

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

PROGRAMA SAÚDE da FAMÍLIA

CADERNO

1



A IMPLANTAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

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

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

Programa SAÚDE da FAMÍLIA

Caderno 1

A Implantação da Unidade de Saúde da Família

Brasília
2000

© Ministério da Saúde.

Permitida a reprodução desde que citada a fonte.

1ª edição, junho de 2000.

Tiragem: 15 mil exemplares

Edição, informação e distribuição

Ministério da Saúde

Secretaria de Políticas de Saúde – SPS

Departamento de Atenção Básica – DAB

Esplanada dos Ministérios, bloco G, 7º andar

Cep: 70058-900 – Brasília – DF

Tels: 61 321-3452 e 315-2546

Fax: 61 226-4340

E.mail: cosac@saude.gov.br

Organizador da série :

Milton Menezes da Costa Neto

Coordenação geral:

Maria Fátima de Sousa

Equipe de elaboração

Texto:

Maria Fátima de Sousa e Milton Menezes da Costa Neto – DAB/SPS/MS

Revisão

Ana Franklin e José Batista Cisne Tomaz – consultores

Ana Luiza Vilas Bôas, Maria Arindelita Neves de Arruda, Maria Leopoldina de Castro

Villas Boas, Maria Rita C. Dantas, Marcus Vinícius Quito – DAB/SPS/MS

Coordenação gráfico-editorial:

Sônia Rocha

Projeto gráfico e editoração:

Divanir Junior – MTb 4536/014/49v/DF

Imagens capa: Equipes de Saúde da Família nos municípios de Sobral (CE), Aracaju (SE), Criciúma (SC) e Teresina (PI). Arquivo do DAB/SPS/MS.

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Produzido e impresso com recursos do Projeto UNESCO 914/BRZ/16' –
Desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil.

Ficha Catalográfica

A Implantação da Unidade de Saúde da Família/Milton Menezes da Costa Neto, org. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000

44 p.

A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Caderno 1.
1. Saúde da família. I. Costa Neto, Milton Menezes da. II. Secretaria de Políticas de Saúde. III. Departamento de Atenção Básica. IV. Brasil. Ministério da Saúde

SUMÁRIO

Apresentação	5
Prefácio	7
Introdução	9
Parte I - Definições Conceituais	
1. A Unidade de Saúde da Família - USF	13
2. Cobertura	14
3. Instalação e equipagem	14
4. Composição e atribuições de uma Equipe de Saúde da Família	15
Parte II - Definições Operacionais	
1. Os passos para a implantação do PSF	
a. Debate e divulgação da proposta	21
b. Elaboração do Projeto de Implantação	21
c. Aprovação do Projeto de Implantação	23
d. Os processos de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais da ESF	23
2. A reorganização do trabalho nas USF	
a. Planejamento local das atividades	34
b. Cadastrando as famílias	34
c. O diagnóstico das condições de vida e de saúde da comunidade	37
d. A programação das atividades da ESF	40
e. Acompanhamento e avaliação das atividades da ESF	41
3. Reorganização dos métodos e da rotina de trabalho	
a. A organização da demanda	42
b. O trabalho em equipe	42
c. A atenção domiciliar	43
d. O trabalho de grupo	43
e. A educação permanente	44

APRESENTAÇÃO

A experiência brasileira com o modelo de atenção voltado para a Saúde da Família tem proporcionado mudanças positivas na relação entre os profissionais de saúde e a população, na estruturação dos serviços de saúde e no padrão de assistência à saúde oferecida à população pelo sistema público de saúde.

Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, os profissionais das Equipes de Saúde da Família necessitam de programas e conteúdos que os possibilitem desempenhar suas atribuições, cada vez mais próximos das necessidades de saúde da população.

O Ministério da Saúde vem ampliando sua parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para o desenvolvimento de Saúde da Família, através dos Pólos de Capacitação, de modo a intensificar o processo de qualificação em serviço dos profissionais que compõem as equipes. A publicação da série *Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família* representa, assim, um complemento a este trabalho desenvolvido pelos Pólos de Capacitação. Seu objetivo é reunir conteúdos e informações técnicas pertinentes aos protocolos e rotinas de trabalho das Equipes de Saúde da Família, sob os enfoques operacional, gerencial e conceitual. A elaboração de cada título conta com a participação da respectiva área programática do Ministério da Saúde, caracterizando um importante esforço de articulação.

Ao lado da instrumentalização técnica dos integrantes da Unidade Básica de Saúde, os *Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família* possuem também a tarefa de indicar, em linhas gerais, os limites de responsabilidade dos níveis de atenção no sistema, delimitando o apoio diagnóstico e terapêutico necessários ao nível básico da atenção e às unidades de referência específica.

Claudio Duarte da Fonseca
Secretário de Políticas de Saúde

PREFÁCIO

Saúde da Família vem se destacando como estratégia para reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Sua expansão ganhou novo impulso a partir de 1996, com a operacionalização da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS 96.

No período 1996-99, passou-se de 847 equipes em 228 municípios, para 4.945 equipes em 1.970 municípios. Para o ano 2.000, a meta é alcançar 11 mil equipes, das quais já alcançamos mais de 7 mil. E este processo de expansão de Saúde da Família vem se dando de forma integrada ao sistema de saúde, articulando as diferentes ações programáticas desenvolvidas, em especial, nos sistemas municipais de saúde.

A decisão política de implantar Saúde da Família no município é, sem dúvida, um passo importante. No entanto, transformar essa decisão em atenção à saúde da população universal e resolutiva é consequência de um trabalho articulado da gestão municipal de saúde. Para apoiar os municípios nesse processo de implantação da lógica de trabalho centrada na Saúde da Família, o Departamento de Atenção Básica, setor que promove os Programas Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS) junto às secretarias estaduais e municipais, está iniciando a publicação da série *Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família*, com este volume.

O conteúdo consolida, com base nos critérios definidos pela portaria 1.886/97 e em experiências municipais, um conjunto mínimo de atividades e procedimentos, constituindo um referencial teórico-metodológico ao processo de implantação do PSF orientado para todos os atores sociais envolvidos – do gestor aos profissionais de saúde. A implantação de Unidades de Saúde da Família cada vez mais resolutivas estará permitindo a reordenação do sistema de saúde como um todo, de forma que se mantenha o compromisso com o acesso da população a todos os níveis da atenção.

Heloíza Machado de Souza
Diretora do Departamento de Atenção Básica



INTRODUÇÃO

A nova estratégia do setor saúde, representada pelo Programa de Saúde da Família não deve ser entendida como uma proposta marginal, mas, sim, como forma de substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, voltada à permanente defesa da vida do cidadão. Está, assim, estruturada na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

Para tanto, é urgente que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, que se traduza em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas.

Configura-se, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. Assim, fazem-se necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individual, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde.

A atuação tradicional do setor saúde sempre conduziu à compreensão do indivíduo de forma isolada de seu contexto familiar e dos valores sócio culturais, com tendência generalizante, fragmentando-o e compartimentando-o, descontextualizando-o de suas realidades familiar e comunitária. Seu enfoque assistencialista e desarticulador vem gerando dependentes sociais, tratando os indivíduos como permanentes receptores de benefícios externos e não como cidadãos com direitos resguardados constitucionalmente.

Este problema, amplia-se pela tradicional forma de atenção à família, privilegiando o atendimento individualizado de seus membros. O indivíduo, visto de forma fragmentada, cuja manifestação da doença ocorre em partes de seu corpo, sem que sejam observadas suas diferentes dimensões, perde sua integralidade e acaba relacionando-se, repartidamente, com os serviços de saúde. Seus anseios, seus desejos, seus sonhos, suas crenças, seus valores, suas relações com os demais membros de sua família e com o seu meio social são aspectos quase que completamente esquecidos, ao ser abordado por um profissional de saúde tradicional.

Já a família, tradicionalmente vista também de forma fragmentada, quer seja no espaço físico em que está fixada, na sua composição nuclear, ou na relação com os demais subsistemas sociais, precisa ser abordada de forma integral e articulada, sem que se perca de vista, no entanto, o estado de equilíbrio individual (saúde) de seus membros.



Atualmente vem se estruturando, em nível internacional, uma nova visão da atuação da família e da comunidade, fundamental para o desenvolvimento de estratégias de políticas sociais. Sob esta perspectiva, o papel do profissional de saúde é o de aliar-se a família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la. É preciso ajudá-la a descobrir e a desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas.

Cabe, então, o exercício de uma nova prática, com base em outra racionalidade, partindo de uma premissa solidária e construída de forma democrática e participativa, capaz de transformar os indivíduos em verdadeiros atores sociais e sujeitos do próprio processo de desenvolvimento.

Mas como exercer uma nova prática, em um contexto de saúde no qual o saber encontra-se fragmentado, compartilhado por diversos profissionais do setor que dominam parcela do conhecimento e encontram-se divididos em diferentes níveis de complexidade de atuação? E, sobretudo, quando tais profissionais, hierarquicamente distribuídos, atuam de forma compartimentada e sempre de acordo com princípios técnico-científicos, alijando, em grande parte, a participação do próprio indivíduo e da família no processo de manutenção e recuperação de sua saúde. Neste contexto, a produção de serviços de saúde vem se dando, basicamente, através do trabalho isolado dos profissionais. O trabalho dito em equipe, na prática, ocorre pelo simples compartilhar do mesmo espaço físico em unidades de saúde, significando apenas uma abordagem multiprofissional, sem que haja a real inter ou transdisciplinaridade.

Por esta razão, para que se exerça uma nova prática, são necessárias ações voltadas ao redirecionamento da participação dos profissionais de saúde, com vistas à construção da equipe de saúde como a verdadeira unidade produtora desses serviços. A especificidade das responsabilidades de cada membro jamais deverá ofuscar a missão comum da equipe, e sua prática democrática e construtiva precisa estar direcionada a uma maior motivação, satisfação e eficiência de seu trabalho. Tal prática somente será eficaz, se associada ao fato da criação de canais e mecanismos efetivos para a participação ativa da população, como sujeito do processo de manutenção e recuperação de sua saúde.

Deve-se ter em mente que o objetivo geral da estratégia Saúde da Família é de "contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população". E, para atingí-lo, a Equipe de Saúde da Família (ESF) precisa conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade: os contextos familiares e a vida comunitária, desenvolvendo um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases: na programação, na execução e na avaliação.

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.



PARTE I

DEFINIÇÕES CONCEITUAIS



1. A Unidade de Saúde da Família - USF²

A Unidade de Saúde da Família (USF) é o novo ou antigo Posto ou Centro de Saúde reestruturado, trabalhando dentro de uma nova lógica, que lhe atribui maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência.

A USF deve se constituir no primeiro contato do usuário com sistema de saúde, isto é a "porta de entrada" do sistema. Mas essa imagem de "porta de entrada" é apenas parcial e dá margem a alguns equívocos. Uma USF não pode ser apenas um local de triagem e encaminhamento, onde a maior parte dos casos são encaminhados para os serviços especializados. Ela tem que ser resolutiva, com profissionais capazes de assistir aos problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes que, por meio de processos educativos, promovam a saúde e previnam doenças em geral. É necessário promover a mudança de hábitos e costumes alimentares, promover a atividade física e promover a higiene pessoal, do domicílio e do ambiente em geral. É preciso garantir água potável, vacinar animais, cuidar do destino do lixo e do esgotamento sanitário. Enfim há uma série de atividades individuais e coletivas que precisam ser promovidas e fomentadas pelas ESF em conjunto com a comunidade.

Desta forma, a melhor imagem para a USF é a de um funil, no qual apenas uma pequena parte dos casos (cerca de 15%) precise ser encaminhado, para serviços mais especializados. E, mesmo nesses casos, a USF não atuará simplesmente como "porta de entrada", uma vez que terá sob sua responsabilidade todo o plano terapêutico, mesmo que ele seja realizado, em parte, em outros serviços mais especializados. A USF jamais deve perder de vista o usuário, responsabilizando-se pelas "referências" necessárias, contatando os outros serviços, discutindo os casos e recebendo-os de volta, na "contra-referência", para continuar atuando no nível dos cuidados básicos.

A USF deve realizar uma assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional na própria Unidade e também nos domicílios e em locais comunitários, como escolas, creches, asilos, presídios, entre outros.

2. Cobertura

Uma Unidade de Saúde da Família pode trabalhar com uma ou mais equipes, variando de acordo com o número de famílias existentes na área. Recomenda-se que o número de equipes por unidade não seja superior a três, facilitando a identificação das equipes e organizando melhor o fluxo dos usuários.

As Equipes de Saúde da Família (ESF) trabalham como uma população adscrita,

² Para elaboração deste capítulo, tomou-se por base o documento produzido pela Coordenação de Saúde da Comunidade, do Ministério da Saúde, em 1998, intitulado: "Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial".



ou seja, com um número fixo de famílias. De uma forma geral, recomenda-se que cada ESF assista de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) da equipe cobre uma área de aproximadamente 20 a 250 famílias. Essas definições dependem das realidades geográfica, econômica e sócio-política da área, levando-se sempre em conta a densidade populacional e a facilidade de acesso à Unidade.

3. Instalação e equipagem

Implantar uma USF não significa construir novas unidades, mas readequar o funcionamento das existentes. Preferencialmente, a USF deve ser instalada em uma unidade básica de saúde já existente, seja um Centro de Saúde ou um Posto. Porém, poderá haver adaptações em outras unidades, desde que sejam obedecidos os critérios de referência territorial e de facilidade de acesso da população. Estes aspectos são extremamente importantes para o seu adequado funcionamento.

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) exige, às vezes, estratégias de transição de um modelo a outro. Nesses casos, é necessário manter a convivência das duas lógicas de atuação por um determinado período. Normalmente é um período de conflitos, onde entram em jogo uma série de interesses.

Muitos gestores optam por iniciar a implantação do PSF em áreas periféricas, que apresentam maior dificuldade de acesso e maiores riscos de adoecer/morrer. Depois vão ampliando a atuação para áreas mais centrais, onde os serviços de saúde são mais "estruturados".

Em termos de equipamentos, uma USF deve incorporar a tecnologia necessária à resolução dos problemas nesse nível de atenção³, além de garantir o transporte para o deslocamento da equipe quando a área de cobertura for muito extensa. Mas, tecnologia, na atenção básica, significa também a permanente revisão dos saberes e práticas. É necessário um processo de educação permanente que se traduza numa atuação clínica, epidemiológica e de vigilância à saúde, onde indivíduo, a família e a comunidade são as bases de uma nova abordagem.

Além dos equipamentos essenciais, cabe lembrar que os ACS costumam usar bicicletas (ou barcos, animais etc.) como meios de transporte, e alguns equipamentos básicos, como balança, cronômetro, fita métrica, termômetro, entre outros. Os ACS precisam também de materiais que facilitem seu processo de trabalho: prancheta, lápis, caneta, caderno e uniforme (jaleco, boné e camiseta), para sua identificação na comunidade.

³ Encontra-se em fase de elaboração, pelo Ministério da Saúde, uma listagem dos equipamentos básicos de uma Unidade de Saúde da Família.



4. Composição e atribuições de uma Equipe de Saúde da Família - ESF

É recomendável que a ESF seja composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro e seis Agentes Comunitários de Saúde.

Outros profissionais de saúde, tais como psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, dentre outros, poderão ser incorporados a esta equipe básica, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com esta proposta de trabalho, que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo.

Os profissionais das equipes de saúde devem residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral. Para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os Agentes Comunitários de Saúde precisam residir nas respectivas áreas de atuação.

As atribuições básicas de uma ESF são:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sócio-econômicas, psico-culturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde;
- Programar as atividades e reestruturar o processo de trabalho;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida. Atuar no controle de doenças transmissíveis como a tuberculose, a hanseníase, as DSTs e AIDS, de doenças infecto-contagiosas em geral, das doenças crônico-degenerativas e de doenças relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente;
- Valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, que é fundamental no processo de cuidar;
- Resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados e, quando isso não for possível, garantir a continuidade do tratamento, através da adequada referência do caso;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contactos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde através da educação sanitária;
- Desenvolver processos educativos através de grupos voltados à recuperação da auto-estima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do auto-cuidado;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais



existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;

- Promover, através da educação continuada, a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável;
- Discutir de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde

Atribuições específicas do médico

Preferencialmente, o médico da equipe deve ser um clínico geral, que atenda todos os membros das famílias, independente de sexo e idade. Em face do escasso número desses profissionais no mercado¹, é preciso trabalhar com profissionais que se aproximem do perfil desejado, ou seja, que tenham interesse em se habilitar na clínica geral e vocação para trabalho em equipe e em comunidade.

O fundamental é a postura do profissional, que precisa se comprometer com as pessoas, conhecendo mais sobre aspectos de suas vidas particular, familiar e social, que possam ser úteis na promoção dos cuidados com a saúde.

O conhecimento aprofundado da realidade local deve levar à identificação das doenças mais comuns e seus determinantes. A convivência contínua com as pessoas e com as famílias deve propiciar, com o tempo, um vínculo de responsabilidade, que é fundamental não só para o tratamento das doenças, mas também para a promoção da saúde e realização de ações, enquanto os indivíduos estão saudáveis.

Ao lado das atribuições partilhadas com a ESF, o médico tem também algumas atribuições específicas:

- Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva. Assistir as pessoas em todas as fases e especificidades da vida: criança, adolescente, mulher grávida, adulto, trabalhador, portadores de deficiências específicas e idoso;
- Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências;
- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Realizar partos, se as condições locais o permitirem.

¹ Os currículos das Escolas de Medicina privilegiam, em sua grande maioria, a formação de profissionais voltados para as especialidades. O Ministério da Saúde, com o objetivo de reforçar a organização das ações e serviços de atenção básica no país, está envidando esforços no sentido de ampliar a formação de médicos generalistas. Uma das estratégias utilizadas é a criação de Pólos de Formação, Educação Permanente e Capacitação de Profissionais em Saúde da Família, que articulam instituições de ensino superior (públicas e privadas) e secretarias estaduais e municipais de saúde.



Atribuições específicas do enfermeiro

Este profissional desenvolve seu trabalho em dois campos essenciais: na USF e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos ACS e do auxiliar de enfermagem, bem como assistindo às pessoas que necessitam de atenção de enfermagem no domicílio.

Suas atribuições específicas são:

- Executar, no nível de suas competências, assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária à criança, ao adolescente, à mulher grávida, ao adulto, ao trabalhador, ao portador de deficiência física e mental e ao idoso.
- Organizar as rotinas de trabalho à nível de USF e de comunidade
- Supervisionar e desenvolver ações para capacitação dos ACS e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções

Atribuições específicas do auxiliar de Enfermagem

As ações do auxiliar de enfermagem são desenvolvidas nos espaços da USF e nos domicílios, quando necessário.

Suas atribuições específicas são:

- Acompanhar as consultas de enfermagem dos indivíduos expostos às situações de risco, visando garantir uma melhor monitoria e acompanhamento de suas condições de saúde;
- Desenvolver com os ACS atividades de identificação das famílias de risco;
- Realizar procedimentos nos domicílios, quando solicitado pelo ACS

Atribuições específicas dos Agentes Comunitários de Saúde

O ACS funciona como elo de ligação entre a equipe e a comunidade: um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.

O ACS desenvolve na USF atividades de programação e de supervisão de suas atividades. Mas, o seu trabalho cotidiano é junto aos domicílios de sua área de abrangência. Suas atribuições específicas são:

- Realizar mapeamento de sua área;
- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
- Identificar indivíduos e famílias expostos às situações de risco;
- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde,



encaminhando e até agendando consultas e exames, quando necessário;

- Realizar, através da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- Estar sempre bem informado e informar a ESF sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;
- Desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- Promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, dentre outras;
- Traduzir para a ESF a dinâmica social, suas necessidades, potencialidades e limites.



PARTE II

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS



1. Passos para a implantação de Saúde da Família

a. Debate amplo da proposta do PSF e divulgação de experiências de outros municípios.

A sensibilização visa a disseminação da proposta. É fundamental que gestores, profissionais de saúde, políticos e a população em geral compreendam que o Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia de reorganização da atenção básica e, conseqüentemente, de todo o sistema de saúde, o que exige a participação de todos nesse processo de mudança.

É importante promover fóruns de debates e usar todos os meios de divulgação para envolvimento de instituições formadoras de recursos humanos para a saúde, da Câmara de Vereadores, dos Conselheiros Municipais e profissionais de saúde, das organizações existentes na comunidade e da população em geral. É também uma oportunidade para a divulgação de experiências bem sucedidas, que ajudem a dar credibilidade e a mostrar como Saúde da Família funciona na prática.

Como toda proposta inovadora, a implantação da estratégia de Saúde da Família para ser bem sucedida depende de uma firme decisão política do gestor municipal e do aprovação e apoio do Conselho Municipal de Saúde – CMS.

Para isso, é preciso iniciar a discussão no CMS e elaborar o Projeto de Implantação. Esse Projeto deve observar os princípios básicos que orientam o PSF, ainda que sua operacionalização possa apresentar variações necessárias em função das diferentes realidades e recursos locais e regionais.

b. Elaboração do Projeto de Implantação

O Projeto de Implantação do PSF deve prever a adequação física, os recursos humanos e os equipamentos necessários para garantir que a USF possa efetivamente responder aos problemas da população da área.

Elaborar o Projeto de Implantação é tarefa do Município, que, para isso, pode contar com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde. O processo possui várias etapas, sendo que algumas podem ser simultâneas:

i. Identificar as áreas prioritárias

O primeiro passo na elaboração do Projeto de Implantação é a definição das áreas prioritárias a serem cobertas pelo PSF. A prioridade número um é que todos tenham acesso aos serviços de saúde para garantir o princípio da igualdade de todos os cidadãos. Isso se traduz na necessidade de alguns municípios de expandir a rede básica para assistir periferias urbanas e zonas rurais.

Outro critério fundamental na escolha da área prioritária é o risco social (altos



índices de desemprego, criminalidade, prostituição, crianças fora da escola e outros), que normalmente vêm associados a um maior risco de adoecer/morrer.

Em locais onde a rede é "melhor estruturada", e há resistência à mudança de modelo, pode-se optar também por um critério de consenso, ou seja, começar por onde há maior adesão das equipes de saúde à proposta.

Mas não se esqueça: a implantação de equipes isoladas, que não cobrem 100% das áreas consideradas prioritárias, tende a ter pouca eficácia e baixo impacto.

ii. Levantar o número de habitantes

Esse levantamento deve ser feito buscando-se as fontes de dados disponíveis. Às vezes, as áreas escolhidas não correspondem aos setores censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Além do IBGE, podem haver dados nas Secretarias de Planejamento da Prefeitura, Secretaria de Ação Social, Associações Comunitárias, Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), EMATER e outros.

iii. Calcular o número de ACS e de ESF

Cada Equipe de Saúde da Família deve acompanhar de 600 a 1.000 famílias, o que corresponde de 2.400 a 4.500 pessoas. Cada ACS (5 a 6 por equipe) é responsável pelo acompanhamento de uma microárea, onde residem de 400 a 750 pessoas.

A definição do número de ESF e de ACS depende do número de famílias/pessoas que irão acompanhar. E essa definição depende das características do território: a distância das casas, as barreiras de acesso (rios, montanhas, inexistência de transporte adequado), a natureza e a dimensão dos problemas (área de risco social ou ambiental). Assim, o cálculo do número de equipes e de ACS em uma área é feito dividindo-se a população da área ou município pelo número de pessoas que cada equipe ou ACS irá assistir.

Mas, não se esqueça: o número máximo de Equipes de Saúde da Família financiadas pelo Ministério é calculado dividindo-se o total de habitantes do Município por 2.400. No caso da Região Norte, este número está sendo revisto e deverá ser menor, em razão do grande número de pessoas que vivem dispersas em áreas extensas.

iv. Mapear as áreas e microáreas

Definido o número de equipes e de ACS, é hora de mapear as áreas e microáreas de atuação. Esse mapeamento pode ser elaborado copiando-se de uma planta atualizada do Município, em papel manteiga, as áreas consideradas prioritárias para implantação. Feito isso, faz-se a divisão das áreas de atuação de cada equipe que, por sua vez, serão divididas em microáreas, nas quais os ACS deverão atuar. As áreas são o conjunto de microáreas contíguas.



c. Aprovação do Projeto de Implantação pelo CMS e encaminhamento à Secretaria Estadual de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite

Após a aprovação do Projeto de Implantação pelo CMS, a Secretaria Municipal de Saúde deve solicitar adesão ao Programa Saúde da Família, através de ofício para a Secretaria Estadual de Saúde, para que sejam pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) os recursos federais a serem alocados para o município, sob a forma de incentivos⁵.

O Município deve se qualificar para receber os recursos dos incentivos através do cumprimento das seguintes exigências:

- Preenchimento de declaração para qualificação aos incentivos, (documento em via original, assinado pelo gestor municipal e pelo coordenador da CIB), que deve ser enviada à Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde, para publicação no Diário Oficial da União.
- Logo que as equipes iniciarem suas atividades, o município deve implantar e alimentar o banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), requisito obrigatório para recebimento dos incentivos. Se o município deixa de informar o SIAB durante DOIS meses seguidos ou TRÊS alternados, o pagamento dos incentivos é automaticamente bloqueado.
- Os recursos dos incentivos são repassados ao município por mês, com base em informações enviadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde à Departamento de Atenção Básica/SPS/Ministério da Saúde.

A Secretaria de Estado da Saúde realiza a análise do Projeto de Implantação e da documentação complementar assim como o posterior encaminhamento para apreciação da CIB, onde a inclusão dos incentivos ao PSF será compatibilizada com as metas de implantação do PSF e os respectivos tetos orçamentários previstos para o Estado, como um todo, e para cada um dos municípios. A CIB é também o fórum onde deverá ser negociado o apoio técnico da Secretaria Estadual de Saúde ao processo de implantação do PSF.

d. Os processos de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais da Equipe de Saúde da Família

"Com tempo suficiente, oportunidade suficiente e desejo suficiente, é provável que qualquer habilidade possa ser desenvolvida por qualquer indivíduo". (Dr. Robert L. Ebel)

Depois de definidos a composição e o número de equipes, o Município deve planejar e executar o recrutamento e a seleção dos profissionais, contando para isso, com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde e/ou instituição formadora de recursos humanos para a saúde.

⁵ Os recursos federais para apoio à implantação do PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) são alocados e repassados aos municípios sob a forma de incentivos, que compõem a parte variável do Piso de Atenção Básica (PAB).



Atenção especial deve ser dada à identificação de profissionais com do perfil adequado, principalmente no que se refere à postura profissional, que deve ser de muito respeito e compromisso com a ESF e com as pessoas da comunidade.

i. Pactuação da estratégia Saúde da Família com os profissionais da rede básica

Muitos conflitos na fase de implantação do PSF se devem à falta de compreensão da proposta, que deve ser amplamente debatida. O envolvimento do maior número de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde irá capacitá-los tanto para a atuação técnica, como para a multiplicação dessas discussões nas comunidades e demais serviços.

No recrutamento de pessoal para o Saúde da Família, pode-se pactuar com o pessoal da rede de saúde uma seleção interna, que dará a oportunidade àqueles profissionais que desejam mudar sua prática de trabalho. Os que não aderirem, ou não se adequarem ao perfil desejado, devem ser, se possível, realocados nos serviços de retaguarda especializada.

Não se recomenda a permanência, numa mesma USF ou numa mesma área, de profissionais atuando no PSF, ao lado de outros, atuando no modelo tradicional. Isso sempre gera conflitos e dificulta a consolidação de uma nova prática sanitária.

ii. Diretrizes gerais do processo seletivo

O processo seletivo se inicia com a etapa de recrutamento e termina com a aprovação dos candidatos considerados mais aptos aos critérios e tarefas pré-definidos, com base nos princípios da estratégia Saúde da Família.

Qualquer opção para selecionar os profissionais desejados deve levar em conta as demandas e as disponibilidades de recursos locais (humanos, materiais etc), recorrendo-se às instâncias regionais e/ou estaduais, quando necessário.

Especial atenção deve ser dada à composição das bancas examinadoras, tendo em vista os aspectos técnicos de elaboração das etapas do processo de seleção, a ética inerente a esta atividade, bem como o vínculo com os objetivos e com a própria concepção da estratégia a ser trabalhada.

A programação das provas deve constar nos editais públicos de seleção e contemplar as atribuições gerais e específicas dos membros da equipe.

Durante todas as etapas do processo, é importante, sempre que possível, sensibilizar os participantes para a nova proposta, através de exposições dialogadas. Estas diretrizes gerais do processo seletivo também têm o intuito de respeitar tanto as peculiaridades locais e regionais, como a especificidade de cada categoria componente da



equipe. Assim sendo, outros mecanismos de recrutamento e de seleção que melhor se adequem à situação específica poderão ser utilizados. É o caso dos Agentes Comunitários de Saúde, cuja participação ativa da comunidade na identificação do perfil desejado pode ser de grande utilidade.

iii. Passos fundamentais do processo seletivo

Uma vez contemplados os requisitos do Termo de Adesão ao PSF, o processo seletivo deverá cumprir os seguintes passos fundamentais:

- Identificação, no nível local, do mecanismo de contratação, incluindo a entidade/instituição que será responsável pelo vínculo empregatício;
- Abertura de processo específico, com cópia do Termo de Adesão ao PSF e de documento oficial da entidade contratante;
- Identificação das necessidades de profissionais, conforme o número de equipes propostas e aprovadas;
- Definição do número de vagas por categoria integrante do conjunto de equipes;
- Constituição de uma Comissão Responsável pelo Processo Seletivo que deverá ter as seguintes atribuições:
 - elaborar as normas para recrutamento, inscrição e seleção de candidatos;
 - divulgar o processo seletivo, através da imprensa - rádio, TV, jornais e revistas - em tempo hábil;
 - estabelecer o período para recebimento de inscrições;
 - acompanhar o processo de inscrição que será responsabilidade da coordenação local do PSF, no município proponente;
 - selecionar os objetivos e conteúdos, para a avaliação dos candidatos;
 - elaborar o conteúdo programático e a referência bibliográfica dos temas do processo seletivo;
 - elaborar os itens e selecionar as questões, de acordo com a complexidade desejada;
 - montar a prova escrita;
 - elaborar as instruções e as respostas-padrão;
 - fazer a revisão final da prova escrita;
 - providenciar a impressão final da prova e o seu empacotamento;
 - preparar a lista de presença que deverá ser assinada pelos participantes do processo seletivo;
 - aplicar a prova escrita;
 - corrigir a prova escrita;
 - comunicar o resultado da prova escrita;



- preparar e realizar, se for o caso, as entrevistas, os exames práticos e as análises dos currículos;
- realizar a revisão e análise dos resultados;
- elaborar o relatório final do processo seletivo e encaminhá-lo com a lista dos aprovados às autoridades competentes, visando sua homologação.
- Divulgação da relação dos aprovados no município proponente, logo após o processo de seleção.
- Convocação dos candidatos aprovados para o treinamento introdutório.

Recrutamento dos profissionais

O recrutamento representa um processo de busca e de encorajamento de um grupo de profissionais para um determinado processo seletivo, objetivando sua candidatura ao cumprimento de um papel específico. Ele visa, no caso, a identificação de possíveis candidatos para o desempenho das ações pertinentes à estratégia Saúde da Família, estimulando-os, com base nos possíveis benefícios advindos da concretização dessas tarefas.

Por tratar-se de uma experiência inovadora, é importante a divulgação desse processo em locais onde prováveis candidatos possam ser encontrados, preenchendo os pré-requisitos necessários para o desempenho das atividades específicas, de forma a não selecionar profissionais que, futuramente, venham a se sentir frustrados ou inadequados para as tarefas de uma ESF. Além da publicação em veículo oficial, essa divulgação precisa ser a mais ampla possível, para que possa atrair também aquelas pessoas que ainda não haviam pensado em trabalhar no PSF, de modo que se sintam motivadas a fazê-lo, a partir do conhecimento da proposta.

Dentre as diversas fontes e formas de recrutamento, destacam-se as seguintes estratégias, principalmente pela sua exequibilidade:

- anúncio em jornais e revistas de grande circulação nas cidades maiores;
- abertura de um cadastro de profissionais indicados ou interessados, visando ao envio de correspondência sobre o processo seletivo;
- contato pessoal e afixação de cartazes e edital nas portarias e demais lugares "estratégicos" de escolas de Medicina e de Enfermagem, serviços de saúde, associações de classe;
- apresentação de proposta em diferentes organizações, em cursos, congressos, explicando a abertura e ampliação do mercado de trabalho.

Deve haver um trabalho especial junto às instituições formadoras de recursos humanos, sem se esquecer dos profissionais que já estão no mercado de trabalho e que se encontram insatisfeitos com sua prática tradicional em vigor.

Por outro lado, é igualmente importante a divulgação junto aos profissionais já



inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), visando também a promoção das indispensáveis articulações para o desenvolvimento das referências e contra-referências locais e regionais. Nesse processo de planejamento e divulgação, é fundamental o comprometimento das autoridades locais, principalmente por meio das Associações de Prefeitos, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Os cartazes, anúncios e outros recursos audiovisuais de propaganda (multimeios) devem incluir as seguintes informações:

- que se oferece e exige;
- definições da estratégia Saúde da Família, seus objetivos, requisitos, a necessária dedicação exclusiva da equipe e as demais características essenciais;
- identificação dos problemas que se quer atingir, destacando-se não só os pré-requisitos para lidar com eles, mas também o perfil necessário de cada membro da equipe;
- reforço aos princípios gerais do PSF, com "chamadas" dirigidas a potenciais profissionais que se identifiquem com estes princípios.

Paralelamente ao recrutamento do público externo, deve-se mobilizar os servidores da própria instituição, para que conheçam as vantagens e desafios da estratégia Saúde da Família, identificando-se aqueles que se aproximam do perfil delineado, atendendo especialmente às demandas dos municípios.

Para minimizar o constrangimento do servidor local não aprovado no processo seletivo, pode-se recorrer a alguns dos seguintes critérios de avaliação, previamente empregados:

- avaliação do desempenho profissional, inclusive mediante consulta às chefias imediatas;
- análise da conduta e do pensamento crítico e criativo em relação aos problemas de saúde pública;
- resultado das avaliações dos treinamentos/aprimoramentos que o candidato já participou.

Seleção dos profissionais

A seleção é entendida como o processo de identificação dos candidatos mais aptos a desempenhar as tarefas estabelecidas. No caso da estratégia Saúde da Família, devem ser identificados aqueles que apresentam o perfil mais adequado para o desempenho das atividades pertinentes, associado à respectiva qualificação técnica. Dessa forma, o estabelecimento de requisitos, dentre eles o perfil profissional desejado, é fundamental para se dar mais objetividade e maior probabilidade de acerto na seleção.

Existem variadas formas de seleção que habitualmente podem ser usadas isoladamente ou em conjunto:



- prova dissertativa ou subjetiva;
- prova objetiva, de múltipla escolha, contemplando o aspecto da assistência integral à família (do recém-nascido ao idoso), com enfoque clínico epidemiológico;
- prova prática de atendimento integral à saúde familiar e comunitária, ou prova teórico-prática de descrição do atendimento a uma situação simulada;
- entrevista;
- análise do currículo, visando mensurar o preparo e a experiência do profissional em relação às atividades do PSF.

i. Prova de conhecimento

É essencial um planejamento antes de se iniciar a confecção de uma prova:

- O que queremos medir?
- Quais os seus objetivos?
- Como elaborar as questões de forma que elas possam ser respondidas revelando de fato o conteúdo que gostaríamos de avaliar?
- Será que a prova de conhecimentos é suficiente para avaliar o candidato, inclusive seu perfil, frente ao que se deseja de sua atuação futura?

Em primeiro lugar, é preciso ter-se clareza dos objetivos da seleção, isto é, o que se pretende avaliar, para que sejam definidos, então, os próprios critérios da seleção e os instrumentos de avaliação a serem empregados.

Alguns aspectos qualitativos do candidato devem estar presentes, em especial aqueles referentes ao seu comportamento global e relacionados, basicamente, a:

- facilidade de se expressar;
- objetivo de vida;
- interesse em aprender;
- estabilidade emocional;
- nível cultural;
- relações interpessoais e familiares;
- interesses extra-profissionais;
- emprego atual (nível de satisfação).

Alguns aspectos da elaboração de uma prova que não devem ser esquecidos:

- Dados de identificação
- Seleção dos objetivos
- Conteúdos de ensino e tabela de especificação. Por exemplo:



- Questões de conhecimento - 10% - peso 1
- Questões de compreensão - 20% - peso 2
- Questões de aplicação - 30% - peso 3
- Questões de avaliação - 40% - peso 4
- Elaboração dos itens e seleção das questões
- Montagem da prova
- Elaboração das instruções e das respostas-padrão
- Revisão final
- Aplicação
- Correção
- Revisão e análise dos resultados
- Comunicação dos resultados

As provas subjetivas ou de dissertação possuem muitos defensores, pois proporcionam a avaliação de conhecimentos em maior extensão e profundidade que as provas objetivas. É corrente a idéia de que este tipo de prova é de mais fácil elaboração, o que na prática não corresponde à realidade. Justamente por proporcionar ao candidato a livre manifestação de suas idéias, é necessário que o examinador considere alguns princípios técnicos para facilitar a sua correção, através da determinação de critérios justos e eqüitativos.

É preciso evitar a apresentação de respostas rotineiras em que o candidato possa reproduzir literalmente manuais e livros-textos, ou de respostas tão diversificadas que não permitam estabelecer um padrão de correção. Qualquer que seja o tipo de quesito, o objetivo que se quer avaliar, a relevância do assunto e o nível intelectual da clientela-alvo, deve-se evitar questões que levem a respostas superficiais e opinativas.

Nos itens de respostas abertas é aconselhável "amarrar" o enunciado, de forma a situar o candidato quanto ao que está sendo esperado dele como resposta, indicando-lhe de que forma deverá manifestar suas idéias. A redação do item deve conter orientação suficiente para a elaboração de uma resposta estruturada e adequada ao grau de especificidade ou de generalidade exigido. Os aspectos a serem explorados devem estar definidos, de forma clara, evitando-se a utilização de expressões vagas como "o que você pensa", "qual a sua opinião", ou "escreva tudo o que sabe". A questão deve estar estruturada, de modo que o candidato possa selecionar as informações e organizar a resposta num todo integrado.

É preciso lembrar que existem diferenças individuais, em relação à velocidade de reflexão sobre uma questão e sua resposta. A premência de tempo pode deixar o candidato nervoso, inseguro, deteriorando sua caligrafia e a forma de apresentação. Porém, o excesso de tempo pode também ser prejudicial ao candidato, pois começa a querer modificar o que já escreveu, muitas vezes prejudicando a lógica da apresentação. O tempo necessário



para a realização da prova deve ser planejado adequadamente, considerando-se a sua extensão e o grau de dificuldade dos quesitos.

Um instrumento de avaliação deve oferecer igualdade de condições a todos os candidatos, de modo que seus diferentes desempenhos possam ser comparados.

Assim, em questões dissertativas, deve-se evitar colocar itens optativos, pois o candidato selecionará, naturalmente, aquele que julgar mais capaz de respondê-lo, dificultando, sobremaneira, a comparação entre os elementos do grupo testado. Avaliar é, sobretudo, comparar o desempenho em relação ao grupo de referência. Só assim a avaliação faz sentido.

Caso seja escolhido o teste de múltipla escolha – prova objetiva, alguns aspectos precisam ser observados:

- Certificar-se da existência de consenso, quanto à resposta certa de cada questão.
- Construir questões de níveis diferentes de dificuldade .
- Distribuir as questões de forma balanceada em relação à sua dificuldade:
 - 30% perguntas julgadas "fáceis".
 - 40% perguntas de moderada complexidade.
 - 30% perguntas consideradas "difíceis".
- Redigir os enunciados de forma clara e concisa.
- Evitar o emprego de palavras como "sempre", "somente", "nunca", "jamais", "invariavelmente", "todos", "nenhum" etc.
- Dar preferência à apresentação de questão sob a forma afirmativa direta, evitando utilizar questões com negativa dupla.
- Incluir nas instruções gerais o aviso de não deixar questões sem resposta.
- Apresentar a questão sob a forma de pergunta ou de afirmação incompleta, tendo o cuidado de situar todo o problema no enunciado.
- Fazer opções curtas, de extensão aproximadamente igual e independentes entre si.
- Não empregar nas opções "nenhuma das respostas acima" ou "todas as respostas acima".

Quanto ao julgamento, dificilmente pode-se neutralizar sua subjetividade, mas existem alguns procedimentos que permitem minimizá-la, tais como:

- a correção anônima, impedindo que o examinador identifique o candidato;
- a correção de uma mesma questão por todos os examinadores, permitindo dar maior consistência aos escores pela constância no padrão de correção;
- a correção por resposta-padrão, facilitando a análise e a identificação das partes componentes e atribuindo notas em função do grau de relevância de cada parte;
- a correção por várias pessoas, caracterizando, sempre, um resultado mais



fidedigno que o resultado isolado de um único examinador. No caso de concursos ou processos de seleção, é desejável que se constitua uma comissão avaliadora e que seus membros participem desde a elaboração da(s) prova(s) até a sua correção. Isso dilui a responsabilidade em relação à reprovação de candidatos e imprime maior grau de credibilidade quanto aos resultados.

ii. Entrevista

A entrevista é uma das etapas da seleção que mais influencia na decisão final do aproveitamento ou não do candidato. É necessário que seja realizada com bastante habilidade e tato, para que possa realmente produzir os resultados esperados.

Os especialistas recomendam que a maneira de melhorar a confiabilidade da entrevista é a sua padronização, a fim de corrigir defeitos de subjetividade excessiva. O planejamento da entrevista requer clareza dos requisitos exigidos e das informações que se quer dos candidatos. A entrevista pode ser livre ou dirigida, individual ou em grupo.

A entrevista é livre, quando segue o curso natural pergunta-resposta-pergunta, ou seja, quando não há um roteiro pré-estabelecido para cada entrevista. O entrevistador não impõe qualquer tipo de resistência e não se preocupa com a seqüência do assunto, atendo-se à profundidade da abordagem.

A entrevista dirigida é condicionada a um roteiro que serve de guia, para a formulação de perguntas a que o candidato deve responder. É criticada pela pressão que exerce sobre o entrevistado, restringindo e limitando sua expressão, mas, em compensação, diminui a subjetividade do entrevistador.

A entrevista coletiva é mais utilizada, quando se quer verificar aspectos como facilidade de expressão oral, liderança, postura em público, etc.

Como sugestão, o seguinte roteiro pode ser utilizado pelos entrevistadores:

• Observação do perfil do candidato:

- Identificação com a proposta do PSF e motivação que o seu trabalho requer;
- Sensibilidade para as questões sociais;
- Criatividade e capacidade de tomar iniciativa;
- Disponibilidade para dedicação integral ao PSF;
- Disposição para o trabalho com a comunidade;
- Interesse no planejamento, organização e avaliação da atuação da equipe no tocante à melhoria de saúde local.

• Informações a serem solicitadas aos candidatos:

- Por que se candidatou?
- Qual o interesse em trabalhar e residir próximo ou na própria comunidade



em que irá atuar?

- Qual a expectativa frente ao trabalho? O que espera obter dele?
- Qual a sua visão a respeito desta proposta?
- Como vê o processo de municipalização e de controle social?
- Como pretende desenvolver suas atividades no PSF?
- Que experiências anteriores desenvolveu no trabalho com a comunidade?
- Outras.

• **Itens importantes a serem observados pelos entrevistadores:**

- Evitar críticas e observações sobre a exposição do candidato, mesmo construtivas;
- Criar um clima de cordialidade e de confiança, para que o candidato não perca a espontaneidade e a liberdade de expressão;
- Quebrar a resistência e as reações defensivas, criando oportunidade para o candidato falar, sem que sinta "interrogado" ou em "julgamento";
- Evitar perguntas indiscretas sobre a vida pessoal e afetiva;
- Referir-se sempre ao desempenho profissional, nunca aos aspectos de sua personalidade ou qualidades pessoais, ao discutir suas qualificações e habilidades;
- Ouvir o candidato, permitindo que se expresse livremente, bem como, interrompê-lo no momento certo, tendo em vista o tempo previsto para a realização da entrevista e a possível proximidade do candidato;
- Fazer observações objetivas, em função do direcionamento da entrevista;
- Responder ao questionamento do candidato e esclarecer perguntas não respondidas corretamente, pois, apesar da existência de um roteiro pré-estabelecido, nada impede que se aprofunde uma ou outra questão, ou que surja alguma não estabelecida, mas que se torne importante no momento.

O registro de dados da entrevista deve ser feito de forma discreta e sistemática. É necessário anotar de forma clara e objetiva todos os dados considerados importantes, em relação aos aspectos que se deseja identificar, no perfil do candidato. Não se deve tentar melhorar a forma ou o conteúdo do registro, incorporando sua opinião. Isso deve ser feito no laudo ou na interpretação da entrevista.

Logo após a entrevista, os entrevistados deverão atribuir, a partir das anotações, um conceito ou uma nota ao candidato, evitando-se, assim, esquecimentos ou confusões posteriores.

iii. Avaliação do Curriculum Vitae

Na análise do currículo dos candidatos, sugere-se que os seguintes itens estejam presentes:



- Cursos de especialização/aperfeiçoamento em áreas afins;
- Estágio na Área de Saúde Pública e em áreas afins;
- Experiência profissional;
- Trabalhos realizados com a comunidade;
- Monitoria/Supervisão na área;
- Trabalhos publicados na área;
- Participação em congressos e outros.

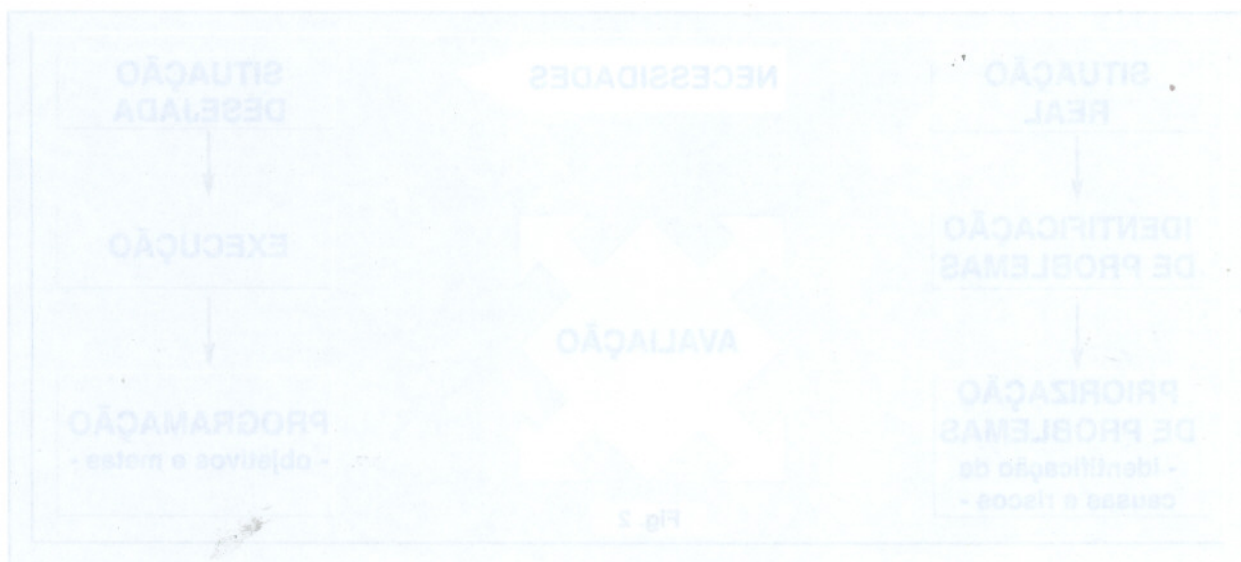
Contratação dos profissionais da Equipe de Saúde da Família

Além da opção de seleção interna, normalmente é necessário contratar profissionais de saúde. Médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem devem ser contratados através de regime de CLT. Esta é a via preferencial para expansão e reposição do quadro de pessoal da administração pública nos três níveis de Governo, observados os limites de despesas estabelecidos pela Lei Camata e pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

A contratação de ACS é diferenciada dos demais membros da equipe. Por razões da natureza de seu trabalho, ele deve ser da comunidade e representar seu elo com o serviço de saúde. A recomendação é que sejam contratados por entidade não lucrativa de interesse público, que efetuará contrato de gestão e ou Termo de Parceria com o Município.

Acredita-se que este seja o vínculo institucional mais apropriado para preservar o papel do ACS, embora dependa da disponibilidade local de entidades que tenham experiência na área social.

O contrato do ACS deve ter por base a Lei 9.790/99, que prevê todos os direitos trabalhistas, sob regime de Previdência Geral.





2. A reorganização do trabalho nas USF

a. Planejamento local das atividades

Para que as atividades da ESF respondam às necessidades de saúde da população de uma área é necessário realizar o planejamento das ações. O processo de planejamento deve ser dinâmico e acompanhar as mudanças ocorridas na comunidade, de forma a adequar as atividades às reais necessidades locais (Figura 1).

Ele é composto pelo diagnóstico da realidade (coleta e análise dos dados), identificação dos problemas existentes, suas causas e riscos, escolha das prioridades e planejamento das atividades que serão desenvolvidas. Como parte desse planejamento, é realizada a programação das atividades pactuadas com a comunidade, incluindo-se objetivos e metas a serem atingidas e levando-se em conta os recursos disponíveis (humanos, materiais e financeiros) para sua execução. Da mesma forma, é preciso programar o acompanhamento e a avaliação permanente de todo o processo, incluindo a avaliação do impacto das ações sobre a realidade diagnosticada inicialmente. Este acompanhamento deve ser feito através do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB).

O ponto de partida para um adequado desenvolvimento das ações de uma equipe de Saúde da Família é o diagnóstico da realidade a ser trabalhada. É com base neste diagnóstico que todas as etapas do planejamento são construídas. Pode-se dizer que o diagnóstico tem duas fases fundamentais: a coleta de dados e a análise dos dados coletados.

b. Cadastrando as famílias

No caso do diagnóstico da comunidade adscrita a uma Unidade de Saúde da Família, a coleta de dados corresponde ao primeiro momento - o cadastramento - que se





inicia com a apresentação de perguntas diretamente à família, associada a informações coletadas pela observação da realidade e por questionamentos a outras instituições que atuam na área.

Para que este diagnóstico da comunidade seja adequado são necessárias informações referentes aos aspectos demográficos, sócioeconômicos, sócio culturais, do meio ambiente e sanitário. Todas as famílias são cadastradas, através de visitas aos domicílios, realizadas pela equipe, em especial pelo ACS. Nessas visitas são observadas as atividades diárias da família, sua alimentação, seus hábitos de higiene, a situação domiciliar – condições de moradia, de saneamento e condições ambientais e os possíveis fatores de risco à saúde. São necessárias também informações sobre detalhes dos aspectos familiares como composição da família, sua renda, a ocupação de seus membros, as condições de acesso aos sistemas de saúde e educacional, a mortalidade e a morbidade referidas, bem como outras informações relacionadas aos riscos presentes ou potenciais para integrantes da família ou para a dinâmica de seu funcionamento.

Essa etapa inicia o vínculo dos membros da Unidade de Saúde com a família; é uma relação que precisa ser desenvolvida da forma mais interativa, aberta e amável possível, evitando-se demonstrações de preconceitos, ou posicionamentos pessoais referentes aos hábitos de vida ou à composição da família.

O entrevistador deverá posicionar-se com afetividade, mas com firmeza, não se portando como um mero inquisidor, pois, a partir desse momento, ele passa a ser um novo elemento que interage com aquela família visando a manutenção ou a recuperação da saúde de seus membros e da qualidade da dinâmica familiar.

Como base para a elaboração de roteiros para estas entrevistas e para a coleta de dados pela observação direta da realidade, é importante incluir o seguinte conjunto de informações, que não representam um limite máximo de conteúdo:

i. Coletando dados

• Demográficos:

- Endereço
- Idade
- Sexo
- Origem dos membros da família (nascimento e movimentação geográfica)

• Sócioeconômicos:

- Renda (mesmo que em muitos casos não seja confiável).
- Condições de trabalho/ocupação/estudo dos integrantes da família (não confundir desempregado com desocupado; por exemplo, um adolescente que não estuda e nem trabalha não deve ser considerado como desempregado, mas, sim, como desocupado, condição diferente para um adulto na mesma situação).



- Condições de moradia (tipo da habitação, número de cômodos ou peças, energia elétrica e saneamento básico – abastecimento, tratamento e armazenamento da água, destino dos dejetos e do lixo).
- Escolaridade.
- Comunicação (telefone, televisão, rádio e outros).
- Serviços de saúde que normalmente acessam (inclusive planos de saúde).
- Transporte que mais utiliza.
- **Sócio culturais:**
 - Estrutura familiar (composição, papéis, hierarquia, etc. Cuidado no formular tais questões. Em muitos momentos, é preferível observar a maioria desses aspectos durante a entrevista do que formular questões embaraçosas que servirão muito mais para afastar o entrevistado)
 - Religião (atentar para a religião explicitada, bem como, para a frequência e o tipo de participação)
 - Participação de grupos comunitários (associação de moradores, cooperativas, sociedade de classe, clube de serviço e outros)
- **Meio Ambiente:**
 - Referentes à condição das águas (rios, lagoas e mar); da terra (solo e vegetação, uso de agrotóxico); do ar (poluição) e do clima (umidade e temperatura)
- **Mortalidade e Morbidade:**
 - Mortalidade (óbitos na família, com o grau de parentesco, distinguindo os membros da família que moram na mesma casa dos que habitam fora, a causa referida e a data)
 - Morbidade e condições de risco (gestação, alcoolismo, fumo, dependência de outras drogas, deficiência física e mental, hipertensão arterial, diabetes, distúrbios mentais, hanseníase, epilepsia, tuberculose, malária, doença de chagas e outras condições prevalentes na área)

ii. Entrevistando as famílias

- Leia atentamente a ficha do cadastro, antes de realizar a entrevista. Esta conduta proporcionará uma relação mais segura e dinâmica com o(s) entrevistado(s);
- Ao ser recebido na residência visitada, identifique-se prontamente a quem veio lhe atender, esclarecendo sobre a utilização e a importância das informações que serão coletadas. Caso não possa ser recebido no momento, solicite um horário possível para a entrevista;
- Seja amável, atencioso (a), respeitoso (a), mas, ao mesmo tempo, seguro (a) o bastante para convencer sobre a importância do trabalho que está sendo realizado. Porém, jamais emita comentários pessoais sobre as respostas dadas;
- Antes de preencher qualquer item, pergunte o nome do entrevistado, chamando-o sempre pelo nome. Converse um pouco sobre o trabalho da equipe, a



localização da unidade, aspectos gerais da comunidade, enfim, descontraia o processo da entrevista, interaja com o entrevistado, sem perder, no entanto, muito tempo para tal atividade;

- Preencha o cadastro atentamente, de forma legível e a lápis, para que possa ser corrigido, sempre que necessário, e anote exatamente o que foi respondido. Qualquer dúvida, pergunte novamente, até que a resposta seja clara e compreensível;
- Permaneça sempre atento ao entrevistado, às pessoas presentes e ao ambiente. Existem perguntas que não precisam ser feitas e, às vezes, são até constrangedoras. Nestes casos, basta observar e registrar.

c. Diagnóstico das condições de vida e de saúde da comunidade

A partir do cadastramento a equipe realiza, juntamente com as lideranças comunitárias locais, e com grande participação dos Agentes Comunitários de Saúde, o diagnóstico da comunidade, com o objetivo de:

- identificar os problemas de saúde mais prevalentes na área de abrangência;
- construir, junto com as famílias, um diagnóstico psicossocial e de saúde, que detecte situações de vulnerabilidade de saúde, social ou familiar, chamadas situações de risco, que deverão ser priorizadas

A equipe deverá consolidar as informações que compõem o cadastramento das famílias e utilizar diversas fontes de informação, que possibilitem melhor identificação da área trabalhada, sobretudo as oficiais, como dados do IBGE, cartórios e secretarias de saúde. Devem também ser valorizadas fontes qualitativas e de informações da própria comunidade, instituições locais bem como grupos sociais organizados, que possam auxiliar a ESF a elaborar, posteriormente, um planejamento factível e adequado às reais necessidades da população local.

A ESF precisa estar atenta aos fatores causais relacionados aos processos patológicos identificados nos indivíduos, referentes ao seu contexto familiar ou ambiental e, ao mesmo tempo, às respostas desses indivíduos ao seu meio.

É importante identificar as microáreas de risco, ou seja, áreas que possuem fatores de risco e/ou barreiras geográficas ou culturais (tudo aquilo que dificulta ou impede a chegada e a interlocução da comunidade com o serviço de saúde), ou ainda áreas com indicadores de saúde muito ruins. A identificação dessas áreas, pessoas ou famílias que precisam de atenção especial é muito importante para que sejam programadas ações específicas e atividades de acompanhamento mais permanente. Seja porque já existe uma situação de desequilíbrio instalada, ou porque estão sujeitas a situações de maior risco de adoecer ou morrer.

O enfoque de risco traduz a probabilidade de alguém, algumas famílias ou alguma área específica terem mais chance de sofrer um dano à sua saúde, qualquer que seja o risco - físico, ambiental, social ou mental.



Em face do diagnóstico da realidade local, faz-se necessária a elaboração de um plano de ação, a partir de discussões com as famílias envolvidas sobre o enfrentamento dos problemas mais prevalentes, como também de construção de estratégias para sua prevenção. Cabe, ainda, à ESF organizar atividades permanentes de promoção da saúde, tanto nos espaços da Unidade de Saúde quanto do domicílio e das demais áreas disponíveis e potenciais para tais ações.

A atenção à saúde das famílias adscritas deve ser desenvolvida de forma integral, racional e tecnicamente apropriada, estimulando seus membros, sempre que possível, à prática de autocuidados.

i. Consolidando os dados

Após a coleta dos dados e preenchimento do cadastro, é fundamental que a ESF consolide-os e converta-os em informações a serem analisadas, quando da elaboração do diagnóstico da área, norteando sua programação e o processo permanente de avaliação da realidade local.

Dessa forma, no final do processo de coleta de dados, devem estar disponíveis:

- a distribuição da população por faixa etária e por sexo e sua distribuição geográfica;
- as condições de moradia, inclusive os aspectos ligados ao saneamento básico;
- o grau de escolaridade e o tipo de ocupação dos membros da área;
- a identificação das lideranças locais, dos grupos religiosos e das formas de organização social da localidade;
- localização de recursos hídricos, de elementos poluentes e de outras informações importantes para o conhecimento da realidade local.

Entretanto, para que o diagnóstico da comunidade esteja completo, é preciso definir as MICROÁREAS DE RISCO, ou seja, áreas que possuem fatores de risco e/ou barreiras geográficas e culturais ("tudo aquilo que impede ou dificulta a chegada da comunidade ao serviço de saúde") e/ou indicadores de saúde muito ruins, para que sejam programadas ações específicas para cada uma delas, assim como atividades de acompanhamento de forma permanente.

Ao se utilizar termos como RISCO, FATORES DE RISCO e MICROÁREAS DE RISCO, é interessante que se esclareça um pouco mais o uso desses termos. Quando se trabalha com o ENFOQUE DE RISCO, objetiva-se a atenção à saúde das pessoas, famílias e comunidades, baseada no conceito de RISCO, o qual traduz a probabilidade de alguém, ou de um grupo populacional, de sofrer um dano em sua saúde. Tal conceito baseia-se na maior probabilidade de um grupo de pessoas adoecer ou morrer, ou seja, de ser mais vulnerável a determinados agravos, como resultado de uma série de características biológicas, genéticas, ambientais, psicológicas, sociais, econômicas e outras que, interrelacionadas, conferem um risco próprio a esse grupo específico.



FATOR DE RISCO à saúde é algo (coisa ou acontecimento) que favorece o surgimento ou o agravamento de uma doença, qualquer que seja ela – física, mental ou social. O grupo populacional que apresenta maior risco à saúde é chamada de GRUPO DE RISCO e caracteriza-se pela possibilidade de adoecimento permanente, de maneira mais fácil que os demais, o qual deve ser merecedor de maior atenção. Para cada risco existe um grupo de risco específico, que deve ser diagnosticado.

ii. Mapeando a área de atuação da ESF

A partir da definição das microáreas de risco e das demais informações contidas no diagnóstico comunitário da área de abrangência da ESF, pode-se elaborar o MAPEAMENTO local, ou seja, a representação (no papel) da área da atuação da equipe, contendo suas principais informações geográficas (residências, ruas, estradas, estabelecimentos escolares, religiosos e de saúde, características geográficas – rios, montes, córregos e outras) e populacionais (grupos específicos a serem priorizados).

O resultado desse mapeamento – o MAPA da área, contendo as microáreas de risco e as barreiras geográficas, é de suma importância para a programação das ações, para a elaboração do roteiro das visitas, para a execução e o acompanhamento das atividades na comunidade, e para o permanente processo de avaliação dos resultados.

O mapa da área pode ser feito de duas formas. A primeira, que dá origem ao mapa chamado de estático, apresenta as características permanentes da região, ou seja, ele é aquele mapa que, a princípio, modifica-se muito pouco com o tempo, pois contém informações geográficas, institucionais e outras que levam muito tempo para se modificarem.

A outra forma dá origem ao mapa inteligente, caracterizado pelo dinamismo, pela possibilidade de ser modificado permanentemente. Este mapa modifica-se de acordo com as alterações na área, e indica, por exemplo, a localização das gestantes, de menores de 1 ano, dos idosos, dos desnutridos ou dos casos de diarreia. Enfim, representa um retrato momentâneo da área de abrangência que deve servir para estudos sobre a realidade local, para o direcionamento das atividades da equipe, para a apresentação de mudanças positivas ou negativas decorrentes das ações e outros fins.

É importante lembrar que ambos os mapas devem apresentar, com clareza, os limites da área geográfica, ou seja, os pontos de referência que separam as áreas entre si, tais como rios, serras, ruas, estradas e outros. Além desse aspecto, a ESF precisa estar atenta para a utilização de símbolos representativos (ícones) que devem ser acompanhados de uma adequada legenda explicativa ao lado do mapa, assim como para a utilização dos pontos cardinais, com vistas à orientação de sua posição.

Outro aspecto que merece destaque é a possível poluição visual, caso sejam utilizadas muitas informações no mesmo mapa. Nesse caso, recomenda-se a elaboração de



mais de um mapa está indicada, o que facilita a melhor apresentação dos dados, sua visualização e o seu estudo.

d. A programação das atividades da ESF

A partir do momento em que a equipe dispõe das informações referentes a sua área de abrangência, sendo possível elaborar um diagnóstico sanitário local, a programação das atividades deve ser realizada, num processo de discussão com a comunidade.

A programação é o plano de trabalho da equipe, contendo suas atividades e as tarefas a serem desenvolvidas em um determinado período e incluindo os recursos necessários para se atingir os objetivos propostos.

A ESF necessita possuir uma programação própria, tendo em vista não só a necessidade de organização das atividades e tarefas a serem cumpridas, como também sua posterior avaliação. Essa programação possibilita ainda a racionalização dos recursos disponíveis.

A programação das atividades da ESF precisa conter:

- os problemas priorizados⁶, já tendo sido identificados no momento do diagnóstico local;
- os objetivos a serem atingidos, de acordo com as necessidades da população e as possibilidades da equipe;
- as atividades a serem realizadas e o detalhamento de sua realização;
- as metas a serem atingidas, que representam os objetivos quantificados;
- os recursos necessários para a realização das atividades;
- o tempo que será despendido com tais atividades, de acordo com um cronograma de trabalho e os resultados esperados.

A programação deve estar sob permanente avaliação⁷, devendo nela serem observados os resultados obtidos frente às ações desenvolvidas, com base nos objetivos e nas metas previamente estabelecidos.

O dinamismo do processo de planejamento faz com que ele acompanhe as mudanças existentes na comunidade, sendo possível, dessa forma, readequar, sempre que necessário, as atividades da ESF às reais necessidades locais. A comunidade é extremamente dinâmica em seu processo de desenvolvimento e uma equipe de Saúde da Família precisa, assim, manter-se tão dinâmica quanto ela.

⁶Para a priorização de problemas a serem enfrentados, cabe a permanente lembrança de sua importância para a população, bem como os riscos nele existentes, da mesma forma a possibilidade de serem passivos de intervenção. De pouco adianta priorizar um problema se ele não pode ser alterado, reduzido ou eliminado.

⁷Sugere-se ser semestral, quando não ocorrer nenhum fato relevante que exija encurtar este prazo.



e. Acompanhamento e avaliação das atividades da ESF

A avaliação, assim como todas as etapas do PSF, deve considerar a realidade e as necessidades locais, a participação popular e o caráter dinâmico e perfectível da proposta - que traz elementos importantes para a definição de programas de educação continuada, aprimoramento gerencial e aplicação de recursos, entre outros.

O resultado das avaliações não deve ser considerado como um dado exclusivamente técnico, mas sim como uma informação de interesse de todos (gestores, profissionais e população). Por esta razão, devem ser desenvolvidas formas de ampliação da divulgação e discussão dos dados obtidos no processo de avaliação. É importante ressaltar que os instrumentos utilizados para a avaliação devem ser capazes de aferir:

- alterações efetivas do modelo assistencial;
- satisfação do usuário;
- satisfação dos profissionais;
- qualidade do atendimento/desempenho da equipe;
- impacto nos indicadores de saúde.

Por sua vez, o acompanhamento do desenvolvimento e a avaliação dos resultados da atuação das ESF podem ser realizadas através de um sistema de informações, que permita o monitoramento do desempenho das equipes, no que se refere à sua resolutividade, à melhoria do perfil epidemiológico e à eficiência das decisões gerenciais. Para tanto, deve contar com os seguintes instrumentos: cadastro familiar, cartão de identificação, prontuário familiar e ficha de registros de atendimentos.

O Ministério da Saúde tem colocado à disposição dos municípios, através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o software do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), cuja alimentação é obrigatória para o recebimento dos incentivos federais para o PSF e PACS.

Cabe às Secretarias Estaduais de Saúde, em parceria com os escritórios regionais do DATASUS, apoiar os Municípios na implantação deste software, viabilizando a capacitação das ESF para sua utilização. O SIAB deve ser compreendido pelos municípios como um importante instrumento para planejar e para avaliar o trabalho das ESF. Ele possibilita a imediata identificação dos problemas das famílias e das comunidades assistidas, permitindo que os profissionais de saúde e os gestores locais tomem medidas em tempo oportuno para o enfrentamento destes problemas.

Os Sistemas de Informações sobre Mortalidade - SIM; Nascidos Vivos - SINASC; Agravos de Notificação - SINAN, Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN e Programa Nacional de Imunização - SIPNI constituem também instrumentos fundamentais para o acompanhamento e avaliação da atenção básica. As Equipes de Saúde da Família precisam, assim, estar comprometidas com a implantação, a alimentação e a utilização local destes sistemas.



3. Reorganização dos métodos e da rotina de trabalho

a. A organização da demanda

As Unidades de Saúde trabalham atualmente "afogadas" pelo que se costuma chamar de demanda espontânea. Isso se deve, em grande parte, ao fato da sua base de atuação ser a clínica individual.

No início da implantação do PSF é comum verificar um aumento da demanda da Unidade. Isso porque muitas demandas reprimidas começam a ser "descobertas" nos domicílios e referidas à USF. Mas, à medida que os problemas de saúde coletivos vão sendo identificados e uma abordagem coletiva eficiente é colocada em prática, verifica-se uma tendência de "desafogamento" da unidade, por essa demanda espontânea.

A abordagem coletiva pode se dar através do trabalho com grupos na própria USF ou na comunidade, visando realizar trabalhos de promoção da saúde específicos para cada fase da vida: grupo dos bebês, de grávidas, de adolescentes, de idosos. Também pode ser realizado o monitoramento de doenças crônicas através de grupos, como é o caso do diabetes, hipertensão, obesidade, alcoolismo, entre outros. Além do trabalho com grupos, a assistência integral prestada através de consultas médicas e de enfermagem, realizadas de acordo com protocolos de conduta clínica, constitui importante elemento de reorganização das rotinas de trabalho, contribuindo para a organização do fluxo de demanda.

Outro fator que contribui na reordenação dos fluxos de demanda é a assistência domiciliar prestada pela equipe, principalmente as visitas de rotina dos ACS, que através de um processo de educação permanente, vão monitorando as situações de risco, avaliando aquelas as que precisam ser referidas à unidade e resolvendo uma parte, que diz respeito a situações emocionais aflitivas, de aconselhamento, de necessidade de contato social, por exemplo no caso dos idosos.

b. O trabalho em equipe

Um dos pressupostos mais importantes do PSF é promover o trabalho de equipe, o que requer o estabelecimento de respeito profissional muito grande entre todos os membros e a percepção de que a formação dos demais profissionais não é subalterna à formação médica.

A concentração de poder e status na figura do médico, associada à sua formação excessivamente técnica, acaba por remeter ao plano secundário a prática clínica e a vivência humanista dos demais membros da equipe. A proposta do PSF visa uma integração mais efetiva entre as práticas clínicas e as abordagens coletivas, incorporando a contribuição clínica da enfermagem e a introdução do trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

Um equívoco grave é confundir o trabalho do ACS com o trabalho do auxiliar de enfermagem. O papel do ACS não é derivativo da clínica: ele detém enquanto membro da comunidade, um conhecimento ímpar sobre sua dinâmica, seus potenciais, valores, dificuldades. Assim, funciona como um elo de ligação permanente da ESF com as famílias



e a comunidade em geral. O trabalho em equipe exige o estabelecimento de novas rotinas, por parte dos profissionais. A prática evidencia a necessidade de se reservar horários – diários ou semanais – para a discussão e o encaminhamento conjunto de cada caso, naquilo que está ao alcance de cada profissional.

c. A atenção domiciliar

Elemento central no PSF, a visita domiciliar não inclui consultas no domicílio; isso só acontece quando é estritamente necessário, sendo realizada pelo médico ou pelo enfermeiro (a), de acordo com a situação do doente.

A visita domiciliar é realizada cotidianamente pelo ACS que garante o vínculo e o acesso ao contexto familiar e social. O resultado de cada visita é repassado à equipe, fazendo com que o encaminhamento de cada caso seja coerente com essa realidade. A visita também tem por finalidade monitorar a situação de saúde das famílias, principalmente daquelas que enfrentam qualquer situação de risco bem como atender às pessoas doentes, que estão acamadas ou têm qualquer ordem de dificuldade para se locomover até a USF. A ESF deve agendar as visitas segundo uma programação semanal da USF, priorizando situações e grupos de risco e as solicitações dos ACS. O trabalho dos ACS racionaliza o uso dessa modalidade de atenção.

A internação domiciliar também é uma prática incentivada pelo PSF, mas não substitui a internação hospitalar tradicional. Deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Por essa razão, só é indicada quando as condições clínicas e familiares do paciente permitirem, ou assim o exigirem. Deve ser realizada sob anuência do hospital de referência, e a remoção do paciente para este hospital deve ser feita sempre que necessária, com o devido acompanhamento por parte da ESF.

d. O trabalho com grupos

Trabalhar com grupos não é tão simples. Exige alguns conhecimentos básicos, como garantir a voz a todos os participantes e, acima de tudo o respeito e o sigilo das questões tratadas durante as reuniões.

É o respeito e a garantia de que o grupo pode dar suporte a todo o tipo de sentimento que ali é expressado que vai tecendo um vínculo e um espaço para a troca de vivências das pessoas no grupo. Ou seja, o trabalho em grupo é fundamental para a abordagem das questões de saúde coletiva, mas exige capacitação, no sentido de garantir efetivamente uma postura de respeito e troca de vivências, no intervalo das quais, as informações técnicas possam ser transmitidas e elaboradas.

A ESF deve lançar mão do trabalho com grupos de pessoas através dos ciclos vitais. Mas também deve acompanhar os diversos grupos da população mais vulneráveis - crianças, gestantes, idosos, portadores de necessidades especiais - por meio de ações programadas com o objetivo de minimizar ou reduzir os riscos.



O trabalho educativo é importante componente da atenção à saúde, mas também não é fácil de ser dimensionado e avaliado. Pressupõe troca de experiências e um profundo respeito às vivências e à cultura de cada um. Geralmente é menos valorizado que o trabalho clínico, talvez devido à dificuldade de mensuração de seus resultados sob uma perspectiva imediatista. No entanto, possui um potencial revolucionário, sendo capaz de, quando bem realizado, traduzir-se em resultados incomensuráveis para a promoção de uma vida saudável.

As atividades de educação em saúde podem lançar mão de inúmeras técnicas de trabalho criativo, de palestras à campanhas, oficinas, teatro, mamulengos, vídeos, literatura de cordel, feiras, caravanas, vivências, gincanas, contadores de histórias, mutirões, passeatas, programas de rádio, grupos de auto-ajuda, trabalhos corporais, capoeira, grupos de caminhadas, entre outros. O importante é a utilização de elementos da cultura local para mobilizar e sensibilizar as comunidades sobre cuidados de saúde e situações que interferem nas suas condições de saúde, a exemplo de saneamento básico, problema de drogas, alcoolismo, necessidade de mudanças de hábitos, prática de exercícios, dentre outros.

e. A Educação Permanente

O processo de educação permanente deve ser realizado, preferencialmente, em serviço, de forma supervisionada, contínua e eficaz, de modo a poder atender efetivamente às necessidades e responder de forma dinâmica aos problemas.

A educação permanente é um importante mecanismo no desenvolvimento da própria concepção de equipe e de vinculação dos profissionais com a população, além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional – que caracteriza e fundamenta todo o trabalho do PSF. A Coordenação do PSF, juntamente com a ESF, deve elaborar um Projeto de Educação Permanente visando uma melhor qualificação da equipe em atividades, que digam respeito ao nível primário de atenção.

Da mesma forma que o planejamento local das ações de saúde responde ao princípio de participação ampliada, o planejamento das ações educativas precisa estar adequado às peculiaridades locais e regionais, à utilização dos recursos técnicos disponíveis e à busca da integração com as universidades e instituições de ensino e de capacitação de recursos humanos.

A formação em serviço deve ser priorizada, uma vez que permite a melhor adequação entre os requisitos da formação e as necessidades de saúde da população atendida. Desta forma, o ideal é iniciar a educação permanente desde o treinamento introdutório da equipe, mobilizando, em função das realidades de cada contexto, os meios pedagógicos e de comunicação disponíveis, a exemplo das técnicas de educação a distância.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Departamento de Atenção Básica
Esplanada dos Ministérios Bloco "G" Sala 716
CEP 70.058-900 BRASÍLIA DF
Fone (0XX61) 315-2629 315-2797 Fax (0XX61) 228

00007

ACERVO BIBLIOGRÁFICO
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
GABINETE, SALA 751

Apoio:

