

SAMUEL DOS REIS GARCIA

**ESTRATÉGIAS PARA A RE-ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE
TRABALHO EM EQUIPE – CENTRO DE SAÚDE MARIA GORETTI**

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2010

SAMUEL DOS REIS GARCIA

**ESTRATÉGIAS PARA A RE-ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE
TRABALHO EM EQUIPE – CENTRO DE SAÚDE MARIA GORETTI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Eulita Maria Barcelos

Belo Horizonte/Minas Gerais

2010

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado primeiramente a Deus, Dom da Vida. À minha família, fonte maior de tudo o que aprendi na vida. Aos profissionais, aos amigos e à comunidade do Centro de Saúde Maria Goretti, local de início de minha vida profissional e confirmação de minha vocação.

AGRADECIMENTO

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família pela oportunidade ímpar de “aprender a aprender” e a construir o maior sistema de saúde do mundo: o SUS.

EPIGRAFE

“É tão ruim quando se olha e se olhado depressa demais”

(Fala de I.M.S, paciente portador de sofrimento mental acompanhado pela equipe 3 de saúde da família do Centro de Saúde Maria Goretti)

RESUMO

A estruturação de um processo de trabalho que possa garantir resultados condizentes com a realidade e demanda local da população atendida pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família é condição fundamental para a efetiva implementação dos princípios do SUS. O presente trabalho, baseado no aprendizado em serviço do autor e na necessidade de mudanças no processo de trabalho, tem como objetivo escrever as estratégias de re-estruturação do processo de trabalho através de uma reflexão crítica e da aquisição de instrumentos potentes de análise fornecidas pelo Curso de Especialização em Atenção Básica À Saúde da Família (CEABSF). Discute-se ainda como a educação à distância pode ser utilizada como uma das alternativas mais viáveis para a concretização do novo perfil de profissionais exigidos diante das mudanças do perfil sócio -demográfico brasileiro. Para isso, foram analisadas as atividades desenvolvidas durante o módulo de Processo de Trabalho em Saúde e foram descritas as mudanças ocorridas na prática profissional do autor e da equipe de saúde na qual está inserido. Neste sentido, a equipe tornou-se co-autora das conclusões apresentadas e viu-se fortalecida com mecanismos que permitiram maior governabilidade sobre seu próprio trabalho. A realização do estudo contribuiu ainda para evidenciar a satisfação pessoal e profissional do autor ao desenvolver as mudanças propostas pelo curso. Confirmou que a educação permanente pode ser colocada em prática por meio dos conhecimentos adquiridos através da educação à distância e que esta deve ser validada de forma mais palpável em seus aspectos qualitativos, propiciando as condições de enfrentamento dos novos desafios do maior sistema de saúde do mundo, o SUS.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CEABSF – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EAD – Educação a Distância

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MFC – Médico de Família e Comunidade

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

NOB-SUS – Norma Operacional Básica do SUS

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PEP – Programa de Educação Permanente

PET-Saúde – Programa de Educação Tutorial em Saúde

PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informações em Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE FIGURAS

Figura 1

Autor em formação e comunidade.....21

Figura 2.

Autor em formação e equipe.....22

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Elementos do Processo de Trabalho em geral -2010.....31

Quadro 2- Modificações do Quadro 1- Elementos do Processo de Trabalho em geral
-2010.....37

Quadro 3-Operações relacionadas à estratégia para a re-estruturação do processo
de trabalho da Equipe 3 do Centro de Saúde Maria Goretti -2010
.....44

SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO	11
2. JUSTIFICATIVA	13
3. OBJETIVO.....	15
4. REVISÃO DE LITERATURA	
4.1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	16
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	
5.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES - PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	21
5.2 ESTRATÉGIAS PARA A RE-ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE TRABA- LHO.....	44
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS	49

1.INTRODUÇÃO

As ações de assistência na área da saúde praticadas de uma forma intuitiva, baseadas no senso comum, podem refletir em resultados insuficientes ou inadequados. É natural apresentarmos a nossa insatisfação ou frustração perante o trabalho que desenvolvemos (FARIA *et al.*, 2008).

Muitas vezes a nossa reação frente a essa situação se manifesta apenas na forma de insatisfação, de frustração, de desapontamento. Certamente, esses sentimentos aparecem porque não temos elementos para compreender o que é inadequado e fazer as devidas correções de rumo. Nesse caso, podemos dizer que nos faltam os instrumentos para realizar a reflexão crítica e promover as transformações que nos levem a melhorar as nossas ações para obtermos melhores resultados (FARIA *et al.*, 2008, p. 7).

Contudo, entendendo o processo de formação profissional como algo contínuo e em constante mudança, é interessante iniciar a contextualização do problema sobre a insatisfação com o trabalho na área da saúde e, em especial, na atenção primária, remontando ao curso de graduação.

Na graduação eram comuns os comentários de colegas e até mesmo de professores a respeito da realidade do SUS e da possibilidade de se ingressar na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma “alternativa provisória” até se obter “coisa melhor”. Este fato foi presenciado por mim durante a minha formação acadêmica. Na verdade, abraçar a ESF como primeira opção em 2007, na época da minha graduação, por acreditar plenamente em suas potencialidades, era vista por muitos pares como uma atitude de exceção.

Contudo, após diversas experiências acadêmicas, incluindo estágios hospitalares de urgência/emergência cirúrgicas, de clínica médica, pediatria, epidemiologia

e após 3 anos de participação em um projeto de extensão numa periferia de Belo Horizonte, aceitei o desafio da ESF e, em 13 de agosto de 2007, iniciei minha primeira atuação como médico de família e comunidade (MFC) numa Unidade Básica de Saúde (UBS), o Centro de Saúde Maria Goretti, local da realização do presente estudo.

Ao desenvolver as atividades profissionais, pude sentir de perto as dificuldades em colocar em prática os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde. Seriam a escassez de recursos materiais e humanos, a precariedade dos serviços de referência e contra-referência ou mesmo o despreparo profissional explicações suficientes para a insatisfação com as ações praticadas?

Deste questionamento surgiu a necessidade de se aprofundarem as respostas. E na necessidade de buscar conhecimento para respaldar a minha prática, ingressei, em 2008, no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, oferecido pelo NESCON/UFMG na modalidade de Educação à Distância (EAD).

O Curso tem como objetivo a capacitação das equipes de Saúde da Família, através de reflexão crítica e fornecimento de instrumentos potentes capazes de viabilizar as necessidades das populações acompanhadas, o que veio ao encontro com meu objetivo.

2. JUSTIFICATIVA

A escolha do tema do presente trabalho, “Estratégias para a re-estruturação do Processo de Trabalho em Equipe” foi motivada pelo desejo de se mostrar que é possível desenvolver as atividades da atenção primária de uma forma crítica e prazerosa, estimulando os demais profissionais a repensarem a forma – por vezes instintiva e frustrante - de atuação.

Estamos vivendo num contexto de uma profunda transição demográfica, aliada à crescente carga de doenças crônico degenerativas. Tal processo de mudança da estrutura etária ao longo das próximas quatro décadas levará a uma população de perfil envelhecido e com um ritmo de crescimento baixíssimo, quiçá negativo, levando ao desafio de resolução das novas demandas para o sistema de saúde (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2009).

Não significa, contudo, que envelhecer obrigatoriamente deva estar associado a doenças e incapacidades, mas doenças crônico-degenerativas freqüentemente são encontradas nessa faixa etária. Estudos mostram que mais de 85% de nossos idosos apresentam pelo menos uma enfermidade crônica, e que cerca de 15%, apresentam pelo menos cinco (CALDAS, 2004). Encontramos também indivíduos que podem atingir idades avançadas em excelente estado de saúde e sem nenhuma doença crônica, mas isso acontece com um número muito pequeno de idosos. Percebe-se cada vez mais a presença de idosos nos serviços de saúde o que gera um impacto marcante nos serviços pela falta de capacitação dos profissionais para atendê-lo respeitando a especificidade da própria idade.

Gravidezes precoces, violência, consumo e tráfico de drogas, pacientes com transtornos mentais e outras demandas exigem da equipe um ambiente propício para desenvolver suas atividades de forma prazerosa e produtiva, visto que os profissionais procuram no seu cotidiano mudar o perfil epidemiológico popula-

cional em sua área de abrangência, com a redução da taxa das patologias predominantes, prevenindo as doenças, promovendo e mantendo a saúde dos indivíduos, como também exercendo o papel de mobilizador da população no direito de sua cidadania.

Diante deste cenário, entendo que a satisfação no trabalho deva ser o alvo principal a ser alcançado e que, sem tal satisfação, dificilmente fixaremos o profissional na atenção primária, da qual esperam-se respostas para os desafios que se aproximam. É preciso fazer valer o lema: “Atenção Primária em Saúde: Agora Mais do Que Nunca!” (OMS, 2008).

Não podemos esquecer que o cuidar é uma atividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano, no momento que ele está fragilizado. É o compromisso de cuidar do outro que envolve também o auto cuidado, a auto-estima, a auto valorização e a cidadania de quem cuida e de quem é cuidado. Por outro lado, quem cuida tem a possibilidade de um crescimento pessoal por meio desta prática (CALDAS, 2004).

Para isso é necessário um novo planejamento dos serviços voltados para assistência dos pacientes e sua família e uma nova postura do profissional, a postura do “aprender a aprender”.

3. OBJETIVO

Implantar estratégias para re-estruturação do processo de trabalho em Equipe do C. S Maria Goretti.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 A Estratégia de Saúde da Família

A nossa discussão neste presente trabalho tem profunda relação com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que torna pertinente uma breve revisão e contextualização histórica sobre o tema, baseada, sobretudo, na análise de dados, publicações e normas editadas pelo Ministério da Saúde.

A ESF (inicialmente denominada como Programa Saúde da Família - PSF) foi concebida como uma estratégia de reorganização da atenção básica e fortalecimento do SUS, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 2001).

A primeira etapa de sua implantação deu-se em 1991, por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), inspirado no programa desenvolvido no Ceará desde 1987, que tinha a família como unidade de ação programática e não o indivíduo isoladamente (BRASIL, 2002).

Em 1994 foram formadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde a outras experiências também já existentes, como o programa Médico de Família, desenvolvido a partir de 1992 em Niterói - RJ e que tinha uma estrutura semelhante à medicina de família de Cuba e com assessoria de técnicos cubanos (BRASIL, 2002).

O primeiro documento encontrado na base de dados on-line do Ministério da Saúde e que aborda o PSF data de setembro de 1994, definindo o convênio entre o

Ministério da Saúde, Estados e Municípios. Formalizam os mecanismos de financiamento, exigências de contrapartidas e critérios de seleção dos municípios, sendo fundamentais a existência tanto do Conselho Municipal de Saúde quanto do Fundo Municipal de Saúde em funcionamento (BRASIL, 2002).

Em 1996, com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 96 – e com a instituição do Piso da Atenção Básica (PAB) a ESF ganhou um novo fôlego, passando de 847 equipes em 228 municípios no ano de 1996 para 5957 equipes em 2101 municípios, de um total de 5507, até março de 2000. Ressalte-se aqui que não necessariamente maior quantitativo de municípios beneficiados pela ESF significa-se uma boa cobertura populacional, o que necessitou de ajustes posteriores na remuneração do programa (BRASIL, 2000).

Diante de tal crescimento, já em 2000, foi lançado o primeiro volume da série *Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família*, (BRASIL, 2000^a) como forma de nortear a estruturação das equipes e das unidades básicas de saúde. No mesmo ano, o segundo volume traz a mudança do nome de *Programa Saúde da Família* para *Estratégia de Saúde da Família*, (BRASIL, 2000^b) com a publicação de um curso introdutório, reforçando a necessidade de capacitar um número exponencialmente crescente de equipes e profissionais, anteriormente inseridos num modelo de atenção curativo, com demanda espontânea e tendo o médico e o hospital como focos de atuação.

A caminho dessa consolidação, a Unidade de Saúde da Família, novo foco e cenário de atuação, assume, além dos princípios fundamentais do SUS (universalização, descentralização, integralidade, equidade e participação da comunidade), as seguintes atribuições norteadoras em suas atividades:

a) Caráter substitutivo: substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde;

b) Integralidade e hierarquização: inserção no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, a atenção básica, vincula à rede de serviços, garantindo atenção integral aos indivíduos, assegurando referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema

c) Territorialização e adscrição de clientela: trabalha-se com um território de abrangência definido, sendo a equipe responsável pelo acompanhamento da população cadastrada neste território.

d) Equipe multiprofissional
(BRASIL, 2001)

Merece destaque também a definição de atribuições de competências e responsabilidades dos níveis de atenção dentro do sistema, visando-se garantir a longitudinalidade do cuidado e a integralidade da atenção em todos os níveis, mantendo-se fundamental o papel da atenção básica como porta de entrada do sistema (BRASIL, 2001).

Em 2001, com o lançamento do Guia Prático do PSF, há a exposição de todo um conjunto de práticas multiprofissionais adequadas à nova estratégia; o mesmo exemplificava utilizando-se de equipes já implantadas e funcionando numa nova concepção de atendimento, além de oferecer recomendações práticas para aquelas ainda não implantadas. Diferentemente do recomendado pelo guia, observa-se ainda hoje em nossa prática, a adscrição de um número de famílias e pessoas superior ao recomendado (600 a 1000 famílias e, no máximo 4500 pessoas, devendo este número ser menor quanto maior o risco populacional da área atendida). E, o mesmo Guia Prático reforça que a vontade política do município (personificada na figura do secretário municipal de saúde) é elo fundamental na cadeia de ações a serem desenvolvidas pela ESF (BRASIL, 2001).

Há então a ênfase da atuação de um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade na qual a família está inserida. Como

conseqüência, exige-se também currículos e programas de capacitação orientados para as necessidades/realidades municipais. Ganha destaque necessidade de expansão e fixação de profissionais nas residências e especializações em Saúde da Família, visto que não há um número suficiente de profissionais em atividade com o novo perfil (BRASIL, 2000; BRASIL, 2008).

Atualmente dentre as iniciativas em desenvolvimento, podem ser citados os cursos para capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), O Programa Tele-Saúde, O Programa de Educação Permanente (PEP), o Programa de Educação Tutorial (PET Saúde), dentre outros.

Além disso, objetivando o fortalecimento das ações preventivas e assistenciais da ESF, foi instituído em 2008, através da Portaria Ministerial nº 154, publicada no Diário Oficial da União em 25 de janeiro, o Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF). O NASF amplia o número de profissionais vinculados às equipes da ESF, reunindo profissionais das mais variadas áreas de saúde, como médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), professores de educação física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (PORTARIA MINISTERIAL nº 154.2008).

Considero que o NASF constitui uma iniciativa de reestruturação de um modelo assistencial curativo, centrado na figura do médico para um modelo baseado na reabilitação e no cuidado prolongado. As ações são realizadas mediante as discussões das demandas em equipe através de matriciamento e as ações desenvolvem-se principalmente por meio de grupos terapêuticos, avaliações individuais e visitas domiciliares.

Dentre os maiores desafios apontados na implementação da ESF encontram-se a dificuldade de substituir o modelo e a rede tradicional de atenção à saúde, a dificuldade de monitoramento efetivo do processo e dos resultados da ESF (em parte

minorada pelo Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB) e aspectos relacionados à inserção e desenvolvimento de recursos humanos. É nesse contexto que a Educação à distância (EAD) pode dar a sua maior contribuição.

A Educação à Distância (EAD) pode ser definida como uma

forma de ensino que possibilita a auto-aprendizagem, com a mediação de recursos didáticos sistematicamente organizados, apresentados em diferentes suportes de informação, utilizados isoladamente ou combinados, e veiculados pelos diversos meios de comunicação (BRASIL, 1998. p 1).

Algumas características da EAD a tornam especialmente interessantes no campo de atuação da Saúde: flexibilidade de adequação a diferentes conteúdos e realidades de atuação dos profissionais; utilização de tecnologias com densidade variável; alcance geográfico potencialmente ilimitado; capacidade de atingir um maior número possível de pessoas; maior comodidade em relação à variável tempo, com melhor adequação à rotina diária daqueles que dela se beneficiam. (OLIVEIRA, 2007)

5. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

Este estudo caracteriza-se pelo relato de experiência, de maneira a permitir seu amplo e detalhado conhecimento. O fato de o pesquisador ter participado diretamente do curso como aprendiz possibilitou a observação sistemática do processo de trabalho, o que corrobora a posição defendida por Triviños (1997): a necessidade da contemplação viva do projeto de estudo, num modelo que considera as respostas do público alvo como indicadores do material de análise e não simples dados tabulados

No primeiro momento serão descritas e analisadas as atividades desenvolvidas por mim no período de setembro a novembro de 2008, propostas no Módulo Processo de Trabalho em Saúde (FARIA *et al.*, 2008) do CEABSF. No segundo momento serão discutidas as mudanças de comportamento ocorridas no agir do próprio autor e da equipe em seu processo de trabalho, ou seja, ao longo do desenvolvimento desencadeia-se a re-estruturação do processo de trabalho.

5.1 Descrição e Análise das Atividades - Processo de Trabalho Em Saúde

O estudo do processo de trabalho como primeiro módulo do CEABSF nos foi apresentado objetivando proporcionar a reflexão crítica a respeito da organização do trabalho das equipes de ESF e fornecer as ferramentas para as possíveis correções de rumo, tendo a educação permanente como pano de fundo.(BRASIL 2005)

Como não é possível e nem desejável interromper o desempenho cotidiano do profissional, corrigir os erros e reiniciar a partir de um novo estágio, fez-se necessário conhecer a atual realidade de cada profissional.

Durante o módulo foram desenvolvidas 10 atividades que serão apresentadas a seguir:

Primeira atividade

“Descrição do seu Município, da comunidade/área de abrangência de sua equipe, da unidade de saúde, de sua equipe e do seu dia-a-dia”.

Imersão, essa foi a sensação ao analisar todos os aspectos que envolviam a realidade de trabalho. Dois tópicos foram tratados com maior profundidade: a descrição da UBS e respectiva área de abrangência e a descrição da equipe de nossa atuação.



Figura 1: Autor em formação e comunidade, vivenciando atividades em grupo no C. S Maria Goretti: Processo de imersão de trabalho na comunidade.



Figura 2: Autor em formação e equipe de atuação na ESF: Núcleo da reflexão crítica do processo de trabalho proposto pelo CEABSF.

O reconhecimento da Unidade de Saúde deu-se em seus aspectos de:

- infra-estrutura: limitações que vão desde a falta de salas para atendimento dos pacientes até a ausência de banheiros suficientes para atender aos funcionários.
- recursos humanos: em relação aos trabalhadores em atuação, era unânime a opinião de demanda excessiva de trabalho para o número de trabalhadores.

As semelhanças entre esses aspectos apareceram logo: a insuficiência de recursos.

A UBS Maria Goretti possuía três equipes de Saúde da Família, cada uma delas compostas por um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e seis ACS. A UBS conta ainda com duas pediatras de apoio, uma clínica de apoio, um ginecologista e uma homeopata de referência da micro-região, uma equipe de referência em saúde mental (uma psiquiatra e uma psicóloga) e uma equipe de Saúde Bucal, com dois dentistas. A UBS conta também com uma equipe de Zoonoses. Além disso, há a participação de outros funcionários, principalmente os de serviço administrativo e de conservação da Unidade. O número total de funcionários da UBS aproximava-se de 70 pessoas.

Outra questão sobressalente foi a alta rotatividade de profissionais, principalmente de médicos de família e comunidade na unidade. Como reflexo deste fato, pode-se inferir que ocorre uma fragmentação na construção de um vínculo forte entre estes profissionais e a comunidade, vínculo este já prejudicado pela grande demanda espontânea de atendimento em virtude do elevado número de famílias que compunham as equipes. A comunidade buscava atendimento na unidade sem saber ao certo se haveria um profissional disponível para atendimento, se o mesmo conhecia a comunidade e se conseguiria solucionar a demanda apresentada. Além disso, percebem-se demandas reprimidas de atendimento, principalmente na Ginecologia e na Clínica Médica.

O número insuficiente de profissionais é relatado por líderes locais como uma das principais deficiências da Unidade.

A fragmentação do atendimento e do processo de trabalho nos demais níveis de atenção também é percebida, principalmente no sistema de referência e contra-referência, no agendamento de exames e consultas especializados. Sendo o SUS um sistema único, com diferentes esferas de atuação, a população pode não identificar deficiências que são locais e identificar outras como sendo exclusivas da UBS.

Interessante notar também os diferentes conceitos que a população tem do que é A Estratégia de Saúde da Família. Componentes como Territorialização, adscrição de clientela, cadastramento, trabalho em equipe e visitas domiciliares foram apontadas pela equipe como pouco conhecidas pela população.

Em específico à descrição da rotina de trabalho do médico da equipe, dois momentos foram considerados mais profundamente: a participação diária, cinco dias por semana, durante as oito horas de trabalho, nas atividades de acolhimento da população, ou seja, as atividades de avaliação da demanda espontânea do usuário. O segundo momento de importância, mantido ininterruptamente até os dias atuais, foi a reunião semanal de equipe. Nesse espaço, a demanda é organizada/programada, casos são discutidos, informações são socializadas e a cada semana o diagnóstico situacional da equipe é atualizado e as atividades para próxima semana são planejadas.

Nosso olhar também se lançou sobre a comunidade, fato que será retomado posteriormente ao nos referirmos sobre os determinantes e condicionantes sociais da saúde.

A conclusão que chegamos ao final da elaboração da atividade é a de que existe uma identificação e responsabilização do autor, médico de família e comunidade, com as deficiências encontradas. Havia uma visão ampla da UBS, da equipe e

da comunidade com a qual trabalhava o que proporcionou a motivação necessária para reativação e participação ativa no Colegiado Gestor da UBS, como uma forma de ampliar a discussão sobre a realidade cotidiana e de busca de soluções.

Segunda atividade

“Considerando as características do seu contexto de trabalho, a composição da sua equipe e o seu processo do trabalho, faça um levantamento e registre as respostas dadas aos seguintes pontos:

- *Liste cinco dos principais problemas que a sua equipe enfrenta no dia-a-dia.*
- *Relacione cada problema com as ações desenvolvidas pela equipe para enfrentá-lo.*
- *Enumere os resultados que a equipe tem conseguido com as ações desenvolvidas.*
- *Descreva o grau de satisfação da equipe em relação ao trabalho realizado e aos resultados obtidos.”*

A atividade foi realizada num primeiro momento em uma de nossas reuniões de equipe, explicitando-se os conceitos estudados até aquele momento no CEABSF e a atividade a cumprir. Houve um período de reflexão de todos os membros da equipe, sendo apontados os questionamentos abaixo assinalados, com as respectivas ações apresentadas.

A) Historicamente o Centro de Saúde Maria Goretti é marcado pela alta rotatividade de médicos e, em menor grau, de enfermeiros. Como conseqüência, a população adscrita a uma equipe tinha dificuldades em estabelecer vínculos com a mesma. Havia então prejuízos no seguimento clínico dos pacientes.

Ação: A estabilização dos profissionais na equipe, através de incentivos por parte da Gerência da UBS, aliado ao planejamento de ações de assistência continuada tem contribuído para que população adscrita à equipe 3 se vinculasse de forma mais consistente, porém ainda não de forma plena. A participação ativa do ACS no esclarecimento à população sobre a composição e as atividades da equipe também foram ressaltadas

B) Dificuldade de co-responsabilização no seguimento e acompanhamento de Grupos de Risco Específicos (idosos frágeis, acamados, crianças com critérios de risco) pelas respectivas famílias; como elemento complicador, a UBS encontrava-se sem a atuação de uma assistente social na unidade.

Ação: A intervenção das ACS junto às famílias através das visitas diagnósticas com a posterior discussão dos casos em reuniões de equipe têm possibilitado o agendamento de consultas/reuniões com a presença de familiares, e acionamento de órgãos específicos de proteção social e participação conjunta da equipe e gerência da UBS na tomada de decisões para a resolução dos problemas.

C) Necessidade de criação de uma abordagem/estratégia eficaz e abrangente para adolescentes, vulneráveis a condições socioeconômicas que predispõem a problemas tais com as doenças sexualmente transmissíveis (DST), gravidezes precoces, violência, consumo e tráfico de drogas.

Ação: A questão começou a ser colocada em pauta nas reuniões de equipe, principalmente diante dos altos índices de complicações evitáveis observáveis nessa faixa etária. Ainda não há uma estratégia pronta para essa demanda.

D) Necessidade de abordar de forma eficiente a questão da Saúde da Mulher, a qual apresenta uma forte demanda reprimida, mormente na prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama. A UBS conta com o apoio de um Ginecologista, o qual não consegue absorver toda a demanda.

Ação: Um passo inicial na abordagem da Saúde da Mulher seria a estratificação das necessidades da demanda pelo médico e enfermeira da Equipe, de forma a desenvolver ações conjuntas baseadas nessa classificação de demanda, com sua posterior programação.

E) Considerável perda de consultas na atenção secundária, bem como o absentismo em exames marcados, devido principalmente ao extravio/perda das guias de encaminhamento e/ou pedidos de exames por parte dos pacientes.

Ação: Realizar um processo formativo e informativo com os pacientes no sentido de co-responsabilização pelo seu próprio tratamento. Se, mesmo após esse

processo houver a perda/extravio de guias, será solicitado ao paciente o comparecimento perante a Gerência da UBS e perante o profissional responsável pelo pedido.

Terceira atividade

Discussão, no fórum da plataforma Ágora, do texto: “Reproduzindo a Cultura Institucional”

“Um grupo de cientistas colocou cinco macacos numa jaula, em cujo centro colocou uma escada e, no topo da escada, um cacho de bananas. Quando um macaco subia a escada para apanhar as bananas, os cientistas lançavam um jato forte de água fria nos que estavam no chão. Depois de certo tempo, quando um macaco ia subir a escada para pegar as bananas, os outros o agrediam de forma a inibi-lo em sua intenção de pegar as bananas. Dessa forma, após algum tempo, nenhum macaco subia mais a escada, apesar da tentação das bananas. Então, os cientistas substituíram um dos cinco macacos por um outro macaco. A primeira coisa que este fez foi subir a escada, dela sendo rapidamente retirado pelos outros, que o agrediram. Depois de algumas “surras”, o novo integrante do grupo “desistiu” das bananas. Um segundo macaco foi substituído, e o mesmo ocorreu, tendo o primeiro macaco substituído também participado da agressão ao novato. Dessa forma foram substituídos o terceiro, o quarto e o quinto macacos. Os cientistas ficaram, então, com um grupo de cinco macacos que, mesmo nunca tendo experimentado o banho frio, não tentaram pegar as bananas e não deixaram que qualquer um tentasse. Se fosse possível perguntar a algum dos macacos por que batiam em quem tentasse subir a escada, com certeza a resposta seria: ‘ – Não sei, as coisas sempre foram assim por aqui...’ ”

Contribuição do autor no fórum:

Reproduzindo X Sistematizando

O Texto “Reproduzindo A Cultura Institucional” é um texto que usa de um artifício interessante, explorado em várias áreas do conhecimento humano: A representação simbólica de personagens que, num segundo plano, retratam comportamentos e atitudes do público alvo para o qual ele é direcionado. E, utilizando-se de uma linguagem “bem-humorada”, de forma a cativar a atenção de o quem lê, cria-se uma empatia. E, em nosso sorriso, a indagação: “Eu sou um daqueles macacos?”

Infelizmente não temos (ou pelo menos deveríamos ter) a nossa formação acadêmica baseada na reflexão crítica do conhecimento que nos é apresentado. E, em conseqüência repetimos estruturas e comportamentos, sem nos utilizarmos de instrumentos que nos permitam avaliar a efetividade dos resultados de nossas ações.

E, as coisas tornam-se mais difíceis quando não há o devido diálogo e entendimento sobre as reais necessidades de nossas comunidades na ESF. Quantos “Banhos de Água Fria” já tomamos? Quantas vezes fomos criticados por sermos inovadores e por tentarmos romper com o que já existe?

Talvez uma estratégia fosse a sistematização de nossas ações: para cada problema tem-se uma proposta de ação visando um objetivo (como exposto no curso, uma prévia estimativa dos resultados). Depois de obtidos os resultados - os quais podem ser diferentes daqueles previamente esperados e que podem não condizer com a real necessidade da comunidade - deve resultar a nossa reflexão crítica e não apenas ao sentimento de “frustração”, tão comumente vista por nós na ESF.

Quarta atividade

“Assista ao vídeo “Acolhimento”, e identifique as diferentes perspectivas apresentadas pelos profissionais envolvidos. Analise, tomando como base a sua equipe, quem define e como são definidas/pactuadas as finalidades do trabalho. Como sua equipe e a comunidade participam da definição dessas finalidades?”

O vídeo contribuiu para levantarmos as seguintes formulações:

1- Perspectivas:

Organização de demanda espontânea; humanização do atendimento ao usuário; resolutividade (sendo o acolhimento a “porta de entrada” de boa parte da demanda da UBS, com a escuta direcionada de todos os usuários); abordagem abrangente baseada nas capacidades profissionais de cada um, porém utilizando-se de ferramentas que possam ser de uso comum a todos; abordagem de acordo com o contexto sócio-familiar de cada indivíduo.

Queremos ressaltar aqui que a palavra “acolhimento”, tão freqüentemente utilizada no dia-a-dia, não pode se resumir simplesmente a um momento específico e limitado de ação na UBS, sob a responsabilidade de apenas um grupo específico de profissionais. Entendemos que acolhimento é diferente de triagem (que exige ca-

pacidades profissionais e responsabilidades específicas para quem a pratica) e significa, antes de tudo, escuta atenta e resolutiva da demanda do usuário. Além disso, acolhimento não teria hora marcada: acontece durante todo o período de funcionamento da UBS.

2- Definição de finalidades:

As finalidades são pactuadas/definidas em dois planos; Primeiro em equipe (quando todas as perspectivas dos profissionais envolvidos são ouvidas e postas num plano de ação conjunto - multidisciplinaridade); Segundo plano por cada profissional quando na tomada de atitudes referentes a condutas específicas de cada profissional dentro de seu campo de ação.

Nos dois casos, os objetos de trabalho (demandas da população, hábitos comportamentais, pacientes e suas patologias) recebem abordagens através de meios diferenciados, mas visando, em última instância uma finalidade em comum: a promoção da saúde, nos seus mais diferentes aspectos e dimensões.

A Participação da comunidade faz-se principalmente de forma indireta através da intervenção dos agentes comunitários de saúde, pois os mesmos recebem as demandas e cobranças da comunidade em função do tipo de atendimento que esta recebe (com maior ou menor satisfação, funcionando como “termômetro” do atendimento).

Mas a comunidade também pode ter voz ativa através de sua representação via Associação de Bairro, Conselho Local de Saúde, seja através da interpelação dos profissionais envolvidos ou gerência da UBS ou ainda Conselho Gestor da UBS – ressalta-se que no Centro de Saúde Maria Goretti todos esses dispositivos estão presentes e funcionam em maior ou menor grau.

Quinta atividade

“Ao longo deste texto foram elencados e analisados os elementos do processo de trabalho em geral. Para avaliarmos a sua compreensão sobre esses conceitos, procure identificar, em cada situação relacionada no quadro abaixo, os seguintes elementos: objetivos e finalidades, agentes, objetos e meios.

Situações: Realização de Um Grupo Operativo; Uma Campanha de Vacinação; O Atendimento Médico da Demanda Espontânea; Programa de Educação para a saúde dirigido aos adolescentes.

”

Quadro 1- Elementos do Processo de Trabalho em geral-2010

<i>Situações</i>	<i>Objetivos/Finalidades</i>	<i>Agentes</i>	<i>Objetos</i>	<i>Meios</i>
Realização de um grupo operativo	Mudanças de hábitos de vida e/ou avaliação da efetividade de tratamento visando à prevenção de agravos de saúde; secundariamente, criação de vínculo com os membros da equipe	Todos os membros da equipe poderão estar envolvidos de acordo com a necessidade e a capacidade profissional e pessoal de condução das atividades; membros da comunidade também poderão estar envolvidos.	Todos aqueles aos quais o grupo é dirigido; principalmente a sua bio-subjetividade representada por hábitos, comportamentos, idéias e julgamentos a respeito de seu próprio estado de vida e de saúde	Abordagem através de conhecimentos, habilidades, as chamadas ferramentas intangíveis ou tecnologias leves /leves. Quando previsto, utilização de técnicas e ferramentas inerentes ao atendimento médico e de enfermagem.
Uma campanha de vacinação	Modificar o status vacinal de um determinado grupo populacional.	Aqueles envolvidos diretamente na aplicação das vacinas; secundariamente, todos aqueles responsáveis por divulgar, coordenar e promover a campanha.	Os indivíduos aos quais a vacinação é indicada.	Imunização através da aplicação das vacinas (e todos os recursos técnicos envolvidos nessa ação)
O atendimento médico da demanda espontânea	Promover a escuta e resolução dos problemas imediatos apresenta-	Médico responsável pelo atendimento subsequente ao acolhimen-	Os usuários e suas condições biopsicossociais envolvidas no	Meios técnicos inerentes ao atendimento médico aliado a conhecimen-

	dos pelos usuários; um segundo objetivo (pouco explorado): organização e sistematização de uma agenda de demanda programada, com uma posterior abordagem principalmente de condições / patologias passíveis de prevenção. Primária e secundária	to; previamente, os envolvidos nesse processo de acolhimento.	processo saúde e doença.	tos e habilidades específicas
Programa de saúde dirigido aos adolescentes	Abordagens de situações e comportamentos de risco inerentes à faixa etária considerando-se um determinado contexto histórico e sociocultural	Todos os membros da equipe poderão estar envolvidos de acordo com a necessidade e a capacidade profissional e pessoal de condução das atividades; membros da comunidade também poderão estar envolvidos	Todos aqueles aos quais o grupo é dirigido; principalmente a sua bio-subjetividade representada por hábitos, comportamentos, idéias e julgamentos a respeito de seu próprio estado de vida e de saúde.	Abordagem baseada na comunicação e fornecimento de meios, estratégias e conhecimentos de ações de prevenção e hábitos de vida saudáveis compatíveis com essa faixa etária

Foi necessário socializar com a equipe os conceitos inerentes ao processo de trabalho apresentados no curso e que estão presentes em toda e qualquer atividade que realizamos. E, foi interessante notar que, assim como o autor, inicialmente a equipe não tinha a compreensão clara desses elementos, de modo que as ações eram feitas realmente de forma intuitiva, com pouco planejamento, baseadas, sobretudo em experiências anteriores semelhantes.

Nesta atividade, a maioria das ações envolve a equipe como um todo, embora fosse necessária a reflexão individual do autor no que se refere ao atendimento médico da demanda espontânea (uma ação mais individual).

Sexta Atividade

“Considerando as especificidades da prestação de serviços em saúde assinaladas anteriormente, responda à seguinte questão: Qual o papel da comunicação no processo de trabalho em saúde?”

A importância da comunicação na prestação de serviços em saúde pode ser analisada levando-se em conta o seguinte aspecto: “O objeto de ação também age”. Podemos ainda acrescentar: “E também pensa”. Ou seja, tudo o que envolva a modificação do status de saúde de um indivíduo passará pelo crivo e pelo julgamento do mesmo, principalmente na atenção básica, na qual as intervenções e acompanhamentos são feitos em longo prazo (BRASIL, 2002).

Se a comunicação não for clara e objetiva, acessível à condição psicossocial do indivíduo, o mesmo não terá condições de compartilhar dos objetivos e meios referentes à modificação de sua própria condição de saúde. Sem comunicação não há promoção de saúde. É uma ferramenta primordial, sobre a qual recai toda a nossa habilidade, conhecimentos e técnicas adquiridas ao longo de anos de capacitação e de experiência profissionais e de vida.

Sétima atividade

Selecionamos alguns depoimentos de profissionais da saúde que nos permitem conhecer diferentes contextos de trabalho e sua organização. Assista “Mapeando o território” e, em seguida, faça uma descrição da forma como ocorreu a definição e o mapeamento do território na sua área de abrangência. Faça uma análise desse mapeamento, correlacionando-a com o texto anterior e os depoimentos, e registre-a no seu mapa contextual.

A área de abrangência da Equipe 3 era composta por seis micro-áreas, sendo três áreas de elevado risco e três áreas de médio risco, totalizando cerca de 4300

peças. Localizada parcialmente às margens das rodovias BR 381 e MG 5, caracteriza-se pela presença de gases/resíduos poluentes, aliada à poluição industrial da região metropolitana, possui relevo acidentado, com solo úmido e ocorrência de várias nascentes e pontos de alagamento nas épocas de chuva (o que ocasionou 2 mortes de crianças em 2008 por afogamento em domicílio). Há ainda a existência de vários terrenos baldios, com acúmulo de entulho, lixo e mato. As ruas também apresentam considerável grau de acúmulo de detritos. A presença de animais soltos (gatos, cachorros) é uma constante.

A definição e o reconhecimento da área de abrangência da Equipe 3 do C.S Maria Goretti deu-se através da ação desenvolvida pelas ACS quando a instituição do Programa Saúde da Família. Havia um conhecimento básico de toda área do bairro pela existência prévia da UBS à implantação do PSF. Partindo-se desse conhecimento, aliado ao fato das ACS serem moradoras do Bairro, iniciou-se um processo de “busca ativa” e de cadastramento dos moradores correspondentes a cada micro-área. Esse processo contou com uma importante participação da Equipe de Zoonoses, a qual coube o papel de fornecer informações sobre como proceder para percorrer as áreas e ruas e também indicar aquelas de maior risco, tanto do ponto de vista epidemiológico, quanto social.

Dessa forma, as ACS, percorrendo as ruas de um mesmo quarteirão, sempre em sentido horário, batiam de casa em casa, identificavam-se como ACS e colhiam informações a respeito das famílias daquele endereço. Como a maioria da população não tinha informações a respeito da ESF, no início era comum a desconfiança por parte dos moradores, prejudicando a coleta das informações referentes ao cadastro. Por não raras vezes as informações (principalmente sobre renda familiar e ramo de ocupação) eram omitidas ou dadas incorretamente.

Posteriormente essas informações foram repassadas aos profissionais da equipe. Com a rotatividade de Médicos na área sempre foi muito grande, as informações seguiam o fluxo: População > ACS > Enfermeira da Equipe e Auxiliares > Médico da Equipe. Assim, a percepção do Espaço Social a que se refere o texto (dentro de

uma nova concepção de território, abrangendo mais do que limites ou relevos) evoluiu através de vários fragmentos e relatos provenientes das ACS, sendo posteriormente sedimentados pelo atendimento direto à população, seja em suas casas, seja na própria UBS.

Ao longo dos anos e através de ações de esclarecimento desenvolvidos pelos profissionais da UBS nas várias instâncias de atendimento a população pôde perceber a existência da ESF e de uma divisão de área, com uma correspondente equipe de acompanhamento, com a existência de responsabilidades pertinentes aos profissionais que integram essa mesma equipe na realização de um trabalho conjunto.

Em relação ao Vídeo, é interessante ressaltar que, a área do C.S Maria Goretti foi mapeada pelas ACS através de uma visão de Risco/Perfil Epidemiológico, sendo uma medida indireta do risco social, semelhantemente ao relatado em Recife, sendo que, neste último caso, foram utilizadas informações de Risco/Perfil Ambiental fornecidos pela Defesa Civil. Posteriormente, a essas informações juntaram-se outras na composição do mapeamento das diferentes áreas de abrangência quanto ao seu verdadeiro risco para a saúde.

Nota-se, também, uma interessante aplicação do conceito de equidade do SUS: os serviços são ofertados a quem mais necessita, não havendo, contudo, nenhuma área com risco zero. Aplicação desse princípio também se faz dentro da própria equipe, onde existem micro áreas ou famílias com risco mais elevado e que merecem maior atenção e prioridade na promoção da saúde.

Outro aspecto, também abordado no vídeo é a necessidade de atualização constante de dados referentes à composição da população da equipe e de eventos novos que exigem estratégias de ações diferenciadas.

Oitava atividade

“Diante das leituras e discussões realizadas até este ponto do módulo, procure rever o quadro que você preencheu na Atividade 5 e analise-o. Você modificaria alguma coisa nele? O que modificaria? Registre as modificações que você faria e, em seguida, procure completá-lo, identificando os produtos esperados em cada situação analisada.”

Quadro 2- Modificações do Quadro 1- *Elementos do Processo de Trabalho em geral-2010*

Situações	Objetivos / Finalidades	Agentes	Objetos	Meios	PRODUTOS
Realização de um Grupo Operativo	Mudanças de hábitos de vida e/ou avaliação da efetividade de tratamento visando à prevenção de agravos de saúde; secundariamente, criação de vínculo com os membros da equipe MODIFICAÇÕES: Para os pacientes, manter em dia suas receitas; para os profissionais, cumprir atividades profissionais/carga horária previamente definida pelo gestor local;	Todos os membros da equipe poderão estar envolvidos de acordo com a necessidade e a capacidade profissional e pessoal de condução das atividades; membros da comunidade também poderão estar envolvidos.	Todos aqueles aos quais o grupo é dirigido; principalmente a sua bi-o-subjetividade representada por hábitos, comportamentos, idéias e julgamentos a respeito de seu próprio estado de vida e de saúde.	Abordagem através de conhecimentos, habilidades, as chamadas ferramentas intangíveis ou tecnologias leves. Quando previsto, utilização de técnicas e ferramentas inerentes ao atendimento médico e de enfermagem.	Pacientes clinicamente estáveis, esclarecidos e educados segundo a lógica da promoção de saúde e prevenção de agravos; receitas em dia; carga profissional horária cumprida;
Uma Campanha de Vacinação	Modificar o status vacinal de um determinado grupo populacional. MODIFICAÇÕES: Para os usuários, a prevenção de doenças; para os gestores Municipais de Saúde a garantia de índices de cobertura vacinais adequados, garantindo recursos para área da saúde	Aqueles envolvidos diretamente na aplicação das vacinas; secundariamente, todos aqueles responsáveis por divulgar, coordenar e promover a campanha.	Os indivíduos aos quais a vacinação é indicada.	Imunização através da aplicação das vacinas (e todos os recursos técnicos envolvidos nessa ação)	População de indivíduos imunizados; índice de cobertura vacinal adequado; menor prevalência de doenças previníveis por vacinação.
O atendimento-	Promover a escuta e resolu-	Médico responsável	Os usuários e	Meios técnicos ineren-	Pacientes medicados,

<p>to médico da demanda espontânea</p>	<p>ção dos problemas imediatos apresentados pelos usuários; um segundo objetivo (pouco explorado): organização e sistematização de uma agenda de demanda programada, com uma posterior abordagem principalmente de condições / patologias passíveis de prevenção. Primária e secundária</p> <p>MODIFICAÇÕES: Para os gestores locais os profissionais cumprem a carga horária de trabalho prevista; para o usuário, sua doença deve ser aliviada; a prefeitura estará garantindo ‘acesso à saúde’ – caso não haja médico para atender a população, a mesma irá apelar para as instâncias políticas e lideranças locais para que o atendimento ocorra, ou então o grupo político local perderá apoio.</p>	<p>pelo atendimento subsequente ao acolhimento; previamente, os envolvidos nesse processo de acolhimento.</p>	<p>suas condições biopsicossociais envolvidas no processo saúde e doença.</p>	<p>tes ao atendimento médico aliado a conhecimentos e habilidades específicas.</p>	<p>doenças amenizadas, exames baseados em queixas. Secundariamente, organização de uma agenda de demanda programada.</p>

<p>Programa de Saúde dirigido aos adolescentes</p>	<p>Abordagens de situações e comportamentos de risco inerentes à faixa etária considerando-se um determinado contexto histórico e socio-cultural</p> <p>MODIFICAÇÕES: Para os adolescentes, informações e esclarecimentos sobre DST, planejamento familiar, fornecimento de preservativos, abordagem do uso e abuso de drogas; para os pais segurança acerca do comportamento dos filhos adolescentes; para os gestores de saúde, menores índices de complicações decorrentes das doenças mais comuns dessa faixa etária</p>	<p>Todos os membros da equipe poderão estar envolvidos de acordo com a necessidade e a capacidade profissional e pessoal de condução das atividades; membros da comunidade também poderão estar envolvidos</p>	<p>Todos aqueles aos quais o grupo é dirigido; principalmente a sua bi-o-subjetividade representada por hábitos, comportamentos, idéias e julgamentos a respeito de seu próprio estado de vida e de saúde.</p>	<p>Abordagem baseada na comunicação e fornecimento de meios, estratégias e conhecimentos de ações de prevenção e hábitos de vida saudáveis compatíveis com essa faixa etária.</p>	<p>Adolescentes orientados quanto aos principais comportamentos de risco; redução dos índices de DST e suas complicações; menores índices de gravidezes precoces, menor índice de uso e abuso de drogas.</p>
--	--	--	--	---	--

Nona atividade

Após a exploração teórica do conceito de saúde e a determinação social dos indivíduos e da saúde propõe-se:

“Identifique, na sua comunidade, os principais problemas de saúde e correlacione com seus determinantes e condicionantes”

1) Dentre os principais problemas de saúde presentes na equipe 3 do C.S Maria Goretti destacam-se:

a) Elevado percentual de pacientes, principalmente hipertensos e diabéticos, com complicações potencialmente evitáveis, secundárias às condições de base. Este fato pode estar relacionado à rotatividade de profissionais e os pacientes ficarem longos períodos (até mesmos anos) sem qualquer investigação diagnóstica ou conduta terapêutica adequada e relacionada também à vulnerabilidade social desta população.

b) Grande número de pacientes com distúrbios psiquiátricos e com necessidade de abordagem especializada. Apesar da existência atual de uma equipe de referência de saúde mental, o atendimento da mesma se mostra insuficiente diante da complexidade dos casos, do risco social da população envolvida e pela dificuldade da abordagem dos núcleos familiares, onde se percebem uma perpetuação das estruturas de comportamento patológicas. Além disso, a equipe reconhece que as ferramentas de abordagem psicoterápica que possui não são suficientes.

c) Negligência/Insuficiência familiar com grupos de pacientes de risco, tais como idosos e crianças; reconhece-se que são tipos de violência que podem ser comuns no dia-a-dia de trabalho da equipe. Por exemplo, um idoso que freqüentemente se dirige à UBS desacompanhado, com relato de perda de receitas, exames, sem medicação pode indicar um tipo de violência familiar. Neste caso percebe-se que é um problema social determinado por novos arranjos familiares (mulheres que trabalham fora, ausência de parentes, mães solteiras sem condições de manutenção familiar,

alcoolismo, uso de drogas, desemprego, desestrutura familiar) gerando violência e negligência intra-familiar. Reduziu-se neste sentido a perspectiva da manutenção do idoso e da criança em um ambiente familiar seguro, recebendo os cuidados necessários. Hoje temos percebido que nos grandes centros urbanos com esta realidade social a família vai perdendo o conceito cultural de que a mesma é um ambiente de proteção e segurança. Outro desafio é a manutenção do idoso no seio familiar.

d) Presença de um grande contingente de mulheres sem controle ginecológico adequado, devido tanto a uma ineficiente taxa de cobertura por demanda espontânea da população, seja por insuficiência de materiais (escovas e espátulas de coleta, espéculos), de espaço físico (apenas um consultório ginecológico na unidade), e de profissionais, tendo em vista a grande demanda da população em geral.

e) Presença de adolescentes com comportamento sexual de risco e a ocorrência comum de gravidez precoce e/ou indesejada; o crescente uso e abuso de álcool e drogas.

2) Determinantes/Condicionantes: Perfil genético e familiar da área (o povoamento do bairro se deu através de um pequeno grupo de famílias que lá se estabeleceu e que, ao longo dos anos, deu origem ao grupo populacional que atualmente lá se encontra); hábitos de vida inadequados, tais como: tabagismo, erros dietéticos (consumo excessivo de massas, gorduras e açúcar), sedentarismo (muitos alegam que o relevo do bairro não favorece as atividades físicas, pois não há parques ou lugares abertos e amplos nas proximidades); baixo nível sócio-educacional; população de baixa renda, com vínculo empregatício precário; grande percentual de crianças e adolescentes sem atividades de educação e lazer ao longo da maior parte do dia (não há creches no bairro); a não realização de abordagens de promoção de saúde, historicamente justificada por um sistema de atendimento (quando existente) baseado no atendimento de demanda espontânea e sem vinculação adequada; presença de fortes fatores de stress psicossocial, com aumento dos índices de violência local.

Décima atividade

A décima e última atividade do módulo de Processo de Trabalho em Saúde nos confronta, através da discussão em fórum, com a realização de nossas atividades profissionais cotidianas:

“Tivemos a oportunidade de aprofundar nossos conhecimentos sobre o processo de determinação social da saúde e da doença, apropriando-nos de produções sistematizadas sobre esse assunto.

No nosso dia-a-dia, é muito comum percebermos o peso da determinação social sobre o processo de saúde e da doença e, muitas vezes, entramos numa discussão sem fim sobre essa situação, sem chegarmos a uma conclusão.

Considerando esses aspectos, retome os dados da Atividade 5 e responda à seguinte questão: De que forma os determinantes de saúde e da doença identificados na atividade interferem no processo de trabalho da sua equipe e na organização da sua agenda de trabalho?”

O Processo de trabalho em saúde possui particularidades que são inerentes ao contexto psicossocial da população alvo das intervenções de saúde. Toda e qualquer iniciativa de ação terá seus objetivos delineados por esse contexto, o qual é um dos determinantes do processo saúde/ doença (CARDOSO *et al.*, 2008).

Assim, a equipe de saúde da família deve estar (e ser) capacitada para reconhecer e entender quais são os componentes desses determinantes

O atendimento da demanda espontânea, quando feito a apenas “dar vazão” imediata às necessidades dos usuários, pode não levar a uma correta percepção das mesmas. Porém, a estruturação do atendimento dessas demandas exige o reconhecimento desses determinantes, de tal forma a elaborarmos a melhor estratégia de atuação. O “produto” desse processo de trabalho deve ser construído através de meios/instrumentos críticos e reflexivos, de tal modo que envolva os objetos como sendo também sujeitos de sua própria saúde.

Nesse processo de trabalho, altera-se o ponto de vista determinista individual (“tradicional”) para o coletivo, a rede social. E é justamente essa rede social, a coletividade, o principal objeto a ser trabalhado.

...

No segundo momento seguinte deste trabalho apresentamos mudanças de comportamento ocorridas no agir do próprio autor e da equipe em seu processo de trabalho. Ou seja, longo do desenvolvimento das atividades acima, desencadeou-se a re-estruturação do processo de trabalho.

5.2 Estratégias para a Re-estruturação do Processo de Trabalho

Baseado na realidade da Equipe 3 do Centro de Saúde Maria Goretti, apresento as estratégias utilizadas para a re-estruturação do processo de trabalho.

As mudanças ocorridas no processo de trabalho, envolvendo maior valorização da comunicação e dos espaços de participação do trabalho em equipe, das parcerias, do uso de dispositivos de qualificação, da escuta e dos projetos terapêuticos, da produção e da apropriação coletiva de instrumentos, como protocolos clínicos e organizacionais, do uso da informação e ferramentas do planejamento, do monitoramento e avaliação das intervenções, proporcionam melhores resultados no trabalho, condições adequadas de saúde e maior autonomia e satisfação de usuários e dos profissionais (TURCI, 2008).

No decorrer das atividades do módulo os problemas mais relevantes que interferiam no processo de trabalho foram evidenciados com maior nitidez. Eles foram priorizados e os mais críticos foram trabalhados inicialmente, uma vez que todos não foram resolvidos naquele momento, mas deverão ser trabalhados a médio e longo prazo considerando as dificuldades vivenciadas (estrutura física da unidade, escassez de recursos financeiros, humanos e materiais e empenho político).

Pode-se considerar que nós críticos foram identificados. Segundo Cardoso *et al.* (2008. p.53) “nós críticos” significam “tipo de causa de um problema que, quando 'atacada', é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo” Há a idéia de possibilidade de intervenção ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade do sujeito. Escolhidos os nós críticos passou-se a ação mais direta que

teve um impacto importante sobre o problema detectado, ou seja, a re-estruturação do processo de trabalho.

Quadro 3- Operações relacionadas a estratégia para a re-estruturação do processo de trabalho da Equipe 3 do Centro de Saúde Maria Goretti -2010

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessário
Infra-estrutura inadequada da UBS Maria Goretti	Projeto de enfrentamento comunitário das condições inadequadas de atendimento resultantes das limitações de infra-estrutura da UBS.	Compartilhar e discutir junto à comunidade da UBS Maria Goretti as dificuldades enfrentadas pelos profissionais em decorrência da infra-estrutura da UBS e orientar sobre os espaços adequados de reivindicação de melhorias.	Criação e divulgação de documento/relatório descritivo e ilustrativo das condições inadequadas de infra-estrutura da UBS, com coleta de assinaturas e direcionamento de demandas para o SOS Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, para a Comissão local de Saúde e gerência da UBS.	Diagnóstico local das limitações de espaço físico de cada setor da UBS, com registro fotográfico e descritivo; mobilização das equipes para as ações educativas junto à população atendida; tempo despendido durante os atendimentos direcionado para esclarecimentos sobre a iniciativa.
Diagnóstico populacional atualizado	Atualização mensal da população adscrita à equipe 3.	Dimensionamento de demanda programada, incluindo grupos específicos de atendimento (puericulturas, pré-natais, hipertensos e diabéticos, idosos frágeis, portadores de doenças infecto-contagiosas, dentre outros)	Planilha mensal de diagnóstico da equipe 3.	Visitas mensais dos ACS em suas respectivas áreas de abrangência, com registro em formulário específico e consolidação e tabulação dos dados nas reuniões de equipes; agenda flexível às mudanças populacionais

Planejamento conjunto de ações com as demais equipes na UBS	Realização de reuniões de matriciamento com os apoios da UBS (Ginecologia, Pediatria, Homeopatia e Saúde Mental) e todas as equipes da UBS.	Uniformidade de ações (como seguimento a protocolos e diretrizes clínicas), colaboração mútua no atendimento a demandas específicas e/ou ausências temporárias de profissionais e maior integração no atendimento da UBS como um todo.	Agenda comum de compromissos, reuniões e discussões, bem como monitoramento da participação das equipes nos eventos propostos. Implementação de equipe responsável pela organização e arquivamento de protocolos.	Negociação dos espaços necessários nas agendas de todos os profissionais; explicitação clara dos objetivos junto à gerência da unidade; rearranjo e adequação das salas para reuniões e exposições. (possibilidade de utilização do espaço do Centro Comunitário local, recém-inaugurado).
Atenção à saúde da mulher e pré-natal	Redimensionamento das necessidades de atendimento em saúde da mulher e pré-natal para todas as equipes.	Atendimento integral e multiprofissional, principalmente envolvendo a equipe de enfermagem, a qual se sentia insegura e pouco experiente para o atendimento à saúde da mulher e ao pré-natal.	Realização de consultas por enfermeiros e médicos de família sob matriciamento do ginecologista de apoio da UBS, conforme preconizado pelo protocolo de atendimento à saúde da mulher da PBH. Maior confiança, qualidade e credibilidade no trabalho multiprofissional desenvolvido.	Diagnóstico populacional atualizado; atualização periódica do número de gestantes em cada equipe; reuniões mensais para matriciamento na própria UBS e capacitação em atendimento da equipe de enfermagem. Criação e organização de arquivo rotativo das gestantes, com monitoramento das consultas de pré-natal.
Insuficiência familiar	Compartilhamento e discussão de casos com a equipe do	Garantir longitudinalidade no atendimento da equipe aos pacientes que se	Pacientes com melhor estabilização clínica, melhor reabilitação e atendi-	Reuniões com periódicas com o NASF; acionamento da assistência social no

	NASF	encontravam em situação de insuficiência familiar; dividir e aliviar a sensação de impotência diante dos casos de insuficiência familiar.	mento de suas demandas sociais.	auxílio das famílias em situação de risco; visitas conjuntas dos profissionais do NASF com os profissionais da equipe, principalmente os ACS.
--	------	---	---------------------------------	---

Como já ressaltamos, as mudanças do processo de trabalho foram se desenvolvendo na medida em que trabalhamos com o olhar atento à realidade local, as quais se compunham de vários pequenos diagnósticos, cada um com seu “nó crítico”. Ao colocarmos em prática os conceitos aprendidos, percebemos que as mudanças ocorriam modificando o que causava o maior grau de incômodo, seja individualmente em nossa prática profissional, seja envolvendo toda a coletividade de profissionais São, por assim dizer, “eventos críticos” em nossa atuação profissional e que despertam a nossa atenção.

Consideramos também importante modificar principalmente aquilo que estivesse sob nossa governabilidade. Em específico, ao considerar as condições de infra-estrutura da UBS, o nosso objetivo foi mobilizar de forma ativa e atuante a comunidade, pois é a mesma que deve prioritariamente exigir, através de seus atores sociais, as mudanças necessárias. Sendo assim, atuamos mais no sentido educativo e reflexivo, nos solidarizando com a causa de condições dignas de exercer a atenção a saúde. Concluímos então que humanizar o atendimento também significa humanizar as condições de trabalho.

Itens específicos, principalmente os que envolviam demandas reprimidas ou lacunas na assistência integral chamaram a nossa atenção e são diretamente resultantes da interação diária com os indivíduos em suas singularidades próprias e no envolvimento com seus núcleos familiares. Não há como abordar a atenção primária sem considerar o ambiente familiar no qual o indivíduo está inserido. Neste sentido,

muitas vezes a insuficiência familiar resulta em insuficiência da atenção, do cuidado e da dignidade do indivíduo.

Por outro lado, sentimos a necessidade em manter um diagnóstico populacional e de demandas atualizado, a fim de elaborarmos uma programação satisfatória para as agendas de atendimento e avançarmos no planejamento de outras atividades, envolvendo não só a equipe 3, mas as demais equipes da UBS.

Ao final, fomos percebendo que as modificações no processo de trabalho vão naturalmente estendendo-se para os outros setores de funcionamento da UBS e para as outras equipes, seja através da socialização dos instrumentos de mudança, seja através do estabelecimento dos ambientes de contato multiprofissional. A gestão de todos os processos passa então a ter um caráter coletivo, no qual o papel do gestor local se torna importante como coordenador e ordenador de fluxos de competências e não apenas como mero gestor administrativo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CEABSF, no decorrer da vida profissional e acadêmica do autor, veio consolidar o compromisso com a mudança do modelo de atenção previamente vigente. Consolidou ainda a atuação na ESF como campo profissional de escolha consciente e de compromisso a valorização do SUS.

Durante a realização das atividades do CEABSF, a equipe de vinculação ao PSF tornou-se co-autora das conclusões expostas, pois a mesma participou ativamente das discussões propostas pelo autor de implantar estratégias de re-estruturação do processo de trabalho através de uma reflexão crítica.

Da mesma forma, a UBS viu-se fortalecida pela instituição de mecanismos que permitiram maior governabilidade dos profissionais sobre seu processo de trabalho, proporcionando um cuidar de forma mais humanizado baseado em evidências e balizado na satisfação do exercício profissional.

Reforçou também que é possível desenvolver atividades da atenção primária de forma crítica e prazerosa, propiciando o aumento da auto estima, da valorização pessoal e profissional dos membros da equipe, proporcionando maior interação e cooperação.

Outro aspecto relevante é que durante o desenvolvimento das atividades propostas pelo Curso, as mudanças no processo de trabalho viabilizavam-se em paralelo, de uma forma prazerosa, refletindo na satisfação pessoal e profissional do autor. Demonstrou ainda, que a educação, permanente pode ser colocada em prática respaldada nos conhecimentos adquiridos através da educação à distância e que esta deve ser validada de forma mais palpável em seus aspectos qualitativos, propiciando as condições de enfrentamento dos novos desafios do maior sistema de saúde do mundo, o SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação E Cultura. Decreto N.º 2.494 – 10 de fev. 1998. Regulamenta o Art. 80 da LDB (Lei n.º 9.394/96). Diário Oficial da União, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: Programa saúde da família**. Brasília. Ministério da Saúde, 2000^a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Caderno 2: Treinamento Introdutório**. Brasília. Ministério da Saúde, 2000^b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos**. Brasília. Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação permanente entra na roda**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Seminário internacional atenção primária saúde da família**. Brasília. Ministério da Saúde, 2008.

CALDAS, C.P.; SALDANHA . **Saúde do idoso: A arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004.

CARDOSO, F.C. *et al.* Modulo 3: **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2008.

FARIA, Horácio Pereira de at al. **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG. - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.

OLIVEIRA, M. A. N. Educação à distância como estratégia para a educação permanente em saúde: Possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.60, n.5, set./out. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial de saúde 2008: Atenção primária em saúde agora mais do que nunca**. Genebra, WHO Press, 2008. (Adaptado ao Português do Brasil 2010 sob colaboração do Ministério da Saúde)

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Informe de situação e tendências: demografia e saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. 36 p.

TURCI, M.Q. **Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008. 432p.

TRIVINÕS, A. N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1997.