



EXPERIÊNCIAS DE SUCESSO NA GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Acolhimento transforma
atendimento e gestão na atenção
primária de Fortaleza

Bahia inova ao criar Fundação
Estatal Saúde da Família

Prograb: ferramenta a serviço das
equipes

Experiência do Mato Grosso do
Sul comprova a eficiência da AMQ

E MAIS:

Entrevista com Renato Tasca, coordenador da
Unidade Técnica de Serviços de Saúde da OPAS
no Brasil

No encarte, Miracema do Tocantins dinamiza
o trabalho dos agentes comunitários de saúde

ARTIGO:

As ações programáticas em serviços de Atenção
Primária à Saúde

Revista Brasileira Saúde da Família

Ano X, número 23, jul/set 2009

Coordenação, Distribuição e informações:

Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Edifício Premium – SAF Sul – Quadra 2

Lotes 5/6 – Bloco II – Subsolo

Brasília/DF

CEP: 70070-600

Fone: (61) 3306-8044/ 8090

Fax: (61) 3306-8028

Home Page: www.saude.gov.br/dab

Diretora do Departamento de Atenção Básica:

Claunara Schilling Mendonça

Coordenação Técnica da Revista Brasileira Saúde da Família:

Nulvio Lermen Júnior

Equipe de comunicação:

Déborah Proença (jornalismo)

Patrícia Álvares (jornalismo)

Inaiara Bragante (coordenação)

Renata Ribeiro Sampaio (eventos)

Tiago Grandi (internet)

Diagramação e Arte Final:

Artmix

Projeto Gráfico:

Artmix

Jornalista Responsável:

Patrícia Álvares (MTB 3240/DF)

Revisão:

Ana Paula Reis

Fotografias:

Arquivos Departamento de Atenção Básica, Arquivos SMS de Cambará do Sul, Arquivos SMS de Fortaleza, Arquivos SMS de Jardim, Arquivos SMS de Miracema do Tocantins, Arquivos SMS de Salvador, Arquivos Marlésia da Penha Aguiar Gomes, Arquivos Renato Tasca, Arquivos Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, Arquivos Aline Iensen e Déborah Proença.

Colaboração:

Antônio Ferreira, Cristiano Busato, Flávio Goulart, Hudson Lauro Dias Benites, Jorge Cafure Júnior, Geordany Rose de Oliveira Viana Esmeraldo, Kênia Márcia Meira dos Santos, Maria Pascholina Capelli Saraiva, Marlésia da Penha Aguiar Gomes, Josiely Ferrer, Thais Severino da Silva, Thiago Castellan e Tiago Santos de Souza.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Distribuição gratuita

Revista Brasileira Saúde da Família - Ano X, n 23 (jul/set, 2009), Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Trimestral,

ISSN: 1518-2355

1. Saúde da Família, I, Brasil, Ministério da Saúde, II, Título.

SUMÁRIO

CAPA 15 Acolhimento transforma atendimento e gestão na atenção primária de Fortaleza



EDITORIAL 5

ESF EM FOCO 6 Saúde da Família no mundo virtual

ENTREVISTA 11 Renato Tasca

EXPERIÊNCIA 19 Prograb: uma ferramenta a serviço das equipes

EXITOSA 28 Fundação Estatal Saúde da Família: Uma inovação no SUS

35 Experiência do Mato Grosso do Sul comprova a eficiência da AMQ

PERFIL 25 Cirurgiã Dentista - Aline Iensen

PELO MUNDO 40 APS no mundo

ESPAÇO GALERIA 46 Um olhar sobre a APS

ARTIGO 48 As ações programáticas em serviços de Atenção Primária à Saúde

PUBLICAÇÕES 56 Atualize-se



Saúde da Família

Departamento de Atenção Básica – DAB
Edifício Premium – SAF Sul – Quadra 2
Lotes 5/6 – Bloco II – Subsolo
Brasília/DF
CEP: 70070-600
Fone: (61) 3306-8044/ 8090

Revista Brasileira
Saúde da Família
Nº 23

CARTAS

Gostaria de saber o que significam “ÁREAS PRIORITÁRIAS” de atuação da Estratégia Saúde da Família. Trabalho numa equipe de Saúde da Família (eSF) em Santos/SP e estou tentando aplicar a Lei nº 10.260, alterada em maio de 2009. Minha área de atuação entra nessas áreas prioritárias? Anna Carolina, médica, por e-mail.

Cara Anna,

Em matéria jornalística, divulgou-se que o “presidente Luiz Inácio Lula da Silva assinou um decreto que modifica a Lei nº 10.260/01, referente ao Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies). Alunos de licenciaturas e de Medicina que trabalharem na rede pública terão desconto na mensalidade do financiamento estudantil. Os médicos que, ao se formarem, optarem por trabalhar no programa Saúde da Família em áreas prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde poderão amortizar a dívida. A cada mês de exercício profissional, terão desconto de 1%. A regra é retroativa para aqueles que já terminaram os estudos, mas continuam pagando as prestações do financiamento”. No entanto, ainda não estão definidas as áreas prioritárias. Na verdade, isso acabou sendo encaminhado por projeto de lei, e não por decreto. Assim, ainda não está vigente e tramita na Câmara dos Deputados, em caráter de urgência (PL nº 5.413/2009). Há vários substitutivos e 38 emendas apresentadas. Não sabemos ainda como ficará a versão final. As áreas prioritárias deverão ser definidas em portaria do Ministério da Saúde, após a promulgação da lei.

• • •

Sou enfermeira da Estratégia Saúde da Família e estamos tentando implantar a AMQ aqui na nossa equipe, mas ela não é adotada por todo o município. É possível que a gente trabalhe com essa metodologia de avaliação sem precisar falar com os outros gestores e/ou secretaria municipal de saúde? Fernanda Macedo, enfermeira, por e-mail.

Cara Fernanda,

Embora a adesão ao projeto só possa ser realizada a partir do consentimento do gestor municipal, qualquer equipe de Saúde da Família ou seus profissionais poderão utilizar os materiais do projeto como referência para o seu trabalho. Todos os materiais estão disponíveis no *site* do projeto para download e impressão.

Para aderir ao projeto é necessário que o gestor municipal da saúde preencha e envie o Formulário de Cadastro Municipal, disponível no *site* do projeto. Ele deverá, inicialmente, indicar um coordenador AMQ, que responderá pelo projeto e viabilizará a concretização de todas as etapas previstas. O gestor também deverá indicar um administrador do sistema AMQ.net (master) – alguém com experiência e habilidade em informática e sistemas de informação, que será responsável pela coordenação de todas as ações referentes ao aplicativo AMQ (AMQ.net).

• • •

Gostaria de saber se há alguma previsão para inclusão de psicólogos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos na Estratégia Saúde da Família. Sou psicólogo em Salvador e tenho muito interesse em trabalhar com atenção básica, mas não sei como fazer. Fábio Sampaio, psicólogo, por e-mail.

Prezado Fábio,

O Ministério da Saúde entende que a Saúde da Família é a estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da atenção básica, como primeiro nível do sistema de saúde.

Na perspectiva de ampliar a resolutividade e a qualidade da atenção básica, com ênfase na Estratégia Saúde da Família, foi discutida e aprovada, de forma tripartite, uma proposta de incentivo financeiro para municípios que organizem os NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), o que resultou na Portaria GM nº 154, de 4 de março de 2008. Esses Núcleos atuam em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando a construção de práticas em saúde, frente aos problemas identificados a partir do diagnóstico da situação de saúde da população dos territórios sob responsabilidade da equipe.

Os Núcleos podem ser compostos por profissional de educação física, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, médico psiquiatra, médico ginecologista, médico pediatra, médico acupunturista e médico homeopata, sendo assim, consideramos que todos os profissionais citados já estão incluídos na Estratégia Saúde da Família.

Para implantar os NASF, os municípios e o Distrito Federal devem elaborar Projeto de Implantação, conforme anexo II da Portaria nº 154, acima referida. Salvador tem dois NASF implantados.

• • •

Esta seção foi feita para você se comunicar conosco. Para sugestões e críticas, entre em contato com a redação: dab@saude.gov.br

A Revista Brasileira Saúde da Família reserva-se ao direito de publicar as cartas editadas ou resumidas conforme espaço disponível.

EDITORIAL

A gestão é um dos pontos nevrálgicos do Sistema Único de Saúde (SUS). Em um sistema tão complexo, com amplitude gigantesca a ponto de atender 100% da população e com recursos escassos, a tarefa de assumir a gestão cabe a verdadeiros defensores da saúde, àqueles que acreditam que é possível levar saúde com qualidade à população brasileira.

E essa tarefa vai desde a administração de uma Unidade Básica de Saúde até a construção de políticas nacionais. Todos têm sua responsabilidade e sua complexidade e o mais importante: as ações e decisões de todos têm impacto direto na assistência à população.

O SUS foi criado há 22 anos e de lá para cá muita coisa mudou. O Sistema, embora exemplar em nível mundial, não é perfeito e, além disso, carece de adaptações para acompanhar os acontecimentos e as mudanças do mundo, da economia e das pessoas. Novas formas de gestão precisam ser pensadas de maneira a garantir a eficiência. Pois é isso que todos queremos – gestores, profissionais de saúde e usuários: a garantia do atendimento de qualidade. Sobre esse assunto a Revista Brasileira Saúde da Família traz a experiência do Estado da Bahia com a criação da Fundação Estatal Saúde da Família.

Essa edição traz, ainda, instrumentos de avaliação dos serviços como a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e ferramentas de auxílio à gestão como a Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica, o Prograb, um *software livre* desenvolvido pelo Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS/MS).

Vale a pena conferir, também, como o município de Fortaleza implantou e adaptou à sua realidade a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS traz ótimos exemplos para o Sistema Único de Saúde, que se traduzem em imagens e histórias emocionantes.

Como nas edições anteriores, a Revista traz, ainda, histórias dos fazedores do SUS, aqueles que labutam diariamente e lutam por um Sistema Único de Saúde eficiente e de qualidade.

Boa leitura e muita Saúde para todos nós!

Ministério da Saúde

Saúde da Família no mundo virtual

A Revista Brasileira Saúde da Família (RBSF) apresenta uma novidade nesta edição: a Saúde da Família no mundo virtual. São vários *blogs*, páginas no *Orkut*, *Twitter* e *Facebook* que a RBSF dá destaque, mais uma vez antenada com as várias facetas da comunicação no século XXI e valorizando, sempre, a atuação, trabalho e dedicação de seus profissionais. Abusando da ausência de barreiras e limites, médicos, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e outros simpatizantes passaram a utilizar esses espaços como ferramenta de troca de experiências e compartilhamento de saberes.

E, para dar início aos destaques no mundo virtual, a RBSF partiu em busca de alguns *blogs* que têm como pauta central a Estratégia Saúde da Família.

Vale a pena conferir o *Blog* Saúde da Família, que traz um breve histórico sobre a Estratégia Saúde da Família – ainda chamada por eles de Programa Saúde da Família –, uma pequena definição sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e também destaca o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Além disso, levanta questões sobre alimentação e distúrbios alimentares, doenças sexualmente transmissíveis e saúde bucal. Saiba mais no <http://www.saudedafamilia.blogger.com.br/>.

Seguindo uma linha semelhante, com mais instruções e menos definições, a dentista Cristiane Pingarilho também criou um *blog* dedicado à Saúde da Família. A especialista em Periodontia, de Nova Friburgo, Rio de Janeiro, dá atenção especial à



promoção da saúde bucal das gestantes, com dicas sobre o que uma consulta odontológica deverá abranger nesses casos especiais. Preocupada com o bem-estar social e comunitário, Cristiane também fala sobre direitos e deveres das gestantes, Vigilância em Saúde e Índices de Desenvolvimento Humano e de Expectativa de Vida (IDH). Confira a iniciativa no <http://wwwsaude-dafamilia.blogspot.com/>.

A RBSF entrevistou alguns “blogueiros” defensores e promotores da Atenção Básica no Brasil. Veja o que Andréia de Andrade Dias e Filipe Velasques Machado, o casal destaque da ESF em Foco desta edição, têm a nos dizer.



Blog divulga a ESF e as atividades da Unidade

Andréia de Andrade Dias, especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, conta que, ainda na graduação, não gostava do meio hospitalar: “Antes de fazer Medicina atuei como auxiliar de enfermagem em UTI e vivia cercada pela doença, me sentia presa no hospital”.

Foi então que conheceu um grupo de alunos de diversas áreas de graduação chamado Solidariedade em Marcha (Somar), que atuava numa comunidade de Grajaú, Rio de Janeiro. “Eu ficava muito feliz nesse projeto, pois sentia que estava trabalhando com a solução de problemas que são esquecidos pelo sistema de saúde tradicional”. Esse grupo e o contato com outros estudantes fizeram com que Andréia conhecesse a Medicina de Família e

Comunidade. “Percebi que você é mais reconhecido e valorizado, pois os pacientes acreditam na Unidade de Saúde e o procuram por confiar nos profissionais da Saúde da Família”.

Por acreditar que a educação em saúde feita pela Saúde da Família é a solução para a crise do sistema de saúde brasileiro, Andréia se tornou membro de uma equipe de Saúde da Família pela primeira vez em 2006, na cidade de Niterói-RJ. Sempre no Estado do Rio, já trabalhou na capital e, desde 2008, pode ser encontrada no PSF Pimenteiras, de Teresópolis.

Andréia fala que seu ambiente de trabalho também é um fator de motivação: “A equipe começou junta e formou fortes laços de amizade. A união da equipe foi o fator-chave para a realização de um trabalho que tem sido reconhecido como modelo em Teresópolis, embora recente”. Ela cita a coordenadora do PSF Pimenteiras, Berenice Perisse: “O ambiente de trabalho é bem agradável, pois tem uma equipe unida e disposta a oferecer um trabalho de excelência à comunidade”. Andréia explica que na Unidade não há uma coordenação vertical, ou seja, tudo é decidido entre a equipe. O ambiente de trabalho, para ela, não se traduz apenas em equipe: “Além disso, a troca com o paciente é muito rica e a atenção diferenciada dos profissionais de Saúde da Família leva a uma maior adesão dos pacientes aos tratamentos, evita internações, melhora a resolutividade e diminui o número

de pacientes nos prontos-atendimentos, reduzindo a sobrecarga dos PAs e Emergências (hospital). Minha escolha pela Medicina de Família e Comunidade é por amor. Nessa especialidade, ganha-se satisfação e muitas outras recompensas não financeiras que fazem você mudar sua visão do mundo”.

Ela conta ainda que sua prática profissional baseia-se nos programas federais, do Ministério da Saúde, e municipais, de Teresópolis, em que vários cenários diversificam as possibilidades de atuação: “Oficinas, grupos, sala de espera, consultas diversas, atuação na creche, asilo e escola de nossa área adscrita. E muitas outras ações multifuncionais e com intensa interdisciplinariedade nas ações”.

Para Andréia, a Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda está ganhando força e precisa de maior incentivo para angariar mais profissionais capacitados para o trabalho. “A ESF deve ser mais divulgada para a população brasileira pelas equipes de SF, pelos meios de comunicação, pelo MS, e isso deve ser feito repetidamente para que haja o entendimento real da importância dela”. Como forma de também fazer a diferença na divulgação da Estratégia, a médica criou o *blog* <http://psfpimenteiras.blogspot.com>, como mais um meio de comunicação entre os profissionais e com a população em geral. “A ESF deve ser divulgada e mais conhecida por toda a população. Como hoje o acesso à internet foi ampliado, o *blog* é um excelente meio de divulgação da ESF”.

Segundo Andréia, sua intenção é “contaminar” os outros profissionais da ESF do Brasil. “Penso que é preciso divulgar o nosso trabalho. O *blog* proporciona também a troca de informações entre as equipes, fomenta ideias, explica para a população em geral o que significa a Saúde da Família, informa à comunidade atendida sobre as atividades desenvolvidas na ESF, representa um espaço para a equipe tirar dúvidas da comunidade, enfim, é um excelente meio de comunicação para o trabalho”.

Com atualização semanal, Andréia aproveita os fins de semana para postar as atividades que irão ocorrer na semana e informações relacionadas à educação em saúde em geral, além de informar sobre as questões de saúde que estão em

foco no momento. A equipe da Unidade também participa fornecendo ideias e sugerindo assuntos para o *blog*. Além disso, Andréia se vale de notícias de jornais, da rádio e TV local, informações da lista da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, assuntos fornecidos por colegas, temas de interesse da comunidade, discussões nas reuniões de equipe do PSF Pimenteiras, de matérias escritas por ela e por outros membros da equipe.

O retorno não poderia ser melhor. “Quando comecei, não imaginei que iria ter tanta repercussão, reconhecimento e fama. Várias pessoas de outras áreas de Teresópolis dizem que me conhecem por conta do *blog*. Além disso, há, realmente, uma troca grande de informações com os

outros *blogs* de Saúde da Família (SF)”. Por esse reconhecimento, Andréia não tem dúvida da utilização da internet como uma importante ferramenta, “posso garantir isso pela repercussão do *blog* que gerencio, pois ele divulga a Saúde da Família, nos aproxima dos pacientes e mostra nossas ações na comunidade, representando um meio de comunicação extremamente produtivo”. Para ela, os *blogs* podem ajudar a Estratégia Saúde da Família fortalecendo sua divulgação de forma mais clara e correta para a população em geral, e não só os profissionais de saúde. “Mostrando que a Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade médica e promovendo educação em saúde. Além disso, o *blog* é mais uma forma de comunicação entre os pacientes e a



equipe de SF e salienta a troca de informações entre as equipes”.

Voltando às origens

Após sua graduação, em 1994, em Comunicação Social, Filipe Velasques Machado decidiu por uma nova carreira, tornando-se médico em 2005, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Filho de psiquiatra, desde muito cedo teve contato com livros médicos. “Quando pequeno, sempre gostei de ciências e biologia, e me sentia meio ‘compelido’ a cuidar das pessoas; o corpo e a mente humanos desde cedo me fascinaram. Na adolescência, tudo caminhava para que eu fizesse vestibular para Medicina. Mas aos 16 anos estava fascinado por fotografia e acabei cursando Comunicação”.

Apesar de “apaixonado” pela arte fotográfica, Filipe não estava satisfeito com sua profissão e decidiu voltar ao rumo. “Em 1996 comecei a me preparar para o

vestibular e passei para Medicina na UFRJ. Foi a segunda melhor coisa que fiz na minha vida (a primeira foi encontrar minha alma-gêmea, Andréia)!”.

Atualmente, Filipe faz especialização em Saúde da Família e Comunidade e fala da satisfação em sua prática profissional, “tenho o privilégio de estar em uma equipe completamente integrada, em que os componentes se respeitam profissionalmente, se que-rem bem e trabalham realmente em conjunto por um objetivo em comum. Ir trabalhar é sempre prazeroso! Todos buscam a melhor qualidade possível em cada papel desempenhado”.

Segundo ele, sua equipe foi formada recentemente, em novembro de 2008, e o trabalho vem sendo cada vez mais reconhecido pela população e tido como exemplar pelas autoridades de Saúde do município. Prova disso é que, diante da possibilidade da saída de Filipe da Unidade, que estava apenas cobrindo a licença-maternidade de outra profissional,



a população se manifestou por meio de um abaixo-assinado ao secretário municipal de saúde. “Foi uma surpresa, uma demonstração de afeto e aceitação do meu trabalho que eu não esperava em tão pouco tempo”.

Filipe fala do seu envolvimento com a Estratégia Saúde da Família: “Foi amor à primeira vista! Quando entrei na faculdade, eu só havia ouvido falar em ESF, não sabia ao certo o que era, mas fiquei curioso. Procurei saber mais e me envolvi! Eu, minha esposa e outros colegas fomos os alunos pioneiros de um movimento de divulgação da SF na Faculdade de Medicina da UFRJ. A SF exerce uma atração sedutora quando se percebe a complexidade de conhecimentos requeridos e a simplicidade do ‘ser’ médico: basta ser gente! Isso é lindo!”

Além de adotar, em sua prática diária, os programas oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, Filipe vai além: “Valorizo muito



o saber popular. O primeiro ‘remédio’ que ofereço é o carinho, um sorriso. Procuo romper com aquela ideia do médico sisudo, antipático, que só escreve e não interage com seus pacientes”.

Filipe considera que já foi vencida uma primeira etapa na história da Estratégia no Brasil: a difusão pelo País e sua aceitação pela sociedade como parte integrante – e necessária – da assistência à saúde. Mas ressalta que, agora, os profissionais médicos atuantes na ESF estão na “longa e árdua jornada de busca pela solidificação da especialidade ‘Medicina de Família e Comunidade’, no que diz respeito à formação do profissional e do estabelecimento de um planejamento da carreira. Nesse sentido, a atuação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) vem sendo fundamental”.

Mais uma vez a esposa de Filipe serviu de inspiração para que sua prática fosse para o mundo virtual. “Minha esposa havia criado o *blog* da unidade dela no final de 2008 e eu fui vendo o quanto vinha dando certo, e ela se empolgava... Então, tomei coragem e coloquei o meu *blog* no ar”. Dessa forma surgiu o <http://psfperpetuo.blogspot.com> e a página no *YouTube*: <http://www.youtube.com.br/psfperpetuo>.

Segundo Filipe, seu objetivo é difundir e divulgar o trabalho da equipe e os conhecimentos acerca da Saúde da Família, especificamente, e de temas de saúde em geral. “Basicamente, é um espaço de divulgação das

atividades da equipe: grupos temáticos, comemorações, atividades na comunidade e no módulo, acontecimentos importantes na comunidade etc.”. A manutenção do *blog* é feita por ele mesmo e os textos são contribuição de diversas pessoas. “Não tem periodicidade fixa. Quando tenho algum tempinho, vou lá e atualizo; ou, quando tem algum assunto mais importante, mais urgente, eu ‘crio’ o tempinho para conseguir atualizar”.

Satisfeito com a repercussão do *blog*, Filipe acha que falta, ainda, atingir amplamente seu público-alvo – a comunidade do Perpétuo, uma população de baixo poder aquisitivo e com baixo índice de inclusão digital. “O *blog* tem tido muito boa repercussão entre os colegas da

Saúde da Família pelo Brasil (por meio da divulgação na lista de e-mails da SBMFC) e no meio médico de Teresópolis!”.

Como bom entendedor da comunicação social, o médico acredita que os *blogs* têm grande potencial como ferramenta de comunicação, embora esbarrem no problema da exclusão digital. “Apesar das dificuldades, vejo o *blog* como um meio de contato com a população mais jovem, principalmente. É uma ferramenta bastante popular, fácil de lidar e de interagir. Quando o obstáculo do acesso é vencido, ele se torna um meio de comunicação ágil e de boa aceitação. Isso simplifica um pouco o processo de transmitir educação em saúde. Ainda estou engatinhando nesse universo...” ■



Por Flávio Goulart

Renato Tasca



RENATO TASCA é italiano, formado em Medicina, e tem especialização em Saúde Pública na Inglaterra, na London School of Tropical Medicine and Hygiene e no Institute of Development Studies de Brighton, Universidade do Sussex. Trabalhou em projetos de cooperação técnica na área da saúde em vários países da América Latina e da África, com várias instituições, entre elas OPS, BID, Banco Mundial e Comunidade Europeia. De 2001 a 2005 foi coordenador do programa “Cantieri”, uma iniciativa nacional de apoio à reforma e modernização das administrações públicas da Itália. Desde 2008 coordena a Unidade Técnica de Serviços de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil. Sua ligação com o nosso país já é antiga, desde a década de 80, quando coordenou o projeto “Distrito Sanitário de Pau da Lima”, em Salvador, Bahia, uma experiência pioneira com sistemas regionalizados de atenção à saúde e APS no âmbito do SUS. Ele, juntamente com a instituição à qual pertence – OPAS –, têm sido grandes parceiros do Departamento de Atenção Básica da SAS/MS, no esforço de construção da política de Atenção Primária à Saúde no Brasil, dentro do espírito de “agora mais do nunca”.

RBSF: *Você já conhece a realidade da saúde no Brasil há duas décadas. No seu entendimento, quais foram as grandes mudanças nesse período?*

Renato Tasca: Eu tive a oportunidade de trabalhar no Brasil em diversos momentos do processo de construção e desenvolvimento do SUS. O período mais inesquecível foi quando coordenei o projeto “Distrito Sanitário de Pau da

“Entusiasmo, dedicação, solidariedade, vontade de enfrentar os desafios: isso era o que dava energia a todas aquelas pessoas que construíram e animaram o SUS ‘jurássico’ daqueles anos”;

Lima”, realizado pela Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, junto

com a Cooperação Italiana, entre 1989 e 1992. Foram anos de grande entusiasmo! A proposta (o sonho, na opinião de muitos) de ter no Brasil um sistema universal de saúde finalmente se transformava em realidade. Entusiasmo, dedicação, solidariedade, vontade de enfrentar os desafios: isso era o que dava energia a todas aquelas pessoas que construíram e animaram o SUS “jurássico” daqueles

anos. Foi realmente um período muito importante para mim, que marcou a minha vida pessoal e profissional. Hoje, depois de mais de duas décadas, detecto a mesma energia em muitos trabalhadores do SUS, e isso me diz que temos a força de fazer crescer esse sistema e consolidá-lo ainda mais. Foram muitos os sucessos do SUS neste caminho, mas o que mais me chama a atenção é a rápida e eficaz implantação da política de Saúde da Família em todo o Brasil. Essa estratégia está alcançando resultados muito significativos em termos de cobertura, com impactos diretos e cientificamente demonstrados sobre alguns indicadores básicos de saúde, como a mortalidade infantil. Há trabalhos publicados em revistas que são referências científicas internacionais, que apresentam evidências sobre o impacto da ESF sobre os indicadores básicos de saúde. O Brasil deve ter muito orgulho disso. Investir na Saúde da Família foi uma escolha corajosa, baseada na convicção de que um sistema como o SUS, fortemente descentralizado e de cobertura universal, não se sustentaria sem ter a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante de uma rede regionalizada e integrada de atenção à saúde.

RBSF: Com sua visão dos sistemas de saúde europeus, principalmente do italiano e agora também da América Latina, como você compara a situação do Brasil, particularmente em relação à Atenção Primária à Saúde, com os demais países?

Renato Tasca: Veja bem, as diferenças socioeconômicas e culturais entre esses países são muito grandes e elas têm um impacto extraordinário em todas as variáveis relativas à saúde. Temos também que pensar que o volume de recursos destinados à saúde pública por países como Canadá, Itália ou Espanha é muito superior ao que se destina no Brasil, portanto seria impossível obter os mesmos resultados. A maior disponibilidade de recursos desses países permite que sejam feitos investimentos significativos para uma melhor

“Foram muitos os sucessos do SUS neste caminho, mas o que mais me chama a atenção é a rápida e eficaz implantação da política de Saúde da Família em todo o Brasil. Essa estratégia está alcançando resultados muito significativos em termos de cobertura, com impactos diretos e cientificamente demonstrados sobre alguns indicadores básicos de saúde, como a mortalidade infantil”

organização da APS, visando incrementar a qualidade, a eficácia e a eficiência dos serviços e das ações de saúde. Esses países estão utilizando várias estratégias e, entre elas, diria que as principais são a implantação de instrumentos de gestão da clínica e de classificação do risco, visando ter impactos significativos sobre a eficácia do processo de alocação

dos recursos, além da introdução de inovações na gestão, como a compra, a contratualização, a gestão de pessoas, os sistemas logísticos e de apoio etc., para recuperar eficiência. Lembraria também a oferta planejada e estável da atualização e do apoio técnico às equipes de Saúde da Família, com a introdução de sistemas de incentivos, baseados na pactuação de metas e resultados. Porém o que me parece importante não é marcar as diferenças entre o sistema brasileiro e os dos outros países, mas o fato de que o SUS, no que diz respeito aos fundamentos conceituais inspiradores e ao desenho institucional, é perfeitamente alinhado com outros sistemas, como o italiano, o canadense ou o da Catalunha, por exemplo. Ressalto também o fato de que todos esses países são democracias avançadas que optaram por sistemas de saúde com cobertura universal. Claro, as soluções operacionais e os contextos socioeconômicos são muito diferentes, mas o foco geral é o mesmo. Todos eles são sistemas baseados na universalidade e inspirados no respeito aos direitos humanos, na equidade, na integralidade da atenção. Todos eles respondem a estratégias de descentralização e controle social. Todos eles foram desenhados para funcionar com redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde. Finalmente, o que é mais importante é que hoje a totalidade dos sistemas desses países entrega à Atenção Primária o papel de “eixo estruturante” da rede pública de atenção à saúde, com capacidade

e responsabilidade de ativação e mobilização dos serviços disponíveis na região. É importante lembrar ainda que nenhum país consegue fazer isso na totalidade de seu território, mesmo em regiões muito ricas e avançadas. Na Itália e na Espanha, por exemplo, há regiões onde a rede ainda não consegue alcançar os resultados esperados em termos de eficácia, eficiência e qualidade. Como poderia isso ser diferente no Brasil, com menos recursos e mais problemas? Mas o importante é que todo o mundo vai para a mesma direção. Alguns começaram antes, outros andam mais rápido, mas o Brasil não está parado e existem muitos países na América Latina que ainda têm que cumprir passos importantes para chegar ao estado de maturidade alcançado pelo Brasil. Assim, penso que devemos nos concentrar em fazer funcionar melhor o SUS, não perder tempo e energias na procura de soluções alternativas, que mostram sérios problemas éticos (“pobres de um lado, ricos do outro”) ou levam a custos operacionais que a sociedade brasileira não teria condição de sustentar.

RBSF: Como tem se dado a cooperação técnica da OPAS com o Ministério da Saúde, particularmente com relação à APS e sua gestão?

Renato Tasca: As relações com o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde são centrais para a cooperação técnica da OPAS no Brasil. Essas atividades se desenvolvem no âmbito de um

projeto (financiado e conduzido pelo Ministério e executado pela OPAS) de fortalecimento da APS no Brasil, que abarca todas as questões centrais: a qualidade dos cuidados, a gestão da clínica, os sistemas de monitoramento e avaliação, o treinamento e a divisão do trabalho das equipes... Enfim, todas as áreas técnicas e gerenciais relevantes para favorecer a implementação da Estratégia Saúde da Família.

“Assim, penso que devemos nos concentrar em fazer funcionar melhor o SUS, não perder tempo e energias na procura de soluções alternativas, que mostram sérios problemas éticos (‘pobres de um lado, ricos do outro’) ou levam a custos operacionais que a sociedade brasileira não teria condição de sustentar”

Gostaria de destacar que o vínculo entre o Departamento de Atenção Básica (DAB) e a OPAS é muito sólido e existe há muitos anos, desde a instituição do próprio Departamento. Acho a equipe do DAB extraordinária. É um grupo que tem energia, criatividade, competência profissional, grandes qualidades humanas e que transmite entusiasmo. Na maioria das vezes, as reuniões com a Dra. Claunara e a sua equipe não são apenas momentos de análise e programação das atividades do projeto, mas espaços de intercâmbio técnico muito

ricos e produtivos. Esses encontros me proporcionam informações preciosas e detalhadas sobre a experiência de implementação da ESF no Brasil. Sem essa ligação com o DAB, seria muito difícil o meu trabalho, que é basicamente o de valorizar as experiências de sucesso e promover – no Brasil e na região das Américas – práticas, instrumentos e estratégias inovadoras que essas experiências produziram.

RBSF: Quais são os desdobramentos de iniciativas recentes da OPAS/OMS, como a renovação da APS e redes integradas de atenção à saúde para o campo da APS/ESF no Brasil?

Renato Tasca: A APS está hoje no centro na atenção, todo o mundo está muito preocupado na consolidação dessa estratégia e em manter essa posição destacada. A esse propósito, a OMS baseou o seu Informe Mundial 2008 sobre a relevância da APS, cujo lema é “agora mais do que nunca”. A OPAS também lançou uma iniciativa regional de promoção de redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, da qual originou o documento de posicionamento estratégico “Renovação da APS” e outros documentos de referência, além de várias iniciativas de estudo e intercâmbio na região toda. No mês de outubro do ano passado, por exemplo, foi realizada em Belo Horizonte uma consulta regional sobre o documento de posição da OPAS sobre redes integradas. Participaram representantes de todos os países das

Américas (apenas faltaram dois, se não me engano). Um trabalho extraordinário, com grande participação dos gestores de dezenas de países que aprovaram um documento técnico que define o “plano de voo” para que essa estratégia seja implantada em todos os países das Américas. No Brasil, estamos trabalhando intensamente com o Ministério da Saúde nesse tema. Junto com várias Secretarias e Departamentos do MS, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), estamos organizando diversas iniciativas; algumas visam estimular o debate entre os gestores, outras visam valorizar e divulgar inovações gerenciais “made in Brazil” fruto da criatividade e competência dos gestores do SUS.

RBSF: Quais são os desafios a enfrentar e os pontos a aprimorar, principalmente com relação à gestão da APS?

Renato Tasca: Acredito que nos últimos anos melhorou muito a capacidade dos gestores de adquirir os elementos necessários para analisar funcionamento e desempenho da APS. Hoje, parece-me que os pontos críticos a serem aprimorados são bem conhecidos. Limito-me a mencionar alguns, como a insuficiente qualidade da atenção, a alta rotatividade dos profissionais, a precariedade das instalações e dos equipamentos, a falta de treinamento, entre outros. São problemas sérios, alguns deles

encontrados em uma fração importante de equipes. Do outro lado, há o trabalho incansável dos gestores que implantam soluções inovadoras, construindo, em casa, o arsenal necessário para enfrentar esses obstáculos e para garantir um desenvolvimento harmônico da APS em todo o território brasileiro. Desenvolvimento que causará o nascimento de novos problemas ou a re-emersão dos velhos, e assim por diante... mas, primeiro,

“Há muitas realidades onde o trabalho silencioso das equipes de Saúde da Família produz impactos relevantes na melhora dos indicadores de saúde, oferecendo níveis de atenção satisfatórios. E aqui quero chamar a atenção também para o excelente trabalho que os agentes comunitários de saúde desenvolvem”

vamos chegar lá, depois a gente vai ver o que vai fazer!

RBSF: O Brasil pode, então, se orgulhar de sua Estratégia Saúde da Família?

Renato Tasca: Acredito que temos que trabalhar muito junto à sociedade brasileira, para que se difunda a consciência da importância da Saúde da Família, se conheçam os resultados alcançados até hoje. E para alcançar isso não basta meramente um vídeo ou um folheto, no ambiente de seminários ou congressos. O

consenso da comunidade científica e dos gestores sobre a validade desse modelo já foi alcançado. Agora temos que produzir um esforço poderoso e articulado de sensibilização que alcance as mentes e o coração da sociedade brasileira. Temos que desmascarar o mito do SUS burocrático, parasitário, afastado das reais necessidades do povo, de baixa qualidade e baixa resolutividade. Não é que essa realidade não exista. Muitos territórios brasileiros não dispõem de uma atenção primária digna. Por outro lado, há muitas realidades onde o trabalho silencioso das equipes de Saúde da Família produz impactos relevantes na melhora dos indicadores de saúde, oferecendo níveis de atenção satisfatórios. E aqui quero chamar a atenção também para o excelente trabalho que os agentes comunitários de saúde desenvolvem. Os casos de excelência estão se tornando mais numerosos e a cada dia a criatividade dos gestores constrói soluções geniais e inovadoras. Poucos sabem a outra face, igualmente real, do SUS e da Saúde da Família que dá certo. A grande maioria desconhece o valor público que a Saúde da Família acumulou nestes anos em benefício da população brasileira. É uma pena, porque é um dos raros exemplos de política pública cuja eficácia esteja baseada em evidências científicas. E os brasileiros podem se orgulhar disso, sim, e devem usar todas as suas energias para defender essa conquista democrática. ■

Fortaleza/CE

Acolhimento transforma atendimento e gestão na atenção primária de Fortaleza

Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) tem o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, além de estimular trocas entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos.

Para o Ministério da Saúde, a humanização do SUS compreende a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo



de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); fomento

da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde; defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual; mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em

A Política Nacional de Humanização (PHN) vem ao encontro da Atenção Primária à Saúde na compreensão de que saúde não significa, apenas, ausência de doenças, mas também vida com qualidade.

A PNH prioriza a participação coletiva no processo de gestão e fomenta a autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos. Assim como na APS, seu compromisso está intimamente relacionado à comunidade: como ela se relaciona, suas necessidades etc., se preocupando, também, com as melhorias das condições de trabalho dos profissionais e dos atendimentos nas unidades de saúde. Ao se configurar como uma política pública, a PNH perpassa todos os níveis de complexidade e com relação à atenção básica, especificamente, a Política de Humanização tem como diretrizes a elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; incentivo às práticas promocionais da saúde; e formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso efetivo aos demais níveis do sistema.

saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo; compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento; compromisso com a arti-

experiências bem-sucedidas de humanização no SUS. Produz, ainda, materiais educativos e de divulgação para a implantação das ações.

Um dos dispositivos do HumanizaSUS é o acolhimento, e foi a partir desse ponto que Fortaleza se inseriu e incorporou a

política, em 2006. Na capital cearense, a PNH recebeu atenção especial e foi particularizada, sendo chamada de Política Municipal de Humanização (PMH) – chamada de “Fortaleza Humaniza SUS”. Segundo Geordany Esmeraldo, enfermeira do Centro de Saúde Benedito Artur de Carvalho e



culação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde; luta por um SUS mais humano, construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.

O HumanizaSUS oferta a gestores diversos dispositivos ou modos de implementar a humanização, como cursos, oficinas e seminários, certificação e divulgação de

Objetivos do HumanizaSUS:

- Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização;
- Fortalecer iniciativas de humanização existentes;
- Desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção;
- Aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão;
- Implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas.

professora da Universidade de Fortaleza, a PMH de Fortaleza procura envolver todos os atores sociais importantes na sedimentação dessa estratégia, desde o vigia ao médico da Unidade de Saúde; o atendimento mais humanizado a partir da contextualização da queixa, ultrapassando a simples triagem; o atendimento individualizado e com privacidade; a organização do serviço; a não imposição de local, horário e limite de fichas; o compartilhamento de informações a respeito do funcionamento da dinâmica da unidade; e a promoção da educação em saúde.

Após conseguir elevar a cobertura da Estratégia Saúde da Família para quase 45% da população do município, por meio de concurso público para contratação de profissionais, procurou-se uma forma de modificar a realidade nas unidades de saúde, ainda focadas

na queixa e tratamento de doenças. Diante disso, como relata Geordany, a Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza decidiu implantar o acolhimento como “dispositivo de mudança no processo de trabalho em saúde”.

facilitadores cada e carga horária de 40 horas.

O objetivo do curso era trabalhar nas unidades de saúde os temas abordados nos módulos – Política e Gestão em Saúde; Educação Permanente em Saúde; Política



Resultados esperados com a Política de Humanização:

- Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;
- Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;
- Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;
- Garantia dos direitos dos usuários;
- Valorização do trabalho na saúde;
- Gestão participativa nos serviços.

Criado pelo Ministério da Saúde como um dos eixos estruturantes da PNH, o acolhimento ganhou importância porque o aumento da cobertura populacional da Estratégia não era sinônimo de mudanças no processo de trabalho – um dos pontos críticos para a implementação do SUS em Fortaleza.

Para fortalecer a proposta, criou-se, ainda em 2005, o Curso de Extensão Universitária Fortaleza HumanizaSUS (parceira entre a SMS e a Universidade Federal do Ceará). Dividido em três fases, a primeira fase do curso teve carga horária de 20 horas e formou cinco mil profissionais. Em seguida, formaram-se três turmas com 50

de Humanização em Saúde; Acolhimento e Humanização para o curso de Humanização.

A terceira e última fase do curso, encerrado em novembro de 2006, contou com a presença de gestores, trabalhadores, usuários e coordenadores da PNH. Realizada no próprio ambiente de trabalho, os facilitadores utilizaram a participação, problematização, reflexão, dramatizações e vivências, dinâmicas e leituras de texto.

O curso foi o grande marco para a implementação da Política Municipal de Humanização de Fortaleza e culminou, ainda em novembro de 2006, na I Oficina para Implementação do Acolhimento com Avaliação de Risco e

Vulnerabilidade na Atenção Básica e no Centro de Apoio Psicossocial (CAPs), em que facilitadores das 11 unidades da Secretaria Executiva Regional II (SER II) foram capacitados visando a multiplicação da experiência para outros profissionais, em nível local.

A primeira oficina local foi no Centro de Saúde Benedito Artur de Carvalho, considerado o projeto piloto do acolhimento em Fortaleza, para verificar como essa metodologia de trabalho seria recebida nas Unidades de Saúde, agora chamadas Centros de Saúde da Família (CESAFs). Os temas da oficina foram abordados de maneiras diversas. Até a decoração recebeu atenção especial para o evento.

Depois de várias discussões, os participantes da oficina (38 dos 54 profissionais do CESAF Benedito Artur de Carvalho) concluíram que o acolhimento realizado na unidade não era, na verdade, um acolhimento, e sim uma

triagem rápida e sem privacidade para o usuário. Assim, foram apresentadas propostas para melhoria do acolhimento realizado na Unidade, como a criação de uma antessala para que os usuários pudessem expor seus problemas com mais tranquilidade.

Entretanto, essa não foi a única modificação que a metodologia trouxe, pois, conforme o próprio texto da Política afirma, “não se trata de um espaço ou um local, mas sim uma atitude ética”. O acolhimento, antes visto com desconfiança pelos profissionais, hoje é assumido por quase todos como essencial para um trabalho de qualidade. Os profissionais passaram a ter mais proatividade e os usuários, mais satisfação. Todos os usuários, conforme pesquisa realizada por seis profissionais do Centro de Saúde em 2007 – Geordany Esmeraldo, Lúcia de Oliveira, Keylla de Sousa, Michell Araújo, Carlos Eduardo Esmeraldo Filho e Érica Viana –, percebem

que o acolhimento trouxe muitas mudanças positivas para a organização dos serviços. Todos são atendidos e passaram a ser ouvidos e tratados com carinho pelos funcionários do Centro de Saúde.

Para a enfermeira Haydée Diogo de Siqueira Petronio, chefe do Distrito de Saúde da SER II e ex-coordenadora do CESAF Benedito Artur de Carvalho, o acolhimento é uma ferramenta eficaz para o fortalecimento da gestão participativa, uma vez que, pelo menos na sua experiência em Fortaleza, a metodologia do acolhimento foi elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde em parceria com o Conselho Local de Saúde. Segundo ela, qualquer mudança no acolhimento deverá ser aprovada nas rodas de gestão, que acontecem sistematicamente, pelos funcionários e pelos conselhos de saúde locais.

O exemplo de Fortaleza só comprova a teoria do Ministério da Saúde ao afirmar que o acolhimento, estruturado dessa forma horizontal, perpassando todos os níveis de gestão e profissionais, apresenta um potencial enorme de transformação nas equipes de atenção básica. ■

A Política Nacional de Humanização e a Gestão Participativa

O Ministério da Saúde refere-se à gestão participativa e cogestão como conceitos que se complementam. A Política Nacional de Humanização (PNH) é a consolidação do interesse do Ministério da Saúde nesse tipo de gestão ao trazer o SUS para mais perto do cidadão, sendo ele gestor ou usuário do Sistema, uma vez que a proposta do HumanizaSUS é priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS.

O conceito de gestão participativa privilegia o diálogo entre as partes, a fim de que trabalhadores, usuários e todos os outros sejam envolvidos no processo de gestão e possam contribuir para que os resultados e metas da instituição sejam alcançados da forma mais assertiva possível em prol dos objetivos institucionais.

Secretaria Executiva Regional II
Endereço: Rua Professor Juraci
Mendes de Oliveria, nº 01, Bairro
Edson Queiroz
Fortaleza - CE
CEP: 60811-450
Tel: (0xx85) 3216-1800 / 3216-1808 /
3216-1888
<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>
cabserii@hotmail.com

Prograb: uma ferramenta a serviço das equipes



Falar em gestão descentralizada na atenção básica é lembrar alguns instrumentos e ferramentas disponibilizados pelo Ministério da Saúde. E falar em ferramentas de gestão é pensar na Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (Prograb), um *software* livre que o Departamento de Atenção Básica,

da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS/MS), desenvolveu nos últimos anos.

Curiosamente, a concepção do Prograb ocorreu em meados de 2001, no mestrado profissional oferecido pelo Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) ao Ministério da Saúde. Luis Fernando Rolim

Sampaio, ex-diretor do DAB, como aluno do mestrado fez uma análise crítica da programação da atenção básica (PPI/AB), utilizada na época. Segundo Luis Fernando, “não existia um levantamento sistemático do que eram as necessidades previstas das normas que o Ministério da Saúde usava”.

Com o estudo, percebeu-se que a proposta metodológica de programação em uso prejudicava a compreensão dos profissionais da dimensão e complexidade que é trabalhar com Atenção Primária à Saúde no Brasil. “A ideia de construir o *software* veio basicamente da minha experiência como gestor. Não é só produzir um número, é entender o que a gente está fazendo”, alerta Luis Fernando. “A partir do diagnóstico de que o que existia não era suficiente foi desenhado o *software* de programação, incluindo as tradicionais áreas programáticas, demanda espontânea e ações de vigilância e promoção da saúde, antes não previstas. Foram reservados, por exemplo, 35% das consultas médicas para demanda espontânea”.

Sua gestação, durante os quatro anos seguintes, se deu a partir dessa análise crítica e contou com várias discussões entre os técnicos do Departamento de Atenção Básica e do Departamento de Informática do SUS do Ministério da Saúde (Datasus). Foi, inclu-

consta no manual do usuário que o Prograb se propõe a “oferecer uma ferramenta gerencial para as equipes de Atenção Básica e Saúde da Família que possa facilitar a programação de suas ações orientada pelo princípio da integralidade”.

adaptar, incluir e excluir áreas, atividades e parâmetros – por esse motivo, não foram utilizados os códigos das tabelas originais do SIA/SUS, por exemplo.

Segundo o Manual do Usuário do Prograb, publicado pelo Ministério da Saúde, “a partir de



sive, contratada uma equipe de tecnologia especificamente para finalizar a ferramenta. O aperfeiçoamento do projeto culminou no nascimento do Prograb como conhecemos hoje, concretizado em 2005, quando Luis Fernando já era diretor do Departamento de Atenção Básica.

Considerando que planejar ações e estipular metas anuais são atividades fundamentais para uma gestão de qualidade,

De acordo com Luis Fernando, o desenvolvimento dessa ferramenta teve origem na ideia de levantar as expectativas do que é necessário que as equipes façam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em diversos contextos. Para isso, a premissa é de flexibilização. O *software* não poderia ser fechado, uma vez que as realidades e necessidades das equipes são distintas e muito singulares. Assim, é possível modificar,

um território com base populacional claramente definida, a quantificação de atividades programadas é obtida mediante o cálculo do número de procedimentos necessários em função de parâmetros baseados nos consensos técnico-científicos, em torno do que se denomina de boas práticas, isto é, práticas necessárias e suficientes para assegurar a resolubilidade da atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais”.

Além disso, o Prograb se caracteriza pela parametrização, visto que apresenta parâmetros nacionais como orientadores. Contudo, são apenas orientações, pois os parâmetros na atenção básica devem respeitar as particularidades locais.

É preciso ressaltar também as facilidades que o programa representa na gestão da APS e das equipes de Saúde da Família (eSF), ao permitir que elas (as equipes) interajam e pactuem com os gestores locais e os conselhos, bem como ao possibilitar o acompanhamento do trabalho desenvolvido nas UBS. O não comprometimento com grandes especificações tecnológicas auxilia a instalação do programa em máquinas antigas e desatualizadas.

De uso não obrigatório, o Prograb é uma ferramenta de gestão local que possibilita, em princípio, o planejamento em 13 áreas distintas: 1) Saúde da criança; 2) Saúde do adolescente; 3) Saúde da mulher; 4) Saúde do adulto;

5) Saúde do idoso; 6) Saúde bucal; 7) Saúde mental; 8) Saúde do trabalhador; 9) Tuberculose; 10) Hanseníase; 11) DST/Aids; 12) Demanda espontânea; 13) Áreas transversais (caracterizadas por comunicação e educação em saúde, humanização, participação popular, entre outras subáreas).

Cada área pode possuir, ou não, subáreas – por exemplo, a saúde da criança, com cinco subáreas – e apresentam uma pré-relação de atividades a serem desenvolvidas.

Como exemplo de destaque na implantação do Prograb temos o Estado do Mato Grosso, onde vários municípios fazem uso da ferramenta. Em Paranaíta, todas as atividades são planejadas no programa. Já o município de

Alta Floresta adaptou o sistema a sua realidade com um recorte para as ações ligadas a vigilância, alegando que não necessitava de um programa tão complexo para gerenciar suas ações. A iniciativa (chamada Progar – Programa de Gerenciamento por Ações e Resultados) vem sendo bem recebida também por outros municípios. “Nós apresentamos o projeto em Itaituba, Pará, e eles gostaram muito. A previsão é de que comecem a trabalhar com o Progar em 2010”, afirma o enfermeiro criador do projeto, Acir Truppel.

Diferentemente de Alta Floresta, a coordenação de Paranaíta acredita que o Prograb é complexo, sim, mas fundamental do jeito que é. Jeane vai além: “Se fosse obrigatório, todos

“O desenvolvimento dessa ferramenta teve origem na ideia de levantar as expectativas do que é necessário que as equipes façam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em diversos contextos”

Luis Fernando Rolim Sampaio, ex-diretor do Departamento de Atenção Básica





saberiam o que fazer nas UBS”. Ela acredita que é interessante incentivar o *download* do programa.

Mas essa paixão, como ela mesma diz, não foi sempre assim. “Eu, com 11 anos na gestão da Saúde Pública, não entendi como fazer. Precisei das oficinas para entender o programa. O manual é muito sintético, não reflete as possibilidades da ferramenta. Para aprendermos a utilizar o Prograb, as oficinas são fundamentais”, relata Jeane.

Ela se refere às oficinas oferecidas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) aos municípios interessados na utilização do sistema. Em maio de 2009, alguns municípios do Mato Grosso tiveram acesso à oficina e

Ao final das oficinas são distribuídos questionários de avaliação aos participantes e alguns respondentes avaliam o tempo em sala como reduzido

passaram a utilizar o programa. Alta Floresta, por exemplo, apresentou resultados positivos já no primeiro trimestre de uso do Prograb.

Paranáta começou um pouco antes. Em fevereiro, quando a secretária municipal de saúde, Alessandra dos Reis Bezerra,

levou o *kit* Prograb (com CD de instalação e manual de uso) para implantação no município. Jeane conta que se definiu a instalação do sistema em apenas uma UBS, para testes na ferramenta. “Surgiram muitas dúvidas depois da implantação. Achamos que muitas das atividades fornecidas pelo Prograb, como metas para a Unidade, não faziam parte da nossa realidade, e também que muitas atividades desenvolvidas por nós não apareciam. Foi então que veio a notícia de uma capacitação sobre o Prograb, em Guarantã do Norte. Foi a oportunidade de tirarmos todas as nossas dúvidas”.

Podendo durar de dois a quatro dias, as Visitas de Implantação

do Prograb – como são chamadas as oficinas locais – estão longe de ser extensivas. Muito pelo contrário. Os palestrantes tentam um verdadeiro milagre ao abranger todo o conteúdo (ou quase todo) do que é possível fazer com a ferramenta. Além de explicações sucintas sobre o que é e quais são os objetivos do *software*, eles devem fazer simulações em todo o programa para um melhor entendimento dele.

Não existe um calendário específico para essas visitas. Os municípios as solicitam e, dependendo da demanda, o DAB organiza as agendas de viagens.

Ao final das oficinas são distribuídos questionários de avaliação aos participantes e alguns respondentes avaliam o tempo em sala como reduzido. No entanto, mesmo sendo curtas, as oficinas possibilitam a confirmação das

facilidades de uso da ferramenta, como declara Jeane.

Diante das dúvidas e questionamentos sobre a complexidade do sistema, Luis Fernando é categórico e defende que “o sistema é complexo mesmo, pois lidamos com uma situação extremamente complexa. Antes do Prograb, não fazia diferença se você fizesse uma prevenção de violência ou um grupo de teatro; tudo virava um código único. A partir do momento que se faz distinção entre as ações, é possível verificar a real noção de como é complexo o sistema. Aí, nós saímos de um modelo de programação extremamente simplista, que não possibilitava nenhum

tipo de acompanhamento, para uma realidade em que a equipe vê a riqueza do trabalho que está fazendo”.

Ele concorda que é preciso melhorar, mas considera a ferramenta inovadora ao juntar ações programáticas com demanda espontânea e um sucesso, pois o número de equipes que utilizam o sistema é quase o mesmo das que utilizam a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), ou seja, entre 5% e 6% das eSF do Brasil, segundo dados do DAB.

As expectativas de implantação do Prograb não poderiam ser melhores. No Rio de Janeiro, onde o modelo de gestão da

“Antes do Prograb, não fazia diferença se você fazia uma prevenção de violência ou um grupo de teatro; tudo virava um código único. A partir do momento que se faz distinção entre as ações, é possível verificar a real noção de como é complexo o sistema”;

Luis Fernando Rolim Sampaio, ex-diretor do Departamento de Atenção Básica



atenção básica está sendo todo revisto e começou-se a pôr em prática um sistema descentralizado, a utilização da ferramenta é muito bem vista na medida em que o município discute a falta de ferramentas de gestão e busca padronizar os relatórios. A ideia é fidelizar o município na utilização do Prograb começando pelos gestores regionais para, em seguida, orientar as equipes implantadas em cada território.

A proposta vem sendo fortalecida em virtude da adaptação do sistema de informações gerenciais que, segundo o superintendente de Atenção Básica e Gestão do Cuidado da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Pedro Lima, também será implantado nas Unidades de Saúde da Família, permitindo um monitoramento minucioso das atividades desenvolvidas. Para ele, “tendo uma base na

programação, poderemos inferir, com maior precisão, os avanços e as dificuldades do processo de trabalho”.

Até o momento, apenas uma Coordenação de Área de Planejamento do município aderiu ao projeto, buscando uma uniformidade. O restante está aguardando orientações da gerência regional. No decorrer de 2010, pretende-se inserir o uso da ferramenta nos planejamentos e gerenciamentos locais por meio do projeto de educação permanente, ainda em fase de implantação.

Não bastando todos os depoimentos sobre a importância em se planejar, Luis Fernando ressalta outra vantagem do programa: “Ele é positivo não só pelas características e possibilidades técnicas, mas também porque permite um movimento das equipes para o planejamento das ações, que, por si só, tem um efeito positivo no

trabalho. Quando bem utilizada, a ferramenta só traz benefícios”.

Para aqueles com interesse em utilizar a ferramenta, Cristiano Busato, consultor técnico do Departamento de Atenção Básica e responsável pelas oficinas do Prograb desde março de 2008, destaca alguns resultados potenciais da implantação: a identificação dos principais problemas de saúde e dos grupos de risco; o despertar para as necessidades de avaliação e monitoramento, confrontando informações reais *versus* desejáveis e realidade local *versus* padrões nacionais; e o auxílio na estruturação de sistemas de referência e contrarreferência. ■

Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Quadra 2, Lote 05/06
Ed. Premium - Torre II, Subsolo, Sala
10 - Cep 70070-600 / Brasília - DF
Contato: dab@saude.gov.br
www.saude.gov.br/dab



Saúde com agente



Saúde da Família

Publicação do Ministério da Saúde - Ano X - julho a setembro de 2009 - ISSN 1518-2355

OLÁ, ACS!

Foi um sucesso a iniciativa da Revista Brasileira Saúde da Família de elaborar o encarte "Saúde com a gente", dedicado aos agentes comunitários de saúde. São inúmeros os e-mails e cartas recebidos narrando a atuação e mesmo o dia a dia dos profissionais.

Gente como a Luiza, que vive e atende "suas famílias" em um assentamento rural em Goiás. Essa lutadora, que diz ter realizado um sonho ao entrar para a Estratégia Saúde da Família, comprou com recursos próprios uma moto e agora sai por aí atendendo em sua possante.

Já Marlésia Aguiar é lá do Espírito Santo e aprecia a boa música e o teatro. Ela também gosta de escrever seus próprios contos e crônicas, como a que foi apresentada na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, "Morador da Rua dos Colibris". A RBSF traz uma entrevista com essa pessoa com sensibilidade suficiente para saber a importância de chamar todos os seus pacientes pelo nome.

Os leitores vão conhecer, também, o trabalho dos 76 agentes de Miracema do Tocantins e a forma que eles encontraram para organizar o material de consulta e, conseqüentemente, o trabalho. O que facilitou a vida de toda a equipe, pois sistematizou e organizou as informações que os ACS trazem das comunidades.

Continue participando. Envie seus textos, suas histórias e também sugestões do que você quer ver aqui, no seu espaço.

Cadernos para Agente

Atenção Primária forte, baseada nos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde – Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Com por cento de cobertura Saúde da Família. Pactuação também de 100% das equipes de Saúde de Família (eSF) no projeto sobre Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ). Esse é o cenário que se vê em Miracema do Tocantins, um município na região central de Tocantins a apenas 80 quilômetros de Palmas, capital do Estado.

Mas o que mais chama a atenção, nesse caso específico da saúde, é o trabalho que os agentes comunitários de saúde miracemense desempenham. São 76 ACS em todo o município, divididos em oito eSF e três PACS. Eles dão conta de um território de



aproximadamente 2.656 km² de extensão, e com mais de 19.700 pessoas (segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE).

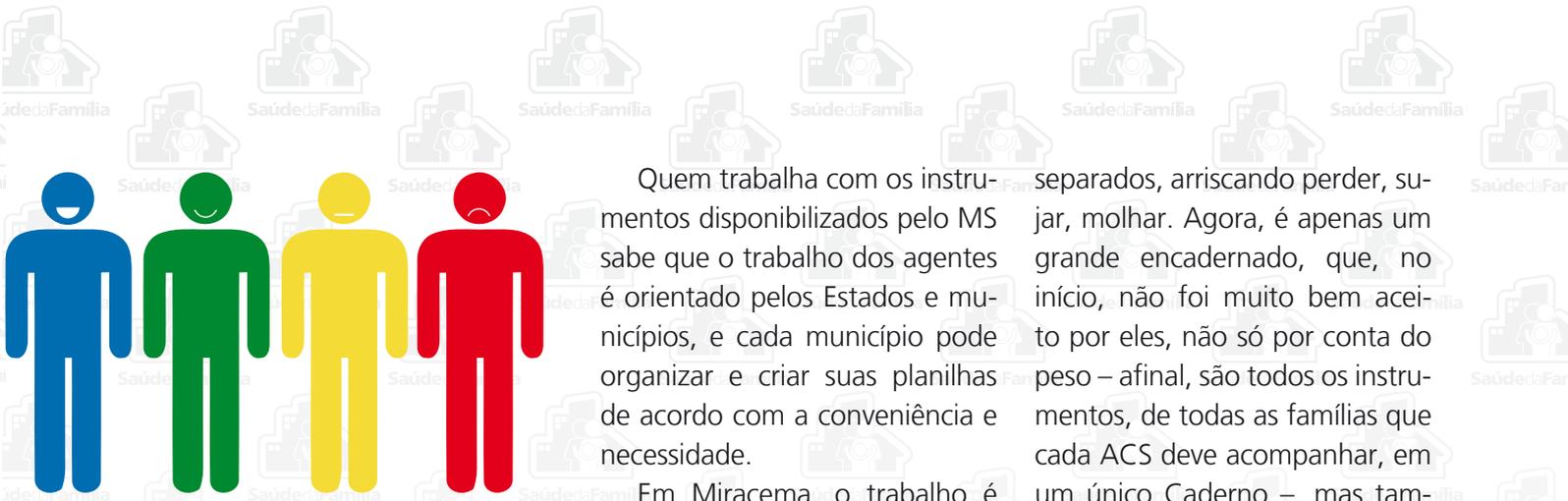
Com a implantação do primeiro PACS em 1994 e da Estratégia Saúde da Família quatro anos depois, diariamente os agentes se deparavam com a mesma dificuldade de organização daqueles materiais que o Ministério, por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Miracema, disponibilizava para o seu trabalho. Foi então que, em 2008, a ex-coordenadora de Atenção Básica do município desenvolveu um único

instrumento de avaliação e monitoramento da saúde das famílias – o Caderno do Agente Comunitário de Saúde.

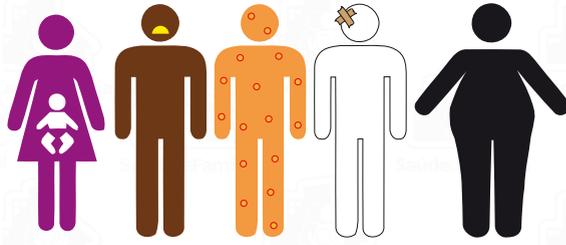
A criação desse Caderno facilitou a vida de toda a equipe, pois sistematizou e organizou as informações que os ACS traziam das comunidades. Ele fez tanto sucesso que já passou por sua primeira prova de fogo: mudança na gestão.

Geralmente, se diz que na política nada é aproveitado, e sim (re) construído. Mas em Miracema do Tocantins a história ganhou uma nova versão. A ideia dos Cadernos agradou a todos,





Sem Risco Escore 0	Baixo Risco Escore 1	Médio Risco Escore 2 Escore 3	Alto Risco Escore 4 Escore 5 Escore 6
-----------------------	-------------------------	-------------------------------------	--



Gestantes e Puérperas até 6 meses	Índice Cariogênico	TB/HAN Outros Câncer/HIV	Negligência e maus tratos Violência/Abuso	Sobrepeso/Obesidade Sedentarismo Adulto/Infantil
-----------------------------------	--------------------	--------------------------	---	--

tanto que é atualizado anualmente, como os documentos oficiais do Ministério e da Secretaria Municipal de Saúde.

Quem trabalha com os instrumentos disponibilizados pelo MS sabe que o trabalho dos agentes é orientado pelos Estados e municípios, e cada município pode organizar e criar suas planilhas de acordo com a conveniência e necessidade.

Em Miracema, o trabalho é organizado em fichas e planilhas. Ao todo, são 19 instrumentos por família que os ACS devem preencher. Destes, apenas nove são orientadas pelo Ministério da Saúde. O restante foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde, com apoio das eSF, e se referem a calendários anuais de eventos, esquema básico de imunizações, tabela de idades (para facilitar a atualização das Fichas A), entre outros.

Antes do Caderno, os agentes levavam todos esses documentos

separados, arriscando perder, sujar, molhar. Agora, é apenas um grande encadernado, que, no início, não foi muito bem aceito por eles, não só por conta do peso – afinal, são todos os instrumentos, de todas as famílias que cada ACS deve acompanhar, em um único Caderno –, mas também porque eles não compreendiam a importância do material. Hoje, os ACS são os primeiros a se preocuparem com o Caderno para o próximo ano. Colaboram, sugerem e participam do aperfeiçoamento dos instrumentos.

Para 2010, a previsão é de que o Caderno receba várias atualizações. A planilha de acompanhamento vacinal, por exemplo, foi dividida por faixa etária. Já na Ficha A, atualizada mensalmente, tiveram algumas modificações em relação à original disponibili-



zada pelo Ministério da Saúde (MS). Entre elas, a inserção dos “escores de risco”, ou seja, uma classificação das famílias por risco. Assim, conforme tabela predefinida, as equipes sabem quais famílias necessitam de mais amparo e atenção e quais precisam de mais orientações, no sentido da promoção da saúde propriamente.

Uma das eSF elaborou um mapa da área com base nos “escores de risco” das famílias. Assim, é possível que a equipe como um todo, não só os ACS, programe o atendimento à comunidade da melhor forma possível.

Os Cadernos estimulam a participação de toda a equipe

peço visual, como no caso dos mapas com os escores de risco. Nela, cada célula representa um dia da semana. Os números, de 1 a 100, representam as famílias – cada família é identificada por um número. Dessa forma, diariamente os agentes circulam os

Em Miracema, tanto a saúde da mulher quanto a saúde do homem recebem atenção especial.

São trabalhos como este desenvolvido em Miracema do Tocantins que geram confiança da comunidade na equipe, expectativa de melhora da saúde, um



na criação de novos instrumentos de acompanhamento, como a Planilha de Visitas Diárias, elaborada por uma das enfermeiras do município. Essa planilha prima

números referentes às famílias e, no fim do mês, é possível verificar quais famílias não foram visitadas, agilizando o trabalho dos ACS.

profundo sentimento de dever cumprido e que fazem da Estratégia Saúde da Família um modelo de atenção primária seguido por vários países.

Marlésia Aguiar



Natural de Guaçuí, Espírito Santo, Marlésia da Penha Aguiar Gomes é agente comunitária de saúde (ACS) por vocação. Aproveitou a oportunidade de continuar trabalhando com pessoas, dando seguimento a sua área de formação – Administração de Recursos Humanos –, e foi trabalhar na Estratégia Saúde da Família em 2003, em Vitória-ES.

Casada e mãe de dois filhos, Marlésia adora praia, como boa capixaba. Mas é com teatro e boa música que ela preenche as suas horas de lazer. Sempre que pode, acompanha Inezita Barroso na TV Cultura, a dama da música caipira e regional (e apresentadora do programa diário “Viola, minha viola”). Não perde as apresentações do Projeto Candelária e do maestro André Rieu, ambas exibidas pela Rede Vida. E foi inspirada em toda essa cultura que foi escrito um relato de experiência sobre o seu trabalho como agente. Apresentado na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, a crônica conta a história de JP, o “Morador da Rua dos Colibris”...

Com vocês, um pouco de Marlésia Aguiar.

RBSF: Você considera a Estratégia Saúde da Família importante?

Marlésia: Sim. A Estratégia Saúde da Família cuida da saúde da população com mais compromisso e responsabilidade, permitindo aos profissionais de saúde o conhecimento de todos os problemas de saúde de cada pessoa do território, bem como as condições econômicas em que as famílias se encontram. Dessa forma, a saúde é tratada não só com remédios, mas também com ações educativas desenvolvidas na comunidade, incentivando e valorizando boa

alimentação, exercício físico, autocuidado, enfim, valorizando a prática de uma vida saudável.

RBSF: Quais as vantagens – para a comunidade – em ter um ACS que vai até a casa da população?

Marlésia: Os ACS acompanham de perto, por meio das visitas domiciliares, as pessoas com hipertensão, diabetes, gestantes, crianças de 0 a 5 anos, idosos e outras. Orientam sobre: uso correto de medicação, alimentação saudável, realização dos exames periódicos etc. Além disso, nós levamos várias informações

para prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), dengue etc. Também explicamos sobre o funcionamento do SUS nos trâmites pela rede de saúde, o funcionamento dos serviços da Unidade de Saúde da Família e sobre a Estratégia Saúde da Família. Isso tudo gera vínculo e facilita o uso dos serviços da unidade de saúde pela comunidade.

RBSF: Dê exemplos do que você já aprendeu com a comunidade.

Marlésia: Aprendi a importância das relações humanas autênticas. Que a família é o núcleo do cuidado de si e de seus membros.

E todos os dias aprendo um pouco mais sobre o exercício da cidadania.

RBSF: É difícil ser ACS?

Marléia: Sim... o ACS trabalha com uma variedade de problemas das famílias. Além das doenças, ouvimos também desabafos sobre desemprego, gravidez na adolescência, usuários de álcool e drogas, todos os tipos de violência, falta de saneamento básico, filhos que não querem estudar, dificuldades para lidar com transtorno mental grave e outras deficiências. Lidamos também com pessoas com depressão, principalmente em idosos que moram sozinhos. Nós levamos todas essas situações/problemas para a equipe, que tenta encontrar uma solução para ajudar aquela pessoa e/ou família.

RBSF: Para você, quais são os principais desafios da profissão?

Marléia: Reconhecimento da identidade do profissional ACS e ter essa identidade respeitada na equipe de trabalho. Além disso, é preciso dar visibilidade às contribuições do agente comunitário de saúde na elabora-

Nós levamos todas essas situações/problemas para a equipe, que tenta encontrar uma solução para ajudar aquela pessoa e/ou família

ção de projetos; dar capacitações... Porque o cargo de ACS é uma profissão em construção, uma profissão nova. Trabalhar em equipe é difícil. Os profissionais deveriam aproveitar, de forma plena, as informações que os ACS trazem para a equipe a fim de realizar ações que

promovam a saúde da comunidade que nós conhecemos na intimidade.

RBSF: Conte-nos alguma curiosidade que aconteceu no exercício da sua profissão.

Marléia: Quando eu soube do esconderijo onde JP (aquele da crônica) se encontrava. Ele não estava em seu "porão", então eu deduzi que o encontraria sentado embaixo de uma árvore, e lá estava ele.

RBSF: Algum fato emocionante?

Marléia: Durante todo esse tempo como ACS, foram várias emoções, principalmente a do meu relato de experiência: ver a satisfação do JP, indo a uma consulta oftalmológica acompanhado por mim! "E ele veste uma camisa nova, cor azul, para combinar com seus olhos, e caminha ao meu lado, em direção ao Centro de Especialidades para



uma consulta oftalmológica.” Outra experiência marcante foi uma mulher que não conseguia engravidar. Uma aventura! Viver a gestação para “adoção” junto com ela. Muitos sonhos, alegrias, esperanças. Compras do enxoval e decepções. “É 13 de maio de 2008, mês das mães, e ela me procura novamente. Veio me contar da chegada do neném, uma menininha... Ainda guardo a foto do bebê que ganhei no dia da visita.”

RBSF: Faça uma breve comparação da comunidade antes e depois da Estratégia Saúde da Família.

Marlésia: Antes da Estratégia a comunidade reclamava dos serviços da unidade de saúde. Eram filas enormes para marcação de consultas, escassez de medicação, espaço físico inadequado (prédio velho com muita sujeira). As pessoas que não conseguiam atendimento saíam brigando e xingando todo mundo. Com a implantação da Estratégia Saúde da Família no município, as coisas melhoraram muito. Agora, a comunidade diz: “O Centro de Saúde é um paraíso, é tudo limpo, o atendimento é muito bom”. Ela está mais participativa e fazendo mais reivindicações.

RBSF: Dê exemplo de uma rotina fundamental para o exercício da sua profissão.

Marlésia: Considero fundamental, além dos protocolos, cumprir as pessoas pelo nome.



RBSF: O que você julga fundamental para o sucesso de uma equipe de Saúde da Família?

Marlésia: Envolvimento; consenso na equipe; planejamento das ações; comprometimento com o trabalho; metas e objetivos; boa comunicação entre os membros da equipe e com a comunidade.

RBSF: O que você acha que a comunidade atendida julga fundamental para a melhoria da saúde?

Marlésia: Mais qualidade nos serviços prestados pela USF; aumento da acessibilidade com relação às especialidades médicas; aumento da acessibilidade para exames de especialidade; aumento da acessibilidade para os serviços de odontologia; e oferecer serviços de acompanhamento que visem melhorar outros aspectos da saúde.

RBSF: Qual é o maior desafio da profissão?

Marlésia: Vínculo empregatício.

RBSF: Mande seu recado para os ACS leitores da Revista Brasileira Saúde da Família.

Marlésia: Acredito que nosso trabalho é fundamental, pois funcionamos na base da construção de uma sociedade melhor. ■

“Acredito que nosso trabalho é fundamental, pois funcionamos na base da construção de uma sociedade melhor”

Por Luiza Borges Damaceno Vinhal

Tenho 38 anos, sou mãe de dois filhos. Nasci, fui criada e até me casei na zona rural, mas sempre quis melhorar de vida. A oportunidade surgiu quando minha família e eu nos unimos a um acampamento de pessoas que lutavam pela terra, iguais a nós, em 1998. Deixamos tudo para trás naquela ocasião: salário fixo, patrão, casa, energia elétrica e mesmo parte de nossa família. Os novos companheiros nos ajudaram, num mutirão, a fazer uma barraca de lona com telhado de palha, onde meu marido, meus filhos e eu nos abrigamos por dois anos, à luz de velas e sem água dentro de casa, à espera de um pedaço de terra.

Assim fomos parar no acampamento, depois assentamento, Nova Aurora, município de Santa Isabel, em Goiás. A gente era um grupo de acampados muito unido, nos sentíamos como uma família de verdade. Nas noites sempre nos reuníamos para trocar ideias e contar histórias. No ano de 2000 conseguimos finalmente a posse da terra, uma grande vitória, fruto de muita luta. O presidente da associação do assentamento era, naquele ano, meu esposo, José Pereira Vinhal.

Em pouco tempo pudemos adquirir casa própria e dispor da energia elétrica. Com o financiamento do Programa Nacional de Agricultura Família (Pronaf), muitos de nós pudemos comprar vacas leiteiras e outros bens. Hoje, além de estar assentada, participo ativamente das atividades da comunidade, sendo membro da Associação do Projeto do Assentamento Nova Aurora e também da Cooperativa dos assentados que trabalha com leite e suínos.

No ano de 2001, para minha grande surpresa e felicidade, foi iniciado processo seletivo para contratação de ACS no município de Santa Isabel. Era o início da Saúde da Família em nossa cidade. Graças a Deus tive a sorte e o privilégio de ser selecionada entre vários concorrentes que disputavam a vaga para trabalhar na zona rural. Foi a realização de um sonho! Uma coisa que eu sempre digo que estava no sangue, pois sou filha de líder comunitário, gosto de estar em contato com



o povo, por isso minha trajetória de vida sempre teve essa inclinação. Hoje me sinto uma “liderança” na comunidade!

Sobre a minha profissão, estou feliz com ela, sim, e repito isso depois de oito anos de trabalho. Tenho responsabilidade por 63 famílias, com diferentes costumes, crenças e culturas. Costumamos dizer que aqui todo mundo sabe alguma coisa. Além de visitar “minhas” famílias em casa, faço palestras educativas, levando informação, orientação e promovendo a saúde. Meu objetivo é fazer um elo entre as pessoas da comunidade e a equipe de Saúde da Família. Algumas vezes chego a acompanhar internações hospitalares de pessoas de minha área, até mesmo em Ceres ou Goiânia. Já tive que pagar minhas despesas de viagem, do próprio bolso, mas sem arrependimento. Eu sei é que sofro junto, como uma pessoa da família. Nessas ocasiões, recebo, graças a Deus, o apoio total do meu esposo e companheiro, José, que faz comida e cuida dos nossos filhos durante as minhas ausências. Tenho aprendido que o mais importante é se sentir envolvida com o carinho e amizade das pessoas da comunidade, que se tornam como membros da família. A gente às vezes se sente mãe, filha, irmã, psicóloga...

De uma coisa tenho certeza: não pretendo ser técnica de enfermagem, quero continuar ACS, para toda a vida! Prefiro ficar no meio do povo. Para isso estou me aperfeiçoando, fazendo cursos proporcionados pela Secretaria de Saúde de Goiás. Isso me trará estabilidade e conhecimento no trabalho.

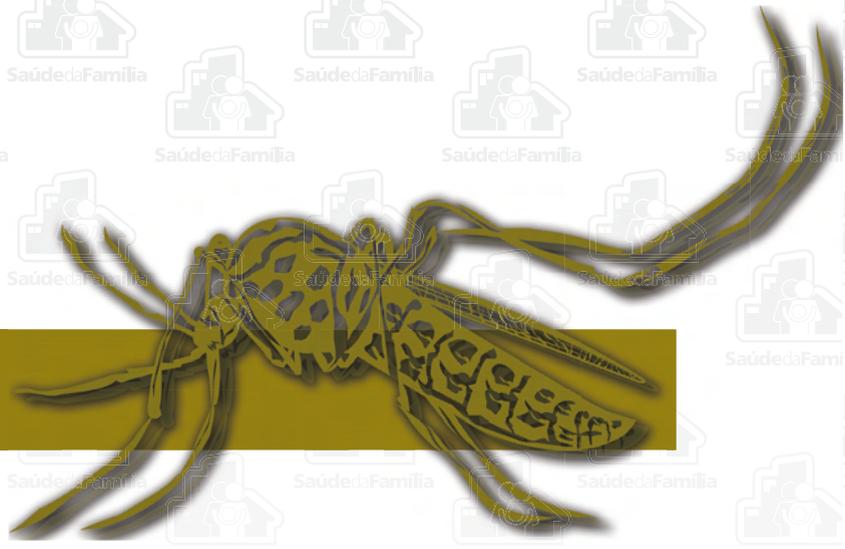
Ah, a história de minha motocicleta... Sou a única ACS que tem uma por aqui. Minha microárea é extensa, com as casas muito distantes umas das outras. Fazia todo o meu percurso em cima de uma bicicleta – a minha *magrela*, comprada pela Prefeitura. Às vezes, muito cansada, pegava carona com o leiteiro e colocava a bicicleta em cima dos latões de leite. Cheguei a pensar até em desistir... Mesmo sem ter dinheiro, arrumei um empréstimo para pagar em 36 parcelas e comprei a moto. Acho que foi uma ousadia, mas comprei! Precisava, agora, aprender a guiá-la. Eita, no começo foi difícil, não foram poucas as vezes que levei tombos. Até que aprendi direitinho a pilotar e até tirei a Carteira Nacional de Habilitação (CNH). Tudo para estar mais perto das famílias e facilitar meu trabalho. Apesar dos gastos com a gasolina e manutenção ser do meu próprio bolso, acho realmente que ainda vale a pena. Agora não preciso mais pegar carona no caminhão de leite... Às vezes os atoleiros, que por aqui não são brincadeira, tiram minha moto e eu do sério, mas a gente já aprendeu os atalhos e às vezes vai pelo pasto e pelo cerrado mesmo...

E já que vocês me deram essa oportunidade, vou aproveitá-la! Acho que precisamos de mais assistência, principalmente na área rural. Por exemplo, quando preciso buscar um exame de escarro, vou dois dias seguidos à casa da pessoa, gasto muita gasolina. Coisas que se fosse só para pegar uma assinatura seriam fáceis, mas para resolver é outra história. Que tal se os ACS tivessem ajuda para financiarem suas motos ou pelo menos uma ajuda para combustível? Fica aqui essa minha sugestão às autoridades.



Tome Nota

DENGUE



A dengue é uma doença conhecida por todos os brasileiros. Há sempre aquele vizinho que já contraiu a doença ou algum caso de morte por dengue hemorrágica na região, como noticiam os jornais.

Mas o que é dengue?

A dengue, também conhecida como “febre quebra-ossos”, é uma doença infecciosa que ocasiona febre aguda e é transmitida pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti*. Diversos fatores influenciam na forma como a doença se manifestará – se grave ou de forma mais branda –, como o vírus e a cepa envolvidos, infecção anterior pelo vírus da dengue e fatores individuais como doenças crônicas (diabetes, asma brônquica, anemia falciforme).

A doença é transmitida apenas pela picada do mosquito, que se procria nos focos de água parada. Por isso, é importantíssimo evitar o acúmulo de água.

A dengue é uma doença grave, que ocorre, principalmente, nos países de clima tropical, e pode matar. Estima-se que anualmente 50 milhões de pessoas se infectam, com 500 mil casos de febre hemorrágica da dengue (FHD) e 21 mil óbitos, principalmente em crianças. Atualmente, é a mais importante arbovirose, ou seja, aquela que é transmitida por insetos ou outros artrópodes, que afeta o ser humano, constituindo-se em sério problema de saúde pública no mundo.

No Brasil, há referências de epidemias de dengue desde 1916, em São Paulo. Em 1923, Niterói teve um novo foco, mas sem diagnóstico laboratorial.

Tipos de dengue

Dengue clássica (DC)

A primeira manifestação é a febre alta (39° a 40°C), de início abrupto, seguida de dores de cabeça, mialgia, prostração, artralgia, anorexia, astenia, dor retro-orbital, náuseas, vômitos, exantema, prurido cutâneo.

A doença tem duração de cinco a sete dias, mas o período de convalescença pode ser acompanhado de grande debilidade física e se prolongar por várias semanas.

A dengue tem um amplo espectro clínico, mas as principais doenças a serem consideradas no diagnóstico diferencial são: gripe, rubéola, sarampo e outras infecções virais, bacterianas e exantemáticas. Além das doenças citadas, outros agravos devem ser considerados de acordo com a situação epidemiológica da região.

Febre hemorrágica da dengue (FHD)

Os sintomas iniciais são semelhantes aos da DC, porém há um agravamento do quadro, geralmente entre o terceiro ou quarto dia de evolução, com aparecimento de manifestações hemorrágicas e colapso circulatório.

Nos casos graves de FHD, o choque geralmente ocorre entre o terceiro e sétimo dias de doença, geralmente precedido por dor abdominal. É de curta duração e pode levar ao óbito em 12 a 24 horas ou à recuperação rápida, após terapia antichoque apropriada.

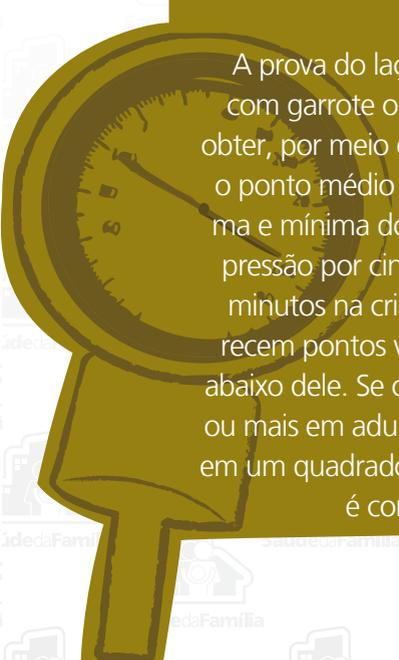
Caracteriza-se por pulso rápido e fraco, com diminuição da pressão de pulso e arterial, extremidades frias, pele pegajosa e agitação. Alguns pacientes podem ainda apresentar manifestações neurológicas, como convulsões e irritabilidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a definição de FHD é baseada em critérios clínicos e laboratoriais. Após o preenchimento desses critérios, os casos devem ser classificados quanto à gravidade de acordo com as categorias abaixo.

- **Grau I** – preenche todos os critérios de FHD, sendo que a única manifestação hemorrágica é a PROVA DO LAÇO positiva;
- **Grau II** – preenche todos os critérios de FHD, com presença de manifestações hemorrágicas espontâneas (sangramentos de pele e outras);
- **Grau III** – preenche todos os critérios de FHD e apresenta colapso circulatório com pulso fraco e rápido, diminuição da pressão arterial ou pressão arterial abaixo do normal, pele pegajosa e fria e inquietação;
- **Grau IV** – preenche todos os critérios de FHD e apresenta choque profundo, com pressão arterial e pulso imperceptíveis.

Os graus III e IV também são chamados *síndrome do choque da dengue (SCD)*.

A Prova do Laço



A prova do laço, que não pode ser realizada com garrote ou torniquete, consiste em se obter, por meio do aparelho de medir pressão, o ponto médio entre a pressão arterial máxima e mínima do paciente, mantendo-se essa pressão por cinco minutos no adulto, e três minutos na criança. Quando positiva, aparecem pontos vermelhos sob o aparelho ou abaixo dele. Se o número de pontos for de 20 ou mais em adultos e 10 ou mais em crianças, em um quadrado com 2,5 cm de lado, a prova é considerada positiva.

DENGUE MATA

Diagnóstico e encaminhamento

Todos os pacientes que apresentem esses sintomas devem ser encaminhados ao médico e/ou unidade de saúde mais próxima e, para que isso seja feito adequadamente, os pacientes são divididos em quatro grupos de tratamento:

Grupo A: pacientes que devem ser encaminhados para tratamento ambulatorial. São aqueles que se consultam durante as primeiras 48 horas e que NÃO apresentam sangramento, NEM sinal de alarme.

Grupo B: pacientes que devem ser encaminhados para tratamentos em unidades de saúde com leitos de observação. São aqueles que apresentam algum tipo de sangramento, espontâneo ou induzido.

Grupo C: pacientes que devem ser encaminhados para unidades hospitalares com leitos de internação. São aqueles que apresentam SINAIS DE ALARME.

Grupo D: pacientes que devem ser encaminhados para unidades hospitalares com leitos de Unidade de Tratamento Intensiva (UTI). São aqueles que apresentam SINAIS DE CHOQUE.

Como combater ?

Logo que se tenha conhecimento da suspeita de caso de dengue, no período não epidêmico, devem ser organizadas ações de bloqueio na área provável de transmissão, visando eliminar fêmeas do vetor, responsáveis pela transmissão. Esse procedimento não pode aguardar resultados de exames laboratoriais para confirmação dos casos suspeitos.

Não se deve acumular água em latas, embalagens, copos plásticos, tampinhas de refrigerantes, pneus

velhos, vasinhos de plantas, jarros de flores, garrafas, caixas d'água, tambores, latões, cisternas, sacos plásticos e lixeiras, entre outros.

A integração das atividades de vigilância epidemiológica e controle vetorial é de fundamental importância para o sucesso do controle da doença. É necessário que o repasse de informações da localização dos casos suspeitos para a vigilância ocorra da forma mais ágil possível, viabilizando ações de bloqueio em momento oportuno.

O Ministério da Saúde orienta que devem ser organizadas ações para esclarecimento à população, por intermédio de meios de comunicação de massa (rádio e televisão), visitas domiciliares pelos agentes de endemias/saúde e palestras nas comunidades.

Informações sobre o ciclo de transmissão, gravidade da doença e situação de risco devem ser disseminadas, assim como medidas de proteção individual, como o uso de repelentes e de telas nas portas e janelas.

Como tratar?

Deve-se ingerir muito líquido como: água, sucos, chás, soros caseiros etc.

Não devem ser usados medicamentos à base de ácido acetilsalicílico e anti-inflamatórios, pois podem aumentar o risco de hemorragias.

Os sintomas podem ser tratados com dipirona ou paracetamol, mas sempre com orientação médica.

É possível educar?

Sim! Esse é um trabalho que as equipes devem realizar ao longo de todo o ano. Durante o período não epidêmico, devem-se divulgar informações gerais sobre as medidas de prevenção, ciclo do mosquito, locais com maior concentração de mosquito ou casos da doença e também os principais sintomas da doença.

Durante o período epidêmico, deve-se definir um porta-voz para transmitir informações atualizadas, divulgar sinais e sintomas da complicação da doença para evitar óbitos, alertar sobre os perigos da automedicação, orientar a população a procurar a Unida-

de Básica de Saúde aos primeiros sintomas e medidas de autocuidado, além de reforçar ações realizadas no período não epidêmico.

Curiosidades

Nas Américas, a partir de 1963, foi comprovada a circulação dos sorotipos 2 e 3 em vários países. Em 1977, o sorotipo 1 foi introduzido no continente americano inicialmente pela Jamaica. A partir de 1980, foram notificadas epidemias em vários países.

A febre hemorrágica da dengue (FHD) afetou Cuba em 1981, causada pelo sorotipo 2, tendo sido o primeiro relato de FHD ocorrido fora do Sudoeste Asiático e Pacífico Ocidental.

A espécie *Ae. aegypti* é a mais importante na transmissão da doença e também pode ser transmissora da febre amarela urbana. O *Aedes albopictus*, já presente nas Américas, com ampla dispersão em todas as regiões do Brasil, é o vetor de manutenção da dengue na Ásia, mas, até o momento, não foi associado à transmissão da dengue nas Américas.





Aline Iensen

Aos 27 anos, Aline Iensen é cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família do município de Cambará do Sul, Rio Grande do Sul, desde setembro de 2005. Atende 795 famílias e concluirá sua especialização em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale dos Sinos (Unisinos) em outubro de 2009. Adora uma praia com os amigos e enfrenta, talvez, o maior dilema de sua vida, que é a vontade de voltar ao trabalho durante a licença-maternidade ou a vontade de voltar para casa depois do expediente para curtir o filhote, nascido em junho. A seguir, um pouco mais sobre a história dessa cambraense de coração, nascida em Caxias do Sul, que acredita que Atenção Básica é sinônimo de determinação, dedicação e perseverança e optou por trabalhar com Saúde da Família por amor às atividades comunitárias e aos trabalhos coletivos.



RBSF: Por que odontologia e o que fez você optar pela atuação na Saúde da Família?

Aline Iensen: Sempre gostei de trabalhar em atividades coletivas, então procurei ler sobre as profissões e, a partir daí, resolvi cursar odontologia.

Na Estratégia Saúde da Família, dispomos de 16 horas semanais para trabalhos coletivos.

Saímos da rotina de consultório, pois devemos trabalhar com orientações, e isso permite que as crianças adquiram hábitos de higiene (escovação + fio dental) e que não tenhamos mais exodontias de dentes permanentes, e sim, cada vez mais, exames clínicos, procedimentos coletivos, conseguindo atingir o objetivo da ESF.

RBSF: E hoje? Como é sua prática profissional?

Aline Iensen: Trabalho em três postos de saúde, nos quais realizo procedimentos de urgência, como clínico, exodontias de dentes decíduos e permanentes, raspagens supragengival e subgengival, orientações, procedimentos coletivos nas 10 escolas do município, onde seis são municipais e quatro estaduais, restaurações de



resina e amálgama de dentes decíduos e permanentes. Paralelo ao PSF, temos um convênio com o SESC com o projeto “Sorrindo para o futuro”, que abrange 1.088 crianças desde as “sesquinhas” (creches) até a 4ª série, onde os alunos ganham kits com escovas e fio dental, mais cartilhas de cores diferentes (por séries), contendo adesivos de cor: vermelha – indicando que a criança não tem o hábito da escovação; amarela – placa visível; e verde – a escovação está adequada, além de aplicações tópicas de flúor.

RBSF: Na prática, como você vê a Estratégia Saúde da Família (ESF)?

Aline Iensen: A análise e monitoração das condições de saúde da população são instrumentos fundamentais para uma formação balizada nas políticas de saúde. Fico realizada e emocionada que a cada dia conseguimos mudar conceitos antigos, por exemplo, o dentista não está mais associado somente àquele que arranca dente, mas sim àquele que constrói hábitos de escovação, fio e aplicação tópica de

flúor, e que tem meios de amenizar a dor e tratá-la.

RBSF: Você acha, de fato, que a Atenção Básica tem condições de ser estruturante em relação ao sistema de saúde como um todo, ou seja, a porta de entrada aos serviços?

Aline Iensen: Sim, pois a implementação efetiva de uma política de promoção de saúde resgatando os serviços para além do tratamento da doença pode ser estimulada pela confrontação das atividades dos serviços com o uso e a divulgação de indicadores de prevalência de práticas favorecedoras ou maléficas para a saúde.

RBSF: Quais são as maiores mudanças que a Estratégia Saúde da Família trazem para a comunidade?

Aline Iensen: A maior mudança é que conseguimos aproximar as pessoas do interior, dando a elas acesso aos serviços de saúde, tais com visitas dos ACS, dos médicos.

Não trabalhamos somente com a doença, e sim como preveni-la e tratá-la.



Raio X:



1-

PARA SER BOM, MEU TRABALHO PRECISA DE: coleguismo.

2-

FUNDAMENTAL NESTA PROFISSÃO É: dedicação.

3-

UM PACIENTE/ATENDIMENTO/ MOMENTO MARCANTE FOI: não sei dizer, foram tantos!

4-

UM IDEAL: buscar me aperfeiçoar cada vez mais.

5-

UM LEMA: “Vencer sempre. Desistir jamais!”

6-

UM DESAFIO: superar a perda das pessoas.

7-

PARA SER FELIZ: fazer o que gosto e estar com as pessoas que amo.

8-

SE NÃO FOSSE ODONTÓLOGA, SERIA: não me vejo fazendo outra coisa.

9-

UM ATENDIMENTO ESPECIAL NECESSITA: de saber escutar a queixa do paciente.

10-

UM SONHO REALIZADO FOI: trabalhar na área que me formei e ser mãe.

11-

TRÊS COISAS ESSENCIAIS: dedicação, determinação e perseverança.

12-

UMA INSPIRAÇÃO/MOTIVAÇÃO: o sorriso das crianças...

13-

UMA ALEGRIA PROFISSIONAL: trabalhar com elas (as crianças).

14-

UMA CHATEAÇÃO: críticas não construtivas.

15-

UM OBSTÁCULO: inveja.

16-

DAQUI A DEZ ANOS ESTAREI: trabalhando na minha área e com uma família unida.

17-

O MELHOR DA PROFISSÃO É: estar feliz e satisfeita com o que está fazendo.

18-

SAÚDE DA FAMÍLIA É: a chave para a prevenção do processo saúde-doença.

19-

FINALIZANDO, UM CONSELHO... tudo o que fazemos deve ser com amor e dedicação!

Por Flávio Goulart

Fundação Estatal Saúde da Família: uma inovação no SUS

Na Bahia, estudos demandados pela Secretaria de Estado da Saúde da Bahia (Sesab) sobre o mercado de trabalho para profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) mostram que boa parte possui vínculos temporários e precários com os municípios – o que, certamente, acontece em outros Estados da Federação. Cerca da metade dos municípios tem extrema dificuldade de atração e fixação de profissionais, mesmo combinando possíveis fatores atrativos, como altos salários, permissão de folgas e acúmulo de plantões em urgência. Além disso, verifica-se que, quando um determinado município aumenta o valor pago ao médico ou incrementa alguma prerrogativa contratual, como as folgas e os plantões, todas as localidades da região se veem obrigadas a fazer o mesmo.

Por outro lado, o estudo da Bahia mostrou que os fatores mais atrativos para esses profissionais não são apenas os salários, a permissão de plantões e as folgas, mas também a garantia regular de direitos trabalhistas, as boas condições de trabalho, as referências de pacientes asseguradas, a educação permanente, bem como a segurança no trabalho. Curiosamente, os valores pagos a médicos variaram de pouco mais de um mil reais a 20 mil por três dias de trabalho na semana e até 12 mil por apenas uma hora diária.

O dado preocupante é que o tempo de permanência dos médicos nas atividades da ESF é bastante reduzido: quase a metade deles não se mantém no mesmo vínculo por mais do que 12 meses.

Diante da situação imposta, uma instância interfederada e intermunicipal está sendo criada na Bahia: a Fundação de Saúde da Família da Bahia (Fesf-SUS). Ela é fruto do debate democrático entre os atores do Sistema Único de Saúde na Bahia, no qual a Sesab tem forte protagonismo, mas não é o único participante.

Assim, é importante destacar o caráter intermunicipal da iniciativa,

com grande esforço envolvendo o Legislativo e Executivo, tendo como objeto a Saúde da Família, mediante nova modalidade institucional de gestão. A Fesf está sendo considerada por seus propositores como uma alternativa pública, efetiva e democrática de gestão, facultando a possibilidade de se ter verdadeira carreira de saúde no âmbito municipal, mas que abrange todo o Estado da

Bahia, além de qualificar as ações prestadas à população.

Entre os pressupostos que levaram à constituição da Fesf está a constatação de que é praticamente impossível fazer carreira em saúde na quase totalidade dos municípios, onde mesmo os salários que alcance o teto remuneratório, que corresponderia ao salário do prefeito municipal, não têm sido suficientes para atrair os médicos,

além do mais desestimulados pela altíssima rotatividade e insegurança no emprego. Isso acarreta que, sem outras saídas, o gestor municipal se exponha ao risco de cometer atos ilícitos, sem obter resultados concretos, inclusive em termos de satisfação da população usuária. Mesmo quando se contrata pessoa jurídica, do tipo Organização Social (OS) ou Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), a situação ainda assim é considerada irregular pelo Ministério Público, além de ser agravada pelos custos de taxas de administração e outras despesas compulsórias.

O conceito referencial em foco é o de que uma Fundação Estatal representaria uma instituição especial do Setor Público voltada exclusivamente para a prestação de serviços sociais com qualidade, eficácia e eficiência, ou seja, um novo modelo de gestão associado a uma base legal adequada. Fundações desse tipo, na visão de seus propositores, constituem entes mais descentralizados e mais autônomos, dentro de um modelo jurídico que se aproxima de uma autarquia, como acontece, por exemplo, nas empresas estatais e nas universidades públicas. Em tais organizações, além da ausência obrigatória de quaisquer fins lucrativos, a eficiência é garantida por meio de processos de gestão (contábil, orçamentária, de pessoal de compras e aquisições) nos mesmos moldes das empresas estatais.

A Fesf baiana se diferencia de outras iniciativas semelhantes por

ser instituída em regime de parceria por entes públicos diversos, configurando-se como instância interfederativa intermunicipal, em conformidade com as leis orgâni-

O conceito referencial em foco é o de que uma Fundação Estatal representaria uma instituição especial do Setor Público voltada exclusivamente para a prestação de serviços sociais com qualidade, eficácia e eficiência, ou seja, um novo modelo de gestão associado a uma base legal adequada.

cas da administração pública, mediante práticas reguladoras e cooperativas entre os municípios,

dotada que é de uma dinâmica de governança que envolve sujeitos sociais diversos, sendo menos afetada pelas mudanças eleitorais.

A legalidade e a legitimidade da Fesf estão garantidas por um arcabouço jurídico apropriado, construído mediante consensos entre o Conselho e a Conferência Estadual de Saúde da Bahia, desde 2007, instâncias que a reconheceram como modalidade adequada de gestão do SUS. Assim, somente depois de tantos debates, uma lei complementar relativa às Fesf foi promulgada pela Assembleia Legislativa, com aprovação já efetivada por mais de uma centena de Câmaras Municipais, recebendo também, posteriormente, parecer favorável do Ministério Público. O Conselho Curador, órgão de deliberação superior da Fesf, foi composto por representantes dos municípios, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, do governo do Estado, dos trabalhadores de



saúde, do Conselho Estadual de Saúde e das universidades públicas. A Diretoria Executiva da Fesf, eleita pelo Conselho Curador, já tomou posse e já está trabalhando, dando corpo, assim, ao que está sendo considerado o primeiro programa brasileiro interfederativo de desenvolvimento da ESF e também a primeira carreira de abrangência estadual para os profissionais que trabalham nas equipes de Saúde da Família (eSF).

Com a adesão à Fesf, o comando único fica mantido, ou seja,

com as equipes. Em outras palavras, quem pactua e dialoga com as eSF, mais do que nunca, é o gestor municipal.

Entre as tarefas a serem desempenhadas diretamente pela Fesf, como instituição de articulação intermunicipal, estão: a criação de um sistema público que passa a planejar, regular e operacionalizar a realização de concursos públicos; a distribuição e a movimentação dos profissionais em todo o Estado; a gestão de planos de carreira e contratos;

trabalhador que não tiver um bom desempenho será inicialmente apoiado e terá a oportunidade de melhorar, ajustando com a gestão local um plano de ação individual. Serão sempre consideradas as necessidades de educação permanente para recuperação do trabalhador, já que demissões não constituem o objetivo principal, mas sim a última opção, mesmo assim na dependência de abertura e conclusão de processo administrativo de acordo com a legislação vigente. Para Hêider Pinto, médico



o município continua com a gestão e formulação da política de saúde municipal, em termos dos projetos prioritários que adotar; do dimensionamento do quadro de profissionais; do grau de cobertura da ESF; do controle de frequência, férias, licenças e desenvolvimento funcional dos trabalhadores; da programação de normas e rotinas do funcionamento das unidades, bem como das negociações de eventuais contratos de gestão

a definição da remuneração, com o estabelecimento de padrões de qualidade e avaliação para as eSF. O processo de regulação, planejamento e execução compartilhada representaria a grande novidade jurídica e institucional da Fesf.

Sobre a sempre polêmica questão da estabilidade no trabalho, a Fesf, mediante processos de avaliação do trabalhador em comum acordo com as municipalidades, define que aquele

de família, sanitarista e diretor-geral da Fesf, a demissão do trabalhador seria a última alternativa, pois sempre se tentará identificar o problema, apoiar e negociar com o trabalhador uma solução. Não havendo mudança, aí sim, no último caso, depois das tentativas e de processo administrativo com direito à defesa, é que ocorreria o desligamento do trabalhador, que, nesse caso, estaria contrariando a finalidade de seu concurso, que

é servir ao público. Mas, reforça Hêider, “é no último caso, pois apostamos fortemente na ideia de que poderemos ter um serviço que seja muito bom para o trabalhador garantindo segurança, boas condições de trabalho, apoio, educação permanente, carreira, participação democrática etc. e, com trabalhadores satisfeitos, preparados e orgulhosos de serem servidores públicos de um serviço de qualidade, seja excelente para o usuário!”. Essa seria a estabilidade requalificada, pois protege o trabalhador do mau gestor e de suas arbitrariedades sem deixar de proteger o usuário de um profissional que insiste em deixar de fazer a sua parte. Em termos dos custos para os municípios, a ideia é de que estes sejam subsidiados em

função da capacidade econômica respectiva, de forma que os muni-

Assim a Fesf, com recursos e apoio dos governos federal e estadual, conseguirá oferecer subsídios para abater os custos dos municípios mais pobres e com maiores necessidades, sem onerar os mais ricos.

cípios mais ricos paguem preços de custo, reduzindo-se progressivamente as alíquotas de participação nos municípios mais pobres.

Segundo João Cavalcante, diretor de Desenvolvimento de Atenção à Saúde da Fesf, a ideia central é de que a Fesf facilite a lógica de equidade para o SUS Bahia, no qual a grande desigualdade entre os municípios faz com que os menores, mais pobres e de acesso mais difícil sofram mais e, além disso, se veem obrigados a pagar salários maiores. Assim a Fesf, com recursos e apoio dos governos federal e estadual, conseguirá oferecer subsídios para abater os custos dos municípios mais pobres e com maiores necessidades, sem onerar os mais ricos.

A criação da Fesf trouxe ainda o desenvolvimento de novos instrumentos de gestão para o SUS na Bahia, que são o “Programa de





Desenvolvimento Interfederado” e o “Contrato de Gestão”.

O “Programa de Desenvolvimento Interfederado” é uma iniciativa pactuada entre a Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde com objetivo de construir uma ação cooperativa e articulada para a expansão, qualificação e desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família. Foi aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de 23 de julho, por meio da Resolução nº 123/2009. Prevê a execução de ações coordenadas entre Estado e municípios e criação de mecanismos que viabilizem o enfrentamento dos principais problemas que condicionam a qualidade e expansão da Estratégia Saúde da Família na Bahia.

Seus objetivos estratégicos são: a desprecarização dos vín-

culos de trabalho na ESF, visando enfrentar a rotatividade, a instabilidade, a vulnerabilidade e a desmotivação dos trabalhadores, derivados do baixo investimento em educação permanente; a expansão, interiorização e ampliação de cobertura da ESF, com promoção da equidade para grupos populacionais, municípios e regiões; a melhoria da qualidade relativa a ações, serviços e gestão da Atenção Básica.

O “Contrato de Gestão” representa um instrumento no qual Fesf e municípios estabelecem metas quantitativas e qualitativas para o aprimoramento e qualificação da Estratégia de Saúde da Família. Esse instrumento define o plano operacional das ações, com estimativa dos recursos e cronograma de desembolso necessário à execução das ações

e serviços pactuados, além das obrigações e as responsabilidades dos contratantes em relação às metas de desempenho definidas e à garantia das condições logísticas, materiais e de infraestrutura necessárias para o adequado funcionamento dos serviços de saúde. Estão incluídas, também, a sistemática de acompanhamento, monitoramento e avaliação de desempenho dos serviços e do contratado e as eventuais penalidades aplicáveis a contratantes e contratados em caso de descumprimento injustificado de metas e obrigações pactuadas. ■

Fundação Estatal Saúde da Família
Rua Portugal, 15, Comércio
Salvador - BA
Tel: (0xx71) 3327.5494 / 3327.5572
e-mail: fundacaoestatal.ba@gmail.com

Com a palavra, o gestor

O médico e professor universitário Jorge Solla, atual secretário estadual de saúde da Bahia, fala da importância de se ter uma Fundação Pública Estatal de Saúde voltada para a Gestão da Atenção Primária.

No campo da Saúde da Família, o que se vê é um mercado verdadeiramente predatório entre os municípios, levando a uma alta rotatividade dos profissionais, com quebra dos vínculos e da longitudinalidade do cuidado ao usuário, além de baixa qualidade, precária resolatividade e reduzido impacto da Atenção Básica. É claro que, desse jeito, existe forte insatisfação da clientela, além de uma situação de saúde precária na população. O trabalhador não possui nenhuma garantia dos seus direitos trabalhistas e previdenciários na maioria das vezes, com instabilidade, insegurança quanto ao futuro e desestímulo completo à dedicação. As perspectivas de uma carreira são praticamente nulas. É baixo o investimento em educação permanente.

RBSF: Por que seria realmente necessária uma Fundação estatal saúde da família na Bahia?

Jorge Solla: Em primeiro lugar é preciso ter consciência que a situação, hoje, é ruim para todo mundo, sejam os usuários, os trabalhadores e os gestores do SUS. No campo da Saúde da Família, o que se vê é um mercado verdadeiramente predatório entre os municípios, levando a uma alta rotatividade dos profissionais, com quebra dos vínculos e da longitudinalidade do cuidado ao usuário, além de baixa qualidade, precária resolatividade e reduzido impacto da Atenção Básica. É claro que, desse jeito, existe forte insatisfação da clientela, além de uma situação de saúde precária na população. O trabalhador não possui nenhuma garantia dos seus direitos trabalhistas e previdenciários na maioria das vezes, com instabilidade, insegurança quanto ao futuro e desestímulo completo à dedicação. As perspectivas de uma carreira são praticamente nulas. É baixo o investimento em educação permanente. Para o gestor, também, os problemas são muitos, derivados dessa verdadeira concorrência predatória entre municípios de uma mesma região, o que inflaciona o mercado, eleva artificialmente os salários e coloca, assim, em risco a sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. O fato é que saem perdendo os municípios mais pobres e de mais difícil acesso. Assim tivemos que encontrar alternativas para tantos problemas e a Fundação Estatal nos pareceu a mais adequada.

RBSF: E a crítica que alguns fazem de que se trata de privatização ou terceirização de serviços que deveria ser de responsabilidade direta estatal?

Jorge Solla: Absolutamente! A Fesf não representa terceirização! Ela é uma organização da administração pública indireta, de toda forma pública. Não significa privatização, pois ela é de propriedade, finalidade, direção e gestão totalmente públicas. Seus servidores são trabalhadores do setor público. Não há nenhuma forma de precarização de vínculos também. Os que nela trabalharão terão contratos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com a devida garantia de todos os direitos trabalhistas e previdenciários.

RBSF: Em que a Fesf pode ajudar os municípios a enfrentar e superar os dilemas da gestão da ESF?

Jorge Solla: A tarefa principal é desenvolver a Estratégia Saúde da Família na Bahia, o que se aplica às equipes de Saúde da Família e às equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Mas não é só isso. As ações da Fundação se apoiam em uma marcante inovação, que é a ação interfederada dentro de um sistema público, o que inclui diversos aspectos gerenciais da ESF, tais como: concurso, distribuição de pessoal, mobilização, avaliação e remuneração dos trabalhadores da Saúde da Família na Bahia. A Fesf deverá prover profissionais para os municípios, planejando e regulando um mercado de trabalho que tem sido muito desorganizado e mesmo perverso até agora. Estamos colocando, também, um forte foco no desenvolvimento da qualidade em saúde. Mas vamos além, ao trabalharmos com o desenvolvimento da Educação Permanente, por meio de ações cooperativas, com amplo investimento em pós-graduação. É preciso também apoiar, desenvolver, modernizar e informatizar a gestão municipal, além de conferir mais agilidade, economicidade e escala nas compras e contratações referentes à saúde nos municípios. Isso também é atribuição da Fesf.

RBSF: Seria também um caminho para a chamada interiorização e fixação do profissional?

Jorge Solla: A situação, hoje, é mais ou menos a seguinte: os municípios se veem obrigados a praticar diferentes salários para atrair os profissionais de Saúde da Família (SF), principalmente médicos. Isso lamentavelmente funciona como um leilão, onde só se oferece dinheiro e folgas e nada mais. Com a Fesf-SUS, entretanto, isso passa a compor um mercado regulado e planejado, com acesso exclusivo por concurso público. O profissional fará a opção por um determinado município, terá que atuar lá um tempo mínimo e saberá previamente qual a sua remuneração e vantagens oferecidas. Seria a única maneira de, um dia, conseguirmos lotar profissionais em todos os municípios da Bahia. Acreditamos nesse processo pelos seguintes motivos: a vantagem para o profissional não será só a boa remuneração, pois a

isso se agregará a perspectiva de carreira e aposentadoria, a segurança no emprego, a possibilidade de mobilidade sem demissão entre os municípios integrados, além da oferta de formação e educação permanente. Uma carreira assim atrairá profissionais de todo o País, daqueles Estados que são exportadores de médicos, constituindo a primeira carreira de abrangência estadual no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Brasil.



RBSF: Quais seriam as vantagens para o trabalhador da saúde, que normalmente é quem mais teme esse tipo de mudança?

Jorge Solla: Podemos dizer que são variadas e eu poderia enumerá-las: mais segurança no emprego e estabilidade no trabalho em equipe; melhores condições de trabalho; valorização do profissional de SF; investimento em especialização e educação permanente do trabalhador; possibilidade de mobilidade entre cidades; democratização das relações de trabalho. Além de bons salários, é claro! Estamos pensando também em uma política de gratificações na composição da remuneração dos trabalhadores, mediante fatores indutores de qualidade, bem como de provimento e fixação do trabalhador. Não há nada a temer, portanto.



Jardim /MS

Experiência do Mato Grosso do Sul comprova a eficiência da AMQ

Um dos mais novos municípios sul-mato-grossenses, Jardim, cede os louros de sua beleza natural à vizinha Bonito, considerada a grande capital do turismo ecológico brasileiro. Isso porque estão nos domínios de Jardim a famosa Lagoa Misteriosa e o belíssimo passeio da flutuação no Recanto Ecológico Rio

da Prata, eleito duas vezes consecutivas pelo público da Revista Quatro Rodas como o melhor destino de ecoturismo do Brasil.

Mas Jardim não é conhecido por seus atrativos naturais, e sim pelo grande capital gerado pelo comércio local (exportador de artesanatos em osso e alimentos para toda a região próxima).

Com pouco mais de 25 mil habitantes, Jardim possui cinco agências bancárias, que movimentam a economia local e facilitam a vida não só dos moradores, mas também dos turistas.

E não é só o comércio que atrai as pessoas para Jardim. Elas também procuram a cidade para cuidados com a saúde, que conta

com mais de 70% de cobertura da Saúde da Família e traz um diferencial, o atendimento até às 22 horas na Unidade de Saúde Central.

Considerada pelas próprias cidades vizinhas como uma ótima opção para tratamentos de doenças, Jardim tem mais de 22% de sua receita destinada à Saúde. Só a Atenção Básica recebe 16% desse orçamento.

No entanto, não foi sempre assim. Percebendo a necessidade de aprimorar o atendimento, a resolutividade e as estratégias de promoção da saúde, em 2002 o município implementou o então Programa Saúde da Família, com uma equipe de Saúde da Família (eSF).

Desde então, as unidades de saúde viraram o grande ponto de referência para a comunidade. Hoje, são cinco equipes de Saúde da Família (eSF) – sendo uma delas na região rural –, além de um hospital filantrópico, que atende Jardim e suas adjacências. E já está prevista a implantação de mais duas equipes até meados de 2010, o que elevará a cobertura para mais de 90%.

Esse crescimento deve-se, principalmente, à nova gestão municipal, que constatou, mediante pesquisas específicas, que a implementação de novas eSF era diretamente proporcional ao aumento dos indicadores positivos de saúde pública; a população demonstrava interesse em participar mais ativamente dos trabalhos desenvolvidos nas unidades de saúde e a interação comunidade-equipes tornava-se cada vez mais evidente.

No entanto, metas e números já não eram o bastante. Foi então que o auditor da Secretaria Estadual de Saúde na época, Jorge Cafure Júnior (hoje secretário municipal de saúde), sugeriu a adoção de uma metodologia que avaliasse também a qualidade do trabalho das equipes de Saúde da Família: a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ), metodologia proposta pelo Departamento de Atenção Básica, da Secretaria



de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS). Foi um novo começo, que mudou a visão desses profissionais de saúde.

“Foi a primeira vez que tivemos acesso a uma avaliação da qualidade do serviço; não podemos pensar em quantidade sem avaliar a qualidade”, afirma Maria Pascholina Capelli Saraiva, coordenadora municipal da Atenção Básica. A enfermeira Regiani

Aparecida Coronel Cacho ressalta o conhecimento adquirido, “algumas ações nós nem sabíamos que era para realizar, e depois da AMQ passamos a desenvolver”. Em Jardim, a AMQ começou a ser aplicada no mês de janeiro de 2009 – primeiro ano da nova gestão – em apenas uma das eSF. Com o apoio da Coordenação Estadual de Atenção Básica, o projeto-piloto teve resultado imediato. Logo no primeiro semestre, todas as quatro equipes de Saúde da Família da área urbana de Jardim já haviam preenchido a primeira avaliação, com consequências bastante positivas.

O Programa Saúde da Mulher ganhou uma nova sala para coleta do Papanicolau, com banheiro, ar-condicionado e privacidade. O Programa Hiperdia, que já trabalhava com controle dos Índices de Massa Corporal (IMC), ganhou orientação de um profissional de educação física: uma vez por semana, cada grupo se reúne na sua unidade para atividades ao ar livre.

O secretário Jorge Cafure Júnior fala ainda das perspec-

tivas trazidas pela metodologia: “A AMQ, apesar de ter começado este ano, traz nova expectativa para o município”.

Realmente. É possível constatar esse sopro de novidade com o trabalho na puericultura. Antes, a ESF I de Jardim, detentora dos maiores índices de natalidade e gravidez do município, tinha bastante dificuldade em acompanhar o pré e pós-natal de suas gestantes; geralmente, elas nem compareciam às consultas e reuniões de acompanhamento.

Entretanto, seis meses após a primeira avaliação e a implementação da puericultura, a média mensal de consultas dobrou – de 18 consultas por mês para 37. As crianças recebem acompanhamento mensal e as mães não faltam mais às reuniões.

Com o advento da AMQ, não foi só na ESF I que a puericultura recebeu atenção especial. Na ESF IV foram implantados horários especiais para consultas de puerpério e puericultura, além de treinamento com as gestantes do projeto jardinense “Dar a Luz com Amor” (que trata da importância do pré-natal), dando sequência ao planejamento familiar ao enfatizar os cuidados com a mulher no pós-parto, com os



recém-nascidos e com o aleitamento materno.

O processo de avaliação foi coordenado, em sua grande parte, pelas enfermeiras das unidades. A Coordenação de Atenção Básica reuniu as coordenadoras e/ou representantes locais das eSF e distribuiu os cadernos de avaliação. Em seguida, cada equipe se reuniu separadamente e, juntos, perceberam algumas modificações que poderiam aumentar a resolução do trabalho.

Mudanças de comportamento, comunicação, acessibilidade são alguns movimentos que podem transformar a maneira pela qual a comunidade se relaciona com a equipe e vice-versa.

“O instrumento 4 nos evidenciou que as ações têm que ser deixadas às claras para as pessoas. Assim, podemos contar com a coparticipação da população. Toda vez que fazíamos reunião de grupo ou que reuníamos a população para alguma palestra, passávamos a esclarecer sobre o papel da Estratégia Saúde da Família, o que diminuía os conflitos entre a população e a equipe”, declara a enfermeira Maria Luiza Bandeira Palma, testemunha direta das vantagens do processo de aplicação da AMQ.

E a transformação começa dentro de casa com o despertar de novas – ou desconhecidas – necessidades. Agora, os profissionais compreendem a importância do diálogo dentro da Estratégia. Agentes comunitários, enfermeiros, médicos, apoio administrativo, todos entendem melhor o



outro e se respeitam mais. O usuário também ganhou mais voz nesse processo – a caixinha de sugestões e reclamações virou o novo *hit* do momento.

As estratégias de ação para enfrentamento dos problemas precisam ser resolvidas pelo conjunto equipe-comunidade e, por isso, o passo seguinte é ouvir. Ouvir o que a comunidade tem a dizer, saber como ela se comporta e quais são as suas necessidades. “Essa rampa é resultado da AMQ. O acesso ao posto de saúde era terrível, todo mundo reclamava. Depois da avaliação, percebemos o quanto as rampas são importantes para os cadeirantes e fomos buscar recursos para a pavimentação da calçada”, aponta Jorge Cafure, durante a passeata pela dengue.

Outra inovação incentivada pela AMQ foi o Mapa Falante, que traz as áreas de maior vulnerabilidade da dengue. Eles estão expostos nas entradas de cada Unidade Básica de Saúde (UBS)

para que o usuário saiba como está a situação do seu bairro.

Diante de todos esses benefícios, a AMQ foi implantada como metodologia permanente de avaliação do trabalho, com reuniões semanais no intuito de reavaliar as estratégias definidas mensalmente. Muito embora os cadernos não sejam aplicados semanalmente, alguns itens foram adaptados e mantidos, a fim de qualificar o trabalho.

Jardim levou a sério a metodologia e avaliou desde a implantação da Estratégia Saúde da Família no município até as práticas de saúde das equipes junto à população. O município aproveitou a oportunidade, aplicou na realidade e aprimorou suas ações. ■

Gerência de Saúde de Jardim
Rua: Antonio Pinto Pereira,
428, Vila Angélica.
CEP: 79240-000
Jardim-MS
Tel: (0xx67) 3251-4667
gerencia_saude_jardim@ig.com.br
www.jardim.ms.gov.br

Conheça mais sobre a AMQ

Desenvolvida em 2005 numa parceria entre as áreas técnicas do Ministério da Saúde, especialistas em avaliação, instituições de ensino e pesquisa e consultores internacionais, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – mais conhecida como AMQ – é uma metodologia de gestão interna ou autogestão que abrange todos os processos e atores relacionados à Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Com o crescimento exponencial da ESF, o Ministério da Saúde elaborou uma metodologia de avaliação que incentiva um trabalho de qualidade na Atenção Primária, com instrumentos que avaliam exaustivamente as equipes, as unidades e a gestão municipal. Para tanto, a AMQ foi validada em 25 municípios na tentativa de contemplar as diferentes realidades do Brasil.

São cinco Cadernos autoavaliativos e um aplicativo digital direcionados aos diferentes agentes da ESF no município. Com abrangência universal, são passíveis de aplicação em todo o Brasil, possuem livre adesão, garantia de privacidade – apenas os usuários autorizados e cadastrados acessam os resultados da avaliação – e são fáceis de usar.

O primeiro Caderno destina-se ao gestor municipal e sua equipe de trabalho. A pauta são as ações relacionadas à prioridade política da ESF como modelo de organização da Atenção Básica no município;

como o Plano Municipal de Saúde foi desenhado e como se configura a participação e controle social na figura do Conselho Municipal de Saúde. Em municípios de grande porte, em que a atenção primária encontra-se regionalizada e descentralizada, é permitido aplicar o instrumento a cada unidade regional sem prejuízos.

O Caderno II é direcionado às ações de acompanhamento, apoio técnico, planejamento, avaliação, normatização e organização da Educação Permanente pelos coordenadores ou responsáveis pelo monitoramento das equipes de Saúde da Família.

À avaliação da estrutura física coube o Caderno III. É nele que as instalações físicas, materiais, equipamentos, estado de conservação e funcionamento de cada Unidade Saúde da Família (USF) serão avaliados. Este caderno deverá ser respondido pelos gestores locais das USF.

Já os Cadernos IV e V dizem respeito à equipe de Saúde da Família em si e devem ser respondidos em equipe e individualmente (esse último, apenas no caso dos profissionais de nível superior).

Em 2009, a AMQ comemorou mais de mil adesões com vários casos de sucesso como o de Jardim. Todos os materiais estão disponíveis eletronicamente para *download* no *site* do Departamento de Atenção Básica.



APS no mundo

Como está a Atenção Primária à Saúde (APS) no mundo? Podemos identificar tendências? Quais os avanços conseguidos? Como se dá a formação profissional? Confira a seguir um pouco sobre o tema em alguns países.

CANADÁ

Este país foi um dos primeiros a realizar reformas intensivas de seus serviços de saúde, ainda na década de 70, centradas desde o início na estratégia de cuidados primários.

Não é por acaso, portanto, que dois grandes movimentos correlatos à APS, hoje muito prestigiados em todo o mundo, tiveram origem no Canadá: cidades saudáveis e promoção da saúde.

Toronto, capital da província de Ontário, e a cidade mais populosa do país, naturalmente, mostra ser caudatária de tais influências. O sistema de saúde provincial vive nos últimos anos um movimento de renovação da APS. Tendo obtido ao longo das últimas décadas o alcance das metas de cobertura universal, de redução de morbimortalidade por causas evitáveis, de hierarquização e regionalização ao “pé da letra” de seus serviços e, principalmente, da regulação estatal com marcante controle público e social sobre o sistema, a caminhada agora se faz no sentido de maior qualificação.

Nesse sentido, a partir dos cinco princípios do Canadian Health Act,

está sendo construída uma agenda avançada, com foco no incremento ainda maior da saúde dos cidadãos, na qualidade das ações, na redução de tempo de espera, no aumento de acesso aos serviços, na livre escolha e na implementação de novas relações de trabalho com os médicos, bem como em uma nova estrutura de rede de serviços.

Entre as tendências atuais e desafios da referida renovação, estão a migração do hospital para moradias e comunidade; o aumento do atendimento ambulatorial; a diminuição do número de leitos hospitalares; o novo papel dos hospitais; a transferência do pagamento por produção para o de captação, dentro de um quadro de reforma mais amplo da saúde pública.

Além disso, alguns aspectos novos estão sendo discutidos, como: a melhor definição de serviços essenciais e/ou necessários; o desenvolvimento de redes de Saúde Familiar; o uso de comunicação eletrônica; as decisões baseadas em evidências; a maior ênfase na promoção da saúde; a regionalização do território, bem como a avaliação da qualidade.

COSTA RICA

O modelo de saúde da Costa Rica, embora apoiado na APS, tem princípios e diretrizes diversos daqueles do SUS. Assim, estão separadas as atividades preventivas das curativas e é forte a participação do setor privado de serviços de saúde, com mudanças do modelo em direção à seguridade social, ou seja, mediante pré-pagamento de contribuição social, o que alcança 88% de cobertura em 2004.

Um processo de ajuste da oferta de serviços foi estabelecido, com equipes básicas de Atenção Integral em Saúde (Ebais), sendo oferecidos programas de Atenção Primária, com resultados positivos nos indicadores de saúde logo visíveis. Inverteu-se, assim, a situação anterior à reforma, quando não havia definição de funções estratégicas, as equipes de APS eram reduzidas e havia fortes limitações no atendimento.

Demonstra-se, todavia, que o acesso a serviços de saúde, entre 1994 e 1998, melhorou de forma significativa, ao menos nas áreas que aderiram às reformas. Contudo, nas áreas mais pobres, a cobertura se viu diminuída, fator agravado pelo altíssimo nível de desemprego vigente no país.

A oferta geral dos serviços de saúde é fornecida por meio de uma rede estruturada, formada por hospitais gerais nacionais, que é referência para os hospitais regionais e periféricos e as Ebais, vinculada a áreas de saúde, com aproximadamente 40 mil pessoas, onde existem também equipes de apoio, semelhantes aos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Brasil, constituídas por médicos especialistas, enfermeiros, assistentes sociais e odontólogos. Uma Ebais atende 4 mil habitantes e é composta por um clínico geral, um auxiliar de enfermagem, um técnico de Atenção Primária (similar ao ACS no Brasil) e um técnico de registros médicos, que atua na comunidade.

VENEZUELA

Na Venezuela, no contexto político dos últimos anos (bolivarianismo), surge um programa nacional de APS denominado *Missión Barrio Adentro*, assumido como uma nova institucionalidade do sistema de saúde do país, tradicionalmente fragmentado e desigual.

Suas características conceituais são: a saúde como direito; a promoção da saúde e da qualidade



de vida; a prevenção de doenças; a participação e controle social, por meio dos comitês de saúde; o desenvolvimento local associado; a cooperação internacional (com Cuba).

Do ponto de vista operacional, destacam-se: a assistência à saúde integral, gratuita, oportuna, qualificada e com níveis adequados de custo-benefício, além da programação a partir das necessidades da população, e não da oferta de serviços.

A funcionalidade do Barrio Adentro é acompanhada mediante indicadores de cobertura, acessibilidade, produtividade e participação social. Elegeram-se, preliminarmente como população a ser beneficiada, estimada em 60% do total do país, os setores populares urbanos (barrios) e também rurais, fronteiriços e indígenas.

O conjunto das atividades desenvolvidas em tal estratégia compreende: a atenção 24 horas, a valorização das condições de saúde-doença, as visitas domiciliares, a estimativa dos riscos incidentes sobre as famílias atendidas, as ações de promoção, prevenção e educação, a investigação de determinantes

de saúde no plano coletivo, além de seguimento de pessoas com doenças crônicas e em situação de incapacidade e a garantia de referência e contrarreferência para os serviços de maior complexidade.

Barrio Adentro já apresenta alguns indicativos de sucesso, por abarcar fatores sociais e de endógeno local, atuando além da mera extensão de serviços, intervindo na qualidade de vida e na ampliação da saúde para um grande número de pessoas.

O programa é portador, também, da marca essencial da política nacional atual na Venezuela, articulando e aproximando os indivíduos e a comunidade do processo de democracia participativa e protagônica bolivariana.

Defende-se, ainda, sua harmonia com os demais setores sociais, dentro do escopo do desenvolvimento endógeno local, integrando as equipes de saúde com a comunidade, já seus membros vivem nas próprias comunidades.

O sistema, todavia, possui regime de competição acentuada com a medicina privada tradicional, que é muito forte no país.



ESPAÑA E PORTUGAL

Espanha (região autônoma da Catalunha) e Portugal podem ser analisados em conjunto com relação a suas políticas de APS. Ambos os países são membros da União Europeia e herdeiros de suas tradições de bem-estar social, embora suas condições objetivas de admissão em grupo de nações tão seletivo tenham sido alcançadas mais tardiamente.

O estado de desenvolvimento de seus sistemas de saúde certamente é afetado por essa entrada tardia no modelo europeu de bem-estar social, mas mesmo assim são países que apresentam um portfólio altamente respeitável em matéria de saúde.

Na Espanha, a autonomia regional produziu maiores avanços no sistema da Catalunha do que nas demais regiões, mas sem acarretar grandes desigualdades entre as mesmas. Nesse aspecto, Portugal, por ser um país menor e menos complexo do ponto de vista étnico, tem desenvolvimento mais uniforme de seu sistema de saúde.

Ambos os países evoluíram de formas tradicionais de assistência pública ou privada (inclusive

seguro-saúde) convencionais para sistemas de saúde de direito universalizado típicos.

A Catalunha, onde o lema das mudanças do sistema de saúde é justamente uma aposta na APS, realiza hoje importantes mudanças, algumas ainda experimentais, no sentido de dotar seu sistema de saúde de novas ferramentas de garantia de qualidade e eficiência, tais como contratos de gestão, gestão da clínica, protocolização de procedimentos, avaliação de desempenho profissional.

Portugal não lhe segue de longe, com especial destaque para o sistema de avaliação de qualidade da APS ali desenvolvido, o qual, aliás, influenciou de forma marcante a formação de um sistema semelhante no Brasil.

Tanto Portugal como Espanha colocam como prioridade sua política de recursos humanos para a APS, mostrando-se em ambos os países movimentos decididos de formação e organização profissional, com grande prestígio social e político da categoria dos médicos e demais profissionais de família, como será aprofundado adiante.



Na Catalunha, o *Institut Català de Salut* (ICS), principal provedor público de serviços de saúde, tem a seu encargo a formação de cerca de 60% dos médicos especializados em Medicina de Família e Comunidade e ainda dos estudantes de medicina e enfermagem, o que sem dúvida é um aspecto diferencial marcante em relação a outros países, onde o sistema de prestação de serviços e o sistema de formação têm existências quase paralelas, como é o caso do Brasil, por exemplo.

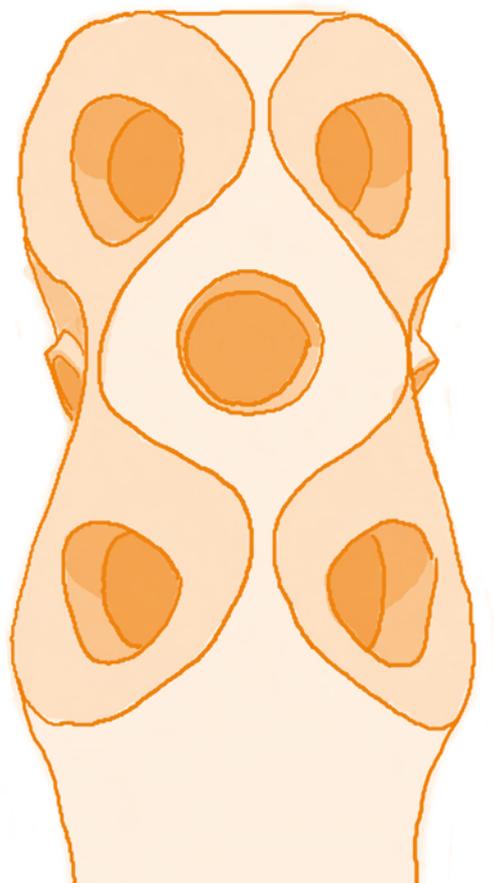
Em Portugal é bastante ativa a Associação Portuguesa de Medicina Comunitária e Geral (APMCG), a qual, em parceria com as autoridades governamentais, tem formulado propostas de políticas e operacionais relativas ao sistema nacional de saúde, inclusive na formação de pessoal, entre as quais se destacam: (a) o aumento da capacidade formativa e atrativa da Residência em Medicina Familiar; (b) a correção progressiva da má distribuição geográfica e por especialidades dos médicos no país; (c) o desenvolvimento de sistemas de informação clínica, com apoio da informática e da telemedicina; (d) a garantia de novo regime de remuneração que incentive e premie a quantidade e a qualidade do trabalho realizado, *vis à vis* com o desempenho profissional.

Desenvolvem-se, assim, mudanças curriculares na graduação em saúde, com estratégias de valorização do espaço da APS, visando atrair egressos das faculdades de medicina para os cursos de especialização e residência em Saúde da Família, além de um plano de emergência nacional para a capacitação profissional, com ênfase no objetivo de captar mais (e melhores) jovens médicos para a Medicina Familiar, mediante incentivos e atrativos especiais.

O ICS utiliza também instrumentos de gestão de qualidade de serviços diversos, entre eles as pesquisas periódicas sobre qualidade de vida profissional, além de outras estratégias de melhora da qualidade (*benchmarking* e autoavaliação pelo instrumento denominado EFQM).

Os médicos de família (MF) passam necessariamente por uma formação pós-graduada de quatro anos, sob a forma de residência. Há também oportunidades para outros médicos serem homologados, desde que cumpram determinadas condições. Não há diferenças entre os salários dos MF e daqueles que trabalham nos hospitais. A remuneração é variável, utilizando-se diversos fatores para cálculo, entre eles a forma captativa e a ponderação por média de idade da clientela, sua dispersão, além de outros incentivos. A certificação do MF não tem caráter permanente, devendo haver retomada periódica (recertificação) da habilitação correspondente.

Cerca de 80% dos postos de trabalho no sistema catalão estão ocupados pelos MF (um médico para cada 1.700-2.000 cidadãos). Existem na Espanha, como um todo, cerca de 5.500 residentes de Medicina de Família e Comunitária. A Sociedade Espanhola de Medicina de Família e Comunitária (SEMFyC), muito influente no país, possui 16.500 membros. Numerosas revistas, livros e documentos técnicos são editados anualmente, dentro do tema da MFyC. Em 2003, no congresso da SEMFyC, foram levadas mais de 900 comunicações científicas.



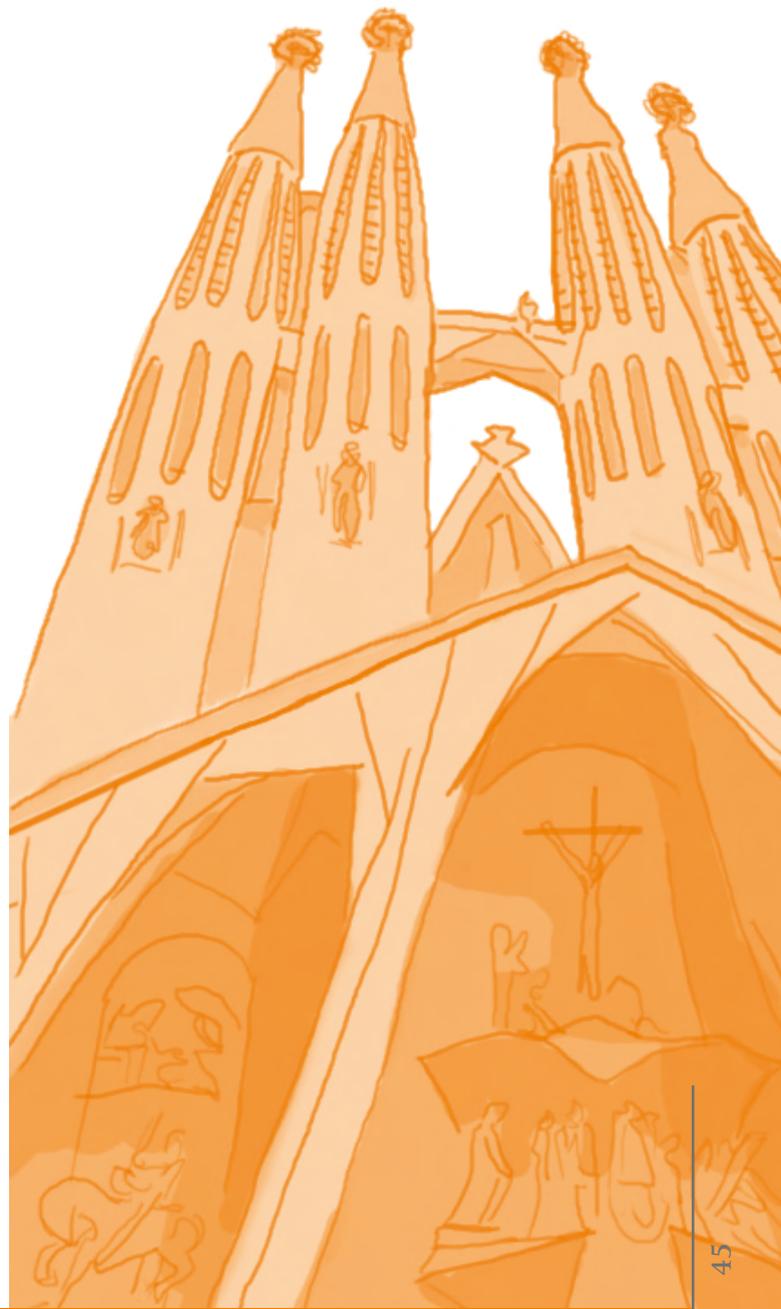
Na Catalunha, a aposta na qualidade do sistema de saúde enfatiza a prioridade política em orientar os serviços de saúde para a APS, como medida para favorecer a equidade e a eficiência na utilização dos recursos públicos mediante estratégias de melhoria da qualidade (*benchmarking* e autoavaliação pelo método EFQM). O sistema local desenvolveu, para tanto, série de instrumentos de gestão, que incluem: (a) a introdução de um instrumental de gestão clínica; (b) o desenvolvimento de uma carreira profissional, com avaliação de desempenho; (c) a implantação de modelo de incentivos; (d) a elaboração de guias de prática clínica e de padrões de prescrição farmacêutica.

Além disso, foram introduzidas algumas dinâmicas para incrementar o nível de resolução dos Centros de Saúde, bem como do conjunto da APS, com um plano de propostas estratégicas de melhoramento da acolhida e atenção ao paciente. Tem sido realizada pesquisa anual de satisfação de usuários e, no plano interno, tem sido incentivado o envolvimento das pessoas com a organização a partir de planos de melhoria contínua, bem como a realização de inquéritos periódicos sobre a qualidade da vida profissional.

Ocorre ainda forte utilização de tecnologias de informação e comunicação, como: instalação de *call centers*; história clínica informatizada (e-CAP); desburocratização via informatização dos processos administrativos; telemedicina; *web* e desenvolvimento de um serviço de solicitação de visitas por internet; e, ainda, em fase de projeto, criação de sistema de comunicação interna mediante correio eletrônico.

Outra frente de trabalho na Catalunha diz respeito ao processo de contratualização para a gestão de unidades, a partir do plano de saúde da região autônoma. Os contratos preveem a definição das atividades a serem cobertas, seus sistemas de pagamento e informação, previsão de gasto farmacêutico etc., de forma a possibilitar ao comprador público o planejar de montante de investimento e gastos para o exercício.

Entre as atividades hoje submetidas a esse tipo de contrato, estão: (a) medicina geral, pediatria-puericultura, enfermagem, serviço social, com definições relativas a horários de acesso e visitas domiciliares; (b) atividades de assistência odontológica, com a descrição da cobertura ao público e indicadores de impacto nas atividades preventivas; (c) atividades preventivas e de promoção da saúde em geral, com os respectivos indicadores de cobertura e de controle; (d) atividades de atenção comunitária e de atenção continuada. ■



Por Radilson Gomes

Um olhar sobre a APS



ACS visita puérpera em
Cuiabá/MT



Revista Brasileira Saúde da Família

Agente Comunitária de
Saúde em Riacho Fundo II,
Cidade Satélite do
Distrito Federal

Enfermeira e ACS em visita domiciliar à população quilombola de Aurá, em Ananindeua/PA



Criança da tribo ianomâmi recebe visita de enfermeira da ESF na aldeia indígena, em Boa Vista/RR



Enfermeira Saúde da Família visita população ribeirinha. Ilha de Igarapé Grande, Município de Ananindeua/PA



As ações programáticas em serviços de Atenção Primária à Saúde

Sandra S. R. Ferreira. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública; Especialista em Saúde Coletiva e Recursos Humanos; Especialista em Educação Popular; Mestre em Enfermagem.

Silvia M. Pasa Takeda. Médica. Epidemiologista.

Maria Lúcia Lenz. Médica de Família e Comunidade. Coordenadora das Ações Materno-Infantis do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Conceição.

Rui Flores. Médico de Família e Comunidade. Especialista em Saúde Pública. Coordenador do Setor de Monitoramento e Avaliação de Ações de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Conceição.

Os autores integram a equipe do Setor de Monitoramento e Avaliação de Ações de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Conceição, Porto Alegre-RS.

Apresentação

Neste texto descreve-se a abordagem de problemas de saúde frequentes em Atenção Primária por meio das ações programáticas. São discutidos conceitos e apresentados exemplos da prática dos serviços de Atenção Primária (APS) no contexto de responder às necessidades de saúde da população do território sob o princípio da integralidade da atenção.

Palavras-chave: ações programáticas, programas de saúde, programação, Atenção Primária à Saúde, organização de serviços.

1. Conceituando ações programáticas

Denomina-se “ações programáticas” a um conjunto de atividades que visa organizar as

respostas dos serviços de saúde para os problemas e ou necessidades¹ frequentes nas populações de determinado território.

As ações programáticas são instrumentos de planejamento e por meio delas os serviços de saúde buscam atender de forma sistematizada a situações/

problemas comuns, sejam eles de natureza preventiva, de diagnóstico precoce, de tratamento, de reabilitação, de promoção da saúde, ou situações de maior risco ou vulnerabilidade.

As finalidades da implementação de uma ação programática são propiciar maior acesso aos



¹As necessidades em saúde são definidas pelas pessoas/populações usuárias dos serviços e pelos integrantes das equipes de saúde. Nem toda necessidade é um “problema”, existem necessidades de promoção da saúde e de prevenção de doenças, e podem ser percebidas ou não pelas pessoas/população.

recursos de saúde para quem precisa, maior qualidade da atenção² e o adequado uso de recursos. Uma ação programática valoriza a avaliação das ações e o impacto do serviço de saúde naquela determinada situação, permitindo identificar se os objetivos estão sendo alcançados.

O planejamento das ações programáticas leva em consideração as necessidades de saúde da população do território sob o princípio da integralidade da aten-

“As práticas ou ações programáticas constituem-se em uma forma de organizar o trabalho coletivo em um serviço de atenção integral à saúde, enquanto conjunto de ações que visam assegurar respostas aos problemas de saúde mais prevalentes num determinado grupo populacional”

ção: considerando a atenção individual, familiar e coletiva; as vigilâncias epidemiológica e sanitária; a atenção ambulatorial e domiciliar, a coordenação com demais níveis de atenção do setor saúde e outros setores; a concomitância e diversidade de problemas nos seus diferentes graus de complexidade.

Uma ação programática, portanto, deverá integrar atividades de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde

para uma determinada necessidade em saúde, articulando ações clínicas e de saúde coletiva (NEMES, 1996).

As práticas ou ações programáticas constituem-se em uma forma de organizar o trabalho coletivo em um serviço de atenção integral à saúde, enquanto conjunto de ações que visam assegurar respostas aos problemas de saúde mais prevalentes num determinado grupo populacional (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 1996).

As ações programáticas devem estar fundamentadas em: (a) conhecimento epidemiológico³ do “problema”; (b) conhecimento clínico⁴ mais atualizado do problema em questão; (c) conhecimento da população e do território onde serão aplicadas (considerando os aspectos socioeconômico, demográfico e cultural locais); e (d) recursos e características da equipe de saúde e da instituição.

São exemplos de situações para as quais se organizam ações programáticas em saúde: (a) grupos populacionais que estão mais expostos a riscos específicos à saúde (menores de um ano, adolescentes, escolares, gestantes, mulheres em idade fértil, idosos, trabalhadores urbanos); (b) portadores de doenças tais como hipertensão arterial, *Diabetes mellitus*, hanseníase, tuberculose, Aids, entre outras; (c) prevenção de doenças (câncer ginecológico, imunopreviníveis); (d) planejamento familiar.

2. O contexto para as ações programáticas

Ao organizar os serviços buscando melhor responder às necessidades em saúde em um território, algumas etapas devem ser seguidas: (a) conhecer o território, identificando problemas/necessidades locais e como se distribuem no território; (b) priorizar situações; e (c) planejar intervenções visando melhorar ou resolver os problemas/necessidades e avaliar se houveram mudanças.

2.1 Conhecer o território e identificar os problemas/necessidades

Para conhecer as características da população e suas necessidades pode-se utilizar diversos recursos, tais como: pesquisa em dados secundários; reconhecimento de campo dessa comunidade; levantamentos demográficos, de saúde e de recursos e serviços; estimativa rápida etc., “incluindo uma tentativa de compreender os aspectos culturais, a percepção das forças dinâmicas da realidade dada, partindo-se de uma perspectiva não exclusivamente médico-clínica” (TAVARES; TAKEDA, 1996). E integrando, assim, os aspectos históricos, geopolíticos, culturais, socioeconômicos e de saúde de uma população. Os objetivos são:

- identificar diferentes grupos populacionais segundo critérios demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos, culturais;

²Qualidade da atenção: refere-se à utilização do melhor conhecimento, tecnologia e recursos para cada dada situação.

³A epidemiologia é uma disciplina voltada à compreensão do processo saúde-doença no âmbito das populações. Essa disciplina instrumental auxilia a identificar as necessidades de saúde (elaboração de “diagnósticos” de saúde); a conhecer os perfis populacionais e os fatores de risco; a avaliar as ações de saúde e seus resultados.

⁴A clínica é entendida como uma disciplina que integra o biológico, o psicológico e o social e dispõe de conhecimentos, ferramentas e tecnologias para resolver problemas de saúde, aumentar a capacidade do indivíduo de lidar com as dificuldades e limitações decorrentes dos problemas e melhorar a qualidade de vida.

- identificar e descrever os problemas/necessidades de saúde dos distintos grupos;
- analisar a situação de saúde.

Esse conjunto de atividades pode ser denominado de “entendimento da situação” ou “diagnóstico da comunidade” (TAVARES; TAKEDA, 1996).

Ao se conhecer a realidade, produz-se uma lista de problemas, cujo número ou complexidade pode ser maior que a capacidade da equipe de saúde em manejar adequadamente e ao mesmo tempo. Os problemas então podem ser reagrupados e submetidos a critérios para identificar prioridades (ver a seguir).

2.2 Eleição de prioridades

Por que se escolhem prioridades? “As necessidades em saúde são infinitas – os recursos, limitados” (César Victora).

Eleger prioridades significa hierarquizar problemas/necessidades ou grupos populacionais segundo critérios de importância e/ou possibilidade de intervenção da equipe de saúde. Os diversos atores utilizam diferentes critérios de priorização. Ao buscar um processo participativo de escolha de prioridades, os diversos atores envolvidos discutirão e negociarão esses critérios de acordo com seus pontos de vista.

“Ao priorizar situações, dá-se mais atenção para algumas demandas em detrimento de outras por um período determinado de

tempo” (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 1996).

Os problemas apontados pelas equipes de saúde podem ser agrupados nas seguintes categorias: a) situação de saúde da população; b) problemas relativos aos serviços de saúde; e c) pro-

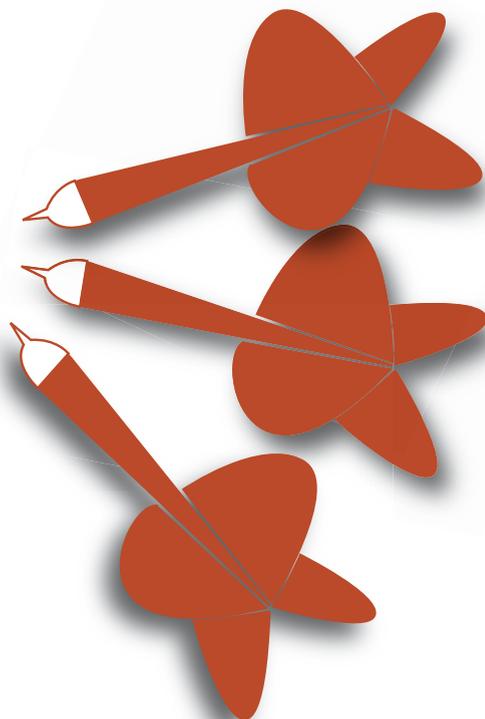
“Eleger prioridades significa hierarquizar problemas/necessidades ou grupos populacionais segundo critérios de importância e/ou possibilidade de intervenção da equipe de saúde”

blemas relacionados às condições de vida da população. Para os problemas da categoria “situação de saúde da população”, foco deste texto, costuma-se empregar os critérios desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde, que são de grande utilidade, embora frequentemente não suficientes por si só (considerar ainda, por exemplo, a distribuição do problema no território e a vulnerabilidade das populações acometidas do problema). São eles: (a) magnitude: é a frequência com que ocorre o problema; (b) transcendência: refere-se à importância, ao dano causado pelo problema; (c) vulnerabilidade: é a possibilidade de reduzir o problema na população por meio dos recursos disponíveis (conhecimento, tecnologia, efetividade da intervenção, possibilidade de identificação da população-alvo);

e (d) custos: são os recursos financeiros a serem gastos em relação aos resultados possíveis de alcançar. Analisar uma lista de problemas/necessidades em saúde, com base nesses critérios, contribui à escolha das situações a serem enfrentadas de forma diferenciada durante determinado período de tempo.

2.3 A implementação da ação programática

As ações programáticas, em Atenção Primária, têm um papel claro nas seguintes condições: problemas/necessidades da categoria “situação de saúde”, que sejam frequentes, a serem abordados por uma equipe em ação interdisciplinar, que busca ampliar o acesso aos serviços e qualificar as ações de saúde.



As ações programáticas são instrumentos de planejamento e organização de serviços para enfrentar problemas/necessidades de saúde. A seguir estão descritos os passos para a implementação de uma ação programática, entre elas: definição de objetivos e metas, descrição das atividades a serem realizadas, organização de um sistema de registro, definição de estratégias de acompanhamento e de indicadores para monitoramento e avaliação.

Conhecer o problema/necessidade

O problema deve ser claramente definido e estudado pela equipe de saúde. Esse estudo compreende a busca das evidências (empíricas e científicas) do problema, de suas causas, de sua carga⁵ e da capacidade de intervenção sobre ele. Nesse momento podem ser convidados a participar de uma reunião todos os atores (epidemiologistas, especialistas no tema, líderes comunitários etc.) que puderem contribuir a conhecer melhor o problema, identificar suas causas e apontar alternativas de intervenção.

Definir os objetivos

A seguir estabelecem-se os objetivos da intervenção, ou seja, o que se quer alcançar. Apresentamos um exemplo:

Problema a ser enfrentado: “é alto o coeficiente de incidência de tuberculose no território”. Deve-se demonstrar a importância do problema apresentando o coeficiente

de prevalência local, comparando-se com dados de outras áreas e com os parâmetros considerados aceitáveis.

Objetivo da ação programática: “diminuir a incidência de tuberculose no território”. As ações serão programadas no sentido de identificar, tratar e acompanhar as

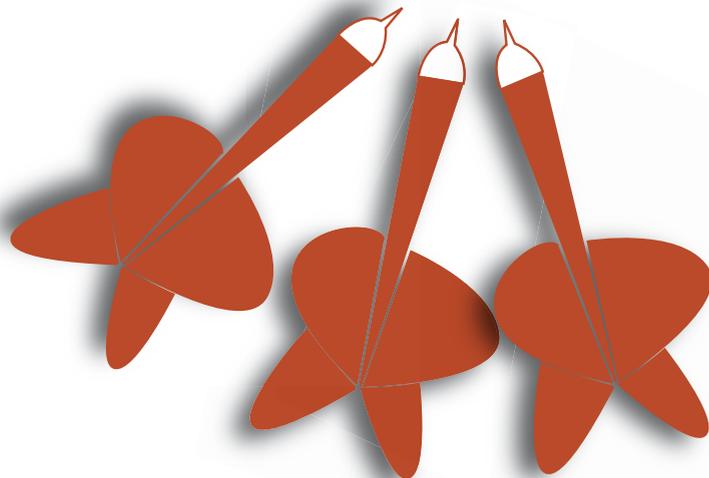
“É provável que todos os integrantes da equipe de saúde devam se envolver de uma forma ou outra: algumas atividades serão realizadas por todos eles, por exemplo, a identificação de casos suspeitos ou atividades de educação em saúde, enquanto outras atividades ficarão sob a responsabilidade específica de alguns (ex.: a busca de caso, o tratamento medicamentoso)”

peças com o problema; identificar e acompanhar os contatos, realizar prevenção, educação em

saúde. Se o problema for definido diferentemente, por exemplo, como “alta taxa de abandono de tratamento em tuberculose”, o objetivo será diminuir a taxa de abandono e as ações focarão essa finalidade (ainda que não deixe de incluir os demais aspectos mencionados).

Estabelecer metas

As metas são aqueles resultados que se espera alcançar dentro de um determinado período de tempo (curto, médio e/ou longo prazo), e devem ser estabelecidas levando em consideração a estrutura (física, de equipamentos, de insumos, de pessoal etc.) e a capacidade da equipe em desenvolver as ações de saúde. A seguir apresentamos um exemplo de metas na ação programática para controle da tuberculose⁶: a) investigar 100% dos sintomáticos respiratórios (estima-se 1% da população); b) diagnosticar pelo menos 90% dos casos esperados; c) alcançar alta por cura de pelo menos 85% dos casos diagnosticados; e d)



⁵ Carga do problema refere-se à importância e às repercussões dele, suas implicações para a saúde da população, para a sociedade, para o sistema de saúde, para o território.

⁶ Para a definição das metas, utilizou-se como referência: Brasil (2002); Porto Alegre (2003b); Grupo Hospitalar Conceição (2007).

reduzir as altas por abandono para um percentual de até 10%.

Definir e implementar as atividades

Assim que os objetivos estejam claros e as causas identificadas, é planejado o conjunto de estratégias e atividades (ações) a serem desenvolvidas, e uma primeira etapa é revisar o que se encontra disponível sobre o assunto na literatura. Encontram-se na literatura as evidências da eficácia,

“É fundamental a divulgação e análise sistemática de relatórios descrevendo os resultados dos indicadores em monitoramento”

eficiência, efetividade das intervenções? As diretrizes clínicas (linhas-guias, protocolos clínicos), de preferência desenvolvidas local/nacionalmente, devem ser submetidas a uma análise crítica, identificando-se: (a) estão baseadas em evidências?; (b) qual o tipo e o nível das evidências científicas? (c) são adequadas para uso local? Existe um instrumento simples e de fácil acesso que permite avaliar a qualidade de uma diretriz: trata-se do documento AGREE para avaliar qualidade de diretrizes (<http://www.iqs.pt/pdf/02-2004r/iqs9-p8.pdf>).

Alguns aspectos para os quais devem ser planejadas estratégias e atividades em uma ação programática: identificar a população-alvo; facilitar o acesso aos

serviços e recursos; orientação e educação em saúde; rotinas e fluxos para os atendimentos clínicos (consultas, visitas domiciliares) e em grupos (atendimento em grupos, salas de espera, atividades de campanha etc.); rotinas e fluxos para realizar exames complementares; fluxos para obtenção de medicação; critérios e fluxos para referência a outros serviços e setores; atividades de registro, sistema de informação, indicadores para avaliação e estratégias de comunicação.

A matriz lógica pode ser utilizada como uma ferramenta de planejamento e avaliação (FUNDACIÓN W. K. KELLOGS, 2002) de uma ação programática e deve ser desenvolvida em atividade de equipe, salientando-se algumas vantagens: (a) facilita a comunicação da equipe e cria um entendimento compartilhado dos conceitos, do enfoque e da metodologia de trabalho; (b) relaciona claramente as atividades a serem desenvolvidas com os resultados esperados; (c) identifica os mecanismos de avaliação por meio da definição de indicadores para cada atividade. É útil nas fases de planejamento, implementação e avaliação das ações programáticas (Quadro 1).

Estabelecer qual é a equipe de trabalho e o papel de cada um

É provável que todos os integrantes da equipe de saúde devam se envolver de uma forma ou outra: algumas atividades serão realizadas por todos eles, por exemplo, a identificação de casos

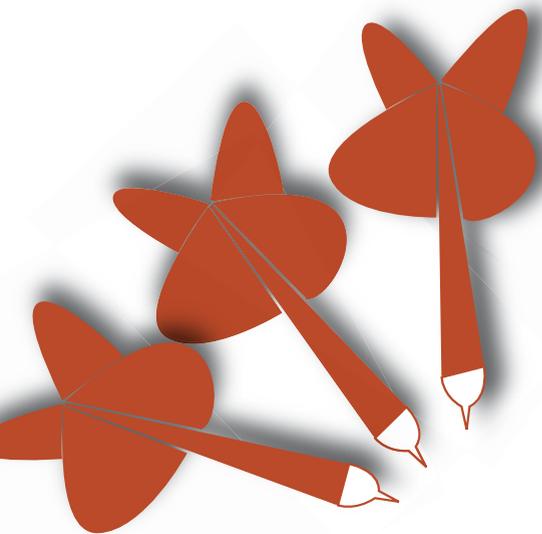
suspeitos ou atividades de educação em saúde, enquanto outras atividades ficarão sob a responsabilidade específica de alguns (ex.: a busca de caso, o tratamento medicamentoso). Sugere-se que seja selecionado um coordenador/responsável local pela ação programática, e essa pessoa será o facilitador do processo de trabalho, uma referência para dificuldades, contato com outros “níveis” do setor saúde ou outros setores (ações intersetoriais) para articulação e coordenação das ações no sistema.

Estabelecer um sistema de registro e acompanhamento (vigilância)

A conformação de um sistema de registro deve responder a questões tais como: inscrição e cadastramento da população-alvo, identificação de “faltosos”, indicadores para monitoramento e avaliação. A criação, alimentação e análise de bases de dados deve considerar se já existem formas de registro, que devem ser revisadas e integradas. É fundamental a divulgação e análise sistemática de relatórios descrevendo os resultados dos indicadores em monitoramento.

Estabelecer indicadores para monitoramento e avaliação

Indicadores são instrumentos de avaliação, que nos permitem conhecer os resultados das ações de saúde e os aspectos de processo que devem ser modificados. Exemplos de indicadores para monitorar as ações



desenvolvidas em tuberculose: % de sintomáticos respiratórios investigados; % de casos de tuberculose diagnosticados; % de casos de tuberculose com alta por cura.

Os resultados devem ser acompanhados e discutidos regularmente pela equipe. Recomenda-se ainda avaliação global da ação programática a cada semestre ou ano. Nessa ocasião busca-se a participação de toda a equipe e o envolvimento da

população, e os resultados devem ser avaliados.

“Avaliação é um processo de reflexão crítica sobre a prática (coletiva e individual) e permite identificar os avanços, as dificuldades e limitações, assim como as possibilidades de superá-las. Promove a aprendizagem na situação de trabalho e a (re)invenção, no cotidiano, das práticas de Atenção Primária” (RAUPP, 2007).

Atividades de atualização da equipe de saúde e a educação permanente

Atividades de atualização das equipes devem ser realizadas sistematicamente, com base na avaliação do desenvolvimento da ação programática, na prática reflexiva sobre a experiência e as dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde, nos sucessos alcançados, nas dificuldades

enfrentadas, na escuta e respeito aos aspectos culturais da população, nos novos conhecimentos científicos, no resultados dos indicadores de avaliação. Essas atividades devem ser apoiadas institucionalmente.

3. Considerações finais

As necessidades em saúde são, via de regra, complexas, e os serviços de saúde devem utilizar as melhores tecnologias para responder a essas necessidades. Gestores e equipes de saúde devem conhecer, dispor e utilizar as diferentes tecnologias (conhecimentos e ferramentas) e as ações programáticas são uma dessas tecnologias. Se bem empregada, responde às necessidades de saúde considerando as perspectivas da integralidade do cuidado e da equidade social.

Quadro 1. Modelo lógico simples, aplicado ao problema “tuberculose”. Serviço de Saúde Comunitária (SSC), Grupo Conceição, Porto Alegre, RS, 2008.

<p>Problema: alto coeficiente de incidência de tuberculose nos territórios do SSC: 100 casos/100 mil habitantes (2006). Coeficiente de incidência no Brasil: 46 casos/100 mil habitantes.</p>				
<p>Objetivo geral: diminuir a incidência de tuberculose nos territórios do Serviço de Saúde Comunitária.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigar todos os sintomáticos respiratórios esperados para o território (1% da população geral); • Realizar diagnóstico precoce de tuberculose; • Realizar tratamento de 1ª linha nas equipes de Saúde do SSC, facilitando o acesso e diminuindo a taxa de abandono; • Acompanhar todos os portadores de tuberculose e seus contatos. <p>Metas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigar 100% dos sintomáticos respiratórios: 4% são bacilíferos (Brasil); em Porto Alegre/RS 6% são bacilíferos; • Diagnosticar pelo menos 90% dos casos esperados; • Curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados. 				
Estratégias para alcançar os objetivos	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários para desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Indicadores para avaliar resultados

<p>1. Atualização das equipes de saúde em tuberculose.</p>	<p>Oficinas de capacitações para implantação da ação programática; Disponibilização de linhas-guia atualizadas de atenção à saúde em tuberculose; Discussões mensais de casos com presença de pneumologista; Atualização anual em tuberculose (ênfase clínica e de vigilância) em atividade conjunta com outros setores e instituições.</p>	<p>Sala de reuniões, data-show; planejamento da atividade; Equipes apresentarão os casos para discussão; Textos/material didático; Discussão dos dados epidemiológicos locais, estaduais e nacionais; Linhas-guia atualizadas de atenção à saúde em tuberculose.</p>	<p>Maior sensibilização e melhores resultados nos indicadores de saúde, no que se refere à investigação dos sintomas respiratórios; do acompanhamento dos casos; da investigação dos contatos; da vigilância em tuberculose. Maior vínculo pacientes/família com a equipe de saúde; Maior adesão ao tratamento.</p>	<p>Melhora nos resultados dos indicadores: % de sintomas respiratórios investigados; % de casos identificados; % de abandono de tratamento; % de altas por cura.</p>
<p>2. Busca de casos: – casos de tuberculose; – contatos.</p>	<p>Visitas domiciliares com possibilidade de agendamento de consulta no domicílio.</p>	<p>Reorganizar aspectos do processo de trabalho na equipe; Pessoal e agenda para as visitas domiciliares</p>	<p>Aumentar o número de casos em acompanhamento regular, evitando abandono de tratamento e resistência à primeira linha de tratamento.</p>	<p>% de casos identificados; % de abandono de tratamento; % de altas por cura.</p>
<p>3. Melhorar o acesso ao tratamento e acompanhamento.</p>	<p>Prioridade no sistema de agendamento de consultas.</p>	<p>Modificações do sistema de agendamento; consulta de enfermagem para pacientes com tuberculose.</p>	<p>Início precoce do tratamento; Maior adesão ao tratamento; Aumento na proporção de altas por cura.</p>	<p>% de altas por cura.</p>
<p>4. Educação em saúde para a população.</p>	<p>Atividades de sala de espera; Atividades coletivas nas associações, escolas e asilos.</p>	<p>- Reuniões, palestras, cartazes, pôsteres.</p>	<p>Aumentar a investigação de sintomas respiratórios; Melhorar informação na comunidade.</p>	<p>% de sintomas respiratórios investigados; % de casos identificados; % de abandono de tratamento; % de altas por cura.</p>

Referências

- AYRES, J. R. C. M. Ação programática e renovação das práticas médico-sanitárias: saúde e emancipação na adolescência. *Saúde em Debate*, [S.l.], v. 42, p. 54-58, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica*. 6. ed. Brasília, 2002.
- CAMPOS, G. W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECILIO, L. C. de O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. cap. 1, p. 29-87.
- FUNDACIÓN W. K. KELLOGG. *Guía de desarrollo de modelos lógicos*. 2002. 72 p. Disponível em: <http://www.wkkf.org/DesktopModules/WKF.00_DmaSupport/ViewDoc.aspx?fld=PDFFile&CID=323&ListID=28&ItemID=1450025&LanguageID=1>.
- GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Monitoramento e Avaliação de Ações de Saúde. *Programa de controle da tuberculose*. 2. ed. rev. [S.l.: s.n.], 2007. Mimeografado.
- NASCIMENTO, Maristela Santos; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Prática da enfermeira no programa de saúde da família: interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 10, nº 2, p. 333-345, 2005.
- NEMES, M. I. B. A prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, Lilia Blima; NEMES, Maria Inês Baptistella; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Saúde do adulto: Programas e Ações na Unidade Básica de Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- PORTO ALEGRE. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. *Manual de Equipe: Tuberculose*. Porto Alegre, 2003a.
- _____. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. *Manual de Normas Técnicas do Estado do Rio Grande do Sul: Tuberculose*. Porto Alegre, 2003b.
- RAUPP, B. *Planejamento em Serviços de Atenção Primária à Saúde/SUS*. 2007. Apresentação em Power Point realizada no Curso de Aperfeiçoamento de Gestão em Atenção Primária, organizado pelo CONASS, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <rbarbara@ghc.com.br>.
- SCHRAIBER, Lilia Blima; NEMES, Maria Inês Baptistella; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica de Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- SCHRAIBER, Lilia Blima (Org.). *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- TAKEDA, S.; TALBOT, Y. Avaliar, uma responsabilidade. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 11, nº 3, jul./set. 2006.
- TAVARES, M.; TAKEDA, S. Organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAM, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. (Ed.). *Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em Atenção Primária*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996. p. 22-28.
- TESSER, Charles Dalcanale. A clínica, a epidemiologia e os outros saberes em saúde: pensando os modelos assistenciais. *Saúde em Debate*, [S.l.], v. 45, p. 38-42, dez. 1994.

Atualize-se

O Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (SAS/MS), preocupa-se em manter os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) sempre atualizados, com os mais recentes estudos e pesquisas publicados sobre os assuntos relacionados direta ou indiretamente à Atenção Primária à Saúde.

No ano de 2009, o DAB aumentou a tiragem de suas publicações para 35 mil exemplares, além de disponibilizá-las em formato eletrônico também no portal <http://dab.saude.gov.br/publicacoes.php>, a fim de ampliar o acesso de médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e todos os outros membros da eSF a esses documentos.

Livro de Fotos

Saúde da Família: um Retrato

No ano do 15º aniversário da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde homenageia todos os profissionais da Atenção Básica e os usuários atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) neste primeiro nível do sistema com um livro de fotos, um retrato elaborado a partir de material fotográfico enviado pelos próprios profissionais da ESF. Um registro do cotidiano, do trabalho, das dores e alegrias que acompanham a trajetória da Estratégia Saúde da Família desde o início. São unidades de saúde, trabalhadores, visitas domiciliares, procedimentos, rostos e sorrisos que revelam um pouco da realidade da população brasileira em algum canto escondido. Para homenagear os profissionais e as pessoas que fazem a Saúde da Família no Brasil, foi criado o Livro de Fotos Saúde da Família. Esse livro é resultado de um concurso nacional promovido pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) e apoiado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que recebeu mais de duas mil fotografias de todo o País, das quais 60 foram selecionadas para integrar a publicação.



CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

VIGILÂNCIA EM SAÚDE:
ZOOSE

VIGILÂNCIA EM SAÚDE:
ZOOSE

VIGILÂNCIA EM SAÚDE:
ZOOSE

22

Brasília - DF
2009

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA n° 23

Saúde da Criança: Nutrição Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar

Para a saúde da criança, foi elaborada publicação especial sobre alimentação infantil e amamentação, na qual se reuniram importantes informações para a saúde da mãe e do bebê, desde o pré-natal até o desmame, a fim de potencializar ações de promoção da alimentação saudável, enfatizando a nutrição no ciclo da vida e o apoio ao aleitamento materno em uma linha de cuidado integral à saúde da criança. Também poderão ser encontradas receitas de papinhas de criança e um formulário para avaliação das práticas alimentares de crianças menores de dois anos.

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE DA CRIANÇA

SAÚDE DA CRIANÇA

SAÚDE DA CRIANÇA

23

Brasília - DF
2009

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE NA ESCOLA

SAÚDE NA ESCOLA

SAÚDE NA ESCOLA

24

Brasília - DF
2010

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA n° 22

Vigilância em Saúde: Zoonoses

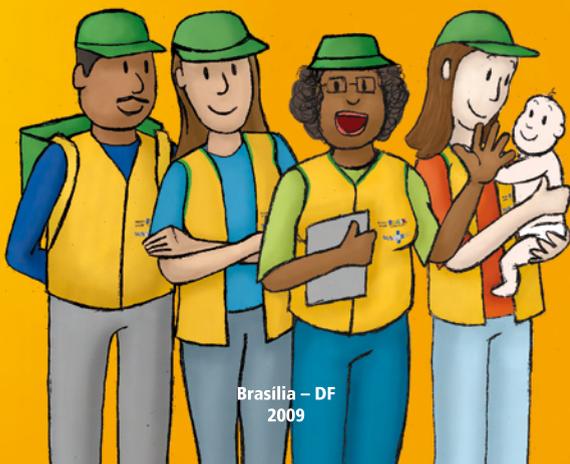
O “CAB n° 22: Zoonoses” tem como objetivo difundir as atividades dos profissionais da Atenção Primária à Saúde na prevenção e controle das doenças transmitidas por animais, considerando que a proximidade das equipes de Atenção Básica – Estratégia Saúde da Família e da Vigilância em Saúde – com a comunidade mantém um canal de comunicação oportuno para a difusão de informações relativas ao processo saúde-doença, visando viabilizar os princípios e diretrizes do acesso universal e da integralidade do cuidado. Ainda nesse Caderno, é possível encontrar informações sobre atividades de prevenção e educação em saúde, controle dos agravos, manejo ambiental, atividades intersetoriais, entre outras.

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA n° 24

Saúde na Escola

O “Caderno n° 24” pretende instrumentalizar as equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Nasf para o cuidado das crianças e adolescentes em seus territórios, considerando as especificidades dos escolares e as diretrizes para avaliação clínica e psicossocial necessárias. Oferece subsídios e ferramentas para as equipes fortalecerem a integração intersetorial das ações, valorizando os determinantes sociais de saúde implicados para a comunidade estudantil. Além disso, essa publicação apresenta o Programa Saúde na Escola (PSE), algumas estratégias de promoção da saúde nos estabelecimentos de ensino e as atribuições dos profissionais da Atenção Básica no PSE.

O TRABALHO do AGENTE COMUNITÁRIO de SAÚDE



Guia para o ACS

Guia Prático para o Agente Comunitário de Saúde

Ainda com foco nos agentes comunitários de saúde, profissionais centrais do modelo de atenção proposto pela Estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde publica um Guia Prático para o trabalho do ACS. São mais de 250 páginas com todo o tipo de informações para fomentar as ações diárias e sanar as diferentes dúvidas que esse profissional possa ter em relação à sua atuação nas comunidades e nas Unidades de Saúde da Família.

Com formato que visa facilitar a consulta e o manuseio, especialmente durante as visitas domiciliares, o Guia Prático reúne informações sobre as competências profissionais comuns a todos e as específicas a cada profissional, bem como sobre saúde da criança, saúde mental, saúde do adulto e do adolescente, registro civil de nascimento e documentação básica, doenças transmitidas por vetores (dengue, malária etc.), violência doméstica, atenção a pessoas com deficiência e orientações para famílias com pessoas acamadas.

Manual Informativo do ACS

O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde

A fim de orientar o trabalho dos cerca de 230 mil agentes comunitários de saúde em atividade no Brasil, o Ministério da Saúde elaborou um manual informativo com algumas diretrizes de atuação e informações importantes sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Básica que todo ACS deve saber. Nessa publicação, poderão ser encontradas, também, informações sobre planejamento de ações, processo de trabalho, como trabalhar educação em saúde na comunidade e alguns instrumentos de trabalho elaborados pelo Ministério – Ficha A (cadastramento das famílias), Ficha B (acompanhamento de gestantes), Ficha C (cartão da criança) e Ficha D (registro das atividades diárias do ACS).

GUIA PRÁTICO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE



Brasília-DF
2009



CERTIDÃO DE NASCIMENTO UM DIREITO QUE DÁ DIREITOS UM DEVER DE TODO O BRASIL

MOBILIZAÇÃO NACIONAL PELA CERTIDÃO DE NASCIMENTO E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA

Saiba mais em www.direitoshumanos.gov.br



Apoio:



Realização:



Ministério da Saúde
Governo Federal