UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Série: Estudos em Saúde Coletiva nº 037

RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O POSTO DE SAÚDE DA AMABB

João Claudio Lara Fernandes

Abril 1993

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O POSTO DE SAÚDE DA AMABB

JOÃO CLAUDIO LARA FERNANDES

ABRIL/1993

Nº 37

Diretor: José C. Noronha
Comissão de Publicação: Cid M. de Mello Vianna
Michael Reichenheim
Joel Birman
Revisora: Clara Recht Diament
Secretária/Diagramação: Regina M. Anguiano Marchese
Nota: A série "Estudos em Saúde Coletiva" é uma publicação de textos para discussão do Instituto de Medicina Social - IMS, de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca
do Instituto de Medicina Social - UERJ

F363 Fernandes, João Claudio Lara
Relato de uma experiência em atenção primária à saúde: o posto de saúde da AMABB. / João Claudio Lara Fernandes. — Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993.

24 p.— (Série Estudos em Saúde Coletiva; nº 37)

1. Saúde Pública - Administração. 2. Administração de Serviços de Saúde. I. Título. II. Série.

CDU 5.01

RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O POSTO DE SAÚDE DA AMABB

JOÃO CLAUDIO LARA FERNANDES*

Introdução

Este texto tem o objetivo de descrever a experiência de um posto de saúde comunitário, desenvolvida durante nove anos na favela da Rocinha, RJ. Com isso, queremos levantar alguns elementos para o debate sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), e as estratégias de organização do Sistema de Saúde nesse nível. Consiste, portanto, em um texto descritivo, sem maiores intenções de análise, que certamente requereriam um tratamento muito mais específico e aprofundado das diversas questões abordadas.

Trata-se de uma experiência de autogestão comunitária de um serviço de saúde, com financiamento do governo, orientada a partir de um conjunto de hipóteses. Este trabalho foi iniciado em 1983 e interrompido, por falta de financiamento, em novembro de 1992.

* Mestrando e Pesquisador do Instituto de Medicina Social da UERJ.

Características do local

A Rocinha está situada na Zona Sul do Rio de Janeiro e abriga, numa área de aproximadamente 6 quilômetros quadrados, uma população estimada em 100.000 habitantes. Os barracos construídos pelos moradores nos anos cinqüenta foram aos poucos sendo substituídos por casas de alvenaria e prédios de até sete andares, geralmente divididos em pequenos quartos de aluguel. Cerca de 20% da área é ligada ao sistema público de esgotos, e 60% das casas possuem água encanada. A maioria das moradias dispõe de luz elétrica, embora várias com ligações clandestinas.

A população da favela é constituída basicamente de imigrantes nordestinos (principalmente do Ceará e Paraíba) e seus familiares. A atividade econômica predominante é a prestação de serviços, e há uma estratificação de renda relativamente ampla. A comunidade possui uma rede comercial bastante diversificada, com supermercados, farmácias, consultórios médicos particulares e até uma agência bancária. Dispõe também de jornais locais, de circulação irregular, uma rádio comunitária com sistema de alto-falantes e, recentemente, uma emissora de TV de curto alcance.

O perfil social da comunidade é caracterizado por estruturas familiares instáveis, um alto índice de iniciação sexual precoce e violência, quase sempre ligada ao tráfico de drogas. Este tem uma função normatizadora sobre a comunidade, servindo como referência para a solução de diversos problemas e conflitos.

A rede de assistência pública limita-se atualmente a um pequeno posto municipal, e a maioria da população recorre a serviços próximos da área,como o Centro Municipal de Saúde da Gávea, Hospital Municipal Miguel Couto e Hospital da Lagoa, entre outros.

Diversas entidades e organizações comunitárias atuam na Rocinha (governo, igrejas, centros comunitários, escola de samba, universidades), e existem três Associações de Moradores. A Associação dos Moradores e Amigos do Bairro Barcellos (AMABB) congrega a população da região baixa da favela.

Histórico do Posto de Saúde da AMABB

O PS.AMABB foi construído em 1983 pelos moradores, em sistema de mutirão. Trata-se de uma construção semelhante à arquitetura geral da favela, com dois consultórios médicos, um consultório odontológico, sala de curativos, sala de espera e dependências, além de um salão utilizado nas atividades coletivas. Durante os primeiro anos, o Posto sobreviveu precariamente, à custa de financiamentos externos, somados à cobrança de uma pequena taxa de consulta que cobria cerca de 20% dos custos. Em 1987, foi feito, em conjunto com as Associações de Moradores das favelas Santa Marta e Chapéu Mangueira, um convênio com o INAMPS (modelo INAMPS/filantrópicas), intermediado por uma entidade filantrópica ligada à Igreja Católica (Associação dos Antigos Alunos dos Padres Jesuítas - ASIA), o que possibilitou uma melhor estruturação do trabalho.

A equipe do PS era constituída de cinco médicos, médicos, dois dentistas, dez psicólogos, três agentes de saúde e duas fonoaudiólogas, que trabalhavam com cargas horárias variadas, sem carteira assinada e sem a maior parte dos direitos trabalhistas (13º salário, FGTS etc.).

Com a denúncia do convênio por parte da ASIA, em 1992, e a falta de êxito em conseguir uma outra entidade filantrópica, os três Postos de Saúde foram fechados. Entretanto, como veremos adiante, este processo de fechamento associou à questão objetiva da falta de verbas outros fatores de ordem política locais.

Hipóteses do trabalho do PS.AMABB

O trabalho do PS.AMABB foi estruturado a partir de determinadas hipóteses. A primeira delas era a de que a organização de um Sistema de Saúde eficaz depende da implantação de uma rede de Atenção Primária à Saúde (APS) que, atuando como porta de entrada dos usuários no Sistema, é quem possibilita a ordenação e racionalização do afluxo destes aos demais níveis de atenção à saúde.

A segunda hipótese localizava a dissociação entre as características da demanda da APS e as racionalidades adotadas usualmente na formação dos profissionais de saúde como um dos obstáculos centrais ao desenvolvimento da APS (Fernandes, 1992). Propunha, portanto, como condição de possibilidade para a organização de uma rede de Atenção Primária, a definição

de um campo de conhecimento profissional específico, isto é, a formação de profissionais especializados, diferenciada dos modelos correntes de formação.

Como terceira hipótese, consideramos que, a partir dessa definição do perfil dos trabalhadores de saúde e, conseqüentemente, da identificação de seu papel profissional, poderiam ser geradas condições para uma participação efetiva da comunidade no trabalho de saúde. Isto é, à medida que se construísse um campo técnico próprio, as funções de representação política e liderança social poderiam ser mais facilmente atribuídas à comunidade, evitando-se, com isso, que os profissionais de saúde assumissem um papel representativo, de legitimidade questionável, corriqueiramente observado em trabalhos comunitários. Considerou-se, portanto, que a definição mútua de atribuições e responsabilidades entre os profissionais de saúde e a comunidade representaria as bases para o desenvolvimento de um modelo organizativo na APS sustentado e gerido pela própria população, sem as dificuldades político-administrativas encontradas nos serviços públicos governamentais, por um lado, e sem as tendenciais deformações técnicas e éticas dos serviços privados por outro. Esse modelo, além disso, possibilitaria um trabalho de saúde comprometido com uma abordagem mais abrangente do binômio saúde/doença, interligando a assistência ao crescimento da auto-responsabilização e cidadania.

Para a avaliação dessas premissas, foi estruturado um sistema de registro de dados baseado na documentação das atividades (prontuários, atas de reuniões, fotos, vídeos, relatórios) e avaliação do serviço (indicadores estatísticos), que vêm sendo analisados.

Gestão e Participação Comunitária

Para a gestão do Posto, foram elaborados um regimento interno e um organograma baseado em três instâncias: a diretoria da Associação de Moradores (AM), a Comissão de Saúde (CS) e a Equipe Técnica. Além destas, havia a função de Coordenação Técnica, encarregada da supervisão técnica do trabalho e representação da equipe.

As atividades do Posto eram planejadas a partir da Comissão de Saúde. Trata-se de uma reunião semanal aberta, com a participação de moradores, diretores da Associação e profissionais de saúde. Para esta reunião eram trazidos assuntos relacionados a problemas de saúde (casos de doenças infecto-contagiosas, dúvidas, debates e apresentações), propostas de atuação, bem como críticas e avaliações do trabalho.

Além dessa, havia uma reunião semanal da equipe técnica, com o objetivo de discutir o funcionamento do Posto, aprofundar o planejamento das atividades definidas pela CS, discussão de casos e integração interna.

As questões relacionadas à administração do Posto (contratação e demissão de pessoal, acordos salariais), assim como a gestão financeira, eram decididas e executadas pela diretoria da AMABB, que também era a instância de decisão final de quaisquer problemas relacionados a ele.

Essa descrição, entretanto, está longe de refletir a realidade política do trabalho, onde se observava um processo conflituoso de relacionamento entre

esses três grupos, cada um deles disputando a hegemonia de seu projeto político particular, e nem sempre se conseguindo uma convergência entre eles. Considerávamos, entretanto, que a existência de três forças distintas poderia favorecer a mediação dessas disputas e resultar num equilíbrio, instável e dinâmico, que permitisse a continuidade do trabalho.

Essa formulação de estrutura de gestão surgiu a partir da observação dos primeiros conflitos ocorridos no trabalho, entre profissionais e diretores da AM, que resultaram no abandono da maior parte da equipe, em 1985. Esses conflitos podem estar relacionados ao atual estágio de cultura política da população, onde as atividades de gestão por parte das entidades representativas comunitárias apenas se iniciam. Além disso, ocorre, nesse modelo organizacional, o envolvimento de classes sociais distintas em uma situação invertida, isto é, a classe tradicionalmente mais explorada coloca-se num lugar hierarquicamente superior à outra, historicamente privilegiada em relação àquela. Podem existir também fatores ligados especificamente à questão da instituição médica e seu projeto de hegemonia (Gramsci, 1968; Clavreul, 1983; Luz, 1976), colocado em desvantagem política no cenário comunitário, distante de suas fortalezas — os hospitais.

Observa-se, portanto, nesse aspecto do trabalho comunitário, uma campo bastante rico de contradições, onde quem é empregado/explorado fora da comunidade é empregador (e potencialmente explorador) dentro, e vice-versa. Onde o médico, instituído da missão de normatizar e impor um determinado projeto político, é obrigado a acatar normas definidas por sua própria clientela. Um exemplo interessante dessas contradições foi a greve decretada pela

equipe, em 1986, contra a Associação de Moradores, por atraso no pagamento.

Por outro lado, evidenciava-se também uma diferenciação entre o projeto político dos diretores da AM e os outros moradores, participantes da CS, os primeiros muitas vezes representando mais interesses políticos particulares, eventualmente partidários, enquanto os moradores se mostravam mais atentos às questões objetivas do Posto. Desse modo, tanto a representatividade da AM quanto da CS era contínua e reciprocamente questionada. A CS funcionava como uma instância de pressão e controle político sobre a AM e, sobretudo após o início da crise financeira do Posto, teve o papel basicamente de exigir da AM posições mais combativas, chegando a levantar a proposta de sua destituição. Por sua vez, alguns dos moradores mais participantes da CS assumiam uma posição de defesa de determinados privilégios (na marcação de consulta, por exemplo). Por fim, devemos salientar que a diretoria da Associação se mostrou absolutamente incapaz de realizar uma administração financeira transparente e minimamente organizada. Paradoxalmente, já na iminência do fechamento do Posto, e a partir das pressões por parte da CS e da equipe, a AM afinal contratou um contador e começou a organizar seu sistema contábil.

O resultado, portanto, dessa interação de forças políticas era um processo constante de conflitos e alianças que se desenvolveu até o encerramento das atividades, quando, de um lado, se consolidou a hegemonia da AM e, de outro, dialeticamente, o Posto ficou vazio. Está em andamento hoje na Secretaria Estadual de Saúde o processo de um novo convênio, e continua existindo uma

forte pressão da comunidade sobre a AM para a reabertura do Posto. Trata-se portanto de uma experiência ainda em curso, e consideramos bastante difícil, neste momento, uma análise mais consistente dos diversos significados de todo esse processo.

Existiram, por outro lado, momentos de grande associação de interesses, por ocasião de algumas manifestações de defesa do Posto, e particularmente da eleição da diretoria, em abril de 1990, quando uma chapa concorrente, supostamente com ligações com o tráfico de drogas, candidatou-se à AM. Nessa ocasião, os membros da CS tiveram uma atuação decisiva para a derrota dessa chapa, o que incluiu a participação de dois membros da CS na chapa vencedora.

Em termos numéricos, essa participação era bastante pequena, comparada ao tamanho da comunidade. A diretoria da AM é composta por oito membros, e uma média de 15 pessoas da comunidade participava mais efetivamente da CS. Por outro lado a freqüência, em algumas reuniões da CS, atingiu mais de uma centena de pessoas.

Esse processo participativo era em grande parte baseado na postura assumida pela equipe. A partir das hipóteses do trabalho, procurou-se desde o início delimitar um papel político a partir do lugar profissional, distinto do lugar de vanguarda social. A elaboração de um instrumental técnico específico e, portanto, de um interesse profissional objetivo significou a condição de possibilidade para essa delimitação, deixando a responsabilidade da liderança

político-comunitária por conta dos próprios moradores. Essa definição de papéis pode ser resumida no cartaz-símbolo do Posto:

TODA PESSOA TEM DIREITO A UM ATENDIMENTO DE SAÚDE DE BOA QUALIDADE, COM O PROFISSIONAL DE SUA ESCOLHA.

PARA GARANTIR ESTE ATENDIMENTO, AQUI NO POSTO, SOMOS OBRIGADOS A MARCAR UM NÚMERO MÁXIMO DE 12 CONSULTAS POR PERÍODO.

SE VOCÊ NÃO CONSEGUIU VAGA, ISTO SE DEVE AO PEQUENO NÚMERO DE POSTOS EXISTENTES NA COMUNIDADE. PENSE NA IMPORTÂNCIA DE LUTAR PARA QUE HAJA MAIS PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE NA ROCINHA.

SAÚDE É DIREITO DE TODOS!

MAIS POSTOS NAS COMUNIDADES!

PARTICIPE DAS REUNIÕES DA COMISSÃO DE SAÚDE, TODA 2ª-FEIRA às 12.00, AQUI NA AMABB!

Por último, devemos salientar que se procurou, durante o trabalho, tornar explícita a existência de projetos políticos específicos, representados em

espaços diferenciados (AM, CS, equipe), de forma a permitir um processo mais real de participação e negociação. Apesar disso, consideramos que este processo é complexo e certamente envolve outras questões que não fomos capazes de avaliar. Por outro lado, ficou evidente a dificuldade que envolve essas negociações, em função das contradições comentadas anteriormente, além da pouca tradição democrática e participativa em nosso país.

Assistência médica

O trabalho médico no PS.AMABB buscava definir um instrumental que atendesse às necessidades individuais e coletivas da clientela. Esta se apresentava ao médico a partir de sua complexidade histórico-existencial, cuja visualização era extremamente facilitada pela localização do Posto. Procurava-se, portanto, como refere Almeida (1988), a construção de um campo de observação clínico ampliado em referência aos demais espaços de prática médica, relativamente diferenciado das práticas hospitalares, por um lado, e epidemiológicas ou de saúde pública, por outro.

A partir disso, buscou-se incorporar ao conhecimento de fisiopatologia extra-hospitalar outras racionalidades oriundas das ciências humanas (psicologia, sociologia), da epidemiologia, da saúde ocupacional e ambiental e das medicinas alternativas (acupuntura, fitoterapia, homeopatia) delineando-se, a partir de um conceito empírico, clínico, de *predominância etiológica*, as abordagens diagnósticas e terapêuticas mais adequadas para cada cliente.

Em função dessa abordagem não se adotavam, *a priori*, programas de saúde pública, recorrendo-se a estes em função de necessidades epidemiológicas específicas e conjunturais. Isto é, a partir da observação clínica ou do noticiamento de um problema de risco para a comunidade tecnicamente controlável, organizavam-se, usando as palavras de Campos (1991), "linhas de produção" para seu controle. Considerava-se, portanto, que, embora as atividades clínica e epidemiológica fossem metodológica e epistemologicamente distintas, poderiam ser integradas no campo da APS. Por outro lado, buscava-se garantir um atendimento correto aos usuários, em termos de tempo de consulta, medicamentos, exames e encaminhamentos, o que representava, ao mesmo tempo, uma forma de defesa política do direito de assistência e das condições de trabalho dos profissionais de saúde.

As consultas de seguimento tinham hora marcada, e sua periodicidade era definida a partir das necessidades de cada caso. O atendimento médico era dirigido às famílias, e eram utilizadas como recursos terapêuticos, além da alopatia, a acupuntura e a fitoterapia e, em menor grau , a homeopatia.

Em decorrência da ampliação do instrumental técnico utilizado, havia um índice de medicalização relativamente baixo: cerca de 55% das consultas, apenas, resultavam em prescrição de medicamentos. Uma parte destes era obtida através de um convênio com a Secretaria Municipal de Saúde. Outra parte era fornecida pelos próprios moradores, ou através de doações do exterior. Dependendo da conjuntura, portanto, dispúnhamos de maior ou menor flexibilidade de prescrição.

Os exames laboratoriais eram colhidos diariamente no Posto e levados ao Hospital da Lagoa, sendo feitos no mesmo dia (exames simples) e retornando os resultados no dia seguinte. O número de solicitações de exames complementares girava em torno de 25% do total de consultas.

Os encaminhamentos eram feitos em ficha própria e representavam, em média, 5% da demanda ao Posto. Durante algum tempo conseguiu-se um acordo para a marcação de consultas por telefone e com prioridade nos Hospitais da Lagoa e Pinel. Em diversas ocasiões, os médicos do Posto iam com o paciente ao hospital, para garantir o direito de atendimento, elucidar questões, ou, em casos especiais, visitar pacientes internados.

Trabalho de Saúde Mental

Em decorrência dos pressupostos já delineados, desde o início do trabalho observou-se claramente a existência de uma demanda significativa de atendimento na área de psicologia/psiquiatria. Esta demanda foi parcialmente atendida, nos primeiros anos, através do encaminhamento de pacientes a consultórios particulares de profissionais que se dispunham a atender por um preço compatível. Embora este procedimento estivesse longe do ideal, em termos qualitativos (sócio-culturais) e quantitativos, evitava-se o recurso às instituições públicas, incluindo as universitárias, na medida em que a maioria destas não garantia um atendimento adequado pelo tempo necessário.

Em 1987, foi proposta a atuação direta de profissionais de psicologia na comunidade. Esta proposta surgiu a partir da demanda de uma professora

local, preocupada com a dificuldade que ela e outras professoras experimentavam no trato com os alunos. Foram contactados, então, psicólogos de várias linhas terapêuticas, que, a partir das demandas surgidas nos consultórios ou na Comissão de Saúde, passaram a desenvolver trabalhos de grupo. Dessa forma, estruturou-se uma equipe de dez psicólogos, cada um com carga horária de quatro horas semanais, e foram desenvolvidos grupos de sensibilização corporal para crianças (Gouvêa, 1990) (quatro grupos); um grupo, de orientação psicanalítica, para adultos; dois grupos para idosos, além de um trabalho de educação sexual para adolescentes, realizado no CIEP da Rocinha, e um de incentivo ao aleitamento materno. Um dos grupos de idosos montou, depois de um certo tempo, uma cooperativa de confecção e artesanato.

Algumas propostas de trabalho não foram bem-sucedidas, por dificuldades técnicas ou por uma resposta negativa da comunidade, como os grupos de obesidade, mulheres, trabalho com alcoolismo e o próprio trabalho com educadores. Um grupo de gestantes e um grupo operativo destinado à equipe do Posto (Santos, 1991) funcionaram durante dois anos.

A equipe de psicólogos se reunia mensalmente para discutir o trabalho. Por último, os casos que necessitavam de atendimento individual eram encaminhados a serviços ou profissionais conhecidos.

Odontologia

O trabalho de odontologia consistiu basicamente no atendimento clínico individual, que incluía endodontia e cirurgias. Havia um acordo com o Hospital da Lagoa para o encaminhamento de casos mais complexos, muitas vezes acompanhados pelo dentista do Posto. A parte de higiene oral era feita por uma agente de saúde treinada. Entretanto, não foi possível um avanço significativo, em termos de saúde oral, ao nível coletivo, ao contrário do que ocorreu no interessante trabalho desenvolvido na favela do Chapéu Mangueira. Dessa forma, pouco se avançou na formulação de um modelo de atuação em saúde oral ao nível da atenção primária.

Trabalho de Agentes Comunitários de Saúde

A partir dos conceitos assumidos no trabalho, buscou-se definir um perfil de agente comunitário de saúde que representasse uma potencialização qualitativa do trabalho, e não uma mera substituição ou adaptação do trabalho médico-odontológico-psicológico (Fernandes, 1992).

Assim foram contratadas três moradoras cujas atribuições abrangiam dois níveis: um nível burocrático/administrativo (secretaria, manutenção de arquivo, controle de estoque etc.) e um outro técnico/assistencial, no campo das práticas de enfermagem (injeções, nebulizações, curativos etc.), de higiene oral, educativas (salas de espera, consultas individuais) e epidemiológicas.

Observou-se, como pontos positivos desse trabalho, vantagens na atuação dos ACS em relação aos outros profissionais em termos da capacidade de interação com a clientela em discussão, bem como da facilidade de percepção, investigação e captação de casos importantes do ponto de vista individual ou epidemiológico. Por outro lado, foram percebidas algumas dificuldades nesse modelo, como o fato de esses profissionais assumirem (ou serem colocados) freqüentemente uma posição de anteparo das cobranças e insatisfações da população em relação ao serviço, a pressão que estes recebem para driblar normas e obter favorecimentos para vizinhos e, eventualmente, a utilização da posição profissional como forma de poder político na comunidade.

Fonoaudiologia

O trabalho de fonoaudiologia era desenvolvido por duas profissionais através de consultas individuais e pequenos grupos. Embora inicialmente existissem dúvidas quanto à pertinência desse atendimento em uma unidade de atenção primária, seu desenvolvimento representou uma potencialização do aspecto multiprofissional do trabalho do Posto, em parte devido às características pessoais daquelas profissionais. A partir dessa experiência, considerou-se que, a partir de um perfil de APS definido, é possível um certo grau de flexibilidade e variedade de serviços adaptados às possibilidades e características de cada trabalho ou comunidade.

Trabalho coletivo

O trabalho coletivo no PS.AMABB pode ser dividido em dois campos: o das práticas educativas e das atividades epidemiológicas.

Em relação às práticas especificamente educativas voltadas à população, foram feitas, de forma irregular, algumas atividades, como publicação de matérias sobre saúde nos jornais locais (cerca de 30 matérias), entrevistas na rádio local e palestras em escolas. Com mais regularidade eram feitas discussões na sala de espera, conduzidas pelos agentes de saúde. Em algumas ocasiões, estas discussões eram preparadas previamente, inclusive com audiovisuais, embora se preferisse a discussão sobre assuntos que surgissem espontaneamente dos próprios clientes. Além dessas atividades, foram feitos dois cursos para capacitação de crecheiras da comunidade e uma fotonovela, desenvolvida pelo grupo de idosos e de aleitamento, sobre a questão do aleitamento materno.

Em relação ao trabalho epidemiológico, como referimos antes, a equipe do PS buscava intervir especificamente nas situações epidemiológicas onde essa intervenção constituía um fator determinante para o controle do problema. Dessa forma, embora determinadas situações mórbidas fossem altamente prevalentes na região, como a verminose e as infecções respiratórias, considerava-se que esses problemas eram predominantemente dependentes dos fatores político-econômicos subjacentes. Sua superação dependeria, dessa forma, mais da atuação da Associação de Moradores e da comunidade em si do que da equipe de saúde. A posição da equipe, nessas questões, era

de oferecer suporte técnico às discussões da comunidade, as quais, na verdade, raramente ocorreram enquanto propostas de ação. Por outro lado, uma vez que as propostas de intervenção eram planejadas e discutidas na Comissão de Saúde, quando aprovadas passavam a ser assumidas também pela comunidade, obtendo-se assim uma significativa participação dos moradores nos trabalhos desenvolvidos.

A partir desse pressuposto, foram desenvolvidos os seguintes trabalhos epidemiológicos:

- Campanha de rastreamento de estrabismo em escolares, desenvolvida em conjunto com o serviço de Oftalmologia do Hospital da Lagoa, em 1986.

- Campanha da sarna, em função de epidemia, desenvolvida em conjunto com o CMS da Gávea e diversas entidades. Esta campanha resultou no treinamento de 50 agentes comunitários para detecção e tratamento da doença e no diagnóstico e tratamento de cerca de 2.000 casos, com um controle efetivo do problema.

- Bloqueio de surto de sarampo, sob coordenação do CMS Gávea e UACPS-Rocinha, com detecção de 67 casos e sucesso no controle, após vacinação de bloqueio.

- Programa Comunitário de Controle da AIDS (PCCA):

Este programa foi iniciado em 1990, em função do número crescente de casos diagnosticados. Assim como os demais trabalhos desenvolvidos, este programa visava à integração de ações de educação e prevenção, com a assistência a pessoas suspeitas e pacientes HIV.

A estratégia de implantação consistiu inicialmente na realização de um inquérito CAP (Fernandes, Coutinho & Matida, 1992), seguido da deflagração de uma campanha, com seis meses de duração, visando à sensibilização da comunidade. A campanha contou com atividades como debates, produção e apresentação de um vídeo, um folheto ilustrado e camisetas promocionais, trabalhos de saúde escolar, utilização da mídia local, e culminou com uma festa de rua em 1º de dezembro de 1990, que demarcou o fim da campanha e início das atividades do PCCA.

O programa era formado por três componentes: assistência, avaliação e educação. A assistência consistia na testagem e aconselhamento dos interessados, acompanhamento de pacientes, fornecimento de alguns medicamentos (incluindo o AZT). O trabalho de avaliação baseava-se em levantamentos do perfil epidemiológico da infecção na comunidade, feitos junto à SMS, e estudos sobre a demanda de preservativos. O trabalho educativo baseou-se fortemente na atuação voluntária de moradores (Educadores Comunitários da AIDS - EC). Os ECs eram treinados no Posto de Saúde e tinham como atribuições a divulgação de informações sobre HIV/DST para vizinhos e amigos; distribuição a moradores previamente cadastrados, de cotas mensais de preservativos; encaminhamento de pessoas para aconselhamento e testagem no PS; realização de palestras na comunidade.

Até o encerramento do Posto, cerca de 700 pessoas foram cadastradas nesse programa. Discute-se atualmente a possibilidade de expandi-lo para outras comunidades pobres da cidade. Cabe ressaltar que os fundos para este programa foram levantados pela própria comunidade, através da venda de discos doados ao Posto.

Atividades de formação

Em função das hipóteses do trabalho, buscou-se desenvolver atividades de formação que ajudassem a caracterização e desenvolvimento do campo da APS. Na área médica, foi iniciado em 1987 o estágio voluntário de residentes do Hospital da Lagoa, nas áreas de Clínica Médica e Pediatria. O trabalho consistia no atendimento semanal de pacientes, supervisão e discussão de casos, além de uma aula semanal. Cerca de 30 residentes participaram deste programa, até o fechamento do Posto. Além disso, foi realizado, em 1991/92, um curso de capacitação em acupuntura para médicos ligados à APS.

Na área de Agentes Comunitários de Sáude, foram realizados dois cursos, o último deles em 1991, com seis meses de duração e com a participação de moradores de várias comunidades.

Atividades de pesquisa

A partir das necessidades do serviço, foram desenvolvidos pela equipe do Posto dois inquéritos: o primeiro, em 1990, sobre conhecimentos e práticas

relativas à AIDS (n=210), já referido anteriormente, e outro, em 1992, sobre práticas relacionadas ao aleitamento materno (n=630).

Além disso, foi desenvolvida uma pesquisa, baseada na análise institucional, relacionada ao encerramento das atividades do Posto da favela Santa Marta, em 1991 (Fernandes, Santos, Modesto & Campos, 1991).

Métodos de avaliação

Além da avaliação contínua do trabalho, feita a partir das reuniões do Posto, particularmente da CS, buscou-se desenvolver uma metodologia mais objetiva de avaliação do serviço que contemplasse as hipóteses assumidas.

Dessa forma, estruturou-se um sistema estatístico mensal que, na área médica, era composto pelos seguintes indicadores:

- Total de consultas e faltas.
- Número de referências a outros serviços e de contra-referências recebidas.
- Razão entre o número de referências e o total de consultas.
- Número e categoria de medicamentos prescritos.

- Índice de medicalização (razão entre o número de medicamentos industriais prescritos e o número de consultas fornecidas).

- Número de exames complementares solicitados e seus resultados. Percentuais de negatividade e positividade.

- Razão entre o número de exames laboratoriais solicitados e o número de consultas.

- Perfil de morbidade da clientela.

Estes dados eram consolidados tanto em relação ao serviço médico em geral como também por médico, servindo de base para discussões entre estes.

Além disso, eram computados na estatística mensal os quantitativos e descrições dos procedimentos realizados pelos demais serviços do Posto. Estes dados eram registrados em fichas específicas de cada serviço e digitados em um banco de dados DBase. Foi iniciada a criação de um *software* para facilitação do trabalho que, no entanto, não chegou a ser concluído.

Esse sistema tinha como objetivo a auto-avaliação dos profissionais e a determinação do nível de resolutividade daquela unidade de APS. Além disso, eram utilizados como facilitadores nas negociações de mecanismos de referência com as outras unidades de saúde da área, no dimensionamento da eventual demanda a estas.

Conclusões

Podemos dividir a estrutura deste texto em dois aspectos distintos, embora interligados: a questão do modelo organizativo adotado pelo PS.AMABB e o aspecto conceitual técnico do trabalho.

Em relação ao primeiro ponto, a evolução do projeto acabou apontando inúmeros obstáculos, e podemos dizer que ficaram muito mais perguntas do que respostas. Assim embora tenha se observado um certo grau de participação comunitária, e suas potencialidades no decorrer do trabalho, não se conseguiu demonstrar a veracidade da hipótese relativa às vantagens do sistema de autogestão comunitária.

Em relação ao segundo ponto, o desenvolvimento do trabalho pareceu indicar efetivamente a existência de um campo de atuação específico de profissionais de saúde, com seus instrumentais próprios, relacionado à APS, ao menos nas áreas urbanas.

A confirmação efetiva dessas premissas, entretanto, requer ainda a sistematização dos dados obtidos, através de linhas de investigação específicas, o que deverá ser feito em um futuro próximo.

Bibliografia

Almeida, E.L.V. *Medicina Hospitalar - Medicina Extra-Hospitalar: Duas Medicinas?* Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. mimeo, 1988.

Campos, G.W.S. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida.* São Paulo. Editora HUCITEC, 1991.

Clavreul, J. *A Ordem Médica.* São Paulo. Editora Brasiliense, 1983.

Fernandes, J.C.L. Agentes de Saúde em Áreas Urbanas. *Cadernos de Saude Publica*: 8(2): 134-139, 1992.

Fernandes, J.C.L.; Coutinho, E.S.F.; Matida, A.; Conhecimentos e Atitudes Relativas à SIDA/AIDS em uma População de Favela do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Publica.* 8(2): 176-182, 1992.

Fernandes, J.C.L.; Santos, A.L.M.; Modesto, L. & Campos, M.G. *Estudo de Caso: O Fechamento do Ambulatório Dedé.* (28 pp.). Rio de Janeiro. PS.AMABB. mimeo, 1991.

Gramsci, A. *Os Intelectuais e a Organização da Cultura.* Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 1968.

Gouvêa, A.P. *O Sol da Terra.* Rio de Janeiro. Summus Editorial, 1990.

Luz, M.T. *As Instituições Médicas no Brasil.* Rio de Janeiro. Edições Graal, 1986.

Santos, A.L.M. *O Grupo Operativo como facilitador do Trabalho Comunitário.* Monografia de conclusão de formação psicanalítica. Rio de Janeiro. Livre Associação Psicanalítica. mimeo, 1991.

TEXTOS PUBLICADOS

— 1992 —

019 - Veras, Renato Peixoto. *Considerações sobre Desenhos de Pesquisa para Estudos com População Idosa no Brasil.* 12 p.

020 - Oliveira, Cátia Gomes de. *Análise do Conceito de Satisfação do Usuário na obra de Donabedian.* 36 p.

021 - Guimarães, Reinaldo. *Autonomia Universitária: Notas de Conjuntura* 22 p.

022 - Birman, Joel. *Sujeito Freudiano e Poder: Tragicidade e Paradoxo.* 16 p.

023 - Fiori, José Luis. *O Estado Brasileiro do Futuro: Descentralização ou Desintegração.* 12 p.

024 - Guimarães, Reinaldo. *A Discussion of some Priorities in Scientific Research in Brazil.* 20 p.

025 - Sayd, Jane Dutra. *Hahnemann e a Razão Clássica.* 20 p.

026 - Fiori, José Luis. *Ética e Política numa Periferia Capitalista.* 16 p.

027 - Lourenço, Paulo Maurício Campanha. *Homeopatia: Ciência ou Ficção? Meta-Análise da Teoria da Homeopatia.* 100 p.

028 - Luz, Madel Therezinha. *As Relações entre Burocracia-Aparato Estatal e Sociedade Civil na Sociedade Brasileira a partir de Políticas Sociais: Possibilidades e Limites de Generalizações para a América Latina analisando-se o caso das Políticas de Saúde.* 20 p.

029 - Caldas, Célia Pereira. *A Produção Social da Velhice.* 16 p.

030 - Veras, Renato Peixoto. *Considerations on Research in Studies on the Elderly Population in Brazil.* 12 p.

— 1993 —

031 - Mattos, Ruben Araujo de. *Paradigmas, Cência e Saber Médico: Uma Discussão.* 52 p.

032 - Birman, Joel. *Os Impasses da Cientificidade no Discurso Freudiano e seus Destinos na Psicanálise.* 48 p.

033 - Suassuna, Álcio; Suassuna Ítalo. *Cólera: Aspectos Ecológicos, Epidemiológicos, Sócio-Culturais e Políticos relacionados à Epidemia que Grassa no Brasil (1991-1992)* 40 p.

034 - Santos, Luiz A. de Castro. *A Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Impressões sobre a Orientação de alunos.* 16 p.

035 - Pitta, Aurea Maria da Rocha. *Comunicação Social e Saúde: Reflexões Introdutórias sobre o Conceito e Especulações acerca de suas Implicações na Estruturação de Práticas Institucionais* 32 p.

036 - Pepe, Vera Lúcia Edais. *Breve Histórico do Percurso de Kuhn: do Paradigma ao Exemplar.* 12 p.