

*O Programa Médico de Família de Londrina  
sob a ótica das equipes de Saúde da Família*

*Londrina - Setembro/1995*

# O Programa Médico de Família de Londrina sob a ótica das equipes de Saúde da Família

Autores :        Garcia Alejandro Vergara Figueroa \*  
                      Joelma da Silva Teixeira\*  
                      Marcos Antonio Antunes Belmont \*\*  
                      Marcos Emílio Coelho Teixeira \*  
                      Margarete de Fátima Leibante Coelho Teixeira \*\*  
                      Maria Vera Gamberini Carmona \*\*  
                      Maria Vitalina Lucas Crivelli \*\*  
                      Sonia Maria Coutinho \*

\* Médicos do Programa Médico de Família de Londrina.

\*\* Enfermeiros do Programa Médico de Família de Londrina.

# INTRODUÇÃO

## P

Para a compreensão do Programa Médico de Família de Londrina (PMF), tem-se que conhecer a idéia inicial.

Esse programa baseou-se no Programa Saúde da Família (PSF), por sua vez idealizado e implantado em alguns municípios pelo Ministério da Saúde à partir de 1993. O PSF foi criado com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade. Tem o propósito de colaborar na efetiva implantação do SUS e da municipalização da saúde, implementando os princípios de Universalização, Descentralização, Integralidade e Participação da Comunidade (MS - Coordenação de Saúde da Comunidade, 1994).

Ao contrário do modelo tradicional, centrado na **DOENÇA**, no **HOSPITAL** e no **MÉDICO**, o PSF prioriza ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, com abordagem interdisciplinar, multiprofissional e trabalho em equipe.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a equipe de saúde deve ser composta por, no mínimo, 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde, dependendo da realidade local. E, será responsável por 800 a 1.000 famílias (este critério deve ser flexível, tendo-se em conta a densidade demográfica, o acesso aos serviços, a geografia local, etc).

Atividades da equipe do PSF, preconizadas pelo MS : cadastramento das famílias, visando o diagnóstico de saúde da comunidade; visitas domiciliares, visando ações de vigilância à saúde; internação domiciliar em casos de doenças crônicas, de baixo risco ou pacientes em fase de recuperação; participação em grupos comunitários visando a organização social; atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas clínicas básicas (Clínica Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia); utilização do Sistema de Referência e Contra-Referência, onde o paciente que necessita de atendimento especializado será encaminhado.

A finalidade deste artigo é discorrer como se deu a implantação do PSF em Londrina e por conseguinte, após 18 meses de seu funcionamento, refletir sobre alguns pontos considerados relevantes.

## Primeira Parte - Implantação do PSF em Londrina

### O

PSF em Londrina foi denominado Programa Médico de Família (PMF). Implantado na administração Luís Eduardo Cheida, em abril de 1995, tendo sido uma de suas plataformas políticas.

Em março de 1995, diferentes profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) passaram por teste seletivo, avaliação de currículo e entrevista. Sendo que os antigos auxiliares de enfermagem que residiam nos distritos, foram diretamente incorporadas às equipes, permanecendo com seu vínculo empregatício anterior.

Inicialmente, foram formadas 4 equipes, para desenvolver o trabalho nas seguintes localidades : Paiquerê, Irerê, Guaravera, Lerrovile e Tamarana (sendo uma equipe para Irerê-Paiquerê).

A contratação destes profissionais, aconteceu nos moldes da CLT pelo Conselho Comunitário de Guaravera, sendo o repasse de verbas feito pela Prefeitura, através de convênio. Algumas das exigências contratuais foram quanto ao tempo integral, dedicação exclusiva e obrigatoriedade de residência nos distritos.

Foi formado também um Grupo de Apoio e Acompanhamento, constituído por membros da coordenação administrativa municipal e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO - UEL).

Como o início do trabalho deveria ser imediato, ficou acertado que as antigas equipes que trabalhavam nas UBS, informariam as rotinas do sistema administrativo e burocrático às novas equipes PMF. Porém, a realidade foi muito diferente, três das equipes, quando chegaram, já não mais encontraram os antigos profissionais pois, estes já haviam sido remanejados. Assim, as equipes PMF iniciaram o trabalho aprendendo no dia-a-dia aquelas rotinas. A equipe PMF de Lerrovile foi mais afortunada pois, a antiga equipe que lá trabalhava permaneceu.

Para se ter uma idéia da geografia, Irerê dista 28 Km de Londrina, Paiquerê 35 Km, Guaravera 40 Km. Isto quer dizer, que estes locais estão a estas distâncias do hospital mais próximo. Em Tamarana, a oferta de um Hospital Municipal, facilitou o trabalho para as equipes de Tamarana e de Lerrovile (distante 4 Km de Tamarana).

As diferenças entre as equipes também ocorriam em relação ao número de UBS a serem atendidas por equipe, ao número de funcionários de nível médio por UBS e, em relação à estrutura encontrada em cada distrito. A equipe de Irerê-Paiquerê atendia às UBS de Irerê, Paiquerê e Guairacá. A equipe de Tamarana atendia as UBS de Tamarana, Rio Branco, Apucarantina e um posto avançado na localidade do assentamento Serraria.

Quanto ao transporte, cada equipe foi contemplada com um veículo VW Kombi e, no caso de Guaravera aproveitou-se um veículo da sub-prefeitura local (Fiat Elba) e, mais tarde, equipados com telefone celular.

Paralelamente, a propaganda veiculada pela prefeitura às comunidades, antes e depois do início do projeto, era de que o serviço funcionaria 24 horas por dia. Assim, os profissionais que se engajaram no programa, trabalhavam muito além de oito horas diárias. Sendo exaustivamente incomodados em suas próprias residências.

Para as equipes de Irerê-Paiquerê, Guaravera e Tamarana, esta maratona de trabalho e estresse, durou mais de 6 meses, quando ocorreu um segundo teste seletivo, onde foram contratados um profissional médico e outro enfermeiro, que assumiram o Distrito de Irerê e o Patrimônio Taquaruna. Por solicitação foi proporcionado que um profissional médico da rede municipal se integrasse para "ajudar" no atendimento em Guaravera. Em outubro de 1995 foi extinto o programa no Distrito de Tamarana.

E, dessa forma, o programa é desenvolvido até os dias de hoje.

## Segunda Parte - Reflexões

### 1.

#### **Estrutura, materiais e equipamentos :**

Com a implantação do PMF, assumindo-se seis UBS da zona rural, os profissionais defrontaram-se com certas dificuldades. A estratégia de trabalho se pautou na vigilância à saúde, na promoção da inter-setorialidade e na integração/participação da comunidade local. Entretanto, as equipes se defrontaram com a deficiência da estrutura física das UBS existentes. Tem-se, até hoje, a UBS Irerê funcionando numa antiga casa de madeira, de aproximadamente 55 m<sup>2</sup>, inapropriada para a instalação de um serviço básico em saúde, bem como impossibilitando privacidade ao paciente em sua consulta médica ou atendimento de enfermagem. A nova UBS está sendo construída morosamente desde o início do PMF. As UBS Lerroville e Guaravera foram reformadas para o melhor funcionamento do PMF.

Entretanto, as UBS não possuem, por exemplo, uma sala destinada à organização e coordenação de estratégias e atividades a serem desenvolvidas com a comunidade; à reuniões internas; à educação continuada/treinamento; e à reuniões com grupos definidos (diabéticos, hipertensos, planejamento familiar, pré-natal e puericultura).

Os recursos materiais e equipamentos são, hoje, insuficientes, em virtude do maior leque de procedimentos oferecidos pelo programa. Como exemplo, tem-se, no caso das internações domiciliares, a carência de materiais caracterizados como hospitalares. E, também, a ausência de instrumentos didáticos para educação em saúde.

### 2.

#### **Recursos humanos, forma de contratação e salários :**

Como já foi abordado, não existe uma uniformidade relativa ao número de profissionais que compõem cada equipe. Procedimento natural, na medida em que as comunidades são diferentes e suas realidades e necessidades também. Este mesmo raciocínio deve nortear a inserção de outros profissionais nas equipes (odontólogo, auxiliar administrativo, assistente social, terapeuta familiar, psicólogo e outros), objetivando a otimização das ações do PMF.

A forma de contratação também deve ter uma importância estratégica na perpetuação do programa. Existem diversas experiências neste campo, por exemplo, cooperativas, convênios com associações/conselhos, estatutários, etc, são algumas das formas encontradas.

A diferença básica entre os profissionais do PMF e não PMF, é o tempo integral de trabalho. Para o bom desenvolvimento do trabalho comunitário, é necessário tempo. Tempo que um profissional não PMF, não dispõe, pois precisa ter vários empregos para obter um salário a contento.

Hoje, no PMF de Londrina, o único profissional que tem um salário diferenciado, é o médico. Os outros profissionais (enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) ganham salários que não justificam este tempo integral. Fator determinante na dificuldade de se atrair o interesse de profissionais.

### 3.

#### **Moradia :**

Com relação à moradia, supunha-se que as equipes teriam maior aproximação e conhecimento da sua área de abrangência se residissem nos distritos. A experiência demonstrou que a hipótese não é verdadeira, para tanto, há que se responder :

a - A população local está preparada para receber esses profissionais como membros de sua comunidade ?

Não. A experiência de todas as equipes demonstra que a população não compreende a proposta, entendendo que os profissionais moram nos distritos somente para cumprirem a sua missão técnica, confundindo as residências destes com a extensão dos serviços de saúde da unidade, até mesmo para situações de emergência e urgência (atendimento 24 horas e/ou pronto-socorro).

b - Os distritos estão estruturados para oferecer moradias aos profissionais ?

Não. Inversamente do que ocorre na área urbana, na zona rural não são construídas casas com o propósito de locação. As moradias encontradas, pertencem há anos à mesma família, impossibilitando, assim, sua oferta. Ou então são moradias provisórias e precárias do trabalhador rural itinerante.

c - Os profissionais e seus familiares estão preparados para uma realidade imposta e imutável ?

Não. Vive-se em um país livre e democrático, onde as pessoas escolhem o seu local de moradia, segundo afinidades, facilidades e oportunidades; os profissionais que atuam no projeto possuem familiares e organizam suas vidas de forma a contemplar e organizar as mesmas profissionalmente e pessoalmente. Muitas vezes necessitam eleger a sua moradia contemplando a vida profissional do cônjuge, além das atividades dos filhos.

Além disso, a integração destes na comunidade, depende muito mais das ações e atividades profissionais desenvolvidas no seu dia-a-dia do que propriamente do seu compromisso como habitante local.

## 4.

### **O desenvolvimento de uma rotina de trabalho :**

O desafio que está colocado é o de se estabelecer quais as condições necessárias para a implantação de uma rotina diferenciada da equipe de saúde da família em relação ao atendimento tradicional e, mais do que isso, se essa experiência permite instituir elementos que possibilitem pré-determinar essa rotina na sua implantação futura em outros serviços.

Está claro que o PSF não pretende a total substituição do atendimento ambulatorial existente (serviços internos), mas sim, aumentar a eficiência e eficácia através do que se denomina “serviços externos” - atendimentos domiciliares, participação em grupos e atividades comunitárias.

A balança serviço interno/externo, necessita atingir um ponto de equilíbrio, que permita fluir com tranqüilidade na rotina da equipe. Neste sentido, várias foram as dificuldades encontradas. A principal delas diz respeito à forma como foi implantado o PSF nos distritos, levando suas equipes à dedicação integral ao atendimento interno nas UBS.

As dificuldades decorrentes de uma cultura de velhas práticas e, a ausência, por vezes, de estrutura física e material para o desenvolvimento das ações também dificultam o desenvolvimento do trabalho.

Após aproximadamente um ano de sua implantação e tendo lançado mão, neste período, de formas de aproximação, as mais variadas com a comunidade (reuniões, formalização de conselhos locais de saúde, jornais, festivais, atividades de entretenimento, etc) é que as equipes conseguem, ainda que de forma irregular, estabelecer escalas de atividades que ainda são suplantadas, muitas vezes, pela necessidade de cobertura de atendimento médico. Hoje, de uma maneira geral, as equipes despendem de 60 a 70 % de seu tempo de trabalho com as atividades internas. As visitas às comunidades rurais mais distantes ainda não estão na sua totalidade rotinizadas, e o serviço externo passa muitas vezes como atividade pontual.

Acredita-se que, para futuras experiências, dividir eqüitativamente esse “bolo” de atendimento, seja de início uma boa medida, ainda que necessite de uma análise mais aprofundada.

Quanto ao atendimento domiciliar, essa é uma tarefa que avança de maneira desordenada, entretanto já exprime bons resultados, porém requer padronização.

## 5.

### **Educação Continuada :**

A educação continuada deve ser direcionada para a capacitação da **equipe** de saúde, enquanto participante e agente da transformação social, de diagnóstico e proposição de soluções criativas, mas também deve oferecer subsídios técnicos à proposta.

Evidentemente, ela nunca se desviará da lógica da instituição que a promove, mas considerando todos os atropelos da construção do PMF-Londrina, conclui-se que não se desenvolveu um processo de educação continuada, limitando-se a algumas ações pontuais para tentativas de encaminhamentos de situações localizadas (oficina local, vídeos, palestras, literatura).

Torna-se relevante firmar que para a padronização do atendimento domiciliar requer uma atenção especial quanto à educação continuada.

## 6.

### **Dados de produtividade :**

Os dados demonstrados no primeiro documento da Autarquia de Serviços Municipais de Saúde (ASMS), quanto à avaliação de um ano do PMF, despertam para alguns números e aprofundamento dos resultados.

No que concerne às consultas de clínica médica, vale frisar que houve um aumento de 1,7 % (1995) comparado ao ano anterior sem o PMF, e que, se analisado fora do contexto tem pouco significado. Considerando, que a média de períodos de consulta oferecidos em algumas UBS diminuiu após a implantação do PMF, em contrapartida, a média de consultas efetuadas por período elevou-se, tendo um número de profissionais reduzido, o que vem confirmar um aumento na oferta de consultas (vide quadro I) :

**I - Quadro comparativo de consultas de clínica médica :  
Média/período - primeiro semestre/1995**

<b>UBS</b>	<b>média programada pela ASMS</b>	<b>média realizada antes do PMF</b>	<b>média realizada pelo PMF</b>
<b>A</b>	<b>17,58</b>	<b>10,08</b>	<b>21,45</b>
<b>B</b>	<b>10,60</b>	<b>13,15</b>	<b>27,50</b>
<b>C</b>	<b>17,66</b>	<b>24,58</b>	<b>29,62</b>

Fonte : relatório de produtividade UBS/1995.

Quanto as consultas de enfermagem, o mesmo documento apresenta dados de crescimento de 87,9 % (1995) no número de consultas, quando comparado com o período sem PMF (1994). Isso faz crer que, a mudança do modelo vigente, medicocêntrico, pode ocorrer se tivermos profissionais com perfil e habilitados o que favorecerá a reversão do modelo assistencial. Deve-se lembrar, que o número de enfermeiros reduziu-se com a implantação do PMF, e que os mesmos além das consultas desenvolvem atividades de gerenciamento e coordenação das UBS, supervisão de enfermagem e atividades de promoção em saúde (palestras, dia da saúde nos bairros, vacinação nas escolas e sítios, visitas domiciliares, busca ativa de faltosos).

Em detrimento da estratégia - PSF - para a reestruturação do modelo assistencial dominante, os dados obtidos pela ASMS quanto aos atendimentos do auxiliar de enfermagem vêm consolidar os propósitos, pois, com o número de profissionais após a implantação do PMF reduzido, a produção das atividades destes aumentou em aproximadamente 100.000 atendimentos, representando 7 % de crescimento no ano de 1995. Este trabalho proporciona às comunidades um leque de ofertas de ações/programas/atendimentos de enfermagem que outrora se perdera pela centralização das ações de saúde ao profissional médico, enfatizando a medicina curativa.

Esses dados preliminares fazem do PMF um modelo de impacto sobre a saúde, onde a característica da integralidade de suas ações está centrada na atenção à saúde e não na doença.

## CONCLUSÃO

### A

o nível macro-social, o PSF é uma nova estratégia em Saúde Pública. Propõe a mudança do modelo assistencial, transformando as práticas de trabalho em saúde e por conseqüência, os indicadores. Entretanto, não se deve imaginar que o PSF seja a solução de todos os problemas em saúde, muito menos a de problemas sociais. A visualização do PSF deve-se dar num contexto onde exista um amplo programa de desenvolvimento regional. Estrutura habitacional, trabalho, alimentação, transporte, saneamento básico, energia elétrica, comunicação, educação e lazer, devem ser encarados como prioridades. Isto não ocorrendo, qualquer desses fatores, será limitante ao pleno desenvolvimento do PSF. Este deverá ser implantado paralelamente a um projeto intersetorial de desenvolvimento e ação.

Para que todo projeto possa atingir um objetivo, ou mesmo para que possamos avaliar o seu fracasso, deve-se ter como referencial o diagnóstico. Refere-se aqui ao diagnóstico local, onde o PSF deverá ser implantado.

Os coeficientes de mortalidade infantil, mortalidade geral, morbidade, etc, são dados de suma importância para o desenvolvimento de prioridades em saúde. Entretanto para implantar o PSF devemos conhecer o território e sua população, assim como o sistema de saúde já existente, proporcionando a construção de indicadores e de instrumentos de avaliação próprios.

População, etnias, problemas sociais, estruturas sociais, aspectos culturais e econômicos são de relevância para se elaborar estratégias de ação do PSF. Área geográfica, extensão, estradas, acesso a rodovias podem definir número de profissionais envolvidos, composição de recursos humanos, estruturas físicas e materiais preexistentes, assim como a necessidade desses, também, serem de suma importância ao pleno desempenho do PSF.

Ao nível micro-social, deve-se atentar às diferenças entre PMF e PSF. Essas já começam pelo nome : **Programa Médico de Família**. Pode parecer um pequeno detalhe, porém a sua utilização interfere diretamente na filosofia básica do programa, reforçando a visão do modelo de assistência atual, centrado no médico. Enquanto que no **Programa Saúde da Família**, é a comunidade o centro de importância e o trabalho é centrado na equipe.

Outro grande equívoco, foi na apresentação do programa às comunidades. Foi divulgado que a equipe de saúde estaria à disposição da comunidade 24 horas por dia, inclusive sábados, domingos e feriados. Como se isso fosse possível e, aceito pelas leis trabalhistas vigentes no país. Os profissionais foram contratados em regime - CLT - de 8 horas diárias, sem o direito de pagamento de horas extras. Estas eventuais horas deveriam ser compensadas com folgas, algo praticamente impossível, uma vez que as atividades fora do horário de trabalho superam a possibilidade de reestruturação das UBS.

Esta visão do PMF foi, desde o início, reforçada nas matérias veiculadas pela prefeitura à imprensa. Por conta disso, as equipes do PMF vêm sofrendo pressões, agressões verbais e até mesmo invasões domiciliares por membros das comunidades, que acreditaram neste absurdo. Estes fatos vêm desgastando e atrapalhando decisivamente o desenvolvimento do

programa, gerando atritos e insatisfações mútuas (profissionais/comunidade).

Algumas equipes do PMF foram levadas a assumir, no todo, o trabalho das UBS locais (é o caso de Paiquerê-Guairacá, Irerê-Taquaruna e Guaravera). Assim, algumas comunidades se sentiram prejudicadas com a implantação do programa, pois viram reduzidos os períodos de atendimento médico nas UBS, devido às variadas atribuições das equipes.

Outro fator de interferência direta no trabalho, é número insuficiente de recursos humanos, além do desvio de função dos mesmos. Existem UBS que funcionam com apenas uma auxiliar de enfermagem, onde deveriam trabalhar no mínimo duas. Outras com duas, onde seriam necessárias quatro para atender à demanda. O número de agentes comunitários de saúde por equipe também deve ser reavaliado de acordo com as necessidades locais.

Pertinente à forma de contratação, conclui-se que, enquanto a institucionalização do PSF não acontecer dentro das vias legais, o programa torna-se vulnerável, ficando à mercê das intempéries políticas. Bem como torna-se premente a revisão salarial de alguns profissionais, até agora não contemplados com uma política salarial justa para com as atividades que os mesmos vêm desenvolvendo.

Como foi abordado nas reflexões, há limitações quanto aos recursos materiais. Para se ter idéia, somente após nove meses do início da implantação do programa, ficaram prontas as fichas de cadastramento familiar. Instrumento fundamental para o diagnóstico de saúde e planejamento de atividades. Medicamentos básicos e materiais já existentes na própria rede de saúde, não contemplam o PMF devido a ineficiência de fluxo administrativo. Para tanto, faz-se necessário, uma efetiva coordenação das ações intersetoriais.

Sugere-se que o desenvolvimento de rotinas de trabalho e padronização de condutas estejam diretamente relacionados com a educação continuada, entendendo que este é um espaço de reflexão, crítica e construção de um novo modelo de assistência. Entretanto, é necessário que a parceria Universidade - Prefeitura - Comunidade ocorra efetivamente, proporcionando uma dinâmica de atividades de ensino, reciclagem e treinamentos, sendo essas periódicas, constantes e não direcionada somente a médicos e enfermeiros.

Com relação à moradia dos profissionais nos Distritos, tem-se claro, que morar no local de trabalho pode ocorrer através de um processo a ser livremente conquistado, baseando-se nas afinidades e facilidades que por ventura os profissionais possam encontrar.

Apesar de todas as dificuldades, existem avanços :

- A organização dos serviços pelas equipes é um fato. Hoje, os habitantes sabem exatamente o dia e a hora das consultas médicas; as consultas com hora marcada evitam as filas e a espera desagradável, o que permite um melhor atendimento mesmo da demanda espontânea.

- O acesso da comunidade ao serviço de saúde aumentou (vide quadro I).

- As visitas domiciliares e as internações domiciliares (procedimentos que não existiam antes) também aumentaram o acesso aos serviços de saúde aos habitantes residentes em áreas distantes e aos pacientes acamados, reduzindo a necessidade de internação hospitalar.

- Melhoria das ações pertinentes a Vigilância Epidemiológica. Por exemplo, em caso de surtos de doenças como o dengue, a hepatite, a meningite, é a equipe local que investiga os casos, notifica, prescreve o tratamento, segue a evolução e orienta a comunidade quanto às medidas de prevenção e higiene ambiental.

- Algumas equipes já conseguiram introduzir a formação de grupos de educação em saúde nas UBS, visando atividades de pré-natal, planejamento familiar, puericultura, hipertensão arterial, diabetes e outros.

- Visitas aos sítios. Nestas, são realizadas consultas médicas e de enfermagem, além de, vacinação, busca de faltosos e palestras onde são abordados temas de saúde de interesse dos participantes.

- Humanização do atendimento: hoje o paciente atendido pelos profissionais, seja nas UBS, nas visitas domiciliares ou nas visitas aos sítios são conhecidos pelas equipes. Sabe-se onde ele mora, em que condições, onde trabalha, como é composta sua família, quais os seus problemas.

- Apoio da equipe local às discussões dos problemas da comunidade e das suas reivindicações junto aos órgãos competentes e, auxílio na formação do Conselho Local de Saúde.

O papel do Grupo de Apoio e Acompanhamento (NESCO) é essencial para a viabilização do PSF, bem como, da sua avaliação, educação permanente e reflexão da prática.

Para a efetiva implantação do PSF, as equipes deverão ter asseguradas as condições necessárias para o desenvolvimento de suas ações, especialmente, as condições abordadas nas reflexões deste artigo.

Almeja-se, com isto, que o PSF seja uma contribuição para o desenvolvimento do SUS, proporcionando a melhoria da qualidade de vida da população através da vigilância à saúde, da atenção primária e da participação da comunidade na construção desse processo. E, finalmente, tem-se claro que o PSF não é :

- apenas mais um programa;
- um projeto paralelo ao SUS;
- medicina para pobres;
- medicina rural;
- medicina simplificada;
- medicina de família (modelo norte-americano);
- atendimento por equipes volantes;
- extensão de cobertura;
- apenas atenção primária;
- apenas atenção materno-infantil;
- programa "Universidade Solidária".