório na Rua e a da Unidade Básica de Saúde Fluvial.

Chamadas inicialmente de Nasf (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), quando foram criadas, em 2008, essas equipes são responsáveis por determinada população e território e trabalham em conjunto com as equipes de Saúde da Família (eSF), além de fortalecer as articulações com outros setores, como educação, serviço social, cultura, lazer e esporte. Na edição 260 (maio de 2024), *Radis* mostrou como é o dia a dia de uma psicóloga que atua em uma Clínica da Família. Depois de uma série de ataques a esse modelo de trabalho multidisciplinar nos últimos anos, inclusive com o congelamento de repasses depois de 2019, essas equipes voltaram a receber investimentos do Ministério da Saúde, em 2023, e passaram a ser chamadas de eMulti.



Ô de casa!

Equipe de saúde da família visita moradores da favela Sol Nascente, uma das mais populosas do Distrito Federal

A presidente da Abefaco exalta o modelo de atenção primária à saúde (APS) exercido no Brasil, tido como referência até para países desenvolvidos, e aborda o papel da enfermagem de família e comunidade para o funcionamento dessa engrenagem. “No Brasil, temos a ESF dentro de um modelo de atenção primária e a gente precisa reforçar e proteger esse modelo”, diz.

Renata destaca ainda que a mudança de Programa de Saúde da Família para Estratégia elevou a APS no Brasil [Veja a linha do tempo dos 30 anos da Saúde da Família na página 14]. “Não é só um nome, é uma política. A gente tinha uma atenção primária mais seletiva, que atuava por programas”. Ela explica que o antigo formato limitava os atendimentos. “Não há mais uma atuação por programas, em que havia o dia da puericultura, o dia do pré-natal, o dia da pessoa com diabetes. Começamos a receber essas demandas do usuário no dia a dia da saúde da família”.

“Passamos a fazer tratamentos que antigamente não eram realizados no PSF, apenas se referenciava [para atenção especializada], como exames de HIV e hepatites. Ampliamos a gama de trabalho da atenção primária na saúde da família”, ressalta. Se a expansão do acesso foi benéfica para a população, por outro lado esse aumento de demanda resultou em outro gargalo para os profissionais: o número de pessoas atendidas por cada equipe multidisciplinar cresceu muito.

“A gente tem uma orientação de 3,5 a 4 mil usuários por equipe que ainda vem do antigo modelo do PSF, quando a gente atuava por caixinhas, e conseguia prever melhor as necessidades da população”, avalia. Com o modelo da ESF, os profissionais teriam que diminuir o

número de atendimentos para ofertar mais qualidade nesses acompanhamentos — o que volta a esbarrar no orçamento.

“Sempre precisamos bater nessa questão: o financiamento da saúde. Se não oferecermos saúde de qualidade à população, vamos gastar ainda mais”, analisa. Se uma pessoa com diabetes não realiza o acompanhamento adequado, por exemplo, ela vai chegar ao sistema público quando apresentar uma complicação, como uma amputação. “Quando a atenção primária deixa de ser uma caixinha, precisamos ter menos pessoas atendidas por equipe para dar conta de um cuidado ampliado”, afirma.

Ainda assim, Renata acredita que, no senso comum, a enfermagem não é vista com o protagonismo que lhe é atribuído na ESF. “Quando a gente pergunta para uma pessoa leiga o que ela vê como enfermagem [a resposta é]: ‘Uma enfermeira vacina, medica, aplica injeção’. A população pensa que a enfermagem é só procedimento. Ela não associa a profissão ao atendimento, à consulta, a exames”. E completa: “Geralmente a população só tem acesso a essa enfermagem que faz consulta e tratamento, que prescreve medicação, que faz exames, pela saúde da família”, constata.

DESAFIOS E DIFICULDADES

Além do financiamento adequado da atenção primária, Renata pleiteia também a valorização dos profissionais de enfermagem de família e comunidade em relação às distorções salariais que ainda ocorrem. “Em um sistema em que a gente tem um cuidado compartilhado e multidisciplinar, não



Daiane Barbosa inspirou-se nos cuidados recebidos por sua avó para tornar-se enfermeira de família e comunidade

cabe mais uma diferença salarial estratosférica da enfermagem em relação às outras categorias profissionais, sendo que o cuidado da enfermagem é tão complexo quanto os outros”, afirma.

Para Daiane, um dos principais desafios desse campo de atuação é a necessidade constante de aprimorar a formação. “A gente está vivendo um aumento do escopo de atuação do enfermeiro e os profissionais precisam se atualizar constantemente”, avalia, destacando a necessidade de educação permanente.

Ela também aponta a vulnerabilidade de territórios em que muitas das unidades básicas estão instaladas. “Outro grande desafio é a gente dar conta de um território que permeia tantas situações de vulnerabilidade, que perpassam questões de escolaridade, de gênero, de raça. Às vezes a gente não consegue dar conta, na atenção primária, da desigualdade social das áreas onde atuamos”, desabafa.

“Como levar saúde num lugar destituído de direitos?”, questiona. “Às vezes, nós somos o único aparelho social do Estado dentro do território. Não tem dispositivo de lazer, não tem outras opções para essa população. Desempenhar esse papel é importante e muito complexo”, reflete.

A enfermeira aponta problemas em relação a repasses de verba baseados em metas com indicadores frágeis ou pouco confiáveis. “Ter um repasse que considere somente, de forma crua, indicadores de saúde, sem uma base de dados que seja fidedigna e não leve em conta as características do território é complexo”, aponta. E exemplifica com uma situação concreta: “Posso ter feito tantos pré-natais e não terem sido de qualidade. Ou posso não ter feito tantos pré-natais por questões que não podiam ser modificadas, como abortos ou casos de má formação fetal, algo que eu não poderia evitar, e aí o meu indicador cai”, critica.

Daiane se diz favorável ao uso de indicadores, mas ressalta que eles precisam dialogar com diferentes realidades, além de apontar a necessidade de se ampliar a confiabilidade dos dados e que os prontuários se comuniquem entre as unidades. “Isso ainda falta avançar”, analisa.

REFLEXOS DA PANDEMIA

Durante a pandemia de covid-19, para manter a rotina de atendimentos, foi preciso se ajustar à nova realidade. “A gente mudou a lógica de atendimento. Começamos a utilizar recursos com os quais não estávamos acostumados: a fazer telemonitoramento [ligar para os assistidos para acompanhar o estado de saúde] e utilizar a tecnologia digital para conseguir falar com os pacientes”, conta Daiane.

Mesmo com as restrições, ela se orgulha de uma marca importante: “Nesse período, a gente não teve nenhuma morte materna”. E reconhece que a equipe fazia o que era possível nas condições atípicas de uma pandemia: “A

nossa assistência não estava da melhor qualidade, o tempo de consulta tinha que ser menor, a gente tinha que fazer as coisas mais rápido, tinha mais gente para ser atendida, mas mesmo assim a gente conseguiu dar conta”, relembra.

Já Renata afirma que a crise sanitária global alterou a rotina da sua unidade. “A gente precisou focar muito mais no agudo do que no crônico. O nosso foco não era mais a prevenção ou promoção à saúde e sim as demandas espontâneas de uma pandemia desconhecida”. Para ela, deixar de fazer esse acompanhamento longitudinal — “desde o nascimento até a pessoa ficar idosa” — foi uma mudança drástica.

“Você fica um tempo sem fazer acompanhamento de doenças crônicas e quando volta tem uma demanda reprimida absurda. Aparecem doenças crônicas em estado mais avançado, porque não conseguimos mais acompanhar essas pessoas. Isso dá um nó”, relata. Segundo a presidente da Abefaco, essa ainda é uma questão a ser discutida e pensada: “Como vamos cuidar dessas pessoas com doenças crônicas que ficaram para trás na pandemia, como a gente vai trazer de volta essas pessoas, como vamos ofertar esse cuidado que foi interrompido?”

1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Após décadas de espera, os profissionais da enfermagem de família e comunidade realizaram o sonho de ter o seu primeiro congresso. Entre os dias 14 e 16 de novembro, cerca de mil congressistas — entre enfermeiros e enfermeiras, graduandos, técnicos e auxiliares de enfermagem, gestores e trabalhadores de outras áreas da saúde — passaram pelo campus da Unirio, durante o 1º Congresso Brasileiro de Enfermagem de Família e Comunidade (CBEFC), um marco histórico para a categoria. O tema do congresso é também um lema para esses profissionais — Enfermagem de família e comunidade: em todos os lugares, para todas as pessoas!

“O congresso representa uma questão política, social e cultural. São 30 anos da Estratégia Saúde da Família. A enfermagem comunitária já atuava antes da estratégia e esse momento tem uma importância histórica, no intuito de fortalecer a categoria, de estarmos juntos e mostrarmos a nossa potência”, afirmou Renata Barros, presidente da Abefaco, entidade organizadora do evento em parceria com outras instâncias, como o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Pelos corredores, estandes, salas e auditórios da Unirio, os congressistas participaram de quase 40 mesas, com mais de 120 temas, cerca de 30 oficinas e 14 cursos de curta duração, sobre práticas como inserção de DIU, suturas simples e preceptoria na atenção primária. Também aconteceram debates sobre a construção coletiva de um currículo geral baseado em competências da enfermagem de família e comunidade, outro passo importante para a especialidade.



Renata Barros é enfermeira de família e comunidade e atualmente preside a Abefaco

“A gente tem enfermeiros de vários locais do país, com experiências muito diversas, e esperamos que esse espaço ajude a suscitar novas ideias e trocas”, afirmou Rogério Bittencourt, vice-presidente da Abefaco, à *Radis*. “São encontros muito importantes para aumentar a potência das equipes de saúde da família pelo Brasil”, concluiu. Sonho antigo da associação, o 1º CBEFC ainda demorou um pouco mais do que o previsto, por conta da pandemia. Para Renata, a realização do evento presencial era fator inegociável, justamente para promover encontros, trocas e interações.

Na noite do dia 14/11, na abertura oficial do congresso, Renata fez uma fala de agradecimento e exaltou a multidisciplinaridade que marca a ESF — e estava representada naquela mesa. No dia seguinte, as diferentes profissões que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) voltaram a se encontrar em uma mesa temática sobre o fortalecimento da ESF, reunindo a Abefaco, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias (Conacs) e a Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva (Abrasbuco). 

■ LEIA A ENTREVISTA COM RENATA BARROS NO SITE DE RADIS



Mesa de abertura do 1º Congresso Brasileiro de Enfermagem de Família e Comunidade



MATEUS OLIVEIRA / AGÊNCIA SAÚDE DF

UM ACS PARA CHAMAR DE SEU

Agentes comunitários de saúde vão a locais em que outros serviços públicos não chegam e promovem o vínculo do SUS com a população

JESUAN XAVIER

“**N**as minhas andanças, conquistei. Nem sempre essas conquistas foram palpáveis ou visíveis a olho nu. Aprendi muita coisa... Inclusive posso falar da empatia que hoje tento levar a cada um. Depois de certo tempo se adquire saberes de uns, saberes de outros... sou como ‘colcha de retalhos’, e nessa profissão que abençoa, também sou abençoado. Com que missão de honra fui, então, contemplado! Sei que não caminho sozinho, e por isso posso ir mais longe. Com sol ou com chuva, me embrenho onde tiver de ir, seja no morro ou no asfalto, meu desafio é servir.

Nem tudo são flores, nem sempre é poesia, mas fazendo de limões uma limonada, e dos percalços uma oportunidade de crescimento, vou seguindo... pois na utopia da excelência, nunca me vejo parar. Sou o olhar arguto, que mesmo nos erros ou acertos, nunca deixo de sonhar”.

Emocionado, Alex da Costa Pessoa, 44 anos, termina sua entrevista à *Radis* citando a poesia acima, do amigo Carlos Félix, para resumir sua profissão (e missão). “Sou agente comunitário de saúde (ACS) com muito orgulho. Em muitos casos, conseguimos ajudar e acessar locais onde nenhum outro profissional chegaria”.

Alex se soma a aproximadamente 280 mil colegas em todo o país, que atualmente compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF). Contudo, a profissão, extremamente relevante, teve sua regulamentação aprovada apenas em 2023, pela Lei 14.536, sancionada em 20 de janeiro de 2023.

Os ACS atuam na prevenção de doenças e na promoção de saúde em ações domiciliares, comunitárias, individuais e coletivas. Junto com eles, outros 61 mil agentes de combate às endemias atuam na vigilância epidemiológica e ambiental, na prevenção e no controle de doenças e na promoção da saúde. O agente comunitário é considerado uma ponte entre a população local e a rede de saúde pública instalada. Por muitas vezes, conquista tanto a confiança dos moradores que acaba se tornando fundamental nas ações da ESF.

Há 14 anos como ACS na comunidade da Coreia, em Manguinhos, na Zona Norte do Rio de Janeiro, Alex relembra a experiência com uma paciente que tinha uma condição grave nos pulmões: ela precisava tomar regularmente uma medicação e não poderia de forma alguma interrompê-la, colocando em risco sua própria vida. “Ao chegar em sua residência, percebemos uma tosse persistente. Conversando, descobrimos que, por conta própria, ela se liberou e não queria mais ir à unidade para avaliação. Tive que atuar quase como um psicólogo. Hoje, quando a encontro, ela e seus familiares dizem que fui um anjo na sua vida”, relata.



NO TERRITÓRIO E PARA AS PESSOAS

No Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), em Manguinhos, no Rio de Janeiro, Jorge Antonio dos Santos Nadaís, de 40 anos, há 11 trabalha como agente comunitário de saúde. “Não tem como falar de Estratégia Saúde da Família sem a presença do vínculo territorial, sem o agente comunitário de saúde. O ACS é a profissão do SUS que é sinônimo de saúde da família.”

Jorge, no entanto, critica a falta de valorização de sua carreira. “Somos fundamentais, mas ainda vivemos a precarização de nossa profissão. Até hoje, apesar de haver uma consciência coletiva de que trabalhamos enfrentando questões sérias de segurança, de que nossa rotina é atuar dentro de territórios vulneráveis, que andamos também por áreas insalubres, ainda não temos direito sequer a uma aposentadoria especial”.

Ele diz ainda que o ACS sofre o preconceito de trabalhar em áreas carentes e dar assistência a pessoas em situação de vulnerabilidade. “O agente comunitário, apesar de sua relevância para a sociedade, acaba sendo criminalizado por sua área de atuação. Ele é visto de forma invisível nos seus méritos”, aponta.

O reconhecimento, segundo ele, esbarra numa cadeia hierarquizada na figura do médico. “O ACS está lá na ponta, mas nem sempre é visto. Trabalhamos na prevenção de doenças, mas isso infelizmente não é tão valorizado na nossa cultura, nem no nosso próprio sistema de saúde”



A região da Coreia faz parte de um complexo de favelas que sofre há muitos anos com a disputa entre quadrilhas de traficantes e as operações da polícia. Em áreas em que, normalmente, nenhum outro serviço público chega, o ACS cumpre, muitas vezes, o papel do Estado na assistência à saúde da população. “O fato de ser um morador da região nos permite transitar de forma mais tranquila por áreas complexas. Conseguimos quebrar a desconfiança do morador e agir de maneira mais eficaz na prevenção de doenças”, explica Alex.

Apesar da escalada da violência, que dificulta muito o trabalho, ele se mostra esperançoso. “Sei que não conseguimos sanar todos os problemas da comunidade. Sei que não dá pra fazer promoção e prevenção como antes. Mas sei também que o ACS faz muita diferença na atenção básica do Rio de Janeiro”.

ACS SE TORNAM POLÍTICA PÚBLICA NO FIM DOS ANOS 80

Foi na década de 1980 que uma nova categoria de trabalhadores começou a ganhar destaque e importância na prevenção e promoção da saúde, principalmente naquelas regiões e comunidades mais distantes e carentes. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) começou a ser implantado pelo Ministério da Saúde em 1991, a partir de iniciativas que existiam em alguns estados desde o final dos anos 80 [Leia entrevista na página 30]. Atualmente, o PACS é considerado parte da Estratégia Saúde da Família.

Mesmo sem a valorização profissional merecida, Jorge não troca seu trabalho por nada. “O agente comunitário trabalha numa perspectiva de pessoalidade. O que nos move são as pequenas conquistas, os pequenos testemunhos, os elogios dos usuários”, afirma. Segundo ele, isso é o que gratifica a função, até mais do que o próprio reconhecimento financeiro. “Trabalho no território e para o território. Isso se soma à equação e nos motiva a continuar”, pontua.

Ele cita um caso recente para ilustrar o orgulho de ser um ACS. “Numa visita de rotina, identifiquei um sinal de risco. Emergência mesmo. Ao dar a orientação correta, sei que ajudei a reduzir o risco de morte. Uma vida não tem preço. Isso é nosso trabalho e está acima de qualquer valor”.

O QUE OS ACS FAZEM?

O agente comunitário de saúde (ACS) é um dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional da ESF nos serviços de atenção básica à saúde e desenvolve ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, tendo como foco as atividades educativas, nas moradias e em contato com as pessoas. É o profissional que realiza a integração dos serviços de saúde da atenção básica com a comunidade.

O agente de saúde visita residências, orienta moradores, verifica condições de saneamento, distribui materiais informativos e acompanha pacientes com doenças crônicas. Além disso, acompanha pessoas com doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, monitorando suas condições e informando sobre a importância do tratamento contínuo. Também está atento a sinais de possíveis surtos de doenças, alertando as autoridades de saúde.

“SOMOS IMPORTANTES NO SUS”

A leste da ilha de São Luís, no Maranhão, está localizada a Cidade Olímpica 1. Fundada em 1996, fruto de movimentos liderados por pessoas sem teto, o bairro conta com três unidades de saúde da família. Uma delas, o Centro de Saúde Antônio Carlos Sousa Reis, atende a até 10 mil pessoas por mês.

Lá atua a agente comunitária de saúde Rejane Maria Batista dos Santos, que há 24 anos cumpre essa função. “Nós, os ACS, fazemos a integração entre a população, os serviços da atenção primária e a saúde da população em geral. Somos importantes na implantação e no sucesso do SUS”.

Rejane diz que, em 2024, trabalhou intensamente na campanha de vacinação contra a dengue. Ela conta que visitou muitas residências verificando os cartões, principalmente das crianças, para atualizar e convencer os pais a levarem seus filhos à unidade de saúde. “A dengue, assim como em outros estados do país, voltou com força total”, relata.

Ela afirma também que, de uns anos pra cá, um dos focos principais tem sido a atenção ao pré-natal, uma vez que o Maranhão ocupa a terceira posição em casos de mortalidade

infantil. “Visitamos as residências, esclarecemos as dúvidas, acompanhamos de perto a gravidez e a saúde das mulheres”, descreve.

Rejane destaca a proximidade com os moradores como um diferencial da sua profissão. “A chave de ouro é a confiança que essas pessoas depositam na gente. Não é qualquer um que consegue bater na residência dos outros e ser bem recebido. Lógico que há exceções, mas, no geral, os moradores entendem nosso trabalho e se mostram muito agradecidos”.

PROTAGONISTAS NOS 30 ANOS DE ESF

“Os agentes comunitários (ACS) foram e, ainda são, os protagonistas e testemunhas desses 30 anos da Estratégia Saúde da Família (ESF)”. A afirmação foi feita pela presidente da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs), Ilda Angélica, durante seminário promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em 11 de outubro, para celebrar os 30 anos da ESF.

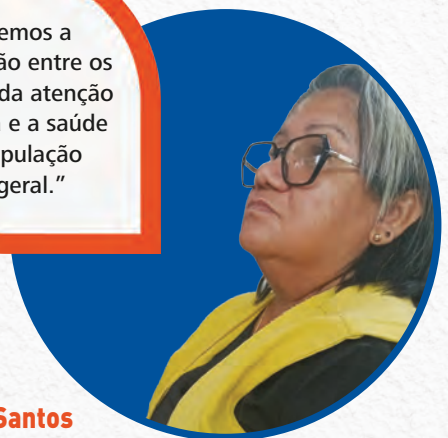
À frente da Conacs desde 2016 — antes já havia sido vice-presidente da Confederação em duas diretorias —, Ilda costuma dizer que não existe SUS sem ACS. Ela alertou para a necessidade de realização de concursos públicos para repor aposentadorias e cobrir novas áreas. “Quando temos alguma região sem a presença ou a atuação de um agente comunitário, colocamos em risco toda a Estratégia Saúde da Família”.

No evento “30 Anos da ESF no SUS: efeitos no acesso e na saúde da população”, uma parceria da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (APS) com o Observatório do SUS (Ensp/Fiocruz), Ilda enfatizou que o agente comunitário precisa novamente ser o grande responsável por semear a informação e trabalhar na recuperação das coberturas vacinais. No passado, segundo ela, os ACS tiveram um importante papel no convencimento dos benefícios da vacinação. “Hoje vemos o retorno de doenças erradicadas simplesmente porque as pessoas não estão se vacinando”.

A presidente do Conacs demonstra também mais uma preocupação: o desvio de função do agente comunitário de saúde. “Atualmente vemos que os ACS passam muito tempo dentro das UBS para fazer recepção, acolhimento e atividades administrativas. O papel do agente não é apenas esse. Ele precisa estar no território, vigilante e atuante junto à população”.

“Fazemos a integração entre os serviços da atenção primária e a saúde da população em geral.”

Rejane dos Santos



ACERVO PESSOAL

ROQUE ONORATO: O ACS QUE É DOUTOR

ADRIANO DE LAVOR

ACERVO PESSOAL



CAPA RADIS

“Boa tarde, Adriano! Eu lembro, sim, da entrevista. É um prazer falar com você de novo”. A mensagem, enviada pelo celular, era uma resposta ao meu pedido feito ao agente comunitário de saúde Roque Onorato, para que a gente atualizasse a conversa que tivemos em 2009, quando fiz a cobertura do 2º Encontro Nacional de Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias em Valença, no Sul da Bahia (*Radis* 82).

Uma resposta ágil e assertiva dada por um homem que, aos 86 anos, ainda é uma referência para os colegas de profissão que ele mesmo abraçou quando já passava dos 50 anos de idade. No momento da primeira conversa com *Radis*, em 2009, seu Roque havia acabado de se aposentar e recebia as homenagens devidas dos colegas, que viam em sua figura, altiva e acolhedora, uma referência pessoal e profissional.

Na conversa recente, em novembro de 2024, ele explica que, apesar de aposentado, continua na lida: “Hoje estou com mais trabalho do que quando estava na ativa”, diz ao telefone, direto de Valença, informando que no momento aguarda a definição da nova gestão municipal — que assume em janeiro de 2025 — para conclusão de um trabalho de mapeamento dos agentes comunitários de saúde e de endemias.

“Continuo cuidando do povo, daquelas pessoas que mais precisam”, afirma, dizendo se sentir grato por ajudar a colocar em prática o que existe nos programas e políticas de saúde, mas que, em muitos momentos não é

executado, em parte por falta de interesse, em parte por falta de recursos ou conhecimento. “Minha formação é de agente comunitário, mas passei a estudar muito a educação popular em saúde depois que me aposentei”, conta.

Seu Roque, que foi presidente do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) de Valença e dos municípios da região, é hoje presidente de honra da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias (Conacs) e integrante da federação baiana dos agentes, que ajudou a fundar. Seu cotidiano se divide entre as reuniões com lideranças, algumas palestras em eventos onde relata sua experiência e viagens a Brasília, fazendo parte das lutas pelas melhorias de condições de trabalho da categoria.

Pelas suas contas, são 32 anos de trabalho como ACS, mas ele faz questão de frisar: “Até hoje não deixei de ser agente”. 

■ LEIA O PERFIL COMPLETO NO SITE DE RADIS

“O agente de saúde ajudou o SUS a nascer”

Carlile Lavor, ex-coordenador da Fiocruz Ceará, fala sobre as origens do modelo de base comunitária que revolucionou a atenção primária no Brasil

ADRIANO DE LAVOR

Quando era criança, na cidade de Jucás, no centro-sul do Ceará, o menino Carlile Lavor acompanhava curioso a atuação do pai, farmacêutico, que sempre era convocado a resolver “os casos complicados” de saúde. Corriam os anos 1940 e as condições de vida eram duras. Muitas pessoas morriam por causas evitáveis, principalmente crianças, como ele. Ele decidiu se tornar médico para tentar resolver os mesmos problemas que o pai enfrentava.

Na faculdade, não encontrou as respostas que procurava, até se interessar pela medicina preventiva. Já formado, os caminhos profissionais o levaram ao Distrito Federal, onde, ao lado da esposa e parceira Míria, conseguiu aproximar o conhecimento de saúde da vida das pessoas. Juntos, eles reuniram auxiliares de saúde, em um projeto que seria o embrião dos futuros agentes de saúde. Anos depois, a ideia se consolidou no Ceará, quando selecionaram, contrataram e capacitaram 6 mil mulheres pobres para atuarem em suas comunidades.

“Esse foi o começo dos agentes de saúde”, diz com tranquilidade o sanitarista Carlile Lavor, 84 anos, 60 deles dedicados à medicina. Ao telefone, falando de Fortaleza, ele conta à *Radis* como as origens dos agentes comunitários de saúde (ACS) se confundem com a sua trajetória profissional e de sua esposa, relembra como foi implementar a estratégia no interior do Ceará, no fim dos anos 1980 — destacando a importância de agentes e enfermeiros no processo — e avalia a atual Estratégia Saúde da Família.

“O agente de saúde ajudou o SUS a nascer”, diz, com a mesma convicção que afirma que foi o ACS “o primeiro a levar algo de saúde às famílias pobres”. Pai de quatro filhos e avô de quatro netos, ele continua atuante na Fiocruz Ceará (da qual foi coordenador durante os últimos 14 anos), onde hoje se dedica a acompanhar a formação de pesquisadores, em Fortaleza, a monitorar a saúde da família em Tauá, que

considera “um município-laboratório”, e a colaborar na formação de novos médicos na Universidade Regional do Cariri (Urca), no Crato.

Tudo com a disposição de quem é pioneiro: “Para formar um médico comprometido com o SUS e com a vulnerabilidade de saúde da população, é preciso experimentar”, ensina o mestre, que continua pautando sua atuação na defesa de uma aproximação da saúde com a comunidade: “É difícil alcançar a população e fazer o que o SUS deseja sem saúde da família de qualidade”, defende.

O senhor foi um dos responsáveis pela criação do programa de agentes de saúde, no Ceará, no fim dos anos 1980. Que experiências contribuíram para a construção da proposta?

Fui bolsista no Instituto de Medicina Preventiva do Ceará, enquanto cursava os últimos anos de medicina, na UFC [Universidade Federal do Ceará]. Mas realmente aprendi com profundidade a lidar com as doenças, principalmente as doenças da criança, que eram as que mais me interessavam — no sertão do Ceará, a mortalidade infantil era altíssima — quando fui trabalhar na Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho, no Distrito Federal. A unidade era o hospital-escola da Universidade de Brasília (UnB). Luiz Carlos Lobo [um dos fundadores do curso de medicina da UnB], que havia sido aluno do Chagas Filho [sanitarista Carlos Chagas Filho (1910-2000)], queria implementar algo novo na medicina. Queria formar médicos que atendessem mais a população do sertão, a população pobre, algo que não fosse só o modelo do Inamps [Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, política pública de saúde que vigorava antes da criação do SUS]. Ele procurou formar um médico generalista, capaz de atender de maneira integral à população pobre, que morria em



alta escala, principalmente as crianças. Passei 10 anos na UnB. Foi lá que realmente aprendi sobre as doenças da população pobre.

Quais eram os principais problemas?

Começavam pela desnutrição, seguiam-se infecções (intestinais, de pulmão, de ouvido ou de garganta, nas meninges, sarampo, coqueluche). Esse conjunto de desnutrição e infecções levava geralmente a criança à septicemia e a óbito. Tudo isso a gente acompanhava no hospital em Sobradinho [DF]. Toda criança que morria, a gente estudava as causas e procurava saber como seria possível prevenir. Aprendi que podia prevenir as doenças da criança, porque sabia que essas doenças eram provocadas por situações de família. Mas não sabia como chegar até elas. Foi aí que recebi ajuda da minha mulher, Míria Campos Lavor.

E como ela o ajudou a chegar até as famílias?

Míria era assistente social, também contratada pela UnB. Eu não sabia como chegar às famílias, mas ela sabia. Eu sabia que o aleitamento materno, a higiene e a vacinação eram importantes, mas não como convencer as famílias a fazerem isso. Em Planaltina, a gente participou de um trabalho com o professor Frederico Simões Barbosa [sanitarista pernambucano (1916-2004), um dos primeiros a conduzir estudos epidemiológicos de longa duração], que havia trabalhado com esquistossomose e tinha experiência na Organização Mundial da Saúde. Fizemos uma experiência com os chamados auxiliares de saúde, que seriam os embriões dos futuros agentes comunitários de saúde. Depois de 10 anos em Brasília, eu e Míria voltamos ao Ceará.

E como levaram a experiência dos agentes para o Ceará?

Fomos aprovados em concurso como sanitaristas da Secretaria de Saúde do Estado para trabalhar em Iguatu (distante 360km de Fortaleza), cuidando de 14 municípios. Nós morávamos em Jucás. Em Planaltina [DF], toda casa tinha água, todo mundo ganhava um salário mínimo, todos tinham assistência de um centro de saúde, havia vacina. Em Jucás, não havia nada disso. Então tivemos que adaptar a experiência dos auxiliares de saúde para o interior do Ceará, onde havia outro tipo de doenças, ainda mais complicadas, já que não tinha água, a população era muito mais pobre e a educação também era bem inferior. Ficamos lá sete anos, quando o governador Tasso Jereissati me chamou para ser o secretário de saúde do Estado, em 1987.

Como aconteceu?

Já dominávamos muito bem a experiência de trabalho com os agentes de saúde. Logo no começo do governo, tivemos a oportunidade de contratar 6 mil mulheres para serem agentes. Uma estratégia muito simples. Eram todas mulheres muito pobres, mas com duas qualidades importantíssimas: primeiro, uma relação muito boa com as vizinhas, para poder conversar com elas; segundo, tempo. Precisavam passar o dia caminhando, de casa em casa. O primeiro trabalho das 6 mil mulheres foi encontrar todas as gestantes, trazê-las para fazer o pré-natal e ligá-las ao sistema: conversar sobre saúde, vaciná-las e orientá-las sobre como cuidar das crianças quando nascessem. Esse foi o começo dos agentes de saúde.

“É difícil alcançar a população e fazer o que o SUS deseja com a medicina mais especializada, sem saúde da família de qualidade.”

VÍCTOR BRAGA/UFCE

Carlile e sua esposa
Míria Campos, falecida
em 2020: uma história
de vida dedicada ao SUS



Qual a contribuição das mulheres na construção dessa iniciativa?

O trabalho era, essencialmente, educativo, junto à família. Quem treinava os agentes de saúde era a Míria. Como é que chega à casa? Como selecionar as mulheres? Isso era essencial. Era preciso ter criatividade, por exemplo, para convencer uma mãe, que nunca havia ouvido falar em vacinas, a vacinar seu filho. Não era fácil convencê-las de que os filhos precisavam tomar uma injeção para que não tivessem sarampo ou coqueluche. Era toda uma tecnologia de serviço social, que ela uniu à pedagogia do Lauro de Oliveira Lima [educador cearense (1921/2013)] e do Paulo Freire [educador pernambucano (1921/1997)].

Qual foi o papel dos enfermeiros neste momento?

Era importante que um enfermeiro conversasse mensalmente com cada agente de saúde, para entender, por exemplo, por qual motivo a família não trouxe o filho para vacinar. Foi um motivo religioso? Foi porque não teve dinheiro para pagar a passagem? Foi porque não teve tempo de levar o menino ao centro de saúde? Como os assistentes sociais eram poucos, nós contamos com os enfermeiros. Todo município passou a ter enfermeiro; antes, não tinha. O que estabelecemos foi que cada município passasse a ter uma unidade de vacina, com enfermeiro. O estado pagava os agentes de saúde, mas os enfermeiros eram pagos pelo município. O enfermeiro passou a ser a ligação da população com os médicos, com as maternidades, com tudo. Foi muito importante essa relação entre o município e o estado na instalação de toda essa rede.

O senhor acredita que a saúde da família pode ser considerada um dos embriões do próprio SUS?

Começamos com a contratação das 6 mil mulheres pelo Estado. Logo em seguida, veio o SUDS [Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, criado em 1987, que é precursor à criação do SUS, em 1990], que foi implantado pelo Hésio Cordeiro [sanitarista mineiro (1942/2020)] e nos ajudou a ter mais profissionais nos municípios. O SUDS foi essencial para esse processo. Aqui no Ceará, a primeira pessoa que chegou à casa de todo o indivíduo pobre foi o agente de saúde. Naquele momento, o Inamps era só para quem tinha carteira assinada; o estado tinha algumas unidades de saúde, principalmente na capital. Mas eram poucas e precárias.

E qual foi o papel do agente de saúde?

O agente de saúde foi o primeiro a levar algo de saúde às famílias pobres. Levou a prevenção do sarampo, da coqueluche e da difteria, fez acompanhamento das mães no pré-natal, ajudou a levá-las para a maternidade. Nessa época, 30% dos partos na área rural eram feitos em casa. O agente de saúde foi a primeira pessoa que chegou a essas pessoas, orientado pelos enfermeiros. Fez o elo entre a comunidade e o sistema de saúde, ajudou o SUS a nascer.

Qual é a sua avaliação da ESF, hoje?

O Hésio Cordeiro criou um curso de mestrado em Saúde da Família, na Universidade Estácio de Sá, no Rio de Janeiro. Nós criamos, aqui na Fiocruz Ceará, uma rede para formação de mestres em Saúde da Família, chamada Renasf [Rede Nordeste de Saúde da Família]. Depois, isso serviu de modelo

“ O agente de saúde foi o primeiro a levar algo de saúde às famílias pobres. Levou a prevenção do sarampo, da coqueluche e da difteria, fez acompanhamento das mães no pré-natal ajudou a levá-las para a maternidade. ”

para que Fiocruz e Abrasco [Associação Brasileira de Saúde Coletiva] criassem o ProfSaúde. Em 2024, 740 pessoas começaram o mestrado em Saúde da Família. De Roraima ao Rio Grande do Sul, todos os estados receberam alunos. Você imagina o que é isso? Não havia nada disso antes, com exceção do curso do Hésio e outro em Santa Catarina. Algo em larga escala, para formar pesquisadores em saúde da família, nada existia. Isso é um grande avanço! Hoje, temos cerca de 50 mil equipes de saúde da família no país. É um super avanço! São 280 mil agentes comunitários de saúde. Metade deles já fez o curso técnico. Mas, por outro lado, temos alguns problemas importantíssimos para resolver.

Quais são os desafios?

Os profissionais, entre eles médicos e enfermeiros, já não são mais selecionados dentro da lógica de saúde da família. São médicos, recém-formados, que querem ganhar um dinheirinho, para depois fazer uma residência em outra especialidade. Passam ali rapidamente pela saúde da família, dois ou três anos, e vão embora. Outra coisa, que acontece aqui no Ceará: o estado coordenou a implantação [da ESF] durante 20 anos. Depois, a secretaria do estado passou a se interessar pela medicina altamente especializada, pelos grandes hospitais e as policlínicas, deixando de ter um papel de coordenação da atenção primária e da saúde da família, que ficou a cargo de cada um dos municípios.

Qual o resultado disso?

Uns municípios avançaram mais, outros avançaram menos, alguns não avançaram nada. Contratam médicos, enfermeiros e agentes, mas a formação desses profissionais não está direcionada ao trabalho que precisam fazer. Esse é um dos grandes problemas. Além disso, o governo federal passou a valorizar muitos os médicos, principalmente depois do programa Mais Médicos. Ao invés do enfermeiro e do ACS, que foram a base, no começo do programa, o médico passou a ser a figura mais importante. Agora, cada município aqui quer uma faculdade de medicina. Só entre julho e agosto de 2024, foram criados 28 cursos de medicina no Brasil. Mas esse profissional está longe de ser o médico direcionado ao atendimento daquela população e a resolver seus problemas.

Em 2024, o senhor chegou aos 84 anos de idade e 60 anos de medicina. Quais são suas atividades hoje?

Continuo na Fiocruz, onde tenho dois trabalhos principais. Um deles é acompanhar um município, que chamo de laboratório, que é Tauá [município cearense da região do sertão dos Inhamuns]. Foi lá que eu e Míria experimentamos primeiro o curso técnico dos agentes de saúde no Ceará, quando estávamos na Escola de Saúde Pública. A primeira etapa do curso foi aprovada pelos ministérios da Saúde e da Educação, em 2003 e 2004, e teve a participação de 100 agentes de saúde. De lá para cá, acompanhei o município; a partir de 2023, quando deixei a coordenação da unidade da Fiocruz para a Carla [Carla Freire Celedonio Fernandes, atual coordenadora da Fiocruz Ceará], comecei a me dedicar muito a esse trabalho em Tauá. A outra experiência é um curso de formação médica na Universidade Regional do Cariri (Urca), no Crato [no Sul do Ceará]. Para formar um médico comprometido com o SUS e com a vulnerabilidade de saúde da população, é preciso experimentar. No Crato, tenho dado palpites para ver se de fato a gente consegue formar médicos que gostem e que acreditem no SUS.

Qual a grande contribuição da saúde da família para a consolidação do SUS?

No Ceará, nos últimos 20 anos, a secretaria de saúde optou pela medicina especializada. Primeiro, trabalhamos 20 anos com atenção primária, com agentes de saúde, enfermeiros; depois saúde da família, com médico; nos últimos 20 anos, com atenção especializada. O estado foi dividido em cinco regiões, e cada região com um hospital superespecializado. O problema, hoje, é a fila das pessoas nos hospitais. Essa é a forma mais cara de se fazer saúde, com medicina especializada. O mundo todo sabe que com saúde da família, que é o nome que a gente usa aqui para atenção primária, sai mais barato e com muito mais resultado. É difícil alcançar a população e fazer o que o SUS deseja com a medicina mais especializada, sem saúde da família de qualidade. 

■ LEIA A ENTREVISTA COMPLETA NO SITE DE RADIS

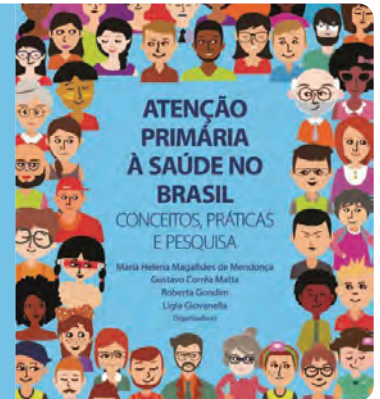


AGENTES PELOS RIOS

Histórias de agentes comunitários de saúde (ACS) que atuam em Unidades de Conservação (UC) do Amazonas, como Mayara Cristine, são narradas nos 42 minutos do documentário *Entre Banzeiros e Canoas: Os Agentes de Saúde da Amazônia*, realizado pela Fundação Amazônia Sustentável (FAS) em parceria com o programa Todos pela Saúde. Lançado em outubro de 2021, o filme retrata o trabalho dos agentes em comunidades ribeirinhas e indígenas durante o primeiro ano da pandemia de covid-19, revelando as dificuldades e o cotidiano da profissão. Banzo é uma palavra comum na região amazônica para descrever a sensação de enjoo que se sente no transporte pelo rio, feito em pequenos barcos, principal meio de locomoção dos ACS nessas áreas. Ao tomar o transporte aquático como pano de fundo, o documentário revela que o trabalho dos agentes de saúde nas comunidades ribeirinhas e indígenas da Amazônia também é proteger quem mantém a floresta em pé.

APS E SAÚDE DA FAMÍLIA: DE MÃOS DADAS

Uma reflexão crítica sobre a trajetória e os desafios da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é a proposta do livro *Atenção Primária à Saúde no Brasil: Conceitos, Práticas e Pesquisa*, publicado em 2018. Os organizadores Maria Helena Magalhães Mendonça, Gustavo Corrêa Matta, Roberta Gondim e Ligia Giovanella promovem debates e reúnem propostas de intervenção a partir de diversas perspectivas teóricas e experiências práticas. Ao abordar o impacto da expansão da Estratégia Saúde da Família na redução de desigualdades e iniquidades socioeconômicas, os autores dos textos destacam a relevância de uma abordagem intersetorial. A coletânea busca enriquecer o entendimento e a aplicação dessa política pública essencial ao SUS, utilizando uma linguagem acessível e uma abordagem pedagógica.



EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS: SUS AMPLIADO

Publicado pela Editora Fiocruz em 2019, o livro *O Nasf e o Trabalho na Atenção Básica à Saúde: Apontamentos Práticos e Experimentações* explora o cotidiano das antes chamadas equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf), renomeadas como equipes multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti), em 2023. A partir da realidade do Recife, em Pernambuco, a obra destaca a atuação multiprofissional para a promoção do cuidado em saúde pública. A coletânea reúne sete artigos que abordam aspectos legais, normativos, estratégicos e tecnológicos da implantação do Nasf, além de desafios e processos de avaliação e planejamento. Como *Radis* mostrou na edição 260, a atuação de profissionais como psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e outros na atenção básica é essencial para a garantia de saúde integral à população, mas a iniciativa sofreu com o desfinanciamento do SUS no contexto posterior aos anos de 2016 e 2017.

MARIA, UMA ACS

A história de Maria, uma agente comunitária de saúde (ACS) que atua na cidade de Pombal, no interior da Paraíba, é contada no filme *Maria: A Vida de uma Agente de Saúde*. Com direção de Thomas Ravelly, o curta de 14 minutos, lançado em 2020, acompanha as relações pessoais, emocionais e profissionais de Maria com a comunidade em que vive e atua, pautadas pela saúde. O documentário está disponível na plataforma da Videosaúde Distribuidora: <https://bit.ly/mariaumaacs>.



Em meio à disputa de agendas econômicas, é preciso mobilização para a garantia de direitos sociais

INÊS COSTAL*

A disputa de agendas com repercussões na economia, na política e, consequentemente, na garantia de direitos sociais tem tensionado o governo Lula. Segundo o economista Pedro Rossi, professor da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), o governo federal tem arbitrado entre duas agendas econômicas, uma distributiva e outra neoliberal. No Sistema Único de Saúde (SUS), o professor Jairnilson Paim (ISC/UFBA) aponta que a disputa envolve três projetos: um mercantilista, o da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e um racionalizador. Para o sanitarista e pesquisador do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), o governo Lula não pretende desarticular as classes dominantes, mas precisa da mobilização das classes dominadas para avançar em conquistas sociais.

No Grande Debate que encerrou a programação do 5º Congresso Brasileiro de Política, Gestão e Avaliação em Saúde (5ºPPGS), realizado em Fortaleza pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Pedro Rossi afirmou que o desenvolvimento econômico não é suficiente para atender as demandas da população brasileira, que quer mudança. O docente acredita que a derrota do partido democrata nos Estados Unidos para o conservador de extrema-direita Donald Trump, mesmo com a entrega de resultados econômicos do governo Biden, deve ser observada pelo governo brasileiro. O desejo de mudança tem sido associado de maneira difusa com um discurso autoritário e aberto o caminho para a extrema-direita, avalia.

O debate público tem sido pautado pela ideia de que é imprescindível um teto de gastos e uma agenda de restrição fiscal. Rossi defende que é preciso explicitar as relações entre a economia e a política, a função do Estado — gastar — e o retorno desse gasto para o próprio Estado. “O neoliberalismo é incompatível com a democracia. [...] A disputa entre agendas econômicas posta aqui, a meu ver, vai continuar no Brasil nos próximos anos, mas eu sou ainda otimista. Há uma mudança necessária e o Brasil tem capacidade”, afirma.

Diante da diversidade de projetos em disputa na saúde — um que atende ao mercado, o da RSB e o racionalizador, que é limitado pela primazia do setor econômico e

insuficiente diante das necessidades da sociedade brasileira —, Jairnilson Paim destacou elementos que precisam ser considerados no debate de uma agenda de defesa do SUS.

Para o sanitarista, desde 2016, temos um “arremedo de SUS” marcado por um modelo de “desatenção” à saúde, pela intensificação da terceirização de serviços do sistema, pela competição política entre o público e o privado e pelo fortalecimento do setor privado de saúde, atualmente o terceiro grupo empresarial mais poderoso no Brasil. Esse quadro inclui ainda elementos estruturais, como a financeirização e o impacto da dinâmica do capitalismo financeirizado sobre um conjunto de esferas sociais, entre eles a velhice, a saúde, o câmbio, a água; a precarização de empregos e trabalhos; e a ambiguidade da atuação do Judiciário na garantia de direitos sociais. O pesquisador ressaltou que no novo modelo de capitalismo, a população se tornou dispensável para a geração de capital, consequentemente a garantia das condições para a reprodução social — políticas sociais de saúde, ambiente, educação, habitação, etc — também.

Com esse panorama, Paim destacou a importância de identificar pontos de encontro e de desencontro entre as agendas do governo e do movimento sanitário: “Não podemos rebaixar as nossas demandas, um conjunto de princípios e orientações que transcendem governos. Isso não significa fazer oposição, é até uma forma indireta de ajudar o governo”.

“No governo Lula 3 na saúde, apesar de todos os esforços de diálogos e retornos de ações e programas, isso é tentar voltar ao que era há 10 anos, que também não era bom. A Abrasco tem o papel fundamental de apontar a ausência de um projeto abrangente, a fragilidade das políticas, a baixa regulação da saúde suplementar e a manutenção do processo de privatização na saúde”, reiterou.

O caminho, aponta Paim, é apostar na radicalização: “Nossa agenda é a radicalização da Reforma Sanitária Brasileira, é a defesa do SUS democrático, público, participativo, integral. Tem sim convergência com a agenda do governo Lula, a de redução de desigualdades e de luta pela democracia e emancipação dos sujeitos e da humanidade”.

■ INÊS COSTAL É JORNALISTA DO OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE. O TEXTO FOI ORIGINALMENTE PUBLICADO NO SITE DO OAPS E PODE SER LIDO NA ÍNTEGRA: [HTTPS://BIT.LY/POSTUDOINESCOSTAL](https://bit.ly/postudoinescostal).

QUE EM 2025 O SUS TENHA...

+ EQUIDADE

+ PARTICIPAÇÃO SOCIAL

+ FINANCIAMENTO

+ ACESSO

+ CUIDADO

+ INCLUSÃO

+ VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

+ COMUNICAÇÃO

+ SAÚDE PARA A POPULAÇÃO

RADIS