

Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Atenção Básica

REVISTA  
BRASILEIRA **SAÚDE DA FAMÍLIA**



Saúde da Família

Brasília / 2007

## Revista Brasileira Saúde da Família

Nº 15

### 3 Apresentação

### 4 Entrevista

Como pensam e trabalham os profissionais de uma Equipe de Saúde da Família?

### 9 Opinião

#### **Uma metodologia gerencial direcionada para Unidades Básicas de Saúde: cultura e desenvolvimento organizacional**

*Bárbara Raupp*

### 23 Reportagem especial

24 Na cidade de Florianópolis, o processo de trabalho inclui o acolhimento

34 Em Plácido de Castro os profissionais se adaptam para levar o melhor atendimento à população

36 Umirim: a resolutividade como objetivo primordial

42 Em Piracicaba, sociedade e saúde de mãos dadas garantem resultados e satisfação popular

46 Humanização e atendimento personalizado promovem a qualidade de vida em Matelândia

52 Conde: ESF integradas à Rede de Urgência e Emergência

54 Nilópolis: referência de educação é também referência de saúde

58 Mossoró investe na continuidade para garantir qualidade de vida à comunidade

### 67 Artigo

#### **Quando a gestão e as equipes pactuam metas conjuntas**

*Olga Pané Mena e Teresa Martínez Ruiz*



Saúde da Família

### **Departamento de Atenção Básica - DAB**

Esplanada dos Ministérios, Bloco "G"

Edifício Sede, Sala 655

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Telefones: (61) 3315-2497 – Fax: (61) 3226-4340

O Programa Saúde da Família foi criado em 1994, mas a estratégia para a sua consolidação somente ocorreu a partir de 1998. O foco do programa é pensar no rompimento de um modelo passivo de atenção à saúde. O indivíduo passa, então, a ser entendido como singular e como parte integrante de um contexto maior, membro de uma família e de uma comunidade.

A importância dessa estratégia para o país foi captada pelo então candidato Luiz Inácio Lula da Silva, e sua ampliação está inserida no seu plano de governo. Quando assumi o Ministério da Saúde, recebi a incumbência de continuar o desenvolvimento da estratégia e mantê-la como prioridade de gestão. Estamos promovendo a reorientação do sistema de saúde a partir da Atenção Básica. Mas a estratégia somente é possível com o amplo apoio que temos recebido de nossos parceiros, os gestores estaduais e municipais.

Ao todo, foram criadas desde 2002, mais de 7.500 novas equipes, totalizando 27,5 mil delas atualmente em ação, que garantem uma cobertura de 80 milhões de pessoas. Para essa estratégia, os recursos foram ampliados em praticamente 325%, passando de R\$ 1,3 bilhões, em 2002, para R\$4 bilhões, em 2007.

O desafio da prática das Equipes de Saúde da Família, do trabalho em equipe, como resultado da interação entre os diferentes profissionais com a finalidade de solidificar a saúde das famílias brasileiras produziu ações e serviços de saúde que impactaram na promoção da saúde da população nos diversos territórios onde trabalhamos.

A Revista Brasileira Saúde da Família buscou experiências de equipes que, com dedicação, disponibilizam seu conhecimento, competência e decisão de atender as necessidades da população que está sob sua responsabilidade, da promoção à saúde e prevenção das doenças às urgências dos pacientes com problemas agudos.

É sabido que na atenção primária, os profissionais lidam com uma alta proporção de pacientes já conhecidos pela equipe de saúde, e que essa equipe tem grande familiaridade tanto com os pacientes como com seus problemas. Acolher os usuários, reconhecendo adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles de ordem funcional, orgânica ou social é um dos princípios que as Equipes de Saúde da Família devem garantir.

Recentemente divulgamos um estudo que analisou a estratégia Saúde da Família entre os anos de 1998 e 2004. Posso afirmar, com base nele, que a estratégia ampliou o acesso à atenção à saúde na rede básica nesses seis anos. O registro de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas, por exemplo, baixou de 22,3%, em 1998, para 10,9%, em 2003, no conjunto de municípios com 70% ou mais de cobertura da estratégia. A proporção de recém-nascidos com mães sem nenhuma consulta de pré-natal também caiu em todos os grupos de municípios, principalmente naqueles com alta cobertura da estratégia. A queda foi de 8,54%, em 1998, para 2,95%, em 2003. O número de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) na população de 40 anos ou mais, por sua vez, é um indicador que reflete a evolução das ações de Atenção Básica no controle das doenças hipertensivas. Percebe-se que, nesse período, as taxas de internação no grupo de municípios com maior cobertura da estratégia Saúde da Família caíram de 52,30 por grupo de 10 mil habitantes para 37,7 por grupo de 10 mil.

Esses números mostram que estamos no caminho certo e que acertadamente vem se colocando a ampliação da estratégia como uma de suas principais metas.

**José Gomes Temporão**

Ministro da Saúde

**Entrevista**

## **Unidade Básica de Saúde de Capanema, Curitiba (PR): O sucesso da estratégia Saúde da Família**

A Revista Brasileira Saúde da Família conversou com uma Equipe de Saúde da Família (ESF) que atua em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) como várias outras espalhadas pelo Brasil afora. Como em tantas outras equipes, esses profissionais trabalham numa região marcada pela pobreza e se envolvem com os problemas de saúde dessa população – no sentido mais amplo de saúde.

A ESF da Unidade Básica de Saúde de Capanema, em Curitiba, dá um exemplo de que com organização, dedicação e, principalmente, compromisso, é possível fazer da estratégia Saúde da Família um sucesso.

**Adelir do Nascimento Túlio**

Técnica de higiene dental

**Claudinéia Lourenço dos Santos**

Agente comunitária de saúde

**Elisete Maria Ribeiro**

Autoridade sanitária

**João Carlos Schneider**

Médico

**Lincoln Luciano da Silva**

Odontólogo

**Luciana Siqueira da Silva**

Agente comunitário de saúde

**Maristela de Souza**

Enfermeira

**Marta Regina da Cruz**

Agente comunitária de saúde



**“Sentir que faço parte da integração, do trabalho da estratégia. Às vezes me perguntam por que trabalho há tanto tempo numa área de risco ... porque há envolvimento.”**

*Adelir do Nascimento Túlio, técnica de higiene dental*

### **O que fixa o profissional ao local de trabalho ou, no caso, à estratégia Saúde da Família?**

**Marta:** A remuneração é um fator, mas o que prende mesmo é o lado humano. O vínculo com os pacientes é muito grande.

**Adelir:** Sentir que faço parte da integração, do trabalho da estratégia. Às vezes me perguntam por que trabalho há tanto tempo numa área de risco... porque há envolvimento.

**João:** A forma de contratação, por concurso público, é um diferencial importante, pois temos uma lei que nos protege e não estamos vulneráveis. Temos vários indicadores, como tempo de permanência, integração com a população, reconhecimento, remuneração digna, processo gerencial democrático, conhecimento, parceria com a comunidade.

### **Qual o diferencial em ser profissional integrante da Equipe da Saúde da Família?**



“Vozinha” é uma das moradoras do depósito próximo à UBS/SF Capanema

**Marta:** É ótimo. No começo não era bom, depois peguei carinho, me envolvi. A casa dos pacientes é como se fosse a nossa; entramos, pegamos os remédios, acompanhamos as consultas.

**Luciana:** ...principalmente os idosos.

**Claudinéia:** Confiança demora a se conquistar e se você dá um fora, para reconquistar é ainda mais difícil. Às vezes,

se o paciente acha que não foi bem atendido na unidade, somos nós que temos que consertar a situação.

**João:** O tempo de permanência numa unidade é um fator muito valioso e não é valorizado, eu criaria um incentivo para o membro da equipe com muito tempo de unidade e para quem morasse na comunidade, pois isso gera continuidade, envolvimento e parceria.



Moradores da Vila Capanema

A Unidade Básica de Saúde Capanema possui três Equipes de Saúde da Família que atendem, aproximadamente, sete mil moradores. A ESF se envolve com várias questões sociais da comunidade, como desvios de comportamento de menores, violência, dentre outros.

Dentre as especificidades da Vila Capanema estão a proximidade à rodovia e o fato de grande parte dos moradores trabalharem com a coleta de papel – o que lhes garante trabalho e moradia, muitas vezes precária. Segundo Paulo Pereira da Silva, 72 anos, proprietário de um depósito, como muita gente não tem onde morar, reside no próprio depósito, onde teria moradia, água e luz. Um depósito abriga, aproximadamente, seis famílias que além de venderem o material para o dono do depósito, pagam aluguel.

**Elisete:** É importante lembrar que tempo de permanência não significa acomodação, pois se o funcionário fica é porque já passou por muitos crivos da equipe e da população.

**Adelir:** O tempo de permanência cria, também, maior envolvimento emocional

### De que forma a estrutura física da UBS influencia no trabalho do profissional?

**Lincoln:** Na Odontologia, o espaço de trabalho é de todos nós. Ou seja, trabalhamos juntos, auxiliares, dentistas, equipe; todos conversando e trocando idéias, o que facilita a união e conversa. Sob o ponto de vista físico, é claro que já vimos várias estruturas piores, mas sempre queremos melhorar.

**Maristela:** Já o que facilita na "odonto", nos dificulta. Já que o trabalho do enfermeiro, às vezes, é mais isolado.

**João:** Veja bem, procuramos sempre por excelência e estamos numa Unidade Básica de Saúde em que não tinha a lógica da estratégia Saúde da Família. Hoje atendemos a família e o espaço físico é acanhado, pois herdamos uma unidade que foi construída sob outra lógica, mas não deixamos de acolher. Um dos bons exemplos das novas estruturas das UBS/SF é o Espaço Saúde, que é voltado para a população, é excelente.

### Como se dá a organização do trabalho da equipe?

**Maristela:** Tentamos trabalhar com agenda, mas também fazemos atendimentos de pequenas urgências e emergências.

**Lincoln:** E mesmo os pacientes que não estão pré-agendados e chegam de manhã, são atendidos no mesmo dia...



Sônia Aparecida dos Santos mora na vila há mais de 15 anos e elogia o "carinho, envolvimento e atendimento" da equipe de saúde da unidade. Na foto, ela acompanha o marido, Luiz Sérgio dos Santos, durante a realização de um curativo.

isso não acontece em muitos consultórios particulares.

**Elisete:** Fora os momentos de atendimento agendado, de urgências e visitas domiciliares, temos outros momentos fundamentais para as equipes. Na quinta-feira, fechamos a UBS de 13h30 às 16:00h para uma reunião com as três equipes; isso já está pactuado com a comunidade e é nesse momento que vamos discutir a implementação dos protocolos, indicadores e metas, repensar o processo e fluxo de trabalho, consultas, programas, a integração das equipes, o sistema e os diferentes pontos de atenção. Também uma vez por semana, cada equipe, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), se reúne para o que chamamos de Grupo de Educação Permanente (GEP). O GEP, inicialmente, fez uma revisão teórica e metodológica dos protocolos a fim de potencializar a capacidade da equipe para trabalhar considerando a estratégia Saúde da Família. Essa equipe agora está na fase de discussão de casos concretos, estamos trazendo a dinâmica das famílias e o papel de cada um e discutindo aqui dentro uma forma de ajudá-las.

### Como se dá a relação entre os membros da equipe?

**Lincoln:** Ninguém manda em ninguém; existe respeito e somos uma equipe de fato.

**João:** Temos trabalhos complementares e com tanta carência não podemos ficar discutindo quem pode ou não fazer aquilo ou isso, não há relação de poder. Temos plena convicção de que o auxiliar, por exemplo, resolve muita coisa no acolhimento.

**Elisete:** Já temos uma cultura consolidada do papel de cada profissional e o que é compartilhado. Na enfermagem, por exemplo, onde as competências são particularizadas, os procedimentos são isolados, mas o trabalho não. Outro ponto é, se o paciente é maltratado na unidade, toda a equipe está comprometida, não é mais centralizado na figura de nenhum profissional.

**Adelir:** Quando vamos visitar um paciente, entrar na casa dele, o comprometimento é de todos.

**Qual a importância de dar resolutividade às demandas de saúde nas próprias UBS/SF? elas têm estrutura para atendimentos de urgência e emergência?**

**Lincoln:** Foi uma decisão da equipe.

**Elisete:** Devido às características da localidade, a unidade também passou a

ter uma característica de primeiro atendimento, de emergência.

**Marta:** E a população já nos procura para isso. Tem gente que chega a passar o final de semana inteiro com o problema pra vir aqui na segunda-feira.

**João:** Os pequenos curativos são feitos aqui; antigamente não tínhamos estrutura

e apoio pra esse tipo de urgência, mas agora temos e as equipes tomaram a decisão de fazer os procedimentos. Mas sabemos que, às vezes, algumas outras unidades não fazem; toda UBS tem condições para fazer esse tipo de procedimento, mesmo que o processo de trabalho seja um pouco difícil. Existe uma recomendação geral de que seja feito, mas depende da qualificação da equipe e habilidade. A atitude é pessoal.

**O “cartão postal” da unidade •** Embora o auxiliar de enfermagem João Ataul Bill Horning pertença a uma outra equipe, também da Unidade de Saúde Capanema, após o relato de uma paciente de que ele seria o “cartão postal do posto”, decidimos saber o motivo.

Segundo a paciente, João é “original, acolhe, se preocupa e ‘pega no pé’. Ele cobra a nossa presença aqui e é cuidador”, diz.

João é auxiliar de enfermagem há 32 anos e está há sete na UBS/SF Capanema. Para ele, o diferencial de integrar uma Equipe de estratégia Saúde da Família está no fato de, além da doença do indivíduo, poder tratar toda a família, “você está integrado com a família toda”.

João é o típico profissional que trabalha porque gosta e se sente realizado, “é a proposta profissional que me prende. Me sinto útil”.

Para ele, o primeiro passo para estabelecer uma relação

com o paciente é o respeito, “o segundo é você ser uma extensão do paciente e o terceiro passo é saber que tudo o que diz respeito à saúde do paciente, é uma coisa íntima, sigilosa”.

Em relação à equipe, o auxiliar garante que todos sabem de suas responsabilidades e se respeitam e a troca de conhecimentos, independentemente de escolaridade, garante o melhor atendimento ao usuário.

Sobre o atendimento de pequenas urgências e emergências, João explica que conforme o tipo de lesão do paciente, a UBS tem material e condições para fazer os devidos procedimentos, “mas algumas atividades só competem ao médico, então vamos até onde podemos ir. Nos casos em que não podemos atuar, fazemos os primeiros atendimentos, para só depois encaminhar o paciente ao médico da Unidade ou ao hospital”.





# Uma metodologia gerencial direcionada para Unidades Básicas de Saúde: cultura e mudança organizacional

**Bárbara Haupp**

Odontóloga, Especialista em Odontologia Preventiva e Social pela UFRS e em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública da SES/RS, Mestre em Educação pela UFRS. Assessora em desenvolvimento gerencial no Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre.

Este artigo apresenta uma metodologia gerencial – produzida no contexto de uma pesquisa sobre a cultura organizacional – direcionada às Unidades Básicas de Saúde (UBS), sistematizada no Serviço de Saúde Comunitária (SSC), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Os objetivos desta pesquisa foram: (1) estudar a Cultura Organizacional no SSC e, (2) produzir uma Metodologia Gerencial que se apóie na cultura para “trabalhar” com a mesma, no sentido de seu aprimoramento e adequação ao modelo de atenção e formação proposto pelo SUS (Raupp, 2006).

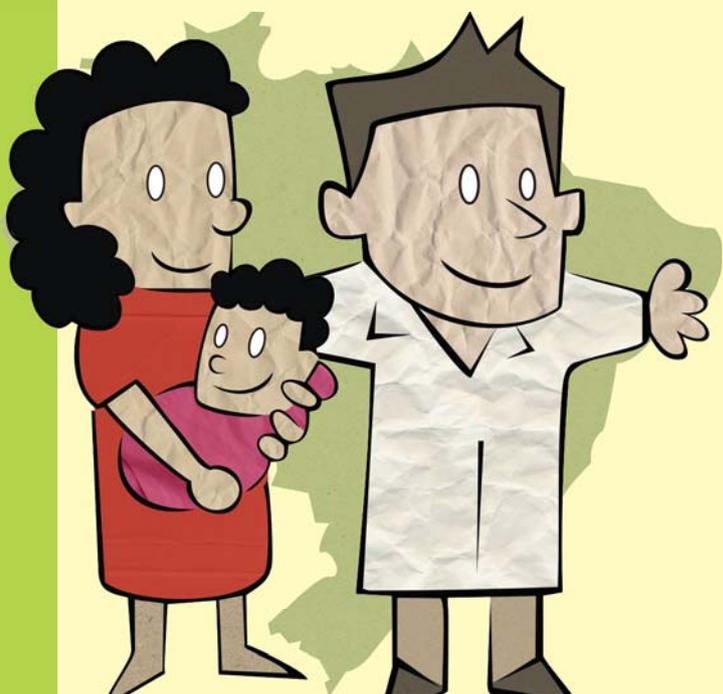
**Opinião:****Uma metodologia gerencial direcionada para Unidades Básicas de Saúde: cultura e mudança organizacional**

O SSC surgiu há 24 anos, possui 12 unidades de saúde, uma residência médica e uma multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Atende cerca de 120 mil pessoas nas zonas Norte e Leste de Porto Alegre e sua missão é trabalhar com três finalidades, articuladas entre si: (a) Atenção à Saúde da população que vive nos territórios sob sua responsabilidade, (b) Formação de profissionais para atuarem na Rede Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), e (c) Produção de Conhecimento/Tecnologias em Atenção Primária à Saúde. Orienta com criatividade suas práticas e formas organizativas nos princípios do SUS e da Atenção Básica e nas políticas e estratégias do Grupo Hospitalar Conceição.

A pesquisa sobre a Cultura Organizacional no SSC e a sistematização da metodologia mencionada, desenvolveu-se entre os anos de 2004 e 2006 e utilizou-se de uma adaptação, para o contexto da rede básica de serviços de saúde do SUS, da Grade de Análise Cultural proposta por Rivera (2003). Visando trabalhar com as dificuldades culturais, no contexto de aprimoramento dos modos de produzir saúde no SSC e da implementação do SUS, a metodologia agrega uma dimensão comunicativa ao tradicional enfoque Estratégico-Situacional de planejamento/gestão, desenvolvido por Carlos Matus (1987).

Define-se Cultura Organizacional para fins desse trabalho, com apoio em Rivera (2003) e na Teoria do Agir Comunicativo de Habermas (1987), como o conjunto de uma simbologia que sustenta o projeto real de uma organização. Essas referências simbólicas são construídas compartilhadamente no cotidiano das organizações e produzidas historicamente em processos de aprendizagem inerentes ao enfrentamento contínuo de problemas. A cultura possui um aspecto contraditório: por um lado ela tende a reproduzir os modos tradicionais de pensar e fazer dos sujeitos e das organizações; por outro lado, entretanto, ela pode renovar-se na medida em que se fazem necessários novos aprendizados para enfrentar novos desafios. Essa renovação se dá no contexto de processos comunicativos capazes de problematizar o mundo vivido dos sujeitos e de buscar novos consensos nos saberes e práticas.

Rivera (2003) ressalta que, para renovar a cultura organizacional, as organizações devem: (a) concentrar-se nas pessoas e não nos sistemas, valorizando o aprendizado e a mudança; (b) fazer com que as pessoas acreditem na possibilidade de mudarem seu ambiente; (c) encontrar tempo para o aprendizado; (d) adotar uma abordagem holística dos problemas; (e) estimular



**“O processo de trabalho em qualquer Unidade de Atenção Básica deve ser considerado um “todo complexo”, constituído por relações de interdependência entre vários subprocessos de trabalho (todos complexos), que agem, interagem, dialogam e retroagem entre si (Morin, 2002).”**

a comunicação aberta e comprometer-se com a expressão da verdade; (f) acreditar no trabalho em equipe, pois a competição individualista não é resposta para todos os problemas; (g) ter líderes acessíveis que reconheçam sua vulnerabilidade e se coloquem como agentes de mudanças e não como carismáticos responsáveis pela decisão. Para Rivera & Artmann (1999), a cultura deve ser vista como um “recurso” a ser mobilizado a fim de criar viabilidade em processos de mudança.

O problema de pesquisa – conhecer a cultura e sistematizar uma metodologia gerencial – surgiu do cotidiano do SSC e responde à problemáticas culturais que interferem na qualidade dos processos e nos resultados do planejamento/gerência nas unidades de saúde e na gerência do SSC como um todo. A metodologia apresentada neste artigo vem sendo usada como uma ferramenta no processo de desenvolvimento gerencial e organizacional no SSC. O processo de trabalho em qualquer Unidade de Atenção Básica deve ser considerado um “todo complexo”, constituído por relações de interdependência entre vários subprocessos de trabalho (todos complexos), que agem, interagem, dialogam e retroagem entre si (Morin, 2002).

A realização prática das finalidades e objetivos do SSC se dá no trabalho das unidades de saúde, em processos interativos, intersubjetivos, dialógicos e de busca de consenso na equipe multiprofissional e entre esta e a população local. Portanto, o processo de trabalho deve construir a “unidade na multiplicidade”, isto é, construir e implementar um projeto comum, de modo compartilhado, e “fazer comunicar” os diferentes processos de trabalho (ações, atividades e serviços) que constituem este todo.

Com apoio no pensamento de Schraiber (1999) conceitua-se “trabalho em unidades básicas de saúde do SUS”: todo trabalho possui duas dimensões: uma é a ação produtiva – produzir serviços e ações de saúde para impactar o processo saúde-doença da população do território; a outra é a ação intersubjetiva – referida às interações entre os diferentes sujeitos, profissionais da equipe, população local e gerente, o que inclui necessariamente a comunicação. Esta última será entendida, com base em Senge (2002), como o equilíbrio entre diálogo e discussão.

Processo gerencial é entendido aqui, de modo muito geral, como a condução do processo de trabalho para que este realize suas finalidades, com orientação nos princípios do SUS. Concretiza-se no conjunto de ações, atividades e comunicação exercidas pelo gerente ou por uma liderança coletiva – como

no caso de colegiados de gestão. A atividade gerencial necessita apoiar-se em ferramentas que facilitem ao gerente/ coordenador/colegiado de gestão coordenar o planejamento, a administração de recursos materiais e a coordenação do processo de trabalho (pessoas) da unidade de saúde.

Coordenação do processo de trabalho – denominação atribuída à metodologia sistematizada – é entendida aqui como a capacidade da liderança (individual ou coletiva) de “ordenar o todo junto com os sujeitos” e fazer comunicar as partes entre si e com o todo (no processo de trabalho) e de construir e implementar um projeto de saúde que realize as finalidades e objetivos, orientado por princípios. Essa ordenação do todo só pode ser realizada com a participação dos sujeitos-atores envolvidos – equipe, população e gerente. Necessita apoiar-se na comunicação e desenvolver o pensamento estratégico. E aqui entra a questão da cultura organizacional cujos traços podem tanto facilitar quanto dificultar a construção e implementação de projetos de saúde compartilhados, mas também orientados nos princípios do SUS.

O objeto de trabalho nos serviços de Atenção Básica, considerando o projeto do SUS, passa a ser a tríade Saúde/ Doença/Atenção de grupos populacionais em territórios-área de abrangência de cada unidade de saúde. Esse objeto é, tal como o processo de trabalho, uma realidade complexa e contraditória por natureza. Por isso, as equipes necessitam concomitantemente segmentar e integrar seus saberes e práticas visando impactar a situação de saúde no território.

**A Coordenação do Processo de Trabalho deve promover uma forma de interação na equipe que busque superar progressivamente a fragmentação dos saberes e práticas e lidar produtivamente com diferenças e conflitos.**

#### **Metodologia de Coordenação do Processo de Trabalho**

• A metodologia de coordenação do processo de trabalho deve articular de modo organizado e sistemático a avaliação, o planejamento e a educação permanente na equipe e com a população. Pretende responder à necessidade dos gerentes de operar ao mesmo tempo com os aspectos:

**Opinião:****Uma metodologia gerencial direcionada para Unidades Básicas de Saúde: cultura e mudança organizacional**

- Organização de processos de trabalho nas Unidades de Saúde que respondam à problemas e necessidades de saúde da população, tendo como orientação os princípios da Atenção Básica e do SUS;
- Desenvolvimento de processos de aprendizagem em equipe na situação de trabalho e de promover educação em saúde com a população, potencializando a renovação cultural necessária nesse contexto;
- Construção compartilhada e implementação de um projeto de futuro mais consensual na equipe e com a participação das comunidades.

**O papel do coordenador não é fazer tudo, mas sim, coordenar o grupo e a equipe para que as coisas aconteçam.**

**Formação de um Grupo de Trabalho (GT) na equipe**

• Para desencadear um processo orientado nesta metodologia é fundamental que o coordenador da unidade de saúde tome a iniciativa de: (a) formar um *Grupo de Trabalho* para coordenar a implementação do processo; (b) criar o *tempo necessário* para reuniões de trabalho do GT e as condições necessárias para viabilizar que os seus integrantes possam participar deste trabalho; e, (c) organizar e coordenar este espaço de trabalho apoiado na metodologia.

A formação deste GT deve levar em consideração alguns critérios, tais como:

- ser multiprofissional e integrado por pessoas que conheçam as diferentes atividades e o processo de trabalho da unidade de saúde;
- pessoas com interesse em trabalhar com planejamento/gerência, preferencialmente aqueles que já tenham alguma experiência e/ou conhecimento da área;
- pessoas dispostas a comprometer-se com esta atividade em caráter continuado em seu cotidiano de trabalho;
- pessoas que se identifiquem com a proposta de “construção coletiva” e “aprendizagem em equipe, permanente e no cotidiano de trabalho”.



**“Trabalhar orientados por ‘agendas’ possibilita organizar o processo de trabalho hoje, no futuro e em seu desenvolvimento, orientando os esforços da equipe e comunidade na busca dos ‘futuros desejados’. Permite examinar a coerência entre as opções que fazemos hoje e a ‘Visão Compartilhada de Futuro’.”**

O papel fundamental do GT é fazer propostas, participar da organização, sistematização, registro e coordenação do processo de trabalho com a equipe e a população.

**As reuniões de equipe devem ser periódicas e constituir-se em espaços privilegiados para a participação de toda a equipe em avaliações, planejamento e educação permanente.**

**Construindo e trabalhando com Agendas** • Trabalhar orientados por “agendas” possibilita organizar o processo de trabalho hoje, no futuro e em seu desenvolvimento, orientando os esforços da equipe e comunidade na busca dos “futuros desejados”. Permite examinar a coerência entre as opções que fazemos hoje e a “Visão Compartilhada de Futuro”.

Trabalhar com agendas permite perceber coletivamente o desenvolvimento dos processos em que os sujeitos estão envolvidos, como a importância e o significado de cada momento na construção do futuro desejado, assim, aprende-se com os acertos e os erros.

Para trabalhar com agenda nas reuniões de equipe é preciso superar alguns “nós críticos”, tais como:

- Racionalizar as pautas das reuniões – muitos assuntos administrativos não precisam ser trazidos para as reuniões, resguardando o tempo necessário para os processos avaliativos, de planejamento e de aprendizagem na situação de trabalho. Os assuntos devem ser trazidos para discussão já com propostas consensuadas entre os envolvidos nos problemas;
- A agenda das reuniões de equipe e com a comunidade deve focalizar assuntos estratégicos, importantes e não urgentes, e que contribuam significativamente para caminhar em direção à Visão Compartilhada de Futuro – assim é possível superar a cultura de “apagar incêndios”, tão comum em nosso meio.
- As agendas são construídas junto com os sujeitos envolvidos (equipe, conselho local, grupos de trabalho, categorias profissionais). A agenda da equipe e do Conselho Local de Saúde deve representar “o norte integrador” das diferentes atividades e ações da unidade de saúde;

- As agendas precisam ser flexíveis o suficiente para acompanhar a dinâmica de nosso cotidiano de trabalho e dar conta dos acontecimentos e demandas não previstos, mas precisa manter o “rumo” traçado.

**O GT e o coordenador da unidade fazem uma proposta de Agenda Anual, que vai sendo desdobrada em Agendas Mensais. Depois de construída, a agenda precisa ser amplamente divulgada e socializada e eventualmente reconstruída para conciliar com outras agendas institucionais.**

**Trabalho em equipe e com a População** • Todas as reuniões, especialmente as de avaliação, de planejamento e de educação continuada ou permanente (com a equipe ou a comunidade), necessitam ser planejadas e organizadas com antecedência, devem ter objetivos claros e uma dinâmica que favoreça alcançar os objetivos.

- As reuniões devem ter sempre três momentos: a) explicitação dos objetivos; b) desenvolvimento das discussões (com método); c) conclusões, sínteses e encaminhamentos;

- Os objetivos, sínteses e encaminhamentos necessitam ficar claros para todos os participantes. A dinâmica da reunião e as técnicas empregadas servem para favorecer o alcance dos objetivos;

- As reuniões necessitam ser registradas adequadamente e guardadas em local a que todos tenham acesso;

- Algumas discussões necessitam ser sistematizadas posteriormente através de sínteses que visualizam as decisões e encaminhamentos do grupo. Estes materiais precisam ser devolvidos ou divulgados, para que a equipe e a comunidade se aproprie de sua “produção”;

- As reuniões necessitam ter dinâmicas que favoreçam a participação de todos.

**Momento individual → Momento de Pequenos Grupos → Momento de Grande Grupo** • A dinâmica

apresentada ajuda a promover a participação de todos, pois permite partir de posicionamentos individuais, subjetivos e buscar “construções coletivas”.

**Opinião:****Uma metodologia gerencial direcionada para Unidades Básicas de Saúde: cultura e mudança organizacional**

- O momento individual é o do posicionamento de cada um, por meio de seu saber, suas opções e sua subjetividade, contribuindo para uma construção coletiva, colaborativa e solidária. Este é o espaço em que criamos consciência e incorporamos os conhecimentos necessários à discussão nos pequenos grupos.

- O momento de pequenos grupos é o momento de seleção, organização, esclarecimento e troca de idéias; é o momento da decisão quanto aos rumos, ao mérito e ao conteúdo das propostas. É o momento de problematizar, de questionar, de negociar, de explicitar as diferenças e de buscar os consensos possíveis.

- O momento de grande grupo (com toda a equipe) é o momento em que buscamos a totalização e a organização das propostas e reencaminhamos métodos, técnicas e processos, se necessário. É o espaço onde cada pequeno grupo apresenta a sua contribuição, a fim de que novas sessões de pequenos grupos ou individuais possam valer-se de toda a riqueza que aí aparecem.

Coordenar reuniões de trabalho com a equipe e com a população é (Alforja, 1992):

- Conduzir o grupo na busca dos objetivos propostos;
- Dominar e ter uma posição clara sobre o tema em discussão;
- Saber animar e integrar o grupo;
- Desencadear e propiciar a participação de todos;
- Saber perguntar, o que perguntar e quando perguntar;
- Ajudar a equipe a enxergar relações não-visíveis ao primeiro olhar;
- Saber opinar, saber calar, saber ouvir;
- Ser "parceiro" na construção de um projeto comum;
- Garantir o registro do processo e a avaliação.

**Utilização de técnicas educativo-participativas (Diercks & Pekelman, 2001) •**

É importante ter clareza sobre as possibilidades e limitações do emprego de técnicas e dinâmicas de grupo no trabalho com a equipe e com a população. Elas servem para facilitar a participação, a reflexão coletiva, a construção do conhecimento e a definição de propostas de trabalho de consenso. São importantes, especialmente quando o grupo está constituído por indivíduos com saberes e experiências diferentes. Existem na literatura muitos livros que apresentam dinâmicas de grupo e o gerente pode lançar mão delas para apoiar o trabalho com as



**“É importante ter clareza sobre as possibilidades e limitações do emprego de técnicas e dinâmicas de grupo no trabalho com a equipe e com a população. Elas servem para facilitar a participação, a reflexão coletiva, a construção do conhecimento e a definição de propostas de trabalho de consenso.”**

pessoas, sabendo, entretanto, que devem ser observados determinados critérios.

As técnicas e dinâmicas de grupo favorecem à construção coletiva do conhecimento e de propostas de trabalho mais consensuais. São ferramentas que se utilizam dentro de um processo mais amplo de ação e de reflexão; em si mesmas, não têm caráter pedagógico. Ao escolher uma técnica é importante ter claro que objetivos desejamos alcançar e conhecer as suas possibilidades e limites. Para empregar uma técnica, é preciso conhecê-la bem, saber utilizá-la no momento oportuno e saber conduzi-la.

**Em situações de trabalho, os sujeitos se colocam por inteiro, com seus conhecimentos, sua bagagem de vida, seus desejos, sua cultura e subjetividade. Trabalhar esta complexidade constitui um desafio a ser enfrentado nas Unidades de Saúde.**

Quanto à organização de atividades educativo-participativas (Diercks & Pekelman, 2001):

- Todas as atividades devem ter um projeto, em que constem a) objetivos; b) grupo populacional a quem se destina; c) metodologia; d) registro; e) avaliação;
- Todas as atividades devem ser registradas e o registro guardado em lugar acessível a todos da equipe. A atividade é da equipe, não individual;
- No projeto deve estar prevista uma forma de avaliação: quando e como a atividade será avaliada;
- Os coordenadores precisam garantir que tenha espaço na agenda de reuniões de equipe para discutir, avaliar e acompanhar o trabalho comunitário (atividades educativo-participativas).

**Nas atividades educativo-participativas, o profissional de saúde deve assumir o papel de facilitador, promotor ou coordenador destes processos, embora muitas vezes ele também possa atuar como um assessor técnico em processos conduzidos pela própria comunidade.**

Quanto à avaliação das atividades educativas e participativas (Diercks & Pekelman, 2001), é aspecto fundamental para sabermos como estamos trabalhando e qual está sendo o impacto do esforço empregado pela equipe e população envolvida. Aspectos de processo a serem avaliados de acordo com os objetivos da atividade:

- número de participantes, assiduidade, número de encontros;
- adequação das metodologias e técnicas empregadas;
- adequação do material educativo utilizado;
- adequação da linguagem empregada;
- relacionamento entre os participantes;
- postura dos coordenadores;
- planejamento e registros das atividades;
- em que medida os resultados obtidos justificam o esforço empregado (os mesmos ou melhores resultados poderiam ter sido obtidos de forma mais simples ou com menos esforço?).

**A avaliação de atividades dessa natureza é essencialmente qualitativa, mas alguns aspectos quantitativos podem ser considerados.**

Aspectos de *resultado* que podem ser avaliados a partir de várias avaliações processuais:

- o significado para o cotidiano dos participantes (técnicos e população);
- mudanças na capacidade de reflexão dos participantes sobre as questões abordadas na atividade (se propiciou reflexão mais crítica, por exemplo);
- a construção do conhecimento por parte dos participantes;
- mudanças de atitude no cotidiano das pessoas envolvidas;
- as estratégias educativas cotidianas dos participantes.

Todos os aspectos do processo educativo podem ser avaliados e fornecer elementos para melhorar a prática educativa. Os resultados da prática educativa estão diretamente

**Opinião:****Uma metodologia gerencial direcionada para Unidades Básicas de Saúde: cultura e mudança organizacional**

relacionados com o processo educativo; assim, ao avaliarmos o processo educativo estaremos também avaliando resultados. As avaliações podem ser feitas em vários momentos do processo e o ideal é que sejam feitas durante e não somente no final da atividade. Isto permite rever ou reformular alguns aspectos que os participantes considerem necessários. A avaliação deve ser compartilhada com todos os participantes das atividades: técnicos e população.

**Organização e usos de uma “Pasta de Informações” da Unidade de Saúde •**

É fundamental que as Unidades Básicas organizem uma “Pasta de Informações” e que a mantenham atualizada. Para construir essa pasta orienta-se um roteiro que contemple um conjunto de informações em três categorias principais: *território, processo de trabalho e processo gerencial*. Essa pasta é uma “ferramenta de trabalho” do coordenador, do GT ou do Colegiado de Gestão. Ela facilita o planejamento, a gerência, o trabalho cotidiano da equipe e com a população. É também uma forma de mostrar “quem são a população e a equipe” para visitantes. A pasta de informações oferece uma visão global e atualizada da história da Unidade de Saúde, o seu processo de trabalho e a situação de saúde da população.

**Visão Compartilhada de Futuro (Senge, 2002) •**

Uma visão compartilhada é a resposta à pergunta – “O que queremos criar nesta organização?”. Visões são como imagens que as pessoas fazem da organização em que trabalham e que dão coerência às múltiplas atividades do processo de trabalho. Uma visão é realmente compartilhada quando se assume o comprometimento mútuo de manter essa visão em conjunto. Neste sentido, ela resulta de interesses comuns e das pessoas sentirem-se conectadas a um empreendimento maior e importante. A visão compartilhada fornece o foco e a energia para a criação do futuro e para a aprendizagem necessária à realização da mesma. Metas ou objetivos que se limitam a derrotar oponentes costumam ser transitórios e não estimulam a criatividade e o entusiasmo por criar algo novo. Ao longo prazo, a confiança em uma visão baseada exclusivamente em derrotar adversários enfraquece a organização. Uma visão compartilhada eleva as aspirações das pessoas e torna o trabalho parte da busca de propósitos superiores,



**“É preciso abertura e disposição para combinar uma diversidade de idéias e permitir a coexistência de múltiplas visões, prestando atenção, entretanto, ao curso de ação que transcende e unifica todas as visões individuais. O trabalho da liderança é ouvir o que a organização está tentando dizer e assegurar que as diferentes necessidades estejam sendo articuladas.”**

incorporados aos produtos e serviços da organização. Ela cria uma identidade comum, estabelece metas abrangentes e provê um “leme” para manter a direção do processo de criação do futuro.

A liderança deve comunicar sua visão pessoal de tal forma que os demais se sintam encorajados a compartilhar suas próprias visões individuais e este seria o ponto de partida para a criação de visões compartilhadas. A arte das lideranças visionárias é construir uma visão compartilhada a partir de muitas visões pessoais. A criação da visão compartilhada deve ser compreendida como um processo contínuo e evoluir como decorrência da interação entre as visões individuais. Criar uma visão compartilhada exige conversas constantes onde as pessoas se sintam livres para expressar sonhos e aprendem a ouvir os sonhos uns dos outros. Isso vai fazendo surgir novos *insights* sobre o que é possível no presente e no futuro da organização. É preciso abertura e disposição para combinar uma diversidade de idéias e permitir a coexistência de múltiplas visões, prestando atenção, entretanto, ao curso de ação que transcende e unifica todas as visões individuais. O trabalho da liderança é ouvir o que a organização está tentando dizer e assegurar que as diferentes necessidades estejam sendo articuladas.

No processo de criação de uma visão compartilhada precisamos equilibrar *diálogo e discussão* (Senge, 2002), pois estes se complementam. Através do diálogo as pessoas participam na construção de significados comuns, na criação de viabilidade e desenvolvimento dos processos. As condições básicas do diálogo são: a) todos os participantes devem “suspender provisoriamente seus pressupostos”, colocando-os como se estivessem “suspensos diante de nós”; b) todos devem encarar uns aos outros como colegas; c) deve haver um facilitador que mantenha o contexto de diálogo. Na discussão, apresentam-se as diferentes visões, questionam-se seus pressupostos e conseqüências; no diálogo, as diferentes visões propiciam desenvolver novas visões. Em uma discussão existem já alternativas que devem ser problematizadas para tomar decisões e no diálogo explora-se a complexidade dos assuntos. Diálogos não buscam acordos e sim uma compreensão mais rica de assuntos complexos. O equilíbrio entre diálogo e discussão leva a definir rumos para a ação com

base em reflexão crítica, aprofundamento, aprendizagem e comprometimento dos sujeitos.

Nem sempre é fácil estabelecer este “equilíbrio entre diálogo e discussão”, entre a equipe e no trabalho com a população. Existem diferenças no modo de pensar, fazer e sentir entre as pessoas que se, por um lado, devem ser respeitadas e enriquecem o processo, por outro, é necessário que os grupos construam acordos mínimos quanto à orientação do trabalho para viabilizar um projeto coletivo e legitimado. Em todas as equipes existem temas polêmicos, isto é, assuntos importantes, que necessitam ser abordados, mas que enfrentam resistências, desconfortos, medos, ansiedades e fantasias. São os “indizíveis” de cada cultura, assuntos que incomodam, mobilizam e até são “comentados pelos corredores”, mas não se tem coragem de tratar ou não se sabe como fazê-lo sem provocar desconforto. Acreditamos que fazer um “Acordo Ético” com o grupo sobre o “modo como vamos nos comportar no processo de discussão/diálogo” pode ajudar.

**Acordo Ético** • Falar sempre de si (eu penso, eu sinto, eu percebo, eu desejo, eu acredito);

- Buscar pontos de concordância e respeitar as diferenças;
- Não acusar ou criticar os outros;
- Não defender-se, apenas ouvir os outros com interesse, respeito, sem julgamento;
- Buscar compreender a posição dos outros;
- Questionar-se sobre os seus próprios pressupostos;
- Expor as idéias sem medo de ser criticado;
- Garantia de que ninguém será “punido”;

Exemplo de Acordo Ético que foi empregado na pesquisa sobre Cultura Organizacional” (Raupp, 2006).

**Consideramos importante que as equipes construam “Visões Compartilhadas de Futuro”; é fundamental no processo de planejamento e gestão. No Planejamento se define o que estamos fazendo e o que devemos fazer para a aproximação à “Visão Compartilhada de Futuro”.**

**Opinião:**  
**Uma metodologia gerencial direcionada para**  
**Unidades Básicas de Saúde: cultura e mudança**  
**organizacional**

**Desencadeando um Processo de Planejamento • O**

planejamento é uma importante ferramenta gerencial. Propõe-se uma adaptação do Método de Planejamento Estratégico Situacional, desenvolvido por Carlos Matus (1987) associando dimensões comunicativas. Assim, passa-se a denominá-lo de “Método Estratégico-Situacional e Comunicativo” (Molina & Raupp, 2005).

Para desencadear o processo de planejamento em Unidades Básicas é fundamental que se tenha um GT para coordenar o processo, o que deve ser uma iniciativa do gerente, coordenador geral do processo. Esse GT deverá apropriar-se de uma metodologia e buscar aplicá-la com criatividade e adaptá-la às particularidades locais, equipe e população. Para construir uma proposta de “como fazer” o planejamento da unidade sugerimos que o GT comece por perguntar-se: “Como estão atualmente as relações de trabalho e pessoais na equipe? As relações da Unidade com níveis superiores de poder? Da equipe com a comunidade local? A Unidade possui Conselho Local de Saúde? Como está atualmente a participação da comunidade na Unidade de Saúde, e em outros espaços do sistema de saúde e espaços sociais? A equipe tem conseguido trabalhar junto com a população? Quais são os pontos fortes e os aprendizados já incorporados na cultura da equipe e da comunidade? Quais são as fragilidades e dificuldades que necessitam ser superadas?”.

O GT deve perguntar-se sobre os “recursos” culturais e políticos que, em sua realidade, poderiam sustentar um processo de planejamento. Além desses questionamentos referentes à realidade mais imediata da Unidade de Saúde, é importante considerar o contexto externo. Quais são as diretrizes políticas, as finalidades? Qual o papel do serviço no SUS? Quais as diretrizes do SUS?

O Método Estratégico-Situacional propõe quatro momentos (que ocorrem simultaneamente) para um processo de planejamento: momento explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional e pode ser empregado nas Unidades Básicas, mas é importante adaptar esta metodologia à cultura de cada local.



**“No planejamento em saúde, os problemas são classificados em: a) relacionados à situação de vida no território; b) relacionados à situação de saúde desta população; c) relacionados ao serviço de saúde. Quando elegemos prioridades é importante eleger, no mínimo, um problema de cada categoria.”**

### **O Planejamento como Aprendizagem na Situação de Trabalho**

• A dimensão comunicativa do método de planejamento está fundamentada em Habermas (1987), Rivera (1995) e Raupp (1999) e possibilita promover a participação e a aprendizagem na situação e um maior comprometimento dos sujeitos.

Momento explicativo: (1) Estudo da Situação Atual; (2) Identificação de Problemas; (3) Eleição de Prioridades; e, (3) Estudo dos Problemas.

Com base na sistematização das informações disponíveis, em pesquisas operacionais, como, por exemplo, a Técnica de Estimativa Rápida (Di Vilarosa, 1993) e o uso de dinâmicas educativo-participativas, a equipe (e, se possível, a população) constroem um “Estudo de Situação”, que deverá conter aspectos: (1) do território e “situação de vida” da população; (2) da situação de saúde da população e; (3) do serviço de saúde.

Deste estudo, surgem problemas, que são organizados em uma lista. O próximo passo é a eleição de prioridades. Esta, também participativa, pode ser feita em diferentes momentos: alguns só com a equipe, outros envolvendo a comunidade. A realização do planejamento com a comunidade exige momentos preparatórios na equipe, de socialização de conhecimentos e informações, cooperação, construção coletiva, organização, trabalho com a “cultura técnica” etc. Esses são pressupostos fundamentais para que o processo de planejamento seja mais legitimado e sustentável a longo prazo.

Uma forma de promover a aprendizagem do pensamento estratégico pode ser comparar a “Situação Atual” com a “Visão Compartilhada de Futuro”, imaginando situações mais favoráveis intermediárias (imagens objetivo). Os *Problemas* são definidos como uma discrepância entre a Situação Atual e a Situação Desejada, ou Visão Compartilhada de Futuro.

É preciso também identificar problemas e situações-problema de grupos e famílias em situação de maior vulnerabilidade que necessitarão de uma abordagem diferenciada da equipe. No planejamento em saúde, os problemas são classificados em: a) relacionados à situação de vida no território; b) relacionados à situação de saúde desta população; c) relacionados ao serviço de saúde. Quando elegemos prioridades é importante eleger, no mínimo, um problema de cada categoria.

**Estudo de problemas em contexto** • Após a eleição das prioridades, devemos avançar para o estudo dos problemas priorizados. Os coordenadores do processo podem utilizar-se de dinâmicas de trabalho com a equipe e com a população local ou Conselho Local de Saúde que facilitem o aprofundamento e sistematização do estudo dos problemas priorizados. A metodologia de trabalho é basicamente a mesma na equipe ou com a população, com as devidas adaptações para a cultura da equipe e da comunidade.

É fundamental que cada problema seja compreendido em sua complexidade, isto é, em suas múltiplas dimensões, em suas causas e conseqüências e no contexto em que se insere. Assim, o estudo de problemas representa uma boa oportunidade de educação permanente, onde o grupo faz um “exercício de interpretação coletiva”, identificando causas, conseqüências e interconexões entre fatores causais.

Existem diferentes técnicas para estudar problemas: a “árvore explicativa” e o “fluxograma situacional” desenvolvido por Matus são os mais conhecidos, talvez. No SSC estamos desenvolvendo a “Rede Explicativa dos Problemas” por entendermos que essa técnica possibilita ao grupo que está trabalhando visualizar a complexidade do problema e situá-lo em seu contexto, isto é, a multiplicidade de fatores relacionados com o problema e a interconexão entre aspectos sociais, demográficos, políticos, econômicos, culturais, subjetivos, problemas relacionados com a população e com os profissionais e o serviço de saúde. Este é um exercício que ajuda as pessoas a transitarem de um pensamento linear e unicausal para um pensamento multidimensional, complexo e contextual.

### **Educação Permanente e produção de conhecimento a partir de “Problemas”**

• Quando estuda-se problemas em contexto defronta-se com a necessidade de aprofundar e sistematizar o conhecimento, conhecer mais, buscar e integrar informações, fazer comunicar diferentes “olhares”, perspectivas e experiências, pesquisar, conhecer outras experiências e formas de abordagem para o problema. Os temas da educação permanente da equipe e os problemas de pesquisa devem surgir neste contexto. Alguns temas devem ser trabalhados com toda a equipe, outros, podem ser trabalhados nas categorias profissionais. A viabilização se dá por meio do envolvimento dos integrantes da equipe na preparação e coordenação de

**Opinião:****Uma metodologia gerencial direcionada para Unidades Básicas de Saúde: cultura e mudança organizacional**

reuniões, oficinas ou seminários, socializando conhecimentos e contribuindo com suas melhores capacidades. Assim, valorizamos o conhecimento, as habilidades e qualidades de cada um e promovemos o diálogo entre os saberes, enriquecendo e subsidiando as práticas de saúde. Deste modo é possível “fazer comunicar” a avaliação, o planejamento e a educação permanente da equipe e população em diferentes espaços de trabalho, o que produz viabilidade cultural e “capacidade de ação” para enfrentar os problemas prioritizados.

O planejamento, os problemas prioritizados e as necessidades de enfrentamento dos problemas podem também apontar para temas ou linhas de pesquisa que contribuam no desenvolvimento das práticas. As reuniões de educação permanente, assim como as oficinas de avaliação e planejamento devem ter sempre um “plano de reunião” com objetivos e metodologia claros, registros de qualidade, sínteses devolvidas para todos os sujeitos, pois são os “produtos” do processo de trabalho.

**Momento Estratégico do Planejamento (Molina & Raupp)**

• Ao mesmo tempo em que fazemos propostas de ação para trabalhar com problemas ou “nós críticos”, é preciso analisar a viabilidade dessas propostas e do plano de ação em seu todo, o que, em síntese, significa responder a perguntas como:

- Quais os obstáculos (políticos, técnicos, econômicos, administrativos, culturais e subjetivos à realização do plano de ação?

- É possível superá-los? Como podemos buscar a superação desses obstáculos?

- Existe a possibilidade de negociação entre os diferentes interesses envolvidos? Em que aspectos não é possível alcançar consensos?

- Neste caso, que estratégias favoreceriam a busca dos objetivos?

A partir desta análise é que vamos propor estratégias para superar as dificuldades e viabilizar as propostas de ação.

**Avaliação como aprendizagem em Situação de Trabalho**

• A avaliação integrada e se confunde com o *momento explicativo* do processo de planejamento e, por isso, deve ser incorporada no cotidiano de trabalho como uma estratégia para o aprimoramento permanente das práticas de saúde. Da mesma



**“Avaliação envolve conhecer resultados e compreender os processos que levaram a esses resultados. Isso se alcança por meio do equilíbrio entre diálogo e discussão, qualificando a comunicação entre os envolvidos, apontando as mudanças necessárias e construindo visões compartilhadas.”**

forma que os demais momentos do processo de planejamento, a avaliação deve ser vista como processo essencialmente educativo-participativo, incluindo a auto-avaliação pelos sujeitos que planejam e implementam as ações. Avaliação é um processo de reflexão crítica sobre os resultados alcançados e o processo de trabalho envolvido. Deve ser compartilhada por todos os sujeitos envolvidos. A avaliação apóia-se em informações de natureza quantitativa e qualitativa, depende da natureza da atividade ou aspecto de nossa prática que vamos avaliar. Mas é sempre um processo essencialmente qualitativo e intersubjetivo. As informações devem ser interpretadas e julgadas pelos sujeitos e atores envolvidos. Uma boa avaliação aponta propostas para superar, melhorar ou controlar os problemas identificados. Por isso, é processo re-constutivo dos saberes e práticas de saúde e da interação entre os sujeitos.

Todo processo de avaliação necessita ter objetivos claros, isto é, definir previamente quais aspectos serão avaliados e que métodos, instrumentos e indicadores serão utilizados.

A avaliação, no contexto de um serviço de Atenção Básica, deve ser vista como “mecanismo” de reflexão coletiva e permanente sobre a realidade de saúde da população e sobre o processo de trabalho na Unidade de Saúde. Por meio desta concepção de avaliação podem ser apontados avanços, dificuldades, limitações e os “porquês” dos processos vividos pelos sujeitos, sejam eles integrantes da equipe, gerentes ou população.

Avaliação envolve conhecer resultados e compreender os processos que levaram a esses resultados. Isso se alcança por meio do equilíbrio entre diálogo e discussão, qualificando a comunicação entre os envolvidos, apontando as mudanças necessárias e construindo visões compartilhadas.

## Referências Bibliográficas

- ALFORJA. Técnicas participativas para la educación popular. 5.ed. Tomo I. Lima, Peru : TAREA, 1992.
- DIERCKS, M. S & PEKELMAN, R. (org). O trabalho com grupos e a elaboração de material educativo em conjunto com a população. As DSTs/ AIDS no cotidiano das mulheres. Porto Alegre: Coordenação Nacional de DSTs/AIDS/ UNESCO, 2001.
- Di VILLAROSA, F.N. A Estimativa Rápida e a Divisão do Território no Distrito Sanitário. Manual de Instruções. Brasília. OPAS/Cooperação Italiana em Saúde, 1993. 49 p. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, Nº 11).
- HABERMAS, Jürgen. Teoría de la acción comunicativa. Madrid: Taurus, 1987. vol. 1e 2.
- MATUS, C. Política, Planificación y Gobierno. Washington D.C.; s.e., 1987 (borrador).
- MOLINA, C. P. & RAUPP, B. Planejamento e gerência. Textos de apoio para as equipes do SSC. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. 2002, versão 2005.
- MORIN, Edgar. Ciência com consciência. 6a. ed. Rio de Janeiro : Bertrand Brasil, 2002.
- RAUPP, Bárbara. Educação e planejamento participativo em saúde. Estudo comparativo de duas experiências em serviços de saúde comunitária. Porto Alegre e Montevidéu. Dissertação de mestrado em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 1999.
- \_\_\_\_\_. Estudo da Cultura Organizacional como estratégia na sistematização de uma metodologia gerencial com enfoque na aprendizagem em situação de trabalho. Serviço de Saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição. Relatório de Pesquisa, 2006.
- \_\_\_\_\_. Coordenação do Processo de Trabalho: uma proposta metodológica para as unidades do Serviço de Saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. 2006.
- RIVERA, F.J.U. Agir comunicativo e planejamento social. Uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1995.
- RIVERA, F.J.U. & ARTMANN, E. Planejamento e Gestão em Saúde. Flexibilidade metodológica e agir comunicativo. Ciência e Saúde Coletiva. vol. 4. n.2, 1999, p. 355-36.
- RIVERA, F.J.U. Análise estratégica e gestão pela Escuta. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.
- SCHRAIBER, Lilia B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciência e Saúde Coletiva. v. 4. N.2, 1999. 221-242.
- SENGE, P. A Quinta Disciplina. Arte e prática da Organização que Aprende. 10. ed. São Paulo : Ed. Nova Cultural, 2002.



# O processo de trabalho na estratégia Saúde da Família: o dia-a-dia das equipes

Ao mesmo tempo em que a padronização de certos procedimentos nas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família, por meio de protocolos e outras ferramentas é fundamental para que haja harmonia entre os membros das Equipes de Saúde da Família (ESF), atender às distintas necessidades de saúde da população exige que o atendimento se torne, a cada dia, mais criativo e capaz de equilibrar a agenda programada com a demanda espontânea.

Com a proposta de mostrar o processo de trabalho das ESF e as várias formas que estas encontraram para dar o devido acolhimento ao usuário, serão apresentadas experiências que dão certo nos estados do Acre, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Santa Catarina.

A opção de mostrar as experiências que dão certo está simplesmente no fato de, por meio de realidades totalmente distintas, provar que é possível, além do trabalho rotineiro, da agenda das consultas e dos encontros coletivos, inserir práticas de atendimentos de urgências e emergências, de cirurgias ambulatoriais e de atenção aos pacientes, mesmo quando a estrutura física da UBS/SF ainda não responde a um padrão exemplar, mostrando a organização e empenho destas equipes em resolver os problemas de saúde de sua população.

Atender o paciente com um ferimento ou dor aguda, por exemplo, realizando intervenções ambulatoriais de

pequeno porte, ao invés de encaminhá-lo a um hospital de referência, resolver esses problemas, próximo à casa dos usuários, dará, com certeza, satisfação aos pacientes e aos profissionais.

Quando o paciente sabe que está sendo ouvido, por qualquer membro da equipe, e atendido nas suas necessidades, a relação recíproca de responsabilização pela sua saúde se dá de forma muito mais efetiva. E é isso que os serviços de saúde devem buscar: reconhecer os problemas e as necessidades, realizar as intervenções, avaliá-las e, principalmente, decidi-las *com* os pacientes.



**A opção de mostrar as experiências que dão certo está simplesmente no fato de, por meio de realidades totalmente distintas, provar que é possível inserir práticas de atendimentos de urgências e emergências, de cirurgias ambulatoriais e de atenção aos pacientes, mostrando a organização e empenho em resolver os problemas de saúde da população.**

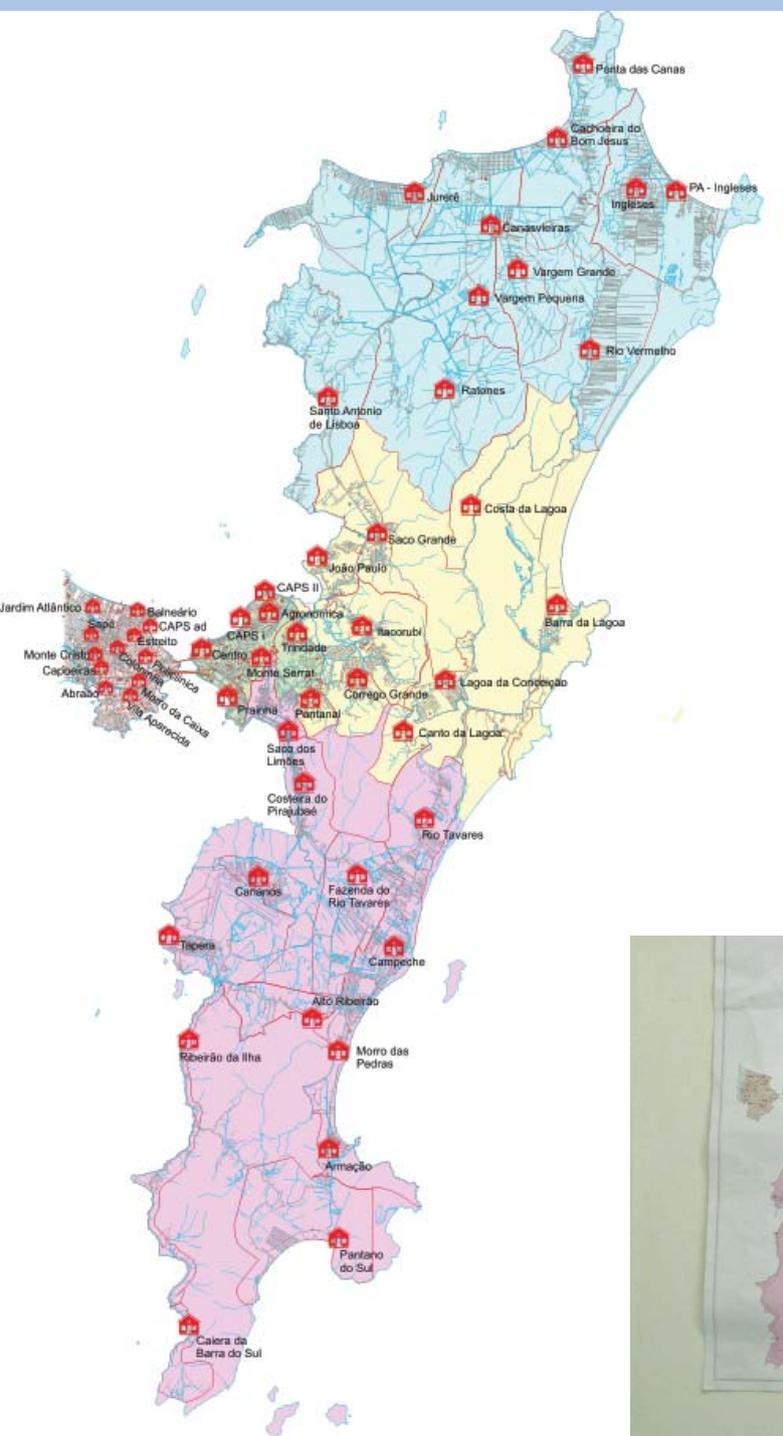
Como um marco simbólico, a estratégia Saúde da Família de Florianópolis, ao completar 10 anos, ganhou a edição de uma portaria que tem em seu cerne o acolhimento. Mas o documento veio apenas normatizar uma prática que parece ser natural à Equipe de Saúde da Família do município, pelo menos aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde Vargem Grande, Costa da Lagoa e de Carianos. Cada uma com sua especificidade, atende à comunidade de forma ímpar, realizando, inclusive, os atendimentos de urgência e emergência com vistas a garantir que o paciente se sinta verdadeiramente acolhido por todo sistema de saúde.

## Na cidade de Florianópolis, o processo de trabalho inclui o acolhimento

**Estruturação da estratégia no Município** • Por volta dos anos de 1996/1997, seguindo uma tendência nacional, a Prefeitura Municipal de Florianópolis decidiu pela estratégia Saúde da Família como eixo norteador da atenção em saúde aos usuários. Aos poucos, as equipes dos antigos postos de saúde, foram sendo substituídas por Equipes de Saúde da Família (ESF) dentro do processo de atendimento – em 2004 eram 44 equipes e, hoje, já são 84 ESF para uma população de 406 mil habitantes.

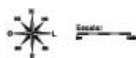
Em 2002, a Atenção Básica/Saúde da Família foi dividida em cinco equipes regionais de saúde, com um coordenador e um supervisor, além dos profissionais de apoio, que têm a atribuição de gerentes de política de saúde naquele território. Essas regionais têm como função principal o gerenciamento da rede em nível regional e está sob sua responsabilidade, determinada quantidade de Unidades Básicas de Saúde. Cada UBS conta com um coordenador local e, no mínimo, uma ESF, sendo que essa, por sua vez, possui território definido.

Os indicadores já mostram que a política adotada tem tido bom resultado com relação, por exemplo, à saúde da criança, mortalidade infantil, aleitamento



### Legenda:

-  Unidade Local de Saúde - Total = 52
-  Regional de Saúde Centro - 05 Unidades Locais de Saúde
  - 01 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II
  - 01 Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes- CAPS I
-  Regional de Saúde Continente - 11 Unidades Locais de Saúde
  - 01 Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas - CAPS ad
-  Regional de Saúde Leste - 09 Unidades Locais de Saúde
-  Regional de Saúde Norte - 10 Unidades Locais de Saúde
  - 01 Pronto Atendimento 24 horas - PA
-  Regional de Saúde Sul - 13 Unidades Locais de Saúde
-  Limite Área de Abrangência da Unidade Local de Saúde



Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Assessoria de Planejamento - Desempenhamento  
Janeiro / 2008

materno, pré-natal, atendimento ao idoso – com eixo voltado para a prevenção, promoção e reabilitação.

Os hospitais do município já estão adequados à estratégia Saúde da Família, o que possibilita que Florianópolis esteja num processo de transição para assumir a média e alta complexidades orientando o serviço pela ótica da AB/SF.

Segundo Carlos Daniel Moutinho, assessor chefe de Atenção à Saúde da Prefeitura de Florianópolis, desde a implantação, os profissionais de saúde incorporaram a estratégia na prática, “como em outras cidades tivemos profissionais que não podiam se adequar à carga horária exigida e daí pediram dispensa ou foram colocados como equipe de apoio”.

Sobre a Portaria 283, editada em 6 de agosto de 2007, que aprova a Política Municipal de Atenção à Saúde, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na estratégia Saúde da Família, Daniel Moutinho explica que há pouco tempo a Secretaria viu a necessidade de normatizar os procedimentos, “embora já tivéssemos a estratégia Saúde da Família como norteadora da AB, a portaria documentou as competências dos profissionais e atividades mínimas que as UBS/SF devem ofertar, mas sem tirar do gestor regional e local



Carlos Daniel Moutinho, assessor chefe de Atenção à Saúde da Prefeitura de Florianópolis explica a estruturação da estratégia Saúde da Família no Município. O mapa representa a divisão das cinco regionais, onde: azul é a Regional Norte; amarela, a Leste; rosa, a Sul; verde, Centro; e laranja, Continente. Os pontos vermelhos representam as Unidades Básicas de Saúde.

a decisão sobre os momentos e formas de realizarem esses procedimentos”. Dentre outras coisas, o documento lista a composição da ESF e, principalmente, a rotina de trabalho de seus membros.

Um dos problemas já solucionados pela portaria é a quantidade de referenciamento para os hospitais, “todas as Unidades têm estrutura para atendimento de urgência, então não há porque o excesso de pacientes nos pronto-socorros para atender esse tipo de demanda”, coloca Daniel. De acordo com a portaria, “o acolhimento deve garantir o atendimento a casos de urgência a qualquer usuário do SUS que procure o serviço, mesmo que de outra área de abrangência ou município”.



Um exemplo de resolutividade em Florianópolis: Ao observar que os preservativos disponibilizados pelas UBS/SF não estavam sendo distribuídos satisfatoriamente entre o público-alvo, as equipes fizeram uma pesquisa informal junto aos usuários e constataram que o principal motivo da não-solicitação era que muitos sentiam-se envergonhados. Para que as pessoas mantivessem sua privacidade foi adotado um procedimento criativo: em todas as unidades da cidade, encontram-se à disposição, em locais de fácil acesso, cestos com preservativos masculinos.

**Formação profissional** • No último concurso realizado em 2004, a Secretaria de Saúde já fazia a exigência de que os candidatos aos cargos de médico da estratégia tivessem especialização em Medicina de Família e Comunidade e na próxima seleção, que deve ser realizada ainda este ano, essa qualificação também terá de ser comprovada.

A Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) oferece, já há alguns anos, cursos de especialização multiprofissional, ou seja, voltados para médicos, enfermeiros, odontólogos, dentre outros profissionais que fazem parte das UBS/SF. Consciente de que a

realização desses cursos contribui para um atendimento com melhor qualidade, a Secretaria de Saúde estimula sua realização, liberando os profissionais para os estudos.

Além disso, o novo currículo da Faculdade de Medicina da UFSC prevê a inserção dos alunos nas Unidades, o que significa que em todas as fases do curso de Medicina, os futuros médicos passam pelas UBS/SF, “talvez Florianópolis seja a capital que tenha a Rede Docente Assistencial (RDA) melhor inserida no SUS. O que forma o aluno com uma visão voltada para a saúde pública”, diz Daniel Moutinho.

Segundo ele, que também é médico de família, o currículo médico antigo formava o profissional especialista para atender em consultório ou em hospitais; já o novo currículo “forma o médico com uma visão de saúde coletiva. Depois, se ele decide ser neurocirurgião, por exemplo, a passagem pela UBS/SF não o desqualificará, pelo contrário, pois ele vai continuar tendo uma vivência pública”. E essa também, destaca Daniel, é mais uma forma de fazer crescer a Medicina de Família e Comunidade como especialidade.

**“A ação prioritária e que perpassa todas as demais ações se dá pelo Acolhimento, cuja principal característica é a escuta qualificada, a valorização da relação entre pessoas e a humanização do atendimento, devendo ser a postura acolhedora adotada por toda a Equipe, durante todo o expediente.”**

*Portaria/SS/GAB/nº 283/2007, Prefeitura Municipal de Florianópolis*

### Vargem Grande: o acolhimento está em toda a parte •

Toda a ESF de Vargem Grande é orientada pela lógica do acolhimento e flexibilidade para o atendimento. Segundo a odontóloga Adriana Lima de Melo, coordenadora da Regional, no acolhimento é visto qual o procedimento será adotado, “na Unidade, todos que chegam são ouvidos”. Para que isso aconteça, segunda ela, é necessário que haja engajamento e comprometimento do profissional e “isso só acontece quando há um trabalho de equipe, do recepcionista ao médico. A estratégia Saúde da

A Unidade Básica de Saúde de Vargem Grande é ligada à Regional Norte e conta com os serviços de Clínica Geral, Enfermagem, e Odontologia, além de receber, periodicamente, acompanhamentos de geriatra, psiquiatra e pediatra. Hoje, a UBS/SF atende 3.098 pessoas.

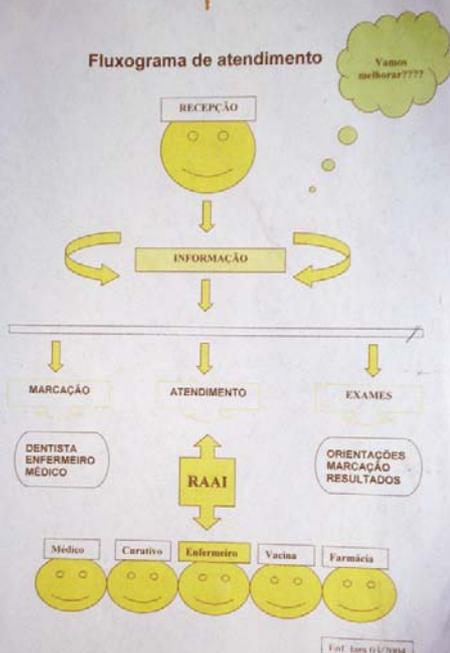
Família exige comprometimento e esse vínculo é uma conquista da saúde”, diz Adriana.

Para o médico Fabrício Casanova, a especialidade em Medicina de Família e Comunidade é a mais completa: “não preciso fragmentar o paciente”.

O médico divide sua rotina entre atendimento a adultos e crianças, sem-

pre deixando espaço na agenda para os atendimentos de urgência. Segundo ele, além dos quase 3 mil habitantes, a região recebe um grande número de turistas. “Tenho uma média de 15 a 16 pacientes agendados, sendo que o ideal seria poder trabalhar com 12 atendimentos, pois dependendo da urgência que preciso atender pode tomar mais tempo”.

#### Fluxograma de atendimento



Prefeitura Municipal de Florianópolis

O que é acolhimento?  
 é a maneira de garantir  
 o acesso de todos ao  
 Centro de Saúde, mesmo  
 não tendo consulta agen-  
 dada. Será atendido por  
 um dos nossos profis-  
 sionais. O horário das con-  
 sultas agendadas será respeitado

A UBS/SF de Vargem Grande compartilha com os usuários as informações sobre os procedimentos e sobre o que entende por acolhimento.

**“Aqui fazemos diferença, vemos resultados e temos contato com o paciente, que também tem autonomia e pode decidir conosco.”**

*Adriana dos Santos, enfermeira*



O odontólogo Fernando Luiz Boff durante atendimento de urgência

Sobre a estrutura para fazer os procedimentos de urgência e emergência, Fabrício diz que, embora não seja a de um hospital, é perfeitamente possível a realização desse tipo de atendimento. O médico considera importante a visita de especialistas, que é feita periodicamente, “discutimos cada caso e fazemos as visitas e temos a possibilidade de troca real, o que é diferente de referenciar para outro

profissional e não ter, necessariamente, a contra-referência, não saber o que o meu colega está pensando sobre o problema que eu encaminhei”.

Sobre acolhimento, Fabrício Casanova considera que está relacionado com priorização, “saber o que é importante pra um, e o que é importante pro outro; saber que a gente não vai poder ver todos ao mesmo tempo, nem muito rápido, saber como priorizar as coisas; acolher é se responsabilizar pelas pessoas que te procuram, e pelas que não procuram também.”

Segundo o médico, é importante, e faz parte do acolhimento, passar a certeza para o paciente de que alguém se importa com ele, que ele foi ouvido e alguém vai tentar ajudá-lo, “pode, ainda, não ter resolvido nada, mas só de ter ouvido já ajuda. Sabemos que há muitas pessoas que só precisam disso e eu acho que não tem como a gente não se direcionar para esse tipo de atendimento”. Ele lembra que o acolhimento é de toda a equipe, e para que aconteça de fato é preciso que haja confiança entre os membros dessa equipe, “e isso é construído com o tempo”.

A enfermeira Adriana dos Santos está na UBS/SF de Vargem Grande há três anos e, segundo ela, se vê inserida na saúde pública por meio da estratégia Saúde da Família, “aqui fazemos diferença, vemos resultados e temos contato

com o paciente, que também tem autonomia e pode decidir conosco”.

Na rotina da enfermeira, estão exames preventivos, visitas domiciliares, os debates em diversos grupos como o de gestante, por exemplo, além do preenchimento de formulários e realização de relatórios e o tempo dedicado no acolhimento. Para Adriana, essa prática – do acolhimento – trouxe maior credibilidade da ESF junto aos pacientes.

O odontólogo Fernando Luiz Boff, que trabalha em Vargem Grande há 11 anos, diz que sua prioridade é encaixar o paciente e casos de urgências e poder fazer o acolhimento. No trabalho de prevenção, ele diz que a atuação na escola é fundamental e para isso conta com a ajuda das ACS.



Uma cena comum, o médico Fabrício saindo para mais uma visita domiciliar

**“Acolher é saber o que é importante pra um, e o que é importante pro outro; saber que a gente não vai poder ver todos ao mesmo tempo, nem muito rápido, saber como priorizar as coisas; acolher é se responsabilizar pelas pessoas que te procuram, e pelas que não procuram também.”**

*Fabrício Casanova, médico*

**“Além de ser importante para o agente, é muito importante para o médico saber o que estamos pensando, para poder dar algum tipo de atenção especial ao paciente. Assim, saberemos como chegar na pessoa pra poder ajudá-la.”**

*Daniela Góes, agente de saúde*

**Costa da Lagoa: pelas trilhas, equipe integrada, acadêmicos optando pela estratégia e população satisfeita**

Costa da Lagoa possui um número restrito de pessoas, mas a estratégia Saúde da Família se mostra indispensável e perfeita nessa localidade de difícil acesso.

A ESF que atende na UBS já começa o dia de trabalho de forma diferente. Com exceção das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), que moram na região, todos os outros chegam de barco, logo bem cedo, para começar o trabalho e só vão embora ao entardecer; com exceção da visita domiciliar, que para ser cumprida os profissionais fazem verdadeiras trilhas já que em Costa da Lagoa não há carros, a rotina de atendimento é muito parecida com a de profissionais que abraçaram a estratégia Saúde da Família.

Dos moradores, os que não são aposentados, a maioria ainda vive da pesca ou de serviços domésticos; a cooperativa dos barqueiros também garante o sustento de alguns.

À rotina de trabalho dos ACS, foi incluída uma reunião semanal com a ESF para discutir os casos das famílias atendidas. Para a agente, Daniela Góes, há sete anos na unidade, a atividade contribuiu de forma significativa para o atendimento, “além de ser importante para o agente, é muito importante para o médico saber o que estamos

A localidade de Costa da Lagoa é privilegiada por contar com uma UBS/SF não por ser um lugar de beleza natural impressionante. Embora tenha apenas 787 habitantes, de acordo com o censo de 2006, o lugar é de difícil acesso, sendo que a melhor forma é uma viagem de 50 minutos de barco – por isso existe a Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família Costa da Lagoa...e os moradores agradecem, e muito.

pensando, para poder dar algum tipo de atenção especial ao paciente. Assim saberemos como chegar na pessoa pra poder ajudá-la”.

A ACS Maria Hortência de Lara, que mora na Costa há muitos anos e conhece todos da região, diz que é sempre muito bem acolhida. Para ela,

os moradores confiam nos Agentes Comunitários de Saúde, “e isso pra mim é fundamental, até pelo fato da gente ser o elo entre a comunidade e a unidade de saúde”.

De acordo com a enfermeira Cristiane Brunoni, que trabalha na UBS/SF há dois anos, após a mudança para a



**“Você está com o paciente na sua frente com uma queixa e tem de dar uma resposta; e na maioria das vezes você sabe o que fazer...e te causa muita ansiedade quando você não tem a resposta pronta, pois a pessoa está ali esperando.”**

*Arthur Tavares Correa Dias, médico*

nova estrutura, os moradores passaram a freqüentar mais a Unidade. Cristiane confessa que apesar de trabalhar no “paraíso da estratégia”, sua rotina é cansativa. Ela explica: “nossa comunidade é fechada, tranqüila e não temos problemas sociais sérios. E no começo é tudo novidade, tudo bonito, mas após quase duas horas diárias de barco, chegamos na sexta-feira exaustos. Mas gosto de vir pra cá”.

A enfermeira Cristiane trabalha com agendamento, e como os membros da equipe não ocupam lugares estáticos, às vezes ela fica na recepção ou onde mais for preciso. Além das visitas, ela faz os atendimentos de preventivo de câncer ginecológico, consultas, puericultura, e atendimentos de pequenos ferimentos. Além da UBS possuir estrutura e pessoal capacitado para este tipo de atendimento, Cristiane conta que eles deixam preparada uma maleta de primeiros socorros, “mas que na verdade só foi aberta para olharmos a validade dos produtos”. Segundo ela, os pequenos acidentes não são muitos comuns “já fomos chamados na cachoeira que tem aqui perto. Quando podemos resolver, fazemos ou chamamos o Corpo de Bombeiros para remoção”.

Segundo o médico da UBS/SF Costa da Lagoa, Arthur Tavares Correa

Dias, o tipo de atendimento e assistência dada à população da comunidade só é possível devido à relação ESF X População atendida ser adequada, “essa questão da quantidade da população que fica por equipe é um problema que não podemos subestimar, porque a qualidade do trabalho que temos aqui e o nível de satisfação da população com o nosso serviço são por conta do acesso e isso está relacionado, também, ao tamanho da população”, ressalta Arthur.

Para Arthur, os especialistas sempre vão ter seu lugar, “sei que os casos mais raros e mais graves continuam sendo do especialista, e é assim que tem de ser. Mas o que tem de comum em todas as áreas eu tenho a oportunidade de saber e não esquecer, porque estou sempre vendo. Para Arthur, a clínica é a atividade mais difícil na medida que causa mais ansiedade, “você está com o paciente na sua frente com uma queixa e tem de dar uma resposta; e na maioria das vezes você sabe o que fazer...e te causa muita ansiedade quando você não tem a resposta pronta, pois a pessoa está ali esperando”.

De acordo com ele, a estratégia Saúde da Família melhorou o acompanhamento horizontal, além de ter permitido uma mudança no perfil da



A recepção da Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família de Costa da Lagoa.

consulta, “antes era tudo mais acumulado e a comunidade vinha para uma queixa imediata. Hoje não temos um ambulatório apertado e temos mais tempo de consulta com o paciente; podemos planejar e programar as ações, inclusive em cima das demandas das ACS”, conclui o médico que dentre suas atividades, reserva um período para atender seus pacientes da Costa da Lagoa com Medicina Homeopática.

### As visitas domiciliares na Costa da Lagoa

• As visitas na Costa da Lagoa são demoradas, tanto por causa do difícil acesso, que é feito a pé, em trilhas, e devido ao tempo que a ESF



A UBS/SF de Costa da Lagoa, adianta a Campanha de Vacinação.

dedica para ouvir os longos “causos” dos moradores que fazem questão de contar aventuras da juventude. Além dos idosos, segundo Cristiane Brunoni, a equipe faz questão de ir ao encontro dos pacientes que têm retornos de prevenção, hipertensos ou diabéticos e mesmo os que, apenas, chamam por eles.

Quando se opta por trabalhar com a família, principalmente com visitas, há casos em que agentes e Equipe não são bem recebidos, por quaisquer motivos. Para o médico Arthur Tavares Correa Dias, nessas situações é preciso pensar qual foi o tipo de relação estabelecida inicialmente com essa família e mudar a abordagem, “algumas pessoas, de certa forma, se sentem invadidas. Mas sabemos que tomamos todos os cuidados para não invadir, mas essas coisas acontecem”.



As visitas domiciliares da ESF são feitas por trilhas, já que não chega carro em Costa da Lagoa.



Os acadêmicos de Medicina do 10º período acompanham o médico Arthur Tavares nas visitas domiciliares. De volta pra casa, Tiaraju dos Santos, Bruna Rosso e Maíke Heerdt aproveitam para discutir os casos: Tiaraju já optou pela especialidade em Medicina de Família e Comunidade, por, segundo ele, ter a possibilidade “de ver o paciente como um todo”.

“Seu” Bonifácio, 78 anos, diz que gosta muito de receber a visita do médico em sua casa, “o Dr. Arthur é abençoado”.

### Carianos incorpora a acupuntura e garantia de acolhimento •

O pediatra Armindo Santoro, que atendeu durante anos na Unidade de Saúde de Carianos e hoje é coordenador da Regional Sul, fala da dinâmica de trabalho da Unidade como se lá ainda estivesse. Sobre acolhimento, diz: é o que faz o diferencial!

Santoro explica que assim que o paciente chega à UBS/SF Carianos, ele é acolhido, e é feito um “inventário” da sua situação, o que é grave é resolvido imediatamente, o que não é, dá-se o devido encaminhamento, “nem sempre passa pelo médico, no acolhimento o atendimento ao paciente pode tomar vários caminhos: ele pode ser agendado, ser atendido, ir pra casa com o problema resolvido, receber apenas uma informação e ficar satisfeito. Pode acontecer um monte de coisas, mas desde que ele seja acolhido”.

O coordenador explica que o importante é receber o indivíduo e ouvir sua história, “ouvir sua queixa e

A Unidade Básica de Saúde de Carianos atende com duas Equipes de Saúde da Família (ESF) e é ligada à Regional Sul, sob a coordenação do pediatra Armindo Santoro. A Unidade funciona de 07:00h às 19:00h e presta serviços como Clínica Geral (adulto, criança e gestante), Cuidados de Enfermagem, Odontologia, Programa Capital Criança, Vacinação, Teste do Pezinho e Preventivo do Câncer Ginecológico. Segundo estimativa do censo de 2006, moram na região 6.704 pessoas.

tranqüilizá-lo. Quando a Unidade consegue fazer isso, muda radicalmente o atendimento”.

E é isso que a Unidade Carianos está conseguindo fazer; nas agendas dos profissionais da ESF, sempre há espaço reservado para as consultas de urgência ou intercorrências, “assim, se tiver algum procedimento de urgência, temos como encaixar”, afirma o médico de família José Felipe Barcellos.

José Felipe Barcellos observou, em seu período na faculdade, uma grande carência na formação do profissional capacitado na ponta, “quando estava nos hospitais de referência, recebia muito paciente vítima de má conduta

ou mesmo erro de conduta ou pacientes que tiveram seu problema evoluído por falta de cuidados. Além disso, agora tenho um contato maior com o ser humano, um pouco menos com o doente e mais com o ser humano”.

A rotina de trabalho do médico é reservada para os atendimentos a adultos e crianças, separadamente, e a tarde de quarta-feira Felipe reserva para o ambulatório de acupuntura. Segundo ele, ao conhecer os benefícios da técnica percebeu que funcionava como uma excelente ferramenta para a atenção primária, “além de evitar o excesso de medicamento, o encaminhamento pra outra especialidade e até garantir uma resolutividade melhor”.



Sr. Hélio leva o filho Pedro, 7 anos, para atendimento odontológico, que, segundo ele, “é muito bom, pois o posto mudou muito em relação ao que era”. Auxiliando o odontólogo Luis Antônio, a THD Marli Borela Machado Rodolfo, que trabalha há sete anos na UBS/SF Carianos.



Luis Antônio e Armindo Santoro aproveitam para falar sobre as questões burocráticas da Unidade.



As salas de recepção e espera da UBS/SF Carianos.



O coordenador da Regional Sul, Armindo Santoro completa que as práticas integrativas e complementares, instituídas pela Portaria 971, do Ministério da Saúde, em 3 de maio de 2007, fazem parte do arsenal terapêutico do profissional e ele pode usá-lo em favor do paciente, não há impedimento pra isso “desde que ele não fuja da estratégia Saúde da Família. O que ele não pode é se tornar um especialista, pois continua dentro da estratégia, com todos os princípios que organizam a Atenção Básica/Saúde da Família”.

Felipe Barcellos lembra que só foi possível implementar o ambulatório de acupuntura porque a relação Demanda X ESF está bem próxima da ideal, o que significa que não há um excesso de demanda.

O odontólogo Luis Antônio Magnus da Silva, além de ser o coordenador da UBS/SF Carianos, atende na Unidade há 20 anos. Segundo ele, além do vínculo com a comunidade, outro fator determinante para continuar o trabalho são as condições oferecidas.

A Equipe de Saúde Bucal desenvolve um trabalho na comunidade de teatro e treinamentos dos ACS com foco na criança, idosos e gestantes. O agendamento é feito de forma que o paciente volte sempre no mesmo dia da semana e horário, até o final do tratamento, “assim, além de criar um vínculo, ele não esquece seu compromisso”, diz Luis Antônio, que enfatiza que também na Odontologia é reservado espaço para as urgências.

**“O importante é receber o indivíduo, ouvir sua história, e tranquilizá-lo. Quando a Unidade consegue fazer isso, muda radicalmente o atendimento.”**

*Armindo Santoro, coordenador da Regional Sul*



Sessão de Acupuntura na UBS/SF Carianos

Plácido de Castro, no Acre, conta com sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) cadastradas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo que nem todas têm Equipe de Saúde da Família, mas seus membros se empenham em realizar as atividades.

## Em Plácido de Castro, os profissionais se adaptam para levar o melhor atendimento à população

O atendimento na ESF 1, de Plácido de Castro, e nas demais Equipes de Saúde da Família do município se dá, em maior número, por livre demanda. Segundo Samara Araújo de Oliveira, enfermeira, há dificuldade em se trabalhar com agendamento devido às grandes distâncias existentes na área de abrangência fazendo com que pacientes se desloquem longas distâncias, além do grande número de pacientes de países estrangeiros vizinhos, como Bolívia, por exemplo.

Diariamente são feitos cerca de 20 atendimentos, além do agendamento. Uma prática comum à equipe é a busca ativa ao paciente, membro de um programa, que falta às reuniões. Antigamente a demanda era maior e atribuiu-se essa redução a resolutividade apresentada pela equipe e a presença de profissionais de forma rotineira.

Quanto à organização do trabalho, a decisão é das equipes, que procuram planejar sua rotina de trabalho em reuniões internas, onde se organizam para o atendimento a livre demanda e agendamento para os grupos, sendo que o médico se encarrega do atendimento clínico e a enfermeira fica com os grupos específicos, já a visita domiciliar se dá de acordo com a programação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Na rotina da enfermeira Samara, está, também, a realização do exame preventivo de câncer de colo uterino, sendo que o médico é acionado somente no caso de alguma intercorrência.

Os ACS realizam o mapeamento e cadastro da área e, juntamente com a equipe, trabalham na construção do diagnóstico.

As ESF de Plácido de Castro consideram a resolutividade de grande importância para a população, pois devido à dificuldade de acesso gerada pelas grandes distâncias, quanto mais resolutiva for a equipe, mais cômodo é para o paciente, “além disso, conseguimos evitar a sobrecarga dos serviços de média complexidade, onde muitas vezes o paciente precisa ficar por horas esperando atendimento”, afirma o médico Erick Kouri Ferreira, que diz que o paciente só é encaminhado à uma unidade de referência quando necessário.

Segundo Raimundo Costa, secretário municipal de Saúde, desde a implantação da estratégia Saúde da Família, vem ocorrendo uma redução constante no número de encaminhamentos para Tratamento Fora de Domicílio (TFD), “em 2005, houve 783 en-

caminhamentos, em 2006 conseguimos reduzir para 583 e até o momento, foram feitos somente 99 encaminhamentos para TFD”.

Desde 2004, com o início dos trabalhos das ESF, a população prefere procurar por seus serviços, pois encontra a resolutividade de seus problemas com mais rapidez que nos hospitais de referência.

Dentre as principais urgências resolvidas pelas Equipes de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde de Plácido de Castro, estão as lesões que precisam de suturas decorrentes de quedas ou outros pequenos acidentes, crises de hipertensão, crianças com crise de bronquite e asma. Na odontologia, a resolução de abscessos, por exemplo, é mais complicada, uma vez que depende de TFD para Centros Especializados em Rio Branco – os abscessos são uma das complicações mais comuns, porém para sua resolução as equipes necessitam de recursos.

A UBS onde atua a ESF 1, é uma das que foram adaptadas a partir da estrutura de uma residência e para a equipe há a necessidade de estruturação/construção de novas áreas, pois a atual não dispõe de salas de educação



A cobertura da estratégia Saúde da Família chega a 100%, com todos os 17.562 habitantes atendidos, segundo censo de 2006, por sete ESF.

permanente, por exemplo, e há espaços improvisados e com tamanhos inadequados. Para a ESF, a ausência de certas áreas ou mesmo a estrutura física inadequada podem prejudicar o andamento dos trabalhos, mas a equipe se empenha em realizar as atividades.

Do ponto de vista da capacidade para fazer os atendimentos de urgên-

cia, os profissionais de nível superior se consideram aptos e embora não falem medicamentos na rede, a infra-estrutura ainda precisa de adequação para atender melhor os usuários, sendo que hoje a estrutura das unidades é o principal fator de dificuldade no atendimento, “mas graças ao empenho da equipe, conseguimos realizar os atendimentos”, relatam.

Para os agentes comunitários da ESF, a importância da estratégia está em permitir a execução do trabalho da equipe com uma maior possibilidade de inserção na comunidade, “como oportunidade de conhecer a realidade e as necessidades da comunidade que assistimos e buscar dar resolutividade aos problemas do usuário por meio de intervenção consciente e consistente. O que significa estar inserido no contexto social”.

É consenso entre o grupo, que a estratégia favorece o trabalho em equipe, “com possibilidade de discutir, tomar decisões e dividir responsabilidades na busca de um objetivo em comum. “Para Samara, o papel da ESF está em intensificar a promoção da saúde, atuar de forma preventiva e educativa, ser resolutiva “ao menos nos principais problemas ou nos de maior frequência e relevância da população”.



A ESF1, de Plácido de Castro

Um exemplo verdadeiro de amor ao próximo e de exercício pleno da saúde comunitária. Respondendo aos desafios da realidade em que está inserida, a Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde de São Joaquim, em Umirim, sertão do Ceará, realiza um trabalho dedicado e presta um atendimento com dignidade a mais de cinco mil pessoas. O trabalho destes profissionais torna um pouco mais branda a aridez da caatinga em uma das muitas comunidades carentes do nordeste brasileiro.

## A resolutividade como objetivo primordial

A cidade de Umirim (CE) conta com cinco Equipes de Saúde da Família (ESF), com cobertura de 100% da população pela estratégia. O índice de desemprego elevado e a baixa renda média levam a população a sobreviver, segundo o secretário municipal de Saúde, José Policarpo, em grande parte de recursos da prefeitura, programas assistenciais do governo federal e da aposentadoria dos idosos. O SUS é a opção de cuidados da saúde preferencial da população. Dando apoio às Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família, no centro da cidade há um pequeno hospital com capacidade de 20 leitos.

Para desafogar o hospital é primordial que as equipes sejam resolutivas o máximo possível em suas próprias unidades. Como é o caso da Unidade São Joaquim.

A Unidade Raimundo Mariana Cunha, popularmente conhecida como São Joaquim, está inserida numa comunidade 15 km distante da sede administrativa do município e do hospital da cidade de pouco mais de 18 mil habitantes.

A distância parece ainda maior para as muitas pessoas que, sem outro recurso, a percorrem a pé, de bicicleta ou mesmo no lombo de cavalos ou veículos de tração animal. Isso porque as condições da estrada são bastante



Localizada a 90 km de Fortaleza, Umirim possui uma grande extensão territorial: são 327 km<sup>2</sup>, isto deve-se às várias localidades rurais distantes entre si, o que faz com que seja primordial que as Equipes da Saúde da Família não estejam muito concentradas no centro. Na foto, exemplo do dia-a-dia e das moradias da região.

precárias, não há asfalto na maior parte do trajeto e, quando feito de dia, o sol forte do sertão parece castigar ainda mais o viajante.

Evitar o máximo possível o verdadeiro transtorno que poderia ser uma simples sutura ou, por exemplo, uma drenagem de um abscesso: para isto trabalha com afinco a equipe coordenada pela enfermeira Ana Raquel Alvez Ramires, que é formada há um ano e está há sete meses na unidade .

Fazendo todos os dias o trajeto São Joaquim/Umirim, que tanto luta por poupar seus pacientes, Ana Raquel vê o trabalho realizado pela

estratégia Saúde da Família como aquele capaz de criar vínculos entre o profissional e o paciente e, para ela, esta confiança depositada é o principal fator para que a educação em saúde seja, de fato, possível de ser assimilada comunitariamente.

“É o gostar da área e o acreditar no que se faz, e isso é possível quando vemos os frutos do trabalho. Enfermagem não é só atender e depois largar o paciente, mas sim acompanhá-lo. Você cria e se sente responsável pela saúde dele”, coloca Ana Raquel, que realiza uma média diária de 14 atendimentos entre consultas

pré-agendadas e procedimentos de urgência e emergência.

Acreditando na educação e prevenção como práticas resolutivas, Ana Raquel faz da recepção da Unidade São Joaquim uma sala de debates. A enfermeira ministra, por exemplo, palestras sobre a importância da realização do exame preventivo ao câncer do colo de útero e, na oportunidade, alerta às mulheres sobre a importância da adoção de práticas de higiene pessoal correta e da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez não desejada, ressaltando as vantagens da adoção do planejamento familiar.

**A organização do trabalho** • Acompanhamento de hipertensos e diabéticos, tratamento de pessoas com hanseníase e tuberculose e consultas sobre saúde reprodutiva e da mulher: segundo a médica Rosalba Sampaio Quinderé, esses são os procedimentos agendados mais freqüentes na unidade. Recém-formada, Rosalba decidiu, ainda na faculdade, pela Medicina de Família e Comunidade, por acreditar neste modelo de atenção à saúde como aquele que oferece a melhor opção para a implementação das ações preventivas. “Somente com essa estratégia, a da Saúde da Família, é possível que uma comunidade carente e distante dos grandes centros, como a nossa, conte com pelo menos um médico oito horas por dia”, coloca a médica, que tem uma rotina cheia na unidade, com cerca de 32 atendimentos diários.

Esses procedimentos gerados pela procura espontânea e de urgência e emergência somam, aproximadamente, 10% do total de atendimentos na Unidade São Joaquim. Rosalba também faz plantão no hospital da cidade, às segundas-feiras, atendendo um número maior desses tipos de casos, o que lhe garante estar constantemente apta às mais diversas situações, “o meu aprimoramento em atendimentos de urgência e emergência vem do próprio dia-a-dia do meu trabalho”, acrescenta Rosalba que divide seus atendimentos em São



A enfermeira Ana Raquel ministra às mulheres da região uma palestra sobre a importância da realização do exame preventivo ao câncer do colo de útero.

Joaquim por grupos de trabalho, sendo na terça-feira a prioridade dos hipertensos; nas quartas; às gestantes; e nas quintas dá-se o acompanhamento aos diabéticos. As sextas-feiras o cronograma de consultas é aberto à demanda livre, sendo agendados os demais tipos de agravos.

Em geral, Rosalba e sua equipe reservam também as sextas-feiras para as visitas domiciliares àqueles pacientes que não podem sair de casa, aos acamados, ou ainda à busca ativa. Essa busca se dá quando a equipe vai ao encontro dos pacientes que não retornaram a alguma consulta marcada para saber o motivo da ausência; também são procuradas aquelas pessoas cujo Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável percebe irregularidade ou abandono no tratamento e notifica à médica, há, ainda, o resgate daquelas pessoas que há muito tempo não aparecem na Unidade.

### **Saúde Bucal cobra participação popular**

• São Joaquim conta com uma única equipe de SB, porém completa. Para o dentista Alan Cabral Filho, a educação é o fator primordial na qualidade da saúde bucal de uma população e, por isso, incentiva a participação popular por meio de palestras nas escolas da região e escovações coletivas. No entanto, Alan clama por uma mobilização social em torno da causa da saúde, “não adianta irmos às escolas e fazermos palestras sobre alimentação saudável se, na hora do recreio, as crianças encontram na cantina doces à venda, por exemplo, e nesse ponto temos muita dificuldade de sensibilizar as professoras e diretoras”, cobra o dentista, embasado pela Portaria 1010, de 8 de maio de 2006, publicação em conjunto dos ministérios da Saúde e da Educação, que estipula as diretrizes para a alimentação saudável nas escolas. Mas não só de palestras à

**“É o gostar da área e o acreditar no que se faz, e isso é possível quando vemos os frutos do trabalho. Enfermagem não é só atender e depois largar o paciente, mas sim acompanhá-lo depois. Você cria e se sente responsável pela saúde dele.”**

Ana Raquel Alvez Ramires, enfermeira



Rosalba: “ainda falta uma melhor estrutura física e equipamentos para que o atendimento de urgências seja o ideal, mas com o que temos conseguimos fazer muita coisa que, em outras circunstâncias, teríamos transportar o paciente até o hospital, há 15 km daqui”. No detalhe, a médica realiza um pequeno procedimento cirúrgico de drenagem em uma criança da região. “Outros problemas comuns aqui na área são os ferimentos advindos do manuseio de instrumentos agrícolas como enxada, facão, foice e outros que, em geral, promovem cortes profundos, nos quais, além da assepsia e de pontos, realizamos o enfaixamento e, quando necessário, a imobilização”, conclui Rosalba.



comunidade se dá a educação, é necessário que o profissional também se especialize e participe regularmente de programas de Educação Permanente e Continuada, “para isso é necessário que os gestores se sensibilizem e ofereçam aos profissionais cursos de capacitação”, completa Alan.

Realizando uma média de 20 atendimentos odontológicos por dia, entre os procedimentos de urgência mais comuns estão a resolução de abscessos,

tratamento de cáries, demais odontalgias (dor de dente) e traumas, por exemplo, por queda de bicicleta, meio de transporte mais comum na região.

A realidade encontrada em Umirim se repete em diversas outras localidades do Ceará. O Estado conta com uma média de duas mil Equipes de Saúde da Família. Para o secretário de saúde, desprezar os vínculos dos municípios com os profissionais é urgente e primordial para que haja sustentabilidade dos

profissionais nas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família.

Para tornar o trabalho mais viável aos profissionais de saúde, a SMS conta com uma casa de apoio no centro de Umirim, onde os profissionais tanto de São Joaquim, como de outras unidades podem passar a noite e recebem alimentação da prefeitura. Uma forma, dentre outras, encontrada para diminuir as dificuldades encontradas pelos profissionais que decidem atuar em realidades mais difíceis.

**“Não adianta irmos às escolas e fazermos palestras sobre alimentação saudável se, na hora do recreio, as crianças encontram na cantina doces à venda, por exemplo, e nesse ponto temos muita dificuldade de sensibilizar as professoras e diretoras.”**

*Alan Cabral Filho, dentista*



Homem em leito de observação. Em Umirim as ESF estão prontas para lidar com diversas ocorrências de urgências e emergências que em grande parte podem ser resolvidas pela Atenção Básica, como a desintoxicação alcoólica.



Uma idosa é levada para casa pela equipe após consulta de urgência na UBS/SF devido à pressão alta.

Ao longo do caminho para se chegar a São Joaquim é comum ver o Mandacaru, planta típica da região – que devido à secura do solo e à pouca umidade do ar, guarda água dentro de seu caule para sobreviver. A vegetação dá o tom da aridez e das dificuldades de sobrevivência na região, que no caso, ultrapassam as limitações geográficas e partem, também, para o forte desequilíbrio sócioeconômico das cidades mais pobres.

Aos pés da Serra do Boqueirão, o acesso, mesmo por carro é difícil, uma vez que não há asfaltamento e o terreno é muito irregular. Na foto, a beleza da caatinga e ao fundo, a serra onde se encontra a comunidade.



Reforçar os laços com a sociedade organizada em torno das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família. Essa é a solução adotada pela Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba (SP) para dar conta da demanda espontânea e do grande volume de trabalho que chega às Unidades. Escolas, igrejas, creches e outras instituições servem como suporte à estratégia Saúde da Família no município.

## Em Piracicaba, a sociedade e saúde de mãos dadas garantem resultados e satisfação popular

A preocupação da SMS é atender a demanda, dar resolutividade aos casos, fidelizar a população ao atendimento e acompanhamento prestado, sem, contudo, deixar com que a estratégia Saúde da Família passe a ser vista como uma mera unidade de pronto-atendimento. O objetivo é prestar toda a gama de serviços que a Equipe de Saúde da Família (ESF) pode oferecer às mais de 90 mil pessoas atendidas pela estratégia na cidade.

Uma das preocupações do município é conscientizar os usuários da importância de prevenção de doenças e manutenção da saúde para a qualidade de vida. Para acabar com as longas filas nas atenções secundária e terciária, o encaminhamento dos pacientes das UBS/SF para os prontos-socorros e hospitais é monitorado pela coordenação local da estratégia Saúde da Família, e elaborar ações para gerenciar este problema está entre as prioridades do gestor de saúde municipal.

**Gerenciando vínculos e demanda espontânea** • Piracicaba conta atualmente com 29 equipes distribuídas por 29 UBS/SF. A cidade promoveu, em maio e junho de 2007, uma reunião de médicos e enfermeiras das ESF para discutir o gerenciamento da demanda espontânea da cidade e elaborar meios para aumentar vínculos e garantir acesso dos usuários às Unidades.

Algumas UBS/SF do município, como a Paineiras, Itapuã II e Boa Esperança I se destacam em realizar baixo número de encaminhamentos e estabelecer fluxos na própria unidade, assegurando o atendimento garantindo o vínculo Equipe/Usuário.



A UBS/SF Paineiras, criada em 2005, atua numa área da cidade, na qual a população pertence, sobretudo, à classe D. Na área, são 877 famílias, num total de 3.162 pessoas cadastradas. Entre as estratégias criadas para fomentar o aumento do vínculo está a manutenção de grupos específicos, voltados à diversas demandas, como, por exemplo, o grupo de pré-natal. Nesse grupo, as gestantes vão às maternidades conhecer as instalações que a receberão quando forem dar à luz. Além disso, esse grupo tem acesso prioritário em casos de acidentes de trabalho.

Outro grupo de trabalho na UBS/SF Paineiras é o de crianças com menos de cinco anos que têm acesso prioritário à qualquer necessidade de saúde.



Na foto, uma mãe com seu filho sendo atendido.

Na foto, o médico Fábio do Carmo Duarte, atende a uma paciente, "só vejo um sistema de saúde digno e universal se construirmos uma base sólida. São necessários profissionais especializados, por isso fiz residência em Medicina de Família e Comunidade. E vejo tais profissionais como atores fundamentais na construção desse sistema, buscando aí minha motivação. O incentivo maior é quando conseguimos o reconhecimento pelo trabalho que exercemos e a comunidade passa a acreditar em nossa proposta."



Na UBS/SF Itapuã II, implantada em 2001, estabeleceu-se um fluxo de atendimento no qual a captação do usuário e sua entrada no Sistema se dão por meio da demanda trazida pela própria comunidade. Um exemplo é o grupo de combate ao tabagismo, atuante há cerca de um ano e que vem se firmando como um dos destaques, tendo obtido excelentes resultados. De acordo com

o médico da unidade, Fábio do Carmo Duarte, um dos fatores que resultaram nesses índices é a existência do Conselho Local de Saúde, "um espaço de democratização da gestão local. Além disso, sempre que possível, promovemos reuniões com a comunidade".

A SMS de Piracicaba destaca, ainda, o trabalho realizado na UBS/SF Boa Esperança I. Implantada há seis anos e meio e com cobertura de 934 famílias num total de 3.441 pessoas – há a busca ativa dos pacientes que procuram atendimento em outros níveis de atenção ou faltam às consultas, fazendo com que haja uma co-responsabilidade no cuidar da saúde.

Para a enfermeira da unidade, Cátia Ducati Machado, essa relação próxima com o paciente é importante, "a estratégia Saúde da Família é importante, pois você 'avalia' o paciente desde a queixa principal até o meio ambiente em que

vive. Faz relação entre a avaliação integral do indivíduo com toda a condição sócioeconômica e cultural".

Nesta UBS/SF também há a garantia de acesso de gestantes e crianças menores de cinco anos, mas, por tratar-se de uma unidade com cerca de 20% da população acima de 60 anos, toda uma atenção específica é voltada para este grupo, ao qual é garantido o acesso prioritário e avaliação imediata da necessidade de seu cuidado.

Na Unidade Vila Industrial, onde, junto ao processo de cadastramento, é realizada a formação de microredes de apoio, acolhimento ao paciente vindo da demanda espontânea, parcerias com escolas, igrejas e demais equipamentos existentes na área com estabelecimento de grupos de educação em saúde para co-responsabilidade das atividades já realizadas e as que serão implantadas.

**"Só vejo um sistema de saúde digno e universal se construirmos uma base sólida. É necessários profissionais especializados, por isso fiz residência em Medicina de Família e Comunidade."**

*Fábio do Carmo Duarte, médico de família*



Piracicaba, no interior de São Paulo, se destaca pelo trabalho realizado nas Unidades Básicas de Saúde, nas quais estão implementadas a estratégia Saúde da Família. Esse destaque vem da participação e sintonia de todos os profissionais envolvidos no atendimento – desde a acolhida ao tratamento e acompanhamento dos usuários, dos Agentes Comunitários de Saúde aos médicos pertencentes às ESF.

Um dos municípios pioneiros no Brasil a implantar a estratégia Saúde da Família, Matelândia (PR) firma-se como referência na humanização do atendimento e nas relações estabelecidas, quer seja médico/paciente, quer seja no relacionamento dos próprios profissionais, de suas seis Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família.

A cidade de 15 mil habitantes tem, hoje, 100% da população coberta pela estratégia e colhe os frutos de anos de trabalho na área com a oportunidade de repensar e reestruturar todo o sistema local de saúde. Isto devido às condições oferecidas pelo sucesso da escolha da Atenção Básica/Saúde da Família como alicerce de toda rede de saúde na cidade.

## Humanização e atendimento personalizado promovem a qualidade de vida em Matelândia

A pequena cidade de Matelândia fez, ainda em 1998, a escolha pela estratégia Saúde da Família, antes mesmo desta ter as características, o nome e *status* de política de estado. Pioneiros e visionários, os profissionais de saúde da cidade apostaram no sucesso do modelo de atenção do qual, hoje, são referência.

A atual secretária de Saúde, Margarete Menoncin Debertolis, participou de todo o processo. Ela relata que, na época, “sentia que poderia haver um outro jeito de trabalhar a saúde da comunidade, dos recursos humanos e até da gente mesmo. Na época só se cuidava do doente, não era trabalhada a promoção e a proteção e a atenção era direcionada à questão hospitalar e havia pouca valorização dos recursos humanos. A saúde pública para os profissionais médicos era vista como ‘bico’...não tinha vínculo com a comunidade”.

O que para Margarete mais causava o sentimento da necessidade de mudanças era a falta de resolutividade dos problemas, a sobrecarga nos hospitais e a visível desmotivação dos profissionais de saúde.

Para resolver esse impasse apostou-se numa solução ainda incipiente no Brasil, o então “Programa” Saúde da Família. Porém, diferente das maiorias das cidades que iniciam com o Programa de Agentes Comunitários (PAC), e num segundo estágio passam para a Saúde da Família (SF), Matelândia já iniciou sua vinculação à Atenção Básica com uma equipe completa.



## A Saúde da Família em Matelândia

• Para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Matelândia alguns requisitos são essenciais para a implantação e funcionamento da estratégia Saúde da Família:

A carga horária – para se vincular à estratégia, é necessário que o profissional cumpra plenamente sua carga horária. Médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, ACS: todos cumprem, na íntegra, seus horários, o que representa para os usuários a certeza de que indo à Unidade o atendimento será realizado.

Educação em saúde – como se trata de uma nova maneira de se trabalhar, todos os envolvidos no processo de migração para a estratégia

participam de oficinas que, além de apresentar aos profissionais o funcionamento de uma ESF e o trabalho dos ACS, serviram para “trocar saberes”, coloca Margarete. Nessa etapa procura-se ouvir, também, a contrapartida de todos os membros da equipe e como a sua experiência pessoal pode vir a acrescentar no desenvolvimento deste modelo.

Agendamento de consultas – para a enfermeira Héliada Badan, o maior ganho com o agendamento é evitar picos de atendimento e, com isso, evitar que a unidade fique muito cheia, “no começo, fui fazendo a triagem de paciente por paciente, todos eles passavam por mim para avaliação e eu questionava o problema deles e percebia que muitas

vezes eles não precisavam de médicos. Precisavam de outros profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, odontólogos etc. Se era emergência, eu encaminhava diretamente...já para quem é do interior, de uma área distante, nós também marcamos por telefone, para ficar mais fácil para a pessoa”. Todo o tratamento proposto é acompanhado por um prontuário eletrônico no qual constam as últimas dez consultas feitas de cada paciente, toda a lista de medicamentos prescritos e fornecidos pela SMS.

Farmácia – ampla variedade de medicamentos. Quando a UBS/SF não tem a medicação, é feita uma consulta junto à SMS que, após avaliação, libera o remédio.



Logo na chegada às Unidades Básicas de Saúde os usuários encontram um atendimento informatizado, o que, com preenchimento do prontuário eletrônico, torna todo o atendimento, a partir daí, individualizado.



Todo medicamento prescrito pelos médicos da Atenção Básica é disponibilizado à população de Matelândia nas farmácias das próprias UBS/SF.

### **A humanização do atendimento**

• Quando o paciente chega à Unidade, logo na recepção o atendimento é informatizado o que torna o processo bem mais ágil. Todas as famílias estão cadastradas no sistema e os usuários sabem, antecipadamente, qual é a sua unidade de referência.

As consultas são agendadas dentro deste sistema informatizado, assim é sempre possível saber com o que cada profissional está envolvido a qualquer momento. Com esta organização é possível programar um percentual de urgências e emergências nas UBS/SF da cidade.

Os atendimentos de urgência e emergência normalmente são avaliados pelos enfermeiros das unidades que encaminham, ou não, para os médicos da equipe ou para os outros níveis de atenção. Caso o enfermeiro não esteja na unidade, por exemplo, em visita domiciliar a algum paciente, é o médico quem faz a triagem da demanda espontânea. Dessa forma, o processo de trabalho na unidade está planejado de forma que o enfermeiro ou o médico nunca se ausentem da UBS ao mesmo tempo.

### **Integração da rede assistencial •**

Com a criação do agendamento informatizado das consultas nas unidades, criou-se na população a cultura de sempre procurar as UBS/SF. Os dois hospitais de Matelândia, inclusive, orientam que os usuários procurem, primeiro, a Atenção Básica/Saúde da Família e aguardem a orientação para realização de qualquer procedimento da Equipe de Saúde da Família. Essa parceria resulta em um trabalho organizado, na diminuição das filas e na melhor qualidade do serviço prestado, pois o paciente não é "repassado" de um lugar para outro sem saber quem irá lhe atender. O médico tem mais tranquilidade para avaliar o caso do paciente e isso se reverteu, segundo a secretária, na diminuição da quantidade de medicamentos prescritos e do número de internações nos hospitais da cidade.

Mais de 85% dos procedimentos são resolvidos pelas equipes das UBS/SF, o que maximiza o tempo dos profissionais de saúde e agiliza a solução dos problemas, quando estes são de urgência ou emergência, como, por

**“Mais de 85% dos procedimentos são resolvidos pelas equipes das UBS/SF, o que maximiza o tempo dos profissionais de saúde e agiliza a solução dos problemas.”**

exemplo, suturas, pequenos cortes, pequenas fraturas, drenagens, enfim, toda a gama de procedimentos estabelecida pelos parâmetros do Ministério da Saúde para realização na AB/SF.

**Rodas de conversa** • Em Matelândia, psicólogos e assistentes sociais estão vinculados às equipes, isso se fez necessário quando a SMS observou, principalmente entre as mulheres do município, uma alta taxa de casos de depressão.

Eram mulheres que quase não saíam de casa, tinham pouca atividade social e, com isso, acabavam por desenvolver obesidade, pressão alta e outros agravos decorrentes de uma vida sedentária.

Então a questão: – como incorporá-las não só à estratégia Saúde da Família mas também ao convívio social? a resposta foi encontrada nas “rodas de conversa”.

Essas rodas são encontros promovidos pelos ACS nas próprias casas dessas mulheres que agora se reúnem em suas salas, quintais, varandas, terrenos – fazendo um revezamento entre elas. Nesses encontros, colocam questões pessoais umas com as outras e, com o acompanhamento dos psicólogos e assistentes sociais, fazem atividades em conjunto, como, por exemplo, bordados e tricô. Uma ensina à outra algo que saiba fazer e assim, com essa terapia de grupo, saem e se ocupam e muitos quadros depressivos já foram revertidos, com expressiva diminuição na prescrição de medicamentos; além disso, com as atividades ao ar livre, o problema da obesidade também diminuiu bastante. Há, até, o caso de uma comunidade



#### DEPOIMENTOS

Seguem, abaixo, alguns trechos de depoimentos das mulheres que participam das Rodas de Conversa em Matelândia, com o sigilo da identidade.

Com os depoimentos vemos, com clareza, que o maior diferencial, na estratégia Saúde da Família é o fator humano.

“A gente aprende várias coisas...outras coisas eu sabia e passei...mas o que mais me marcou com essa atividade foi poder conhecer mais pessoas em Matelândia, pois sou nova na cidade e se não fosse isso não teria conhecido a metade do pessoal”.

“A maior contribuição disto é a convivência com as famílias, a amizade, a troca de visitas, compartilhar”.

“Eu hoje compartilho minhas alegrias e minhas tristezas...hoje eu divido, estou me sentindo muito bem e temos um grupo que acontece lá em casa toda terça-feira, eu estava muito triste, tinha perdido meu marido...mas hoje me sinto muito bem...não vejo a hora da reunião chegar”.

“...eu tomava 14 comprimidos por dia e se não fosse a agente Marlene a me ajudar a participar do grupo e já estou há um ano aqui e estou me sentindo bem melhor. Continuo tomando alguns remédios, mas fui a uma consulta e levei meus trabalhos feitos aqui nas rodas para o médico, ele me deu parabéns e pediu para levar outras, para eu continuar, levantar a cabeça que eu vou melhorar”.



na qual acabou criando-se um coral: o “Vocal Saúde”.

Para Margarete, ações desse tipo são importantes, porque “além da população, ganham os profissionais. A partir do momento, que você deixa de centrar toda a questão de saúde em um único profissional (o médico), você começa a trabalhar com toda a equipe com um olhar diferente do que se tinha 10 anos atrás, por exemplo, e isto mostra novos horizontes e você vai trocando fazeres e saberes”, conclui.

**Terapia com Crianças** • Outro projeto terapêutico realizado pela estratégia SF em Matelândia é a assistência às crianças de seis a 13 anos. O trabalho com essas crianças acontece todas as terças-feiras e o foco são filhos de pais separados ou alcoolistas, ou que tenham dificuldades na escola, dentre outros problemas.

Para a ACS Adriane de Fátima Nunes Cavalheiro, os profissionais estão “fazendo um trabalho de resgate destas crianças, “a psicóloga trabalha com brincadeiras, com jogos de memória e assim procuramos saber, por meio destas atividades, como é a vida delas na família. No início tínhamos três crianças e, hoje, já trabalhamos com 14. E isso, temos certeza, se refletirá na qualidade de vida delas, na saúde, na preparação para o futuro”.

O que os Agentes Comunitários de Saúde de Matelândia entendem sobre seu trabalho:

Ser ACS é...

“...é uma pessoa que entra na casa das famílias, tem que ter um espaço para gente levar muitas informações para a UBS...acho que nas rodas de conversa a gente tem uma produtividade maior, porque aqui a gente brinca, conta piada, é uma troca de saberes, é a soma de muitas coisas”.

“...o trabalho do ACS gratifica, pois há uma confiança que o usuário passa, pois às vezes ele tem mais confiança em contar um problema para você do que para o médico, pela relação ser mais próxima com a gente...é uma relação bem amigável...deixa de ser só profissional...”

“Está sendo uma realização pessoal, mas eu vejo acima de tudo que, ser ACS é ser humano, saber se colocar no lugar do paciente, saber a dificuldade que ele tem e colocar o que ele necessita, então a gente tem que saber ouvir pra depois repassar”.

“É um desafio, um compromisso diário com as pessoas de estar ouvindo e tentando entendê-los e para poder ajudar a todos da melhor maneira”.

“É acompanhar cada usuário, tentando ajudar, ouvindo seus problemas e trazendo até a unidade para resolver, repassando a todos os funcionários e procurar ajudar a cada um da melhor forma possível”.

“É ser persistente, ter paciência com as pessoas, pois no nosso trabalho, no dia-a-dia, a gente encontra muita resistência dos usuários isto dificulta nosso serviço. A gente precisa ser paciente e persistente para conseguir ajudá-los”.

“É um elo entre a família, o médico e a unidade de saúde. O nosso trabalho é trazer as dificuldades e os problemas para tentar resolvê-los, na medida do possível, e tentar deixar o mínimo de gente dentro da unidade, resolvendo na própria casa do usuário”.

“É trabalhar com muita dedicação e responsabilidade...e é um desafio. Há algum tempo a saúde era só doença, hoje em dia já se trabalha tudo: educação, saúde, meio ambiente, saneamento básico”.



A médica Marta M.Pinto é uma das primeiras profissionais da estratégia Saúde da Família em Matelândia e ressalta como as maiores conquistas da Atenção Básica na cidade a humanização do atendimento e a melhoria na qualidade de vida das pessoas.

Matelândia desmembrou-se de Foz do Iguaçu, nos anos 1960. Hoje, o município de 650 km<sup>2</sup>, tem cerca de 5% de seu território dentro do Parque Nacional do Iguaçu, com diversas cachoeiras, visto a geografia acidentada, o que faz do município um destino turístico atrativo a quem gosta de contato com a natureza. A industrialização é incipiente, mas já traz esperança de mais emprego e renda às pessoas da cidade que sobrevivem, em sua maioria, de atividades agropecuárias de corte e leite, avicultura e suinocultura.



Aplicando os preceitos da Constituição Federal, das Políticas, Pactos e Portarias do Ministério da Saúde, o município de Conde, na Paraíba, mostra que é possível tirar a intenção do papel e colocá-la na prática dos usuários do Sistema Único de Saúde.

## Conde: ESF integradas à rede de Urgência e Emergência

**“Objetivando atender a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), os Pactos pela Saúde, a Pactuação Unificada e os instrumentos de gestão, o planejamento estratégico e administração participativa são foco do novo paradigma da Saúde da cidade de Conde, onde os trabalhadores da saúde, equipe técnica e gestão têm liberdade de atuação, de participação nas decisões e plena autonomia no desempenho de ações contribuindo coletivamente na definição da missão da Secretaria Municipal de Saúde”.**

*Neuma da Costa Salles, diretora de planejamento da SMS de Conde.*

A estruturação do atendimento desenvolvida pela Secretaria Municipal de Conde (PB) foi baseada no conceito ampliado de saúde referenciado na Constituição Federal, que diz que a Lei Orgânica da Saúde deve ordenar o trabalho garantindo o primeiro atendimento, acolhimento, humanização, atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, com estabilização do paciente e referência adequada dos casos graves dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse conceito, as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família (UBS/SF) foram adequadas de acordo com a Portaria Ministerial GM 2.048, de 5 de novembro de 2002, em suas estruturas físicas, equipamentos, materiais, medicamentos e capacitação de recursos humanos, além da definição e reestruturação da grade referenciada para os diversos níveis de atenção – o que refletiu positivamente na redefinição do fluxograma e estabeleceu uma relação dinâmica entre os trabalhadores e usuários do sistema.

Diante desse contexto e considerando a abordagem humanística e os aspectos individuais e sociais do trabalho, a liderança, as informações e as relações interpessoais e sociais, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município, foram os primeiros trabalhadores a serem capacitados dentro da lógica do acolhimento às urgências na Atenção Básica, assim como a compreenderem o novo fluxo nos serviços no primeiro nível de atenção, por terem maior vínculo com a comunidade.

Nessa redefinição dos fluxos no primeiro nível de atenção, a metodologia da problematização estava presente constantemente, prevalecendo a necessidade de humanizar e democratizar o atendimento ao município, libertando também,



Unidade de atendimento à emergências em ação

#### MISSÃO DA SMS DE CONDE

Atender as Diretrizes e Princípios do SUS, as Políticas da Saúde e Atos Relacionados, objetivando superar as expectativas dos nossos usuários e valorizando nossos trabalhadores, através da humanização, tecnologia e excelência no atendimento.

tanto a gestão como os trabalhadores, dos conceitos rígidos e mecanicistas de gerenciamento, adequando-os aos novos paradigmas da saúde, onde o trabalho é uma atividade tipicamente de equipe.

No modelo assistencial atualmente preconizado no município, as estratégias Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além de executarem todas as ações específicas,

segundo os Pactos pela Saúde, são responsáveis pelo acolhimento dos usuários de sua área de cobertura, “pois não se pode admitir que um usuário em acompanhamento numa UBS/SF, por exemplo, por hipertensão arterial, quando acometido por uma crise hipertensiva, não seja acolhido na unidade de Saúde a qual tenha vínculo”, comenta a diretora de planejamento da SMS de Conde, Neuma da Costa Salles.

Os profissionais das UBS/SF, diante de pacientes em situações de urgência ou emergência, acolhem esses usuários, estabilizam o quadro clínico dentro de sua complexidade e, havendo necessidade de referenciá-los, acionam o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município, por meio do 192, onde o médico regulador do SAMU, após avaliar cada caso, define a resposta mais adequada em relação à situação, podendo enviar uma Unidade de Suporte Básico de Vida (USB) ou

A implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências no município de Conde, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, como base descentralizada do SAMU 192 Metropolitano de João Pessoa, vem proporcionando a reestruturação da rede de serviços assistenciais à saúde, por meio da qualificação e ordenamento dos pacientes dentro do SUS.

uma Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA). Dependendo do estado clínico do paciente, este é referenciado para o Centro Municipal de Saúde, onde um pronto atendimento funciona 24 horas, ou é referenciado para a grade pactuada do município de João Pessoa sob regulação médica do SAMU/192, de acordo com a Programação Pactuada e Integrada (PPI) estabelecida.



Equipe de atendimento médico de emergência

Em Nilópolis (RJ), a principal meta da Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social (Semusa), é a expansão da estratégia Saúde da Família. Implantado em 2005 no município, quando alcançava somente 10% da população, a Atenção Básica/Saúde da Família vem firmando-se como um dos instrumentos mais valorosos para os profissionais de saúde, que hoje já atendem a 49% dos habitantes.

## **Nilópolis: referência de educação é também referência de saúde**

Interligada à estratégia Saúde da Família, encontra-se, em Nilópolis, toda uma grande estrutura composta por serviços de atendimentos 24 horas, consultas reguladas por especialistas, exames laboratoriais e radiodiagnósticos garantidos e infra-estrutura física de equipamentos e veículos para visitas domiciliares. Todo esse aparato é controlado por um sistema informatizado de gestão que tem, na Atenção Básica/Saúde da Família, sua porta de entrada.

Um dos motivos dos excelentes números da AB/SF em Nilópolis é o empenho e sintonia de todos os profissionais que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde. São, ao todo, 20 equipes atendendo sete bairros. Cerca de 74 mil pessoas recebem, todos os meses, a visita dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, quando necessário, também dos demais profissionais da Equipe da Saúde da Família (ESF).

Nilópolis conta com um número reduzido de postos de saúde e já converteu a maioria em Unidades Básicas de Saúde para a estratégia Saúde da Família (UBS/SF), e em bairros mais populosos chega-se a três equipes. Mas, mesmo assim, não foi possível abarcar toda a população na AB/SF, por isso, a Semusa adotou uma solução regional inovadora dentro da estratégia Saúde da Família.



### **Adaptando a infra-estrutura existente •**

O município conta com uma rede de quatro Centros Integrados de Educação Pública (CIEPs), que estão estrategicamente localizados nos bairros da cidade e contam com uma estrutura de posto de saúde para atender aos alunos.

Para corrigir a defasagem entre o número de UBS com estratégia SF e a necessidade da população, a Semusa pretende instalar núcleos com ESF nestes postos que serão, então, adaptados gradativamente.

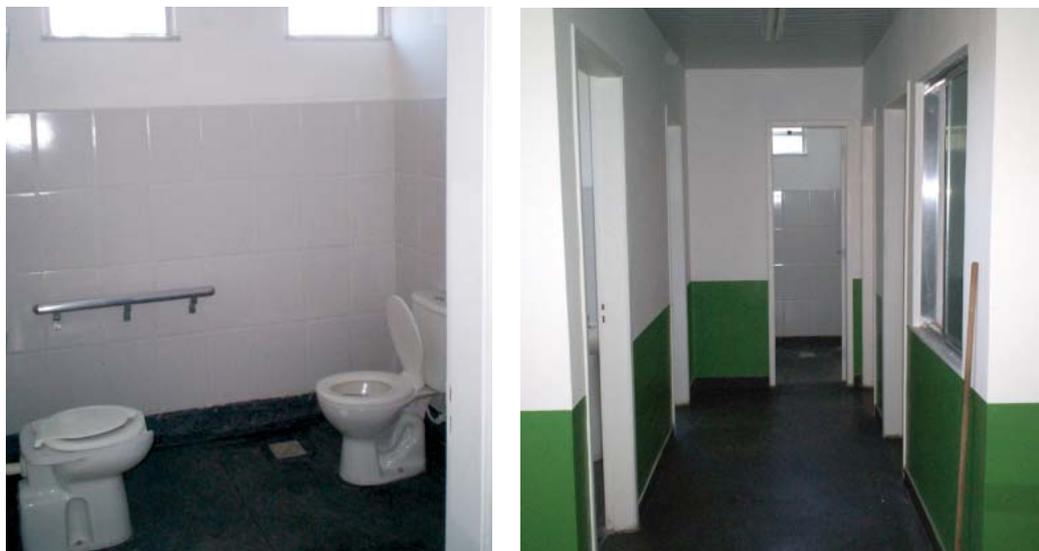
Um exemplo da eficiência dessa idéia é o CIEP municipalizado do bairro do

Frigorífico, no qual foi feita uma expansão na estrutura já existente de forma que pudesse receber duas equipes completas. Isso foi possível graças a uma parceria entre a Semusa e a Secretaria Municipal de Educação; parceria essa que fortaleceu uma das principais funções da estratégia Saúde da Família: a educação em saúde.

Em Nilópolis existem outros três CIEPs, todos sob gestão estadual. Já foi feito um pedido às Secretarias Estaduais de Educação e de Saúde solicitando a liberação dos espaços de saúde para a implantação de seis novas ESF, alcançando uma maior cobertura na cidade.

Nilópolis conta com 20 Equipes de Saúde da Família, que além da demanda espontânea, atendem a todo um cronograma de atendimentos privilegiando grupos de atenção, como os idosos.

Segundo o Secretário Municipal de Saúde, Kiraz Constantine Karraz, devido à ampla estrutura existente no local, entre as modificações feitas as principais foram adequar o banheiro para o uso de portadores de necessidades especiais e adaptações das salas para receberem os consultórios. Ainda segundo o secretário, a experiência tem sido bem recebida pela comunidade, professores e alunos e enfatiza que a existência de uma UBS/SF dentro de uma escola jamais coloca os alunos em risco de exposição à doenças; ele afirma que todo o corpo discente e docente do CIEP sai ganhando, pois para ele, além da saúde, a educação também é privilegiada com a chegada da equipe.



Nas fotos, a UBS com estratégia SF instalada no CIEP do bairro Frigorífico.

**“Por meio dos ACS, orientação básica e acompanhamento das necessidades dos pacientes é possível diminuir a ida aos hospitais e proporcionar uma prevenção contínua e fácil acesso à saúde.”**

*Fernanda dos Santos Ferreira, enfermeira*

Na sala de procedimentos, usuário tem a pressão aferida por uma enfermeira na Unidade do Paiol.

### **Estratégia Saúde da Família – O que os profissionais pensam**

- Para o atendimento das ESF ser adequado, cada profissional deve estar atento ao desempenho de suas funções e responsabilidades. O ACS, Carlos Magno Santos de Oliveira, coloca: “quando a população está sendo beneficiada, meu papel é de ser o elo entre a comunidade e a unidade”. Consciente de sua importância no processo de recuperação dos pacientes, Carlos acredita que os usuários “ganham confiança, respeito e atenção com sua saúde”.

Outro ganho com a eficiência, segundo a enfermeira Fernanda dos Santos Ferreira, é que “por meio dos ACS, orientação básica e acompanhamento das necessidades dos pacientes é possível diminuir a ida aos hospitais e proporcionar uma prevenção contínua e fácil acesso à saúde”.

Fernanda salienta, também, a importância de educação continuada para os profissionais de saúde, “temos em nossa unidade instrutor do curso de enfermagem e alunos que fazem estágio na estratégia Saúde da Família, faço curso de pós-graduação e a Secretaria Municipal oferece cursos e palestras”.

Para o médico de família, Brivaldo Ferreira de Queiroz, “o paciente recebe o



que lhe é de direito, tendo resolutividade de 80% dos seus problemas além da promoção e prevenção de sua saúde. Há necessidade de suporte em especialidades médicas e serviços auxiliares de diagnóstico”.

Brivaldo salienta que a organização do trabalho é fundamental para que os resultados obtidos sejam os melhores possíveis e para isso é importante a observação dos procedimentos definidos pela coordenação, “o cronograma de trabalho é definido com dias e horários para o atendimento agendado diretamente na unidade, ou por meio do ACS. Existem

turnos definidos para o atendimento de clínica médica, pediatria e ginecologia. Atendemos casos de tuberculose, hanseníase e DSTs, além de pronto-atendimento. O dia-a-dia é intenso, na tentativa de se dar o melhor”.

Dada a participação dos municípios da Baixada Fluminense na estratégia Saúde da Família, Nilópolis é um exemplo. Brivaldo acredita que a Atenção Básica/Saúde da Família ainda é encarada como “alternativa” pela população, “mas que nos incentiva como sendo a melhor opção para a melhora de indicadores de saúde”.

**“O paciente recebe o que lhe é de direito, tendo resolutividade de 80% dos seus problemas além da promoção e prevenção de sua saúde.”**

*Brivaldo Ferreira de Queiroz, médico*

A simplicidade das casas de Riacho Grande reflete a carência da população.



“Seu” Olímpio, rodeado pela Equipe de Saúde da Família, hoje consegue levantar e conversar. O que pode ser pouco para muitos, para ele, que há pouco tempo até respirar era difícil, é uma conquista da qual tira otimismo, forças e esperança na recuperação plena da saúde.

“Seu” Olímpio e a esposa ganharam, em meados de 2005, um terreno em um programa de assentamento de famílias pela reforma agrária, na fazenda Boa Esperança, na localidade de Riacho Grande, distrito de Mossoró (RN).

Entusiasmado por, pela primeira vez na vida, trabalhar em terra própria, Olímpio, então com 69 anos de idade e mais de 55 de lavoura, ignorou as limitações físicas e, durante um ano, empregou todas as forças que tinha plantando e cultivando o terreno sol a sol. Infelizmente, como resultado, o organismo já debilitado pelos anos de trabalho puxado e pela falta de cuidados com a saúde, não resistiu ao esforço, levando-o a um estado clínico crítico de pressão alta, *stress* muscular e fadiga. Por meses não conseguia sequer levantar da cama, com dificuldades em respirar e falar, pressão alta e sem os cuidados básicos que prescrevem os programas de saúde do idoso. Tudo parecia caminhar para o fim de anos de trabalho pesado: uma vida sem a mínima qualidade.

Nesse momento crucial, entra na vida de Olímpio, no início de 2007, a Equipe de Saúde da Família (ESF).

## Mossoró investe na continuidade para garantir qualidade de vida à comunidade

Na localidade do Riacho Grande, funciona a Unidade Básica de Saúde da Família Francisco Neto da Luz, que atende a cerca de 2 mil pessoas, inclusive aquelas que, como a família de Sr. Olímpio, mudaram-se para o assentamento.

Quando a equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) destinada ao assentamento tomou conhecimento de sua situação, imediatamente acionou o médico da ESF. E, desde então, sob as orientações médicas e sob os cuidados de toda a equipe da Unidade que se reveza em prestar o atendimento domiciliar, Olímpio está gradativamente recuperando sua saúde.

Atualmente, aos 71 anos e apesar de ainda se cansar com facilidade, já consegue ficar de pé e a melhora ao respirar já lhe permite conversar, mesmo que pouco, “nunca em minha vida, eu tive o direito de levantar às nove horas da manhã, por exemplo. Sempre levantei às cinco, antes mesmo do sol nascer, para lavourar. Agora tudo que quero é ter saúde, recuperar minha saúde, pra poder fazer isso, pra poder plantar na minha própria terra, e graças à essas pessoas, hoje eu tenho fé que vou conseguir” – com dificuldades de falar, essas são as únicas palavras que consegue dizer, emocionado e esperançoso.

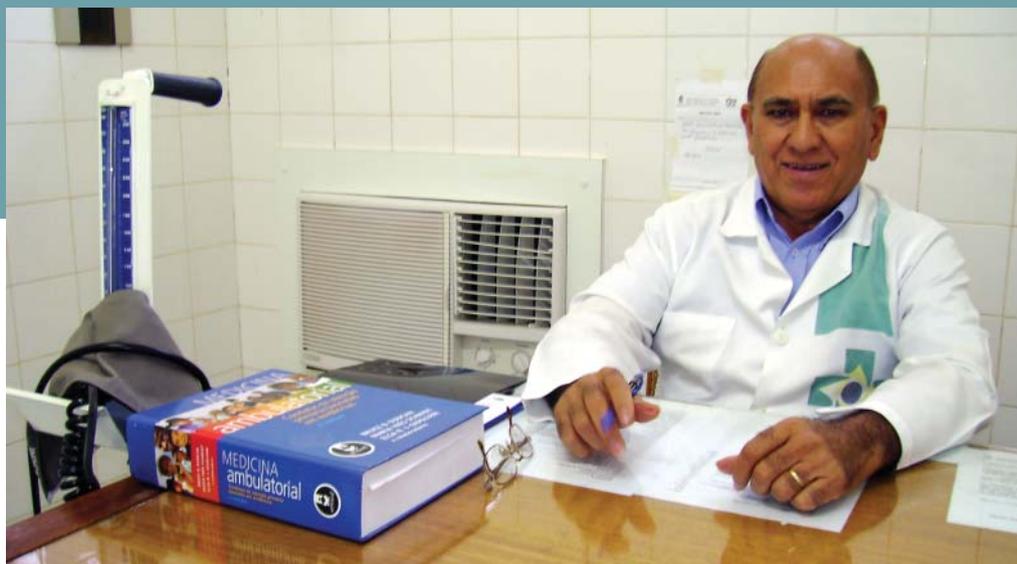
### **Trabalho continuado e resultados obtidos**

• Há cinco anos na UBS/SF do Riacho Grande, “Dr. Xaxá”, como gosta de ser tratado o médico Antônio Xaxá Filho, coloca que o caso de Olímpio não é isolado, “nosso maior incentivo para continuar nesse trabalho, apesar de todas as dificuldades e carência local, é a própria população. Temos muitos pacientes de 70/80 anos ou mais, que nunca foram sequer a um médico em toda vida. E oferecer a essas pessoas, nessa etapa da vida, o mínimo possível de conforto e saúde é extremamente gratificante”.

Para Xaxá, dentre a “espinha dorsal”, como coloca, de atendimentos prestados na Unidade do Riacho Grande, estão o tratamento e acompanhamento da hipertensão e diabetes, “desde que começamos a trabalhar com a população daqui, há cinco anos, o número de seqüelas por essas enfermidades tem sido pouco. Nosso trabalho é, sobretudo, educativo e preventivo”.

**Conscientização** • De um lado o trabalho com idosos. Na outra ponta do atendimento na Unidade, aquelas que ainda não alcançaram a maioridade, mas já sentem a responsabilidade da maternidade: as adolescentes grávidas.

Infelizmente um fenômeno crescente em todo país, mas possível de ser amenizado com trabalho de conscientização e acesso facilitado aos métodos



Não foi fácil conseguir a adesão das famílias à estratégia Saúde da Família, conta o médico Xaxá, “são pacientes que não estão acostumados à nenhuma atenção em saúde e, no início, eles achavam se tratar de um programa político. Mas, graças ao nosso trabalho continuado e aos resultados obtidos, as pessoas entenderam que não se trata disso. A não ser política pública de saúde”.



As casas atendidas na comunidade do Riacho Grande dão idéia das condições sócioeconômicas das pessoas que ali vivem. A estratégia Saúde da Família tem como espinha-dorsal na região o acompanhamento dos casos de hipertensão e diabetes.

**“Nosso maior incentivo para continuar nesse trabalho, apesar de todas as dificuldades e carência local, é a própria população. Temos muitos pacientes de 70, 80 anos ou mais, que nunca foram sequer a um médico em toda vida. E oferecer a essas pessoas, nessa etapa da vida, o mínimo possível de conforto e saúde é extremamente gratificante.”**

*Antônio Xaxá Filho, médico*

**“Toda minha gravidez foi acompanhada de perto pela equipe aqui da Unidade, desde todos os pré-natais, eles estavam comigo no parto e agora me orientam sobre as vacinas do meu bebê, que está com ótima saúde”**

*Jaqueline de Mendonça, usuária*

contraceptivos. Jaqueline de Mendonça, que ficou grávida aos 16 anos, por enquanto não planeja ter outro filho; após conversar com a equipe da Unidade sobre planejamento familiar, Jaqueline chegou à conclusão de que, agora que já é mãe, é importante se estruturar e estabilizar a vida com o marido, emocional e financeiramente, para então aumentar a família.

“Toda minha gravidez foi acompanhada de perto pela equipe aqui da Unidade, desde todos os pré-natais, eles estavam comigo no parto e agora me orientam sobre as vacinas do meu bebê, que está com ótima saúde. Como tenho sentido alguns efeitos colaterais com o uso de anticoncepcionais, hoje vim conversar com o médico sobre outras opções de métodos contraceptivos que eu posso ter acesso”, relata Jaqueline.

**Resolutividade** • Maria José de Carvalho, coordenadora dos ACS do município, está à frente de um corpo de mais de 440 agentes, distribuídos em 63 ESF, entre urbanos e rurais, cursa Especialização em Saúde da Família, se aprimorando ainda mais nesse modelo de atenção. Para ela, o diferencial da Atenção Básica/Saúde da Família é “poder dividir responsabilidades com alguém, você não trabalha sozinho, no seu consultório. Temos sempre alguém em quem nos apoiar, seja o ACS, seja a enfermeira, o médico etc. É ter outro

Na foto, a enfermeira Niedja Diógenes: “o trabalho que desenvolvemos prima por buscar toda uma mudança de estilo de vida em todos os aspectos sociais e não só a cura das doenças. Buscamos promover a saúde”, ao lado da coordenadora dos ACS, Maria José de Carvalho: “A estratégia Saúde da Família permite estreitar o vínculo do usuário com a equipe, a partir do momento que damos conta da demanda, com um trabalho bem executado, cresce a confiança na estratégia e ela se fortalece na comunidade”.



Jaqueline, mãe aos 17 anos, que entendeu a importância do planejamento familiar, diz que, sempre que pode, conversa com suas amigas sobre as dificuldades de ser adolescente grávida. Ao seu lado, o ACS Francisco Lindonjonhson e a enfermeira Adriana Penha.



profissional para dividir questionamentos e buscar soluções conjuntas”.

### **Mudando conceitos e valorizando a auto-estima**

• Segundo a odontóloga, Suayde Leite, era comum as pessoas atendidas na Unidade procurarem resolver seus problemas odontológicos com a extração dos dentes. Quando começou a atuar na ESF, há cerca de dois anos, ela notou que os pacientes temiam o tratamento por acharem dolorido ou dispendioso. Suayde acredita, ainda, que as pessoas mais simples atendidas, “acham que não têm direito a um tratamento completo – que tratar dos dentes é algo para poucos”. A odontóloga procura fazer com essas pessoas todo um trabalho educativo e de conscientização.

A mudança de pensamento e atitude é difícil, coloca Suayde, mas o resultado obtido é expressivo, “notamos a redução do número de extrações e o aumento de procedimentos de restauração e tratamentos diversos. A qualidade da saúde bucal interfere diretamente na qualidade de vida dessas pessoas atendidas aqui, e elas têm entendido isso”, conclui satisfeita Suayde.

Desde que começou a trabalhar na unidade, a odontóloga vem realizando a aplicação de um questionário no qual procura conhecer seus pacientes e entender suas principais queixas com

relação à saúde bucal. Hoje, graças a este questionário, ela tem prontuários de todas as pessoas da comunidade, o que lhe ajuda quando precisa tratar de alguém ou mesmo estabelecer, por

área de moradia, faixa etária, condições sócioeconômicas e outros cruzamentos de dados, onde estão os principais problemas e elaborar métodos de combate e prevenção.



No questionário aplicado pela odontóloga Suayde Leite, perguntas do tipo: “Você tem escova de dente? Faz uso de pasta de dente? Quais você acha que são seus problemas de saúde bucal? Que atendimento procura?”. Entre outras questões, o questionário possibilitou à Suayde estabelecer a necessidade de aquisição e distribuição de materiais na Unidade Básica de Saúde. De acordo com a odontóloga, graças ao trabalho realizado pela equipe, hoje as pessoas estão mais conscientes da importância da manutenção da saúde bucal e o reflexo dela na saúde de todo o organismo, impedindo, por exemplo, a perda óssea na face, numa extração evitável.

**“A mudança de pensamento e atitude é difícil, mas o resultado obtido é expressivo. Notamos a redução do número de extrações e o aumento de procedimentos de restauração e tratamentos diversos. A qualidade da saúde bucal interfere diretamente na qualidade de vidas dessas pessoas atendidas aqui, e elas têm entendido isso.”**

*Suayde Leite, dentista*

**Lagoa do Mato** • Outra comunidade de Mossoró atendida pela AB/SF é da Lagoa do Mato, onde fica o médico José Fernandes. Com uma estrutura física maior, essa UBS conta com duas ESF e tem cadastrada uma população de cerca de 10 mil pessoas.

A unidade está preparada para receber atendimentos de urgência e emergência e, além das instalações físicas, todos os profissionais são qualificados, cada um dentro do seu campo de atuação, para dar conta dessa demanda espontânea.

Para a médica Janina Marinho Bezerra de O. Brasil, há dois anos na Unidade e há quatro na estratégia Saúde da Família, a tendência é que com o tempo essa própria demanda diminua, pois em muitos casos os atendimentos de urgência e emergência são consequência de agravos que já vêm sem algum acompanhamento e cita o exemplo das anemias, "procuramos ir às casas das famílias e, sempre que observamos uma criança que apresenta características de anemia/subnutrição, alertamos os pais e



A Unidade da Lagoa do Mato conta com instalações com o mínimo necessário a pequenos procedimentos de urgência e emergência, como exéreces, suturas, drenagens de abscessos e pequenos cortes, por exemplo.

responsáveis para que sejam tomadas providências, antes que o caso se complique e seja necessário trazê-los à Unidade”.

Com o trabalho preventivo intenso, feito pela ESF e, sobretudo, com o apoio dos ACS, em casos como o citado, a tendência é que cada vez mais as pessoas entendam a necessidade de seguir as orientações médicas.

Janina atende a todas as crianças observando os procedimentos do Programa de Crescimento e Desenvolvimento (CD). Segundo ela, um dos princípios do

Programa é a educação e com a correta informação e cuidados passados aos pais, desde 2006 não registra casos de pneumonia, por exemplo.

Dentre os cursos de especialização realizados pela médica estão Introdução à Saúde da Família, Hanseníase, Tuberculose, Amamentação, entre outros. “Outro ponto positivo da Unidade é que aqui eu consigo dar andamento às minhas investigações, o que é importante para se descobrir e trabalhar na causa dos problemas e propor soluções à comunidade como um todo”.



A médica Janina e a auxiliar de enfermagem, Paula Symone F. Alves, atendem a um usuário portador de agravo mental, encaminhado pelo Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). Para Paula, a relação com os pacientes é boa e ela afirma que trabalhando na estratégia Saúde da Família, mais que prestar atendimento à população, ela vem aprendendo muito e que, a cada dia, fica mais fácil “entender e atender” pessoas que precisam de uma atenção diferenciada.

**A unidade está preparada para receber atendimentos de urgência e emergência e, além de contarem com boas instalações físicas, todos os profissionais são qualificados, cada um dentro do seu campo de atuação, para dar conta dessa demanda espontânea.**

**“Não estou aqui só para ajudar a salvar vidas, estou aqui porque eu quero que as pessoas vivam, mas vivam bem, com saúde, dignidade e conforto.”**

*Lindinolha Costa Moraes, ACS*

### **Educação como alicerce da saúde**

• “O bom de trabalharmos com educação na saúde é quando vemos o resultado. Isso nos motiva e há também o fato de você interferir diretamente na vida dessas pessoas, que necessitam tanto de cuidados. Por isso eu acredito na Atenção Básica/Saúde da Família”, coloca Adriana Maria Alves, enfermeira da Unidade. Adriana, sempre que possível, participa de cursos de atualizações, por achar

imprescindível que o profissional recicle seus conhecimentos; dentre as atualizações de que participou destaca a capacitação em tuberculose, em vacinação, o curso de preenchimento dos formulários do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

O último curso de atualização feito pela enfermeira foi o de Prevenção e Capacitação em Hanseníase. Após

uma semana de aula, ela repassa todo o conhecimento adquirido aos ACS da ESF, “como temos uma área endêmica de hanseníase, eu preciso que o ACS tenha um olhar diferenciado sobre essa questão, que nos ajude a diagnosticar e a não deixar o paciente chegar à incapacidade.”

Para a ACS Lindinolha Costa Moraes, há sete anos na Unidade, cada paciente que recebe alta ou retorna saudável à unidade é como se estivesse “recebendo um prêmio”. Para ela, o trabalho do ACS vai além da atenção à saúde, é preciso que eles atuem também conversando com o usuário e “tentando ajudar a minimizar e resolver os problemas das pessoas com conversa, paciência e interesse verdadeiro pelo bem-estar do paciente”. Lindinolha resume com a experiência adquirida no dia-a-dia do seu trabalho o objetivo da estratégia Saúde da Família, “não estou aqui só para ajudar a salvar vidas, estou aqui porque eu quero que as pessoas vivam, mas vivam bem, com saúde, dignidade e conforto”.



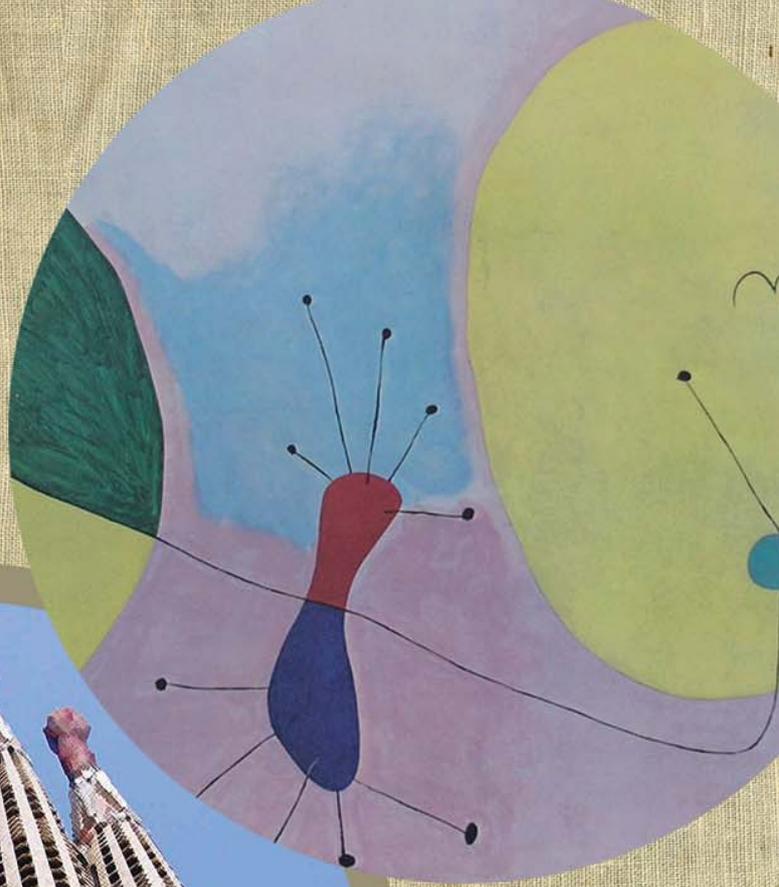
A enfermeira Adriana Maria Alves e as agentes comunitárias de saúde da UBS/SF Lagoa do Mato: multiplicação do conhecimento. Após uma semana no curso de capacitação sobre hanseníase, Adriana se torna multiplicadora do que aprendeu.

**“O bom de trabalharmos com educação na saúde é quando vemos o resultado. Isso nos motiva e há também o fato de você interferir diretamente na vida dessas pessoas, que necessitam tanto de cuidados. Por isso eu acredito na Atenção Básica e na Saúde da Família”**

*Adriana Maria Alves, enfermeira*

Mossoró é uma cidade bastante urbanizada. Enquanto mais de 60 ACS trabalham nas zonas rurais, outros cerca de 380 atuam todos os dias na zona urbana da cidade, que conta com 63 Equipes de Saúde da Família, atendendo 85% da população de 200 mil habitantes. O crescimento e a industrialização recente da cidade já despertaram a preocupação da Secretaria Municipal de Saúde que trabalha para reforçar a Atenção Básica e a estratégia Saúde da Família na cidade a fim de acompanhar o seu crescimento.





## Quando a gestão e as equipes pactuam metas conjuntas



Olga Pané Mena  
Teresa Martínez Ruiz  
Consórcio Hospitalar da Catalunha

De qualquer modo, o que é um incontestável valor agregado é que a medição e comparação das coisas, seja com resultados prévios ou com objetivos futuros, permitam que o sistema de saúde seja transparente e preste contas à sociedade de seus êxitos e fracassos.

**Artigo:**  
**Quando a gestão e as equipes pactuam metas conjuntas**

**Bases do sistema de saúde catalão** • A Catalunha é uma comunidade autônoma (CCAA) da Espanha, com aproximadamente 7.134.69 habitantes (IDESCAT, 31 de dezembro de 2006).

Assim como no caso das demais comunidades autônomas espanholas, ao Governo Catalão foram transferidas as competências em matéria de saúde, o que o torna responsável pela proteção e restabelecimento da saúde dos catalões, com atuação sobre os serviços assistenciais sanitários (hospitais, Atenção Básica e sócio-sanitária) e sobre o conjunto de serviços de saúde pública, estes últimos de forma compartilhada com os municípios.

Para fazer frente aos gastos de saúde, a Catalunha recebe recursos do governo espanhol, de acordo com índices per capita e com uma série de parâmetros, como o envelhecimento da população, a complexidade dos serviços e a pesquisa, dentre outros. A esses recursos, somam-se os procedentes dos impostos próprios que a Comunidade Autônoma arrecada.

O sistema de saúde catalão, apesar de ter as mesmas obrigações perante aos cidadãos que as demais comunidades autônomas, está organizado de forma diferente, com base no que foi chamado de separação de funções.

Os sistemas baseados na separação de funções contam com órgãos diferentes para realizar as funções de financiamento, planejamento, garantia, compra e prestação de serviços. Na Catalunha, as duas primeiras funções são realizadas pela *Conselleria de Salut* (Ministério de Saúde catalão). A garantia e a compra de serviços são competência do Serviço Catalão de Saúde (SCS), entidade pública do Governo. A prestação de serviços, a gestão de hospitais, de centros de atenção básica e sócio-sanitários (cuidados de convalescença e internação prolongada) são oferecidos por diferentes órgãos, alguns de caráter público (Instituto Catalão de Saúde, consórcios entre o governo catalão e os municípios ou empresas públicas) e outros de caráter privado (fundações, entidades religiosas e outras entidades de propriedade privada).

Na Catalunha, a prestação de serviços é planejada, sem concorrência, portanto, entre os diferentes prestadores. Conclui-se, assim, que não é o mercado que administra o funcionamento do sistema, mas sim os contratos que o Serviço Catalão de Saúde estabelece com cada prestador. Em geral, o risco que os prestadores percebem é decorrente dos incentivos presentes no contrato e na qualidade dos serviços prestados, de acordo com os requisitos contratuais. A falta de cumprimento do contrato pode gerar sanções e até a substituição de um prestador por outro.

Em geral, está previsto em todos os contratos que o prestador receba uma quantia mensal para os serviços que presta, sobre a qual se aplica uma dedução (5% no caso da Atenção Básica), que será paga no fim do ano, em função da consecução dos objetivos previstos no contrato.

**Instrumentos essenciais da compra de serviços de saúde** • Esse modelo organizacional exige que tanto o comprador como o prestador desenvolvam sistemas apropriados para cumprir suas funções. No caso dos compradores, devem

desenvolver sistemas de contratação que reflitam a política sanitária prevista e explicitada no Plano de Saúde e no Plano de Serviços. O Plano de Saúde constitui planejamento que se renova a cada três anos, no qual estão identificados os principais problemas de saúde e atenção à população. São priorizadas as intervenções e definidas metas a serem alcançadas nos três anos seguintes. O Plano de Serviços representa exercício semelhante, mas onde estarão definidos os objetivos em termos de infra-estrutura e tecnologia sanitária a serem implantadas.

Esses objetivos estão detalhados por território e estabelecem indicadores de êxito. O Serviço Catalão de Saúde tem por missão incorporar aos contratos de cada prestador os objetivos e correspondentes indicadores de êxito, a serem alcançados a cada ano, em termos de produtividade, qualidade e saúde, vinculados ao que está previsto nos planos de saúde e de serviços, estabelecendo-se progressão no êxito ao alcance da entidade prestadora.

No quadro 1 estão descritos alguns exemplos de saúde e sua tradução para um contrato:

PLANO DE SAÚDE DA CATALUNHA OBJETIVOS DE SAÚDE E DE DIMINUIÇÃO DE RISCO PARA 2010	CONTRATO DE COMPRA DE ATENÇÃO BÁSICA 2007
De hoje a 2010, deve ser reduzido em até 28% o hábito do tabagismo entre a população de 15 anos e mais.	Conseguir um mínimo de 40% de pacientes fumantes que deixaram de fumar.
De hoje a 2010, deve ser incrementado em 50% o número de pessoas hipertensas que estão sob controle (<140 mm-Hg).	Conseguir 50% como percentual mínimo de pacientes atendidos com controle aceitável da pressão arterial.
De hoje a 2010, deve ser reduzida em 10% a mortalidade por gripe, doença infecciosa aguda do aparelho respiratório e pneumonia, entre a população $\geq$ 60 anos.	Conseguir um mínimo de 55% de população de 60 anos ou mais vacinada contra a gripe.
	Conseguir um mínimo de 50% de população de 60 anos ou mais vacinada contra a doença pneumocócica.

Quadro 1

**Artigo:**  
**Quando a gestão e as equipes pactuam metas conjuntas.**

O contrato define os objetivos, o respectivo sistema de pagamento e os correspondentes incentivos e sanções. Estabelece, ainda, a metodologia de avaliação, os sistemas de informação mínimos de que deve dispor a entidade prestadora e os sistemas de fiscalização e controle de qualidade. Um dos resultados imediatos desse sistema é o desenvolvimento de uma cultura de avaliação que, de forma progressiva, faz com que as decisões sejam tomadas cada vez mais com base em dados objetivos, não em instituições ou sistemas dos diferentes agentes.

O contrato também estabelece as regras do jogo entre prestadores. Exemplo é a transferência para a Atenção Básica dos fundos para a compra dos serviços de radiologia e laboratório. Está claro que essa transferência, que faz da Atenção Básica um comprador parcial de serviços de saúde, pretende estimular entre os prestadores de exames de laboratório e radiologia uma melhora na qualidade e rapidez dos serviços prestados à AB, além de uma concorrência pelos recursos que possam chegar a prestar a partir da Atenção Básica. Promove, ainda, o aumento da capacidade da Atenção Básica para a resolução de casos, mediante aumento do seu índice diagnóstico.

**Instrumentos chaves da prestação de serviços •**

Nesses sistemas, os gestores de serviços de saúde têm por objetivo aumentar a efetividade de seus serviços e a eficiência técnica.

Para tanto, são desenvolvidos instrumentos diversos que fazem com que os profissionais alinhem seus interesses com os da entidade prestadora, o que, por sua vez, garante que as previsões de saúde do planejador possam ser confirmadas, na medida em que um de seus principais objetivos é o de cumprir com a exigência do contrato.

Os prestadores utilizam como instrumentos de gestão, entre outros, os sistemas de informação, as políticas sobre os recursos humanos (seleção, retribuição, incentivo etc), a gestão clínica e a incorporação de tecnologias diversas. Têm

**“O resultado de tudo isso é a potencialização de uma cultura de avaliação do trabalho cotidiano, que se mantém na ênfase em incentivos, não em sanções, e onde se prioriza a junção de esforços de empregados e Direção em busca de objetivo comum, que não é outro, aliás, se o sistema está bem orientado, do que contribuir à melhoria da saúde, por meio do incremento da qualidade dos cuidados e serviços de saúde, a partir do melhor uso dos recursos públicos.”**

um papel chave no desenvolvimento desses sistemas aquilo que na Catalunha chamamos de Direção Participativa por Objetivos (DPO), também conhecida em outras áreas como Direção por Resultados ou Compromissos de Gestão.

Trata-se de estabelecer acordos e pactos entre a Direção das entidades prestadoras e cada um dos serviços (nos hospitais) e/ou centros de Atenção Básica e seus profissionais. A Direção por Objetivos é essencialmente um acordo entre a direção e os profissionais, para estabelecer a melhor forma de alcançar os objetivos que deve cumprir a entidade, entre eles os derivados do cumprimento do contrato com o comprador.

Como é lógico, esse acordo também incorpora outros objetivos próprios da entidade, que muitas vezes têm a ver com a sustentabilidade da mesma ou com o desenvolvimento de valores próprios contidos na missão do centro ou com alguma proposta de melhora da qualidade ou de excelência do centro. De qualquer maneira, incorporam, no mínimo, aquilo que o contrato exige.

As DPOs exigem que nesses acordos seja definido o que será realizado por cada parte (direção e profissionais) para atingir o objetivo. Devem ser estabelecidos indicadores de êxito e prevista a monitorização a ser realizada, para garantir que, durante o ano, se caminhe na direção certa. Esse aspecto é essencial, na medida em que as reuniões seguintes entre a Direção e os profissionais para avaliar avanços ou dificuldades façam com que os acordos sejam verdadeiros compromissos, onde as partes prestem contas mutuamente. Os sistemas de DPO que não propiciam essas reuniões costumam fracassar com o tempo, na medida em que desaparece um de seus maiores incentivos: a certeza do monitoramento (Efeito *Hartworne*).

Também é relevante que esses sistemas de DPO acarretam o desenvolvimento de sistemas de incentivos ao profissional. Nesse sentido, a transferência aos profissionais de um sistema retributivo, onde sejam estabelecidos salários com um componente fixo e outro variável, favorece que o risco da entidade seja compartilhado, e que os profissionais, especial-

mente aqueles com bons resultados, vejam recompensada a sua dedicação.

Cada entidade prestadora costuma desenvolver uma política salarial própria, dentro dos limites que determina o convênio entre os sindicatos e as entidades patronais, o que quer dizer que, apesar de existirem componentes mínimos comuns, podemos encontrar uma heterogeneidade de sistemas de retribuição salarial. Existem, por exemplo, equipes de Atenção Básica com uma parte fixa de salário e outra variável, sujeita à avaliação que o próprio comprador faz do cumprimento dos objetivos do contrato por parte da equipe. Há equipes em que a parte variável tem duas vertentes, uma vinculada ao contrato com o SCS, outra aos objetivos da própria entidade prestadora. Há equipes onde existe uma parte variável, sujeita a objetivos de qualidade, outra a resultados econômicos derivados da gestão direta dos profissionais. Existem equipes onde as partes variáveis dos salários só afetam ao pessoal médico ou de enfermagem, enquanto que, em outras, o pessoal administrativo também tem importante parte de sua retribuição em forma de pagamento variável, sujeito a cumprimento de objetivos.

Finalmente, cada entidade prestadora incorpora aqueles incentivos na relação trabalhista com os profissionais que considerem mais adequados à obtenção dos melhores resultados.

O resultado de tudo isso é a potencialização de uma cultura de avaliação do trabalho cotidiano, que se mantém na ênfase em incentivos, não em sanções, e onde se prioriza a junção de esforços de empregados e direção em busca de objetivo comum, que não é outro, aliás, se o sistema está bem orientado, do que contribuir à melhoria da saúde, por meio do incremento da qualidade dos cuidados e serviços de saúde, a partir do melhor uso dos recursos públicos.

De qualquer modo, o que é um incontestável valor agregado é que a medição e comparação das coisas, seja com resultados prévios ou com objetivos futuros, permitam que o sistema de saúde seja transparente e preste contas à sociedade de seus êxitos e fracassos.

## Eventos

### Novembro

#### Barbalha-CE

I Congresso de Atenção Básica do Ceará e II Encontro da Macrorregional do Cariri em Atenção Básica  
7 a 9 de Novembro  
Promoção: Secretaria Municipal de Saúde de Barbalha  
Informações: [www.barbalha.ce.gov.br](http://www.barbalha.ce.gov.br)

#### Brasília-DF

13ª Conferência Nacional de Saúde  
14 a 18 de novembro  
Promoção: Ministério da Saúde  
Informações: [www.conselho.saude.gov.br](http://www.conselho.saude.gov.br)

#### Brasília-DF

7ª EXPOEPI - Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças  
21 a 23 de novembro  
Promoção: Secretaria de Vigilância em Saúde  
Informações: [www.saude.gov.br/svs/expoepepi](http://www.saude.gov.br/svs/expoepepi)

#### Recife-PE

I Congresso IMIP de Saúde Integral / IV Congresso IMIP de Saúde da Mulher e da Criança  
25 a 29 de novembro  
Promoção: Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira  
Informações: [www.congressoimip2007.com.br](http://www.congressoimip2007.com.br)

#### Ribeirão Preto

Simpósio de Atenção Primária e Saúde da Família  
31 de novembro a 1 de dezembro  
Promoção: Centro de Atenção Primária e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SP)

### Dezembro

#### Florianópolis - SC

II Congresso Medicina Família e Comunidade  
6 a 8 de dezembro  
Promoção: Sociedade Estadual de Medicina de Família e Comunidade de Santa Catarina

#### Belo Horizonte - MG

Reunião da Rede de Centros de Excelência em Atenção Básica das Américas  
11 e 12 de dezembro  
Promoção: MS/SAS/DAB e Opas

#### Recife - PE

III Seminário Internacional de Atenção Primária/Saúde da Família - "Expansão com Qualidade & Valorização de Resultados"  
13 a 15 de dezembro  
Promoção: MS/SAS/DAB, Opas e Secretaria Municipal de Saúde de Pernambuco



#### Participe da Revista Brasileira Saúde da Família

Envie as suas experiências em Saúde da Família e colabore com os próximos números da revista.

O Departamento de Atenção Básica quer a sua participação!

#### Departamento de Atenção Básica - DAB

Esplanada dos Ministérios, Bloco "G"

Edifício Sede, Sala 655

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Telefones: (61) 3315-2497 – Fax: (61) 3226-4340

E-mail: [dab@saude.gov.br](mailto:dab@saude.gov.br)