

## INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE A NÍVEL PERIFÉRICO: EXPERIÊNCIA DA COMUNIDADE DA AMAZÔNIA, BRASIL \*

Antonio Carlos de AZEVEDO  
Doris GRAMACHO  
Eduardo MANZANO  
Heloisa Lotufo MANZANO  
Marta Campes TAUIL  
Pedro Luiz TAUIL

RSPU-B/192

AZEVEDO, A. C. de et al. — *Integração dos serviços de saúde a nível periférico: experiência da comunidade da Amazônia, Brasil. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 7:389-403, 1973.*

**RESUMO:** Foi apresentada uma experiência de cinco anos com integração de serviços de saúde a nível periférico, numa comunidade do norte do Estado de Goiás, às margens do rio Tocantins. Foram discutidas brevemente as bases doutrinárias da necessidade de integração de serviços de saúde citando algumas experiências da literatura. Exemplifica-se a possibilidade de conseguir uma boa integração de serviços a nível periférico (local), pelo menos em comunidades remotas como a de que trata o artigo, na impossibilidade de haver uma integração imediata a nível central.

**UNITERMOS:** *Serviços de saúde (integração)\*; Saúde pública (Goiás, Brasil)\*.*

### INTRODUÇÃO

A conveniência da integração dos serviços de Saúde Pública tem sido reiteradamente lembrada na literatura como fator indispensável à boa prestação de cuidados às comunidades (RAMOS<sup>6</sup>, 1972). Com exceção de alguns países desenvolvidos, como a Inglaterra e os países escandinavos, e muito poucos países em desenvolvimento, como o Chile, a maioria das nações dispersa seus recursos para saúde, através da multiplicação de servi-

ços e duplicação de atividades, deixando, por outro lado, problemas de saúde pública a descoberto da ação governamental.

No Brasil, em que pese ser ele um dos países com fração muito pequena de seu orçamento destinado à Saúde\*\*, ainda assistimos à clássica dispersão de recursos pela duplicação de atividades por órgãos federais, estaduais, municipais, autárquicos e, mais raramente, privados.

\* Da Unidade Mista de Porto Nacional (OSEGO) — Porto Nacional, Goiás, Brasil.

\*\* O Ministério da Saúde que é um dos órgãos relacionados ao setor, teve uma fração da despesa realizada pela União em 1970 (IBGE, 1972), da ordem de 1,1%.

A Amazônia, região a cujo desenvolvimento o governo federal vem dando grande ênfase, constitui uma excelente oportunidade para a integração de serviços de saúde, tendo-se em vista a inexistência de serviços antigos e a magnitude dos problemas.

O norte de Goiás, região amazônica geo-econômica e culturalmente, oferece essa mesma oportunidade àqueles profissionais de saúde que ali quiserem exercer sua atividade. A escassez de agências interessadas em saúde pública na região, bem como a avidez de apoio e cooperação que demonstram as poucas agências de atuação social e sanitária que ali militam, contribuem para a criação de um clima extremamente favorável à integração, senão no sentido administrativo, pelo menos de atividades; senão central, como o preconizado pelos órgãos internacionais de saúde, pelo menos ao nível de seus órgãos executores.

O presente trabalho descreve a posição e atuação, no que diz respeito aos órgãos executores e geradores de recursos de saúde na região, de uma equipe multiprofissional, deslocada da cidade de São Paulo para a de Porto Nacional, situada na região norte do Estado de Goiás. A equipe, constituída por 5 médicos: um sanitarista, um cirurgião, 2 internos, um cirurgião e pediatra; duas assistentes sociais, uma enfermeira com curso de especialização em Saúde Pública; e uma educadora, estabeleceu-se na cidade em duas etapas, tendo os primeiros profissionais chegado em fevereiro de 1968.

Porto Nacional situa-se à margem direita do Rio Tocantins, sendo antigo

centro regional do comércio de gado e de abastecimento da região por via fluvial. Com a construção da rodovia Belém-Brasília (a 70 km da cidade, do outro lado do rio) o polo de interesse econômico da região deslocou-se, mantendo Porto, entretanto, uma posição de importância, devido a recursos como escolas, aeroporto, agência bancária, repartições arrecadadoras, forum, unidade mista (SAWYER<sup>9</sup>, 1969), notadamente para as comunidades da margem direita do rio, (VALVERDE<sup>11</sup> et al., 1967).

O município possuía na ocasião 27.278 habitantes (IBGE, 1968), distribuídos em 13.682 km<sup>2</sup> (1,99 hab. km<sup>2</sup>).

A economia da região baseava-se, como até hoje, na pecuária extensiva de baixo rendimento e na lavoura notadamente do arroz.

Procuramos analisar os 5 anos de trabalho da equipe, cuja formulação inicial de propósitos enfatizava não só a realização de uma experiência de medicina integral e em grupo, no interior do país, mas também a colaboração para o desenvolvimento econômico-social da região. A realização deste duplo objetivo foi procurada não apenas através das ações diretas de saúde como pelo esforço na atração, implementação e coordenação de recursos para a saúde.

## 2. INSTRUMENTOS EXECUTORES DE SAÚDE

A chegada da equipe, na cidade, contavam-se os seguintes instrumentos executores de Saúde:

### 2.1 *Unidade Mista de Porto Nacional da Organização de Saúde do Estado de Goiás\**

\* Organização de Saúde do Estado de Goiás — órgão que representa a Secretaria de Saúde para o Estado de Goiás (OSEGO). A OSEGO despende Cr\$ 932.629,00 anualmente com a Unidade Mista de Porto Nacional (estimativa para 1972), o que representa 98% da despesa da Unidade.

A Unidade Sanitária, fundada pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), já vinha funcionando no local há 10 anos, sendo dirigida por médico sanitário. Contava com pessoal em geral bem treinado e com bastante experiência: uma visitadora domiciliar; dois auxiliares de saneamento; um laboratorista capaz de realizar exames diretos para fezes, urina, sorologia para lues, hemoscopia para malária; duas auxiliares de enfermagem, três atendentes e dois serviçais. Apresentava um movimento de 18.000 consultas anuais.

A Unidade Hospitalar, com 50 leitos, havia sido recém inaugurada. Bastante bem montada, numa planta física planejada pela Fundação SESP, foi dotada de um bom centro cirúrgico e obstétrico, com ar condicionado, enfermarias de 3 e 6 leitos com sanitários privativos, lavanderia e cozinha mecanizadas, e um gerador de 50HP, posto a cidade não dispunha de energia elétrica de forma regular. Incluído o pessoal de secretaria e auxiliar, o hospital começou a funcionar com 1,2 funcionário por leito.

A equipe, com exceção da educadora, foi contratada, em regime de 43 horas semanais de trabalho, pela OSEGO, para o funcionamento da Unidade Mista.

## 2.2 Médico Particular

Havia apenas um médico na cidade, visto que o outro, como Prefeito Municipal e pecuarista, ocupava-se com a medicina de forma esporádica.

O médico ativo, natural da cidade, de muito boa formação técnica e ética, era radicado nela há 2 anos, e contava com clientela considerável.

## 2.3 Posto de Puericultura da Legião Brasileira de Assistência

Desde 1944, a Legião Brasileira de

Assistência (LBA) manteve na cidade um serviço de proteção à maternidade e infância.

Embora com alguns períodos de interrupção, o Posto de Puericultura proporcionava atendimento médico duas vezes por semana, distribuição de medicamentos e de leite, além de orientação sobre higiene infantil e pré-natal.

O Serviço, funcionando numa casa adaptada, contava com um médico em tempo parcial, uma orientadora e uma secretária.

Em 1964 começou a funcionar junto ao posto um Clube de Mães, com orientação sanitária às mães e gestantes e confecção de enxovais para recém-nascidos, também subvencionado pela LBA.

## 2.4 C E M

Desde 1962 funcionava na cidade a sede do 4.º distrito da Campanha de Erradicação da Malária (CEM), hoje 3.º distrito da Superintendência das Campanhas (SUCAM), que se compunha de 13 subdistritos, englobando 23 municípios de Goiás, numa área de 155.859 km<sup>2</sup>.

Dentro do objetivo de controle da malária, realizava serviços de dedetização domiciliar em 2 ciclos anuais de borri-fação, coleta de sangue em toda a região para exames laboratoriais, realização desses exames e distribuição de medicamentos antimaláricos.

Possuía, na ocasião, um efetivo de 115 funcionários, com 32 turmas de guardas borrifadores, que abrangiam 10.258 localidades.

Observa-se que três dos organismos geradores de recursos para a saúde — o Ministério da Saúde, a Organização de Saúde do Estado de Goiás e a Legião Brasileira de Assistência — possuíam agências locais executoras.

Em toda a região, na chamada médio Tocantins-Araguaia, havia mais 6 médicos exercendo clínica privada, sendo que 2 deles em regime de dedicação parcial à Medicina. Não havia nenhuma enfermeira de Saúde Pública na região.

### 3. COORDENAÇÃO E CRIAÇÃO DE RECURSOS PARA SAÚDE

Tendo a equipe se integrado na Unidade Mista de Porto Nacional, e esta atingindo um desenvolvimento bastante grande, novas perspectivas de trabalho foram abertas e recursos foram atraídos e coordenados.

É importante tecer alguns comentários sobre os seguintes:

#### 3.1 FUNRURAL — *Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural.*

Como órgão nacional responsável pela assistência previdenciária ao trabalhador rural, estabeleceu, em abril de 1969, convênio com a Unidade Mista para prestação de assistência ambulatorial e hospitalar a seus beneficiários, oferecendo, além disso, material permanente de médio e grande porte. A Unidade já recebeu, através desse tipo de colaboração: microscópio binocular, aparelho portátil de raios X, aspirador cirúrgico, termocautério, eletrocardiógrafo, mesa obstétrica, enfim, uma série de aparelhos que, em virtude de disposições do Governo do Estado, que limitam a aquisição de material permanente, dificilmente seriam obtidos de outra forma. O montante em dinheiro, proveniente do Convênio, foi, até dezembro de 1971, parcialmente empregado para aumentar o salário do corpo clínico, tendo-se em vista o grande número de horas extras de trabalho que o funcionamento ininterrupto da Unidade Hospitalar exige do mesmo. Este subsídio constituiu, tam-

bém, uma forma de melhorar as condições para fixação desses profissionais à região.

Este convênio veio cobrir em 55% (dados para 1972) as despesas que já vinham sendo realizadas pela Unidade com a assistência gratuita aos trabalhadores rurais; em 4 anos, a contribuição financeira do órgão triplicou.

Além deste convênio, dois outros foram celebrados em janeiro de 1972, com o Sindicato Rural: um para um programa de assistência médico-sanitária à zona rural, feito em conjunto por várias entidades, inclusive a Unidade Mista e outro para Assistência Odontológica.

Mais recentemente (abril de 1972), o FUNRURAL assinou um termo aditivo ao convênio inicial, pelo qual a Unidade fornecerá perícias médicas para fins de aposentadoria do trabalhador rural, sendo subsidiada em Cr\$ 2.000,00 mensais.

Além das doações em material permanente, a parcela mensal de contribuição financeira do FUNRURAL ao município, para assistência médico-sanitária, é atualmente de Cr\$ 16.500,00.

#### 3.2 *Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.*

A partir de janeiro de 1971, passou a Unidade Mista a constituir-se em Campo de estágio para a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, tendo um dos membros da equipe passado a exercer as funções de preceptor dos estagiários, alunos do 6.º ano médico. De um lado, isto proporciona aos alunos uma experiência de medicina integral dentro de um contexto bastante reproduzível no país, posto ser executado exclusivamente com os recursos disponíveis a qualquer serviço periférico de saúde. De parte da Unidade Mista, esta se beneficiou do ambiente intelectual-

mente estimulante que a presença de estudantes traz a todo serviço, como tem sido notado na literatura (MORRIS apud WHITE<sup>12</sup>, 1967), bem como do trabalho que os mesmos acadêmicos prestam na Unidade, não sendo, entretanto, essa a ênfase do estágio mensal.

Também a comunidade rural se beneficia da presença desses acadêmicos, através da participação dos mesmos ao nível de postos rurais, onde prestam assistência aos domingos, em rodízio, e colaboram na supervisão do pessoal auxiliar ali presente.

Dentre os benefícios que o intercâmbio com a Faculdade de Medicina vem proporcionando à Unidade constam também a cessão de livros para organização de uma biblioteca médica para a Unidade e a realização de exames anatomopatológicos, pelo serviço ao Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina.

### 3.3 LBA — *Legião Brasileira de Assistência*

Órgão federal, ligado à Presidência da República, cuja atuação é voltada para a assistência à maternidade e infância. Dentro de sua diretriz atual, de atuação através da realização de convênios com entidades beneficentes, de preferência privadas, celebrou 3 convênios para atendimento à comunidade de Porto Nacional.

O primeiro deles, celebrado em maio de 1971, com a Unidade Mista, pelo qual extinguiu-se o antigo Posto de Puericultura, passando seu contingente de pessoal e recursos materiais para a Unidade e fazendo esta o atendimento ambulatorial de gestantes e crianças e a assistência hospitalar ou domiciliar ao parto. O convênio incluiu o fornecimento de medicamentos e leite no valor de Cr\$ 18.000.00

(dezoito mil cruzeiros) anuais, valor que se mantém já no 3.º ano de vigência do convênio. O pessoal lotado no Posto incluía um médico em tempo parcial, uma atendente e uma secretária.

O convênio foi de bastante interesse para a Unidade porque, por um lado, vinha terminar com a duplicação de esforços no campo materno-infantil e, por outro, melhorar a disponibilidade de medicamentos para esse atendimento considerado prioritário. Foi, também, uma oportunidade para integração com o médico particular da cidade, também médico da LBA.

Os dois outros convênios foram celebrados com a COMSAÚDE, sociedade beneficiária criada pela equipe (vide 3.8), um deles para manutenção de uma Unidade de Proteção ao Pré-Escolar, num valor de Cr\$ 15.600,00 anuais e, outro feito através da Divisão de Serviço Social, para Educação Sanitária, mediante campanha contra verminose, com financiamento para construção de fossas, num total de Cr\$ 9.500,00, ambos datados de outubro de 1971.

### 3.4 INPS — *Instituto Nacional da Previdência Social*

Com o início de funcionamento da Unidade Hospitalar, firmou convênio em fevereiro de 1968, para prestação de serviços hospitalares a seus beneficiários. Estes, embora em número pequeno na região, passaram a ser atendidos nos ambulatórios pelos médicos da equipe, que foram todos credenciados pelo INPS. Essa atividade se desenvolve atualmente à razão de 50 consultas e 15 leitos-dia mensais, em média. A importância proveniente das consultas é designada aos médicos, o mesmo não acontecendo com os honorários provenientes dos doentes internados, que são consideradas rendas hospitalares. Está

em estudo convênio para ampliação da prestação de serviços, incluindo laboratoriais e de radiologia.

### 3.5 IPASGO — Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado de Goiás.

Em setembro de 1967, época da inauguração da Unidade Hospitalar, assinou convênio com a Unidade no sentido de proporcionar assistência ambulatorial e hospitalar a seus beneficiários, em grande número na cidade, tendo em vista a importância administrativa desta. O convênio prevê a indenização de 50% das despesas, correndo o restante por conta do segurado, sendo o montante referente a honorários de consultas ambulatoriais destinado aos médicos da Unidade. Temos atualmente um movimento de 30 consultas e 20 leitos-dia mensais, em média (dados para 1972).

### 3.6 SUCAM — Superintendência das Campanhas.

Recém-constituído órgão do Ministério da Saúde, atua na região principalmente através da Campanha de Erradicação da Malária. O distrito atualmente efetua, dentro do plano de ataque, rociamento de focos, medicação preventiva e controle epidemiológico da doença. A Unidade constitui Posto de Notificação, sendo que a Campanha fornece medicação (4 amino-quinoleína) para tratamento dos casos notificados (810 para o ano de 1972). Convém lembrar que, dos casos notificados, 23% (1972) foram tratados no hospital, necessitando medicação adicional (soros, aralém-injetável, sulfademetoxina, pirimetamina) fornecida a partir da dotação orçamentária da OSEGO para a Unidade Mista, (1841 leitos-dia em 1972, num total de Cr\$ 83.600,00).

A organização de Saúde do Estado de Goiás mantém convênios com os servi-

ços nacionais de lepra e de tuberculose, hoje integrados na SUCAM, pelos quais, no caso de lepra, é fornecida medicação (sulfona e sulfato ferroso) contra a notificação de casos (18 casos novos para o ano de 1972) e no da tuberculose, medicação e PPD (83 casos novos notificados em 1972). Para a Campanha de Erradicação da Varíola são enviados boletins semanais de notificação (há 2 anos não notificamos nenhum caso de varíola), recebendo-se vacinas.

Notamos que, apesar da notificação de outras doenças transmissíveis, como por exemplo, em 1972: Tracoma (168 casos), Sarampo (101), Hepatite infecciosa (38), Infecção puerperal (8), Leishmaniose tegumentar (19), Pênfigo foliáceo (13), Doença de Chagas (10), Tétano (2), Poliomielite (4) e Difteria (4), a Unidade Mista não tem recebido auxílio dos órgãos federais, como para as endemias já mencionadas.

A colaboração, ao nível local, entretanto, registra-se de várias formas, além de no controle da matéria, tendo se verificado por ocasião da recente vacinação contra a febre amarela realizada na Unidade pela equipe da SUCAM, no atual programa de assistência médico-sanitária à zona rural do município, e na atual campanha de vacinação contra a poliomielite.

### 3.7 FUNDAÇÃO SESP — Serviço Especial de Saúde Pública.

Órgão do Ministério da Saúde, responsável pela criação da Unidade Sanitária em 1957, cujo patrimônio e funcionários foram colocados à disposição da Organização de Saúde do Estado de Goiás em 1962, época em que, com a constituição do Serviço Cooperativo de Saúde, a OSEGO passou a responsabilizar-se pela manutenção do serviço. Atualmente, dentro de uma política de concentração

de seu pessoal em serviços próprios, mantém apenas 4 funcionários na Unidade, sendo estes, entretanto, de grande utilidade para o trabalho.

### 3.8 COMSAÚDE — Comunidade de Saúde, Desenvolvimento e Educação.

Sociedade civil beneficente criada pela equipe, em junho de 1969, posto ter esta verificado que alguns benefícios concedidos por instituições paraestatais e privadas são destinados preferencialmente a obras particulares.

Através da ação dessa entidade, conseguiu-se a realização de um plano de saúde para uma fazenda no Estado do Pará (AZEVEDO<sup>1</sup> et al. 1969), plano esse que, por sua vez, gerou fundos para o início das outras atividades da entidade.

Executou-se um plano piloto de atendimento rural (localidades de Matança, Pinheirópolis município de Porto Nacional), plano este cujas idéias-chaves foram posteriormente aceitas pela Prefeitura local, dando origem ao atual programa de assistência médico-sanitária à zona rural, (vide 3.11) e de atendimento periódico, com o apoio às unidades Tipo C da OSEGO\*, nas cidades de Natividade e Araguacema.

Dentro de suas atividades, contam-se, ainda, a concessão de pagamento de bolsa e serviços prestados a pessoal auxiliar utilizado na realização de inquéritos de nutrição e saúde, e a estagiários, bem como compra de pequeno material permanente para a Unidade. Atualmente, instalou e vem fazendo funcionar, em convênio com a LBA e com a colaboração da Unidade Mista, da ACAR-Goiás, e

da comunidade, um Centro de Educação e Recuperação Nutricional, além da promoção de Educação Sanitária, mediante campanha de combate à verminose, também em grande parte financiada pela LBA.

Assim, a COMSAÚDE, cujo financiamento foi feito inicialmente através dos próprios membros da equipe, mediante trabalho realizado a terceiros, como o já mencionado — doações, em espécie e em dinheiro, de empresas privadas e pessoas interessadas da comunidade e de fora dela — constituiu, também, instrumento para integração dos novos recursos provenientes de convênios com a LBA.

### 3.9 ACAR — Goiás, Associação de Crédito e Assistência Rural de Goiás.

Dependência da ABCAR, entidade privada, sem fins lucrativos, filiada aos órgãos de agricultura federais e estaduais, atua no Estado de Goiás desde 1959 (lei estadual n.º 2463-29-dez-1958), e, em Porto Nacional, desde 1967. Funciona, principalmente, no sentido de assessoria técnica à agropecuária e aconselhamento para concessão de créditos.

Dentro da compreensão da relação estreita entre saúde e nível de desenvolvimento sócio-econômico, notadamente no tocante à melhoria alimentar, tem se integrado, oficial ou oficiosamente, através de engenheiro agrônomo e, posteriormente, do técnico agrícola, em todas as atividades comunitárias promovidas pelos órgãos de saúde.

Atualmente, participa do programa de assistência médico-sanitária à zona rural colaborando através de: promoção de

\* Unidade tipo C; Unidades Sanitárias dotadas de um auxiliar de saneamento, uma auxiliar de enfermagem e um servente, desenvolvendo principalmente atividades médico-sanitárias preventivas e, periodicamente, assistência médica curativa.

hortas nas localidades atendidas pelos postos de Saúde Rural, e fornecimento de material para este trabalho proveniente de convênio com a LBA; participação na formação dos atendentes rurais, destinação aos postos de material fornecido pela UNICEF, em convênio com ACAR e Prefeitura Municipal, para instalação de mini-postos rurais.

### 3.10 Comunidade de Porto Nacional

Certa da importância da participação ativa da comunidade no desenvolvimento de qualquer programa de saúde (SAN MARTIN<sup>8</sup>, 1968), a equipe procurou conseguir-la desde o início do trabalho, em diversos setores e por diferentes maneiras. Esta colaboração é imprescindível nas condições, não só quanto às mudanças de atitudes, hábitos e crenças em matéria de saúde, como também em termos de colaboração financeira e material.

Em início de 1968, logo à chegada da equipe, através principalmente do Serviço de Saneamento da Unidade Mista e da equipe médica e enfermeira, conseguiu-se mobilizar a opinião pública local para a realização de uma campanha contra a verminose. Essa campanha, que não contou com auxílio financeiro de nenhuma entidade oficial, conseguiu, por exclusiva motivação dos beneficiários, que fossem construídas 253 fossas, número bastante significativo comparado às 403 já existentes. Em fins de 1971, foi firmado convênio entre a COMSAÚDE e a LBA, fornecendo esta Cr\$ 9.500,00 (nove mil e quinhentos cruzeiros) para doação da lage (que constitui de 5 a 13%, dependendo dos materiais de construção empregados, do custo total da fossa) à população motivada, mas sem condições financeiras mínimas, isto dentro de uma campanha de Educação Sanitária.

Posteriormente, em 1969, a liderança da comunidade foi organizada numa Comissão de Saúde, que funcionou durante um ano, no estudo e procura de soluções para os problemas sanitários da cidade. Esta organização se encaminhou para a constituição de uma entidade, a Ação Comunitária Portuense, sociedade civil sem fins lucrativos, que ampliou sua ação social para outros setores da vida da cidade, como o da educação. Embora a mudança da maioria de seus líderes para outras localidades, somada aos modestos resultados obtidos, impedisse a persistência do movimento por mais tempo, sua ação se fez sentir na conscientização, e mesmo no encaminhamento de soluções, para os principais problemas sanitários da comunidade: coleta de lixo, matadouro, mercado, instalação de torneiras públicas, obrigatoriedade de exames médicos para manipuladores de gêneros alimentícios, e outros.

Em janeiro de 1972, a participação da comunidade foi estimulada para a manutenção de um Centro de Educação e Recuperação Nutricional (CERN), recurso que se destina a atuar contra o problema da desnutrição infantil. Foram apresentados à comunidade os resultados do inquérito pondero-estatural realizado em 1001 crianças menores de 5 anos existentes na cidade, no primeiro trimestre de 1971, em que se constatou apenas 34% de crianças eutróficas (Tabela de Gomez); 39,5% de desnutridos de primeiro grau, 22,0% do segundo grau e 4,5% de terceiro grau. Conseguiu-se o financiamento do pessoal auxiliar do Centro através de contribuições provenientes, principalmente de comerciantes, fazendeiros e bancários. Assim é que a CERN de Porto Nacional encontra-se em funcionamento desde fevereiro de 1972, com capacidade para 25 crianças por período de 4 meses. As crianças freqüentam a casa em regime de semi-internato, rece-

bendo dieta apropriada, recreação visando estimular o desenvolvimento neuropsicomotor, atenção médica. As mães recebem orientação quanto à compra e preparo de alimentos da região, bem como instrução sobre cuidados higiênicos às crianças.

Além de educadora, que desenvolveu seu trabalho numa das instituições de ensino médio local, a maioria dos membros da equipe, considerando fundamental a formação das normalistas, elemento chave na criação de uma consciência de saúde na população (DESCHILE et al. apud PIOVESAN<sup>5</sup>, 1967) e atendendo à grande necessidade docente do colégio, passou a ministrar aulas de Psicologia Geral e Infantil e de Higiene e Puericultura. Os resultados dessa atuação se fizeram sentir no crescente interesse e envolvimento das normalistas nos diversos empreendimentos de saúde, como na realização de inquéritos de saúde, no serviço voluntário e recreação infantil junto à Unidade Hospitalar e outros, mas os resultados sobre a população só poderão ser esperados, naturalmente, a longo prazo. Um curso de educação sexual, para todas as séries a partir da 4.ª série do 1.º ciclo, visando minorar o problema do despreparo para o casamento, teve, também, bastante aceitação por parte dos alunos, embora houvesse alguma repercussão negativa em certos setores da comunidade, revelando-se, portanto, um instrumento inadequado, pelo menos numa 1.ª fase, para se estimular a participação da comunidade quanto à melhoria dos níveis de saúde.

### 3.11 Prefeitura Municipal de Porto Nacional

A partir da experiência preliminar realizada de agosto de 1969 a julho de 1970, pela equipe, em colaboração com a ACAR-Goiás numa comunidade rural do município, com palestras sobre educação

sanitária, atendimento, vacinação de grupos prioritários e orientação agropecuária, a idéia de um atendimento às comunidades rurais, com ênfase na prevenção de doenças e promoção de saúde, foi aceita pela Prefeitura Municipal. Foi organizado, então, em convênio com o Sindicato Rural e FUNRURAL, ACAR-Goiás, Unidade Mista, SUCAM, Universidade Federal de Goiás, Escola Experimental de Auxiliares de Enfermagem de Porto Nacional e COMSAÚDE, um programa de assistência médico-sanitária à zona rural, utilizando pessoal auxiliar de formação primária, após treinamento específico na Unidade Mista e sob supervisão de Enfermagem, em postos rurais montados nos distritos. Este programa atenderá, no momento, 4 comunidades rurais num total de 4526 habitantes (IBGE — 1970). Para este programa são canalizados os recursos municipais destinados à saúde, provenientes do Fundo de Participação dos municípios, tendo sido construídos pela Prefeitura os prédios para funcionamento dos Postos.

A Prefeitura Municipal consignou, também, no orçamento de 1973, uma verba de Cr\$ 12.000,00 para a COMSAÚDE, dentro dos recursos destinados à Saúde.

A municipalidade vem também subsidiando o estágio dos doutorandos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, mediante o pagamento de suas despesas de estadia na cidade.

### 3.12 Programa Alimentos para a Paz

Sua colaboração verificou-se no período de outubro de 1971 a maio de 1972, mediante o fornecimento de, em média, 1000 kg de leite em pó por mês, para funcionamento do lactário da Unidade Mista. Apesar de certa irregularidade no funcionamento, beneficiaram-se do programa 400 pessoas por mês, entre gestantes, nutrizes e crianças,

sendo as crianças selecionadas através dos programas de assistência sanitária à criança e à gestante, contando o 1.º com avaliação ponderal-estatural de rotina. As crianças mais necessitadas de apoio nutricional, bem como aquelas que tenham mães mais susceptíveis de reagir a um programa educativo, são encaminhadas para o Centro de Educação e Recuperação Nutricional.

### 3.13 *Campanha Nacional de Merenda Escolar.*

Órgão ligado ao Ministério da Educação, vem fornecendo parte do leite, bem como outros gêneros, consumidos no Centro de Educação e Recuperação Nutricional, desde o início de seu funcionamento.

### 3.14 *PIPMO — Programa Intensivo de Preparo de Mão de Obra.*

Órgão do Ministério da Educação, forneceu recursos (no valor de Cr\$ 850,00), em fins de 1971, para a realização de um curso de orientação de parteiras leigas, que permitiu uma renovação do quadro de parteiras controladas pela Unidade, através da frequência de 14 senhoras da comunidade, que já vinham fazendo partos; 7 delas há 7 anos atrás, beneficiárias do Curso similar ministrado pelo SESP. Embora o auxílio financeiro tenha sido pequeno, sua disponibilidade, nesse setor, estimulou a melhoria do programa de assistência a gestantes num aspecto para o qual dificilmente a Unidade poderia destinar recursos, no momento.

### 3.15 *Escola Experimental de Auxiliares de Enfermagem.*

Em decorrência do desenvolvimento dos trabalhos da Unidade Mista, que passou a constituir campo de estágio adequado para estudantes de Enfermagem, a Organização de Saúde do Estado de Goiás pôde implantar, em Porto Nacional, em fins de 1970, a Escola Experimental de Auxiliar de Enfermagem, antigo projeto seu. Após um ano de funcionamento, a Escola tem mostrado sua alta relevância para a execução do trabalho de saúde no Norte do Estado, tendo propiciado a contratação de todos seus egressos em serviços na região\*.

Na Unidade Mista, os alunos vem colaborando, através dos estágios, que se estenderam, em fins de 1972 e em 1973, também para os postos rurais, com visitas semanais.

### 3.16 *OPAS — Organização Panamericana de Saúde.*

Através do envio do seu assessor em Nutrição no Brasil, para uma visita em setembro de 1970, colaborou efetivamente no planejamento do trabalho a ser desenvolvido quanto ao problema da desnutrição infantil. Uma colaboração maior, entretanto, não foi possível devido à extinção do programa de nutrição do Ministério da Saúde do Brasil, em colaboração com a OPAS.

### 3.17 *CEME — Central de Medicamentos*

Desde setembro de 1972, a CEME, mediante convênio com a OSEGO, vem fornecendo à Unidade Mista grande parte dos medicamentos necessários ao atendimento por ela realizado.

\* Estes auxiliares de enfermagem estão sendo utilizados em sua maioria para serviços hospitalares nas três Unidades Mistadas da OSEGO no Norte de Goiás: — Porto Nacional, Miracema do Norte e Araguaína. Espera-se que a próxima turma (de 1972) possa ser destinada às Unidades Tipo B e C.

Cabe, finalmente, mencionar o aumento e dinamismo dos recursos humanos e materiais colocados à disposição da comunidade, pela própria OSEGO, com o desenvolvimento do trabalho da Unidade Mista de Saúde, desde fins de 1967.

Embora 4 profissionais da equipe, 2 médicos, uma enfermeira e uma assistente social tenham deixado o trabalho, em diferentes épocas, este foi enriquecido com a participação de 3 médicos, um deles ex-estagiário do serviço, como sextoanista da Faculdade de Medicina de Goiânia e dois ex-residentes da Faculdade de Medicina de Botucatu. Também 3 enfermeiras, uma delas ex-chefe do serviço de Enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Goiânia, vieram juntar-se à equipe de trabalho.

Houve um aumento considerável do pessoal, notadamente do técnico-profissional, como auxiliares de enfermagem, laboratoristas, auxiliares de raios X, além de atendentes e serviçais. Embora não haja dados exatos acessíveis, pode-se afirmar que o investimento financeiro pelo menos quadruplicou.

Verifica-se também, melhoria dos serviços auxiliares com realização de eletrocardiografia, colpocitologia, bioquímica de sangue, colposcopia e outros que foram se tornando possíveis e mais necessários dentro do desenvolvimento do trabalho.

A repercussão deste trabalho se fez sentir, também, na instalação em princípio de 1971 de uma equipe com atuação semelhante, constituída, em parte, por ex-estagiários e residentes da Unidade Mista de Porto Nacional, na vizinha cidade de Miracema do Norte, a 150 km ao norte.

#### 4. IMPORTANCIA DOS RECURSOS E DE SUA COORDENAÇÃO AO NÍVEL DA COMUNIDADE DE PORTO NACIONAL

A presente experiência permite avaliar dois aspectos importantes a considerar em se tratando de coordenação de recursos e serviços dentro de nossa realidade.

O primeiro deles é a maximização da utilização dos recursos disponíveis pela eliminação de duplicações, tanto de execução como de planejamento de serviços; pela dinamização de recursos ociosos num serviço a partir da junção de esforços com outros órgãos; pela complementariedade natural existente entre as entidades de saúde dotadas de recursos para atuar nos diferentes aspectos da situação sanitária e pelo enriquecimento técnico e aumento do respeito mútuo entre serviços participantes de trabalhos coordenados.

No presente caso vemos, por exemplo, que certos órgãos, como o FUNRURAL, vieram fornecendo aos serviços de saúde, material permanente de médio e grande porte, o que facilitou o trabalho da organização estadual de saúde, onde as aquisições de material permanente estiveram, durante todos estes anos, sustadas, como medida de contenção orçamentária, e, ainda são hoje, muito limitadas. Por outro lado, a LBA, em seus convênios, com as obras, não prevê o pagamento de mão de obra, cujo financiamento é, portanto, procurado, na experiência de Porto Nacional, na COMSAÚDE, na OSEGO e na própria comunidade. Isto torna possível a realização e ampliação de trabalhos, que a nenhum dos órgãos, individualmente, seria possível. Órgãos como o PIPMO, a Campanha Nacional de Merenda Escolar, o Programa Alimentos para a Paz subsidiam o trabalho de melhoria das condições sanitárias realizado pelos

órgãos executores de saúde, garantindo o uso adequado de seus recursos sem exigência de uma estrutura própria de prestação de serviços diretos à população na localidade. De certa forma, é também o caso dos órgãos previdenciários, que têm seus serviços prestados por uma instituição estadual de saúde.

A junção entre os serviços de proteção à maternidade e à infância desenvolvidos pela OSEGO e a LBA, veio eliminar uma duplicação, melhorando a qualidade do atendimento realizado pelos dois serviços.

No caso da Fundação SESP, cuja responsabilidade financeira é atualmente muito pequena, sua união ao serviço estadual permite ainda hoje a este beneficiar-se do sistema de organização e elevados padrões técnicos propostos e estruturados por aquele serviço federal.

As relações de trabalho normalmente existentes entre a SUCAM, órgão federal, e a OSEGO, tornam possível uma coordenação por ocasião das campanhas de vacinação periodicamente realizadas pelo Ministério da Saúde, para uma população cotidianamente assistida através da vacinação de rotina efetuada pela Unidade Mista.

No caso da Prefeitura Municipal, sua integração a um trabalho de saúde conjunto se nos afigura mais notável e importante, pois, não sendo um órgão eminentemente técnico, sujeito a pressões de ordem política, principalmente no caso de prefeituras do porte da de Porto Nacional, o uso adequado dos recursos destinados à saúde provenientes do Fundo de Participação, poderia ser ameaçado. Entretanto, a Prefeitura destina-os, em sua totalidade, a programas definidos e promovidos pelos órgãos de saúde como é o caso do Centro de Educação e Recuperação Nutricional e o pro-

grama de assistência médico-sanitária à zona rural.

Este último programa implica na integração de um número considerável de órgãos técnicos e não técnicos de saúde, com o aproveitamento da complementariedade de recursos e serviços existentes entre eles. Enquanto o Sindicato Rural e a Prefeitura Municipal colaboram com instalações, transporte, financiamento de pessoal material; órgãos de saúde promovem a formação do pessoal e supervisão técnica do serviço, dinamizando a educação sanitária.

Neste programa, observamos o trabalho coordenado com a ACAR-Goiás, o que permite aos órgãos de saúde dirigir suas ações para a promoção da saúde, área que tende a ficar relegada a um plano secundário diante do volume de serviços curativos que sempre se apresenta.

Desde que no desenvolvimento da experiência procurou-se não apenas promover a coordenação entre serviços, mas, ao nível de recursos, é importante verificar a integração de recursos humanos da comunidade nos esforços para melhoria da saúde. Este fato não só tem auxiliado em aspectos essenciais do financiamento de programas, como tem garantido maior compreensão e penetração das ações de saúde na comunidade, fator importante, pois estas sempre implicam numa tentativa de transformação cultural.

Verificou-se, também, a integração entre instituições de ensino e os serviços assistenciais, ligação importantíssima, senão essencial, para a melhoria contínua do padrão de atendimento e para o realismo da formação do técnico em relação às condições de saúde da população e às perspectivas de sucesso e limitações de sua intervenção.

A experiência envolve, também, uma particularidade muito interessante, de colaboração entre o médico particular e os organismos de saúde, ficando aquele com a fração pagante da população, e em intercâmbio técnico com os colegas através de reuniões clínicas semanais, encaminhamento de casos e uso dos serviços auxiliares de diagnóstico.

A segundo aspecto a ser considerado é de que a integração de serviços supõe, por parte de seus dirigentes e equipes técnicas, uma valorização real do trabalho conjunto, compreensão de sua necessidade e importância, pois a coordenação exige atitude firme e esforço contínuo, diante das dificuldades normalmente encontradas no processo de adaptação das instituições para uma ação conjunta.

Trata-se de uma forma de atuação que contraria a tradição de trabalho isolado de cada instituição, sendo necessário, portanto, introduzir frequentemente mudanças na atitude dos dirigentes e funcionários para que possam interpretar com maior flexibilidade as normas e objetivos de seu serviço, e, ao mesmo tempo, compreender as perturbações do trabalho existentes até que se obtenha uma coordenação funcional entre os diversos órgãos técnicos e não técnicos.

Este fato deve ser observado com bastante cuidado, pois a inexistência de um trabalho intencionalmente voltado para uma integração cada vez maior ao nível dos serviços locais de saúde, pode comprometer a efetivação de diretrizes definidas a nível central.

##### 5. COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

A integração dos serviços de saúde sob a égide de uma organização nacional única tem sido uma meta sempre aspirada pelos planejadores de Saúde Pública. Afóra os países socialistas que, em virtude da própria natureza de seus

governos, gozam, via de regra, de sistemas unificados, não só no setor saúde, mas em outros setores da administração, a onda de crescente interesse na integração central dos serviços de saúde, é um fenômeno do após guerra. Na Inglaterra, a integração central de serviços de saúde formalizou-se com a criação do National Health Service em 1946 (GILLET<sup>2</sup>, 1967). Nos Estados Unidos, o interesse pela integração de serviços com a finalidade do fornecimento de um atendimento extensivo e integral (compreensivo) parece ter sido avivado pelos trabalhos de WARD DARLEY (SANAZARO<sup>7</sup>, 1970, SOMMERS<sup>10</sup>, 1970). Esses trabalhos publicados em 1959, deram origem, ao que tudo indica, ao crescente interesse no ensino da medicina preventiva, atualmente voltando-se mais para a medicina comunitária (PIOVESAN<sup>5</sup>, 1967). A despeito do grande interesse nesse campo, poucas transformações consistentes tem surgido, a nível central, devido à necessidade de uma reformulação total dos sistemas de atendimento, a não ser que se queira correr o risco de aumentar astronômica-mente os gastos governamentais com a saúde, conforme o parecer dos estudiosos do assunto nos Estados Unidos.

Não foi outra a experiência que tivemos no Brasil com o Plano Nacional de Saúde do ministro Leonel Miranda, cujo ponto de fracasso foi, entre outros, sua inexequibilidade orçamentária, (MELO F.<sup>9</sup> 1971).

Diante de perspectivas tão limitadas para integração central dos serviços de saúde, surge como alternativa, no momento, a integração periférica. Trata-se de juntar as peças do mosaico de serviços de saúde que as condições atuais oferecem, e montar, a partir delas, uma ação sanitária que inclua promoção, prevenção, cura e reabilitação, abrangendo uma porção o mais significativa possível da população, com a maior participação

possível desta, e resultando num atendimento total e personalizado das necessidades de saúde de cada um.

Nos Estados Unidos, essa meta tem sido buscada desde 1965, através da instituição dos Centros de Saúde de Vizinhança (Neighborhood Health Centers) do Office of Economical Opportunity. São centros de saúde urbanos que se caracterizam por prestação de serviços de saúde e, principalmente, integração dos já existentes, buscando um atendimento integral das comunidades (geralmente conglomerados de minorias de baixo nível econômico) (Wise<sup>13</sup>, 1970).

No Brasil, a Fundação SESP, há três décadas, presta serviços de medicina integrada a população localizadas principalmente, em regiões remotas do país. O que se assiste entretanto, é o fato de, à medida que as comunidades vão crescendo e se tornando economicamente atraentes, passam a receber o afluxo das mais diferentes formas de atenção à saúde, quer governamentais, quer privadas, serviços esses nem sempre passíveis de integração àqueles de excelente qua-

lidade que a Fundação SESP presta (como exemplo, podemos citar a comunidade de Ilhéus, na Bahia).

A experiência de Porto Nacional busca uma integração periférica de serviços de saúde de tal forma elástica a poder adaptar-se às diversas fases no desenvolvimento da atenção médica na região (Médio Norte Goiano). O presente trabalho mostra como se conseguiu integrar os diversos serviços públicos e privados acessíveis, nos primeiros 5 anos de funcionamento da Unidade Mista, com a equipe multiprofissional representada pelos autores deste trabalho.

Creemos ser uma solução provisória, mas nem por isso menos válida com relação à integração do fragmentário sistema de atenção sanitária de que dispõe o país.

Ressalte-se, ainda, que a integração periférica, condição essencial a qualquer plano nacional de saúde, não se realiza automaticamente, sendo portanto necessário experimentar e definir as formas mais adequadas a sua concretização.

RSPU-B/192

---

AZEVEDO, A. C. de et. al. — [*Periferal integration of health care: experience in Amazon Region, Brazil*]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 7:389-403, 1973.

**SUMMARY:** *Five years of experience with comprehensive health care, based in periferal integration of services in a 10 000 inhabitants community in Amazon Region, Brazil, is presented. The need for integration of health care is stressed with some references in literature. The periferal integration of health services through a multiprofessional group practice as a lesser alternative when complete central integration, is unattainable.*

**UNITERMS:** *Health care (integration)\*; Health centers (Goias, Brazil)\*.*

---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AZEVEDO, A. C. de et al. — Experiência de um programa de profilaxia medicamentosa coletiva da malária no sudeste do Pará, Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 6:245-53, 1972.
2. GILLET, J. A. — Health centers — a second chance? *Roy. Soc. Hlth J.* 87:196-8, 1967.
3. FUNDAÇÃO IBGE. *Sinopse estatística do Brasil*. Rio de Janeiro, 1971. v. 1, p. 244-5.
4. MELLO F.º, M. — *Desafio brasileiro*. 11.ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Bloch, 1971. p. 337.
5. PIOVESAN, A. — A medicina privada e a saúde pública estariam convergindo? *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 1:193-200, 1967.
6. RAMOS, R. — Integração sanitária. São Paulo, 1972. [Tese para docente — Faculdade de Saúde Pública da USP].
7. SANAZARO, P. J. — Comprehensive health care and the researcher. *J. med. Educ.*, 45:486-9, 1970.
8. SAN MARTIN, H. — *Salud y enfermedad*. 2.ª ed. Mexico, Prensa Medica Mexicana, 1968.
9. SAWYER, D. R. — Penetration roads and population growth: patterns of migration and settlement on the Belém-Brasília Highway. Boston, 1969. [Thesis — Harvard University].
10. SOMMERS, A. R. — Comprehensive health care and the consumer. *J. med. Educ.*, 45:467-72, 1970.
11. VALVERDE, O. et al. — A rodovia Belém-Brasília. Rio de Janeiro, Fundação IBGE, 1967. p. 261 (Biblioteca Geográfica Brasileira, Série A — n.º 22).
12. WHITE, K. L. — Medical care research and health services systems. *J. med. Educ.*, 42:729-41, 1967.
13. WISE, H. — Physicians in health centers. *Postgrad Med.*, 47:130-7, 1970.

Recebido para publicação em 14-8-1973

Aprovado para publicação em 9-10-1973