

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUCAS JOSÉ SÁ DA FONSECA

REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO

MACEIÓ, AL
2014

LUCAS JOSÉ SÁ DA FONSECA

**REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Profa. Tereza Angélica Lopes de Assis

**MACEIÓ, AL
2014**

LUCAS JOSÉ SÁ DA FONSECA

**REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Profa. Tereza Angélica Lopes de Assis

Banca Examinadora

Profa. Tereza Angélica Lopes de Assis – UFAL

Prof. Edison José Corrêa

Aprovado em Maceió, ____ / 02 / 2014.

*Àqueles que trazem nos rostos marcados pelo sol
a esperança de amenizar seus sofrimentos na atenção básica,
que preenchem a escassez de recursos do sistema assistencial
com a compreensão de que a assistência é tarefa conjunta e compartilhada,
e cujos sorrisos motivam o trabalho onde faltam os meios,
mas não a boa vontade para ir além,
dedico.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela paciência e perseverança concedidas ao longo da caminhada, permitindo que o que outrora seriam reticências inacabadas seja hoje um ponto final.

À **minha família**, em especial meus pais, **Fátima e Gesival**, e irmãos, **Rosa e Tiago**, pelos sábios conselhos e conforto quando algumas situações clamavam por um término imediato. *Foi* um trabalho intenso e conjunto, aprendizado inenarrável.

Aos profissionais da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio, por personificarem o verdadeiro sentido da palavra *Equipe*, pelo acolhimento que por mim tiveram, pela disponibilidade de tempo na resolução de pendências, por vezes fazendo hora(s) extra(s) aos finais de semana em busca de pacientes, exames, em busca de melhorias para o serviço onde trabalham, com uma responsabilidade indescritível pela população adscrita. A todos vocês, **Aparecida Dias, Alex, Claudiana Salustiano, Cleide, Edemos Tenório, Ivanilza Araújo, Joelma Caetano, Lenira Maria, Márcia Lima, Maria Mércia, Maria Pereira, Mary Araújo, Paloma Rocha, Pedro Correia, Rafaela Costa, Rebeca Montenegro, Suzi Ramalho e Verônica Costa**, por todo o compromisso que têm, e pelo amor com que trabalham, o meu muito obrigado.

Aos profissionais da Atenção Básica, **Maria Leide Alencar de Menezes** (Coordenadora da Atenção Básica), **Christiane Valéria Balbino Canuto** (Diretora de Saúde), **Stephany Julliana dos Santos Torres** (Enfermeira – Atenção Básica), **Ariadne Passos Torres** (Gerente – Hiperdia), **Diana Sara Sandes de Almeida Ferreira** (Gerente – Saúde da Mulher), **Zoé Duarte Feitosa** (Gerente – Saúde da Criança e do Adolescente), **Daniela Rosendo da Silva** (Digitadora – SIAB) e **Tiago**, por todo o suporte desde a “Era pré-PROVABiana” e pelos esforços – por vezes além das responsabilidades de cada um de vocês – no sentido de atender as solicitações de nossa equipe quando as adversidades – inúmeras, porém não infundas, assim esperamos – insistente e incansavelmente batiam-nos à porta.

Aos profissionais da Epidemiologia, **Adriana Araújo Costa** (Coordenadora – Vigilância Epidemiológica), **Ediane Bezerra Nascimento** (Gerente – Vigióbito), **Eronildes Pereira da Silva** (Auxiliar Administrativo), **Keylla Renata S. de Menezes** (Técnica de Enfermagem) e **Rebeca Oliveira Araújo** (Coordenadora – Vigilância em Saúde), pelas

oportunidades de capacitação continuada e pelo apoio incondicional frente às situações em que, *epidemiologicamente falando*, o suporte do grupo foi decisivo na condução das atividades assistenciais.

A todos os demais funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira dos Índios, em especial **Cicinha**, **Adilson** (Controle e Avaliação) e **Patrícia** (Serviço Social), pela total disponibilidade na resolução de pendências da Unidade de Saúde.

À Secretária Municipal de Saúde de Palmeira dos Índios, **Maria Verônica Costa Medeiros**, pela disponibilidade e suporte desde o início das atividades de assistência no município.

À professora **Tereza Angélica Lopes de Assis**, pelas discussões produtivas durante o Curso de Especialização, pela paciência ao longo da condução das atividades, pelo cuidado primoroso com as correções dos textos e pelas contribuições ao Trabalho de Conclusão de Curso e à formação profissional.

Ao professor **Teófilo Guimarães Ferreira**, não apenas pelas atividades de supervisão, mas pela acessibilidade para discussão de casos clínicos, e pelos direcionamentos voltados às questões organizacionais do serviço de assistência em saúde.

À **Universidade Federal de Minas Gerais**, à **Universidade Federal do Triângulo Mineiro** e à **Universidade Federal de Alagoas**, pela oportunidade de realização do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF).

A todos os **usuários do serviço de saúde da Unidade Santo Antônio**, pelo acolhimento singular, generosidade incomparável e pelos ensinamentos diários, pois o convívio durante as atividades orientou não apenas a formação profissional, mas também humana. Por tudo, serei sempre grato.

“Se não se pode sair incólume, que se saia então melhor”.

L. Fonseca

“E não empreguei rigores excessivos. Fiz apenas isto: extingui favores largamente concedidos a pessoas que não precisavam deles e pus termo às extorsões que afligiam os matutos de pequeno valor, ordinariamente raspados, escorchados, esbrugados pelos exatores.”

“Pensei em construir um novo cemitério, pois o que temos dentro em pouco será insuficiente, mas os trabalhos a que me aventurei, necessários aos vivos, não me permitiram a execução de uma obra, embora útil, prorrogável. Os mortos esperarão mais algum tempo. São os municípios que não reclamam.”

“Tenho vários [projetos], de execução duvidosa. Poderei concorrer para o aumento da produção e, conseqüentemente, da arrecadação. (...) Iniciarei, se houver recursos, trabalhos urbanos. (...) Empedrarei, se puder, algumas ruas. Tenho também a ideia de iniciar a construção de açudes na zona sertaneja. Mas para que semear promessas que não sei se darão frutos? Relatarei com pormenores os planos a que me referia quando eles estiverem executados, se isto acontecer. Ficarei, porém, satisfeito se levar ao fim as obras que encetei. É uma pretensão moderada, realizável. Se não realizar, o prejuízo não será grande.”

Fragmentos extraídos do Relatório da Prefeitura Municipal de Palmeira dos Índios de 1930, através do qual o então prefeito Graciliano Ramos prestava contas do exercício de 1929 ao governador do Estado de Alagoas.

*Viver é todos os dias partilhar
a vida.
(Ela nasce com a cabeça grande demais,
muitos braços
– às vezes sem pernas.)
Abro meu ventre,
minha alma se arreganha
como uma parturiente
em sofrimento.
Dar à luz dói.
Faço isso todos os dias,
exposto como num palco:
aquele bonequinho
sou eu
num mundo que vou montando.*

*Mas nem tudo me assusta,
nem tudo me prende:
posso abrir algumas portas,
posso fechar outras, posso
escolher o sexo
e a cor dos olhos de cada momento.*

*Lya Luft, *Múltipla Escolha**

RESUMO

A organização da Atenção Básica tem como cerne a Saúde da Família, apresentando direcionamentos para a reorientação do modelo assistencial de saúde. Conceitualmente, a Atenção Básica deve ser capaz de abordar a maior parte dos problemas de saúde de uma comunidade, promovendo maior equidade na oferta de atenção em saúde em diferentes populações. Nesse contexto, observa-se, na atual forma de condução das atividades de assistência na Unidade de Saúde da Família Santo Antônio, uma fragmentação organizacional que compromete o fluxo adequado da atenção em saúde, com a perda da identidade da Estratégia de Saúde da Família no referido serviço. Este aspecto, ainda que não represente o único gerador, apresenta-se como o principal contribuinte para a dificuldade de organização na atenção em saúde pela equipe. Com base neste cenário, o presente trabalho objetiva propor um plano de intervenção baseado na reorganização da atenção em saúde para a Unidade de Saúde da Família Santo Antônio, Palmeira dos Índios, Alagoas, com ênfase nos princípios da Estratégia de Saúde da Família. Após o estudo dos fatores interferentes na organização do serviço de saúde e na qualidade da assistência, sugere-se a identificação e o uso de metodologias ativas úteis na reorganização proposta, reforçando-se a necessidade de estabelecimento de uma rotina de supervisão para as atividades da equipe de saúde, com o apoio da gestão municipal. Assim, a proposta de reestruturação do modelo de atenção vigente na direção de um modelo sedimentado nos princípios conceituais da referida estratégia e com o apoio de atividades de supervisão se justifica, uma vez que a falta de organização no serviço tem comprometido sobremaneira a qualidade da assistência. O presente estudo foi realizado entre março de 2013 e fevereiro de 2014, tomando-se por base a população adscrita na área de abrangência da referida unidade de saúde. Para a coleta de dados, foram utilizadas informações disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde (relatórios de gestão), informações obtidas com os integrantes da Equipe de Saúde da Família e com os usuários do serviço, além de textos disponíveis na Biblioteca Virtual do Programa Ágora (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, NESCON; Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG). Para o levantamento bibliográfico, foram ainda consultados os bancos de dados SciELO e PUBMED. Após a coleta dos dados, a proposta de intervenção foi elaborada a partir do método de Planejamento Estratégico Situacional, tomando-se como referência seus quatro momentos: *a)* momento explicativo; *b)* momento normativo; *c)* momento estratégico; e *d)* momento tático-operacional, contando com a participação de todos os envolvidos no processo de execução de atividades. Com base neste planejamento, sugere-se: o estabelecimento de grupos operativos com a participação da comunidade; a identificação de voluntários que possam atuar como representantes formais da população assistida, participando ativamente dos conselhos de saúde; a utilização de salas de espera para a difusão de informações acerca do funcionamento da unidade de saúde; a elaboração de oficinas com os profissionais da atenção básica para o estudo do acolhimento; o uso de metodologias ativas baseadas em situações-problema a serem apresentadas em grupos formados por profissionais de saúde, bem como por grupos incluindo tanto profissionais quanto a população adscrita; e o estabelecimento de contato regular com a gestão municipal em saúde. Por fim, espera-se que as propostas apresentadas possam ser implantadas na Unidade de Saúde, de modo a redefinir os parâmetros da assistência em saúde contando não apenas com a participação, mas com a compreensão de todos os envolvidos no processo assistencial, sem, entretanto, ferir os princípios das mudanças recentemente implantadas nas Unidades de Saúde.

Palavras-chave: Acolhimento, Atenção Básica em Saúde, Gestão em Saúde, Grupos Operativos, Metodologias Ativas, Planejamento Estratégico.

ABSTRACT

The organization of Primary Health Care presents its core in the Family Health, with directions to the reorientation of the Health Care Model. Conceptually, Primary Health Care must be capable of addressing most of the health problems in a given community, promoting greater equity in the provision of health care in different populations. In this context, it is observed, in the current way of conducting assistance activities in the Santo Antônio Family Health Unit, an organizational fragmentation which compromises the proper flow in the health care, with loss of identity of the Family Health Strategy in the aforesaid service. Such aspect, although not representing the only generator, presents itself as the main contributor for the difficulty in organizing the health care by the health team. Based upon this scenario, the current work aims to propose an intervention plan based on the reorganization of the health care for the Santo Antônio Family Health Unit, Palmeira dos Índios, Alagoas, emphasizing the principles outlined in the Family Health Strategy. After studying the interfering factors in the organization of the Health Service and in the quality of assistance, it is suggested the identification and use of active methodologies useful in the reorganization proposed, reinforcing the necessity of establishing a routine of supervision for the health team activities, with the support of the Municipal Management. Thus, the restructuring proposal for the actual model of health care towards a model based on the conceptual principles of the aforementioned strategy and with the support of supervision activities is justified, once the lack of organization in the service has greatly compromised the quality of assistance. The present study was performed from March 2013 until February 2014, based on the enrolled population in the coverage area of the cited Health Unit. For data collection, information available in the Municipal Health Secretariat (management reports) and information obtained from members of the Family Health team and users of such service were used, besides texts available in the Virtual Library of the Programa Ágora (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, NESCON; Faculty of Medicine, Federal University of Minas Gerais, UFMG). For literature review, the databases SciELO and PUBMED were also consulted. After data collection, the proposal of intervention was elaborated based on the method of Situational Strategic Planning, taking as reference its four moments: *a)* explanatory moment; *b)* normative moment; *c)* strategic moment; *d)* tactical-operational moment, counting on the participation of everybody involved in the execution of the activities. Based upon this planning, it is suggested: the establishment of operative groups with the participation of the community; the identification of volunteers who could act as formal representatives of the assisted population, actively participating in the Health Councils; the use of waiting rooms for dissemination of information concerning the functioning of the Health Unit; the elaboration of workshops with the professionals from the Primary Health Care for studying the receptivity for users; the use of problem-based active methodologies to be presented in groups formed by health professionals, as well as in groups formed by professionals and the covered population; and the establishment of regular contact with the Municipal Health Management. Finally, it is expected the presented proposals to be implanted in the Health Unit, aiming to redefine the parameters of health assistance counting not only on the participation, but also on the comprehension of all individuals involved in the assistance process, without, however, injuring the principles of the changes recently implanted in the Health Units.

Keywords: Receptivity, Primary Health Care, Health Management, Operative Groups, Active Methodologies, Strategic Planning.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea..... 25
- Figura 2** Esquema representativo das intervenções propostas para a Unidade Básica de Saúde Santo Antônio..... 38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PUBMED	<i>US National Library of Medicine, National Institutes of Health</i>
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 JUSTIFICATIVA.....	19
3 OBJETIVOS.....	21
4 METODOLOGIA.....	22
5 DESENVOLVIMENTO.....	23
5.1 Organização do Serviço de Atenção Básica: reestruturar é fundamental.....	23
5.2 Qualidade da assistência: um compromisso de todos.....	26
5.3 Metodologias ativas: ferramentas úteis na reestruturação do serviço de saúde.....	32
5.4 Estabelecimento de um calendário de avaliação regular entre profissionais de saúde e gestão municipal.....	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

O município de Palmeira dos Índios situa-se no agreste alagoano, limitando-se com os municípios de Minador do Negrão, Cacimbinhas, Igaci, Estrela de Alagoas, Belém, Mar Vermelho, Paulo Jacinto, Quebrangulo, e com o estado de Pernambuco. O município está situado na 9ª microrregião de Palmeira dos Índios e mesorregião do agreste alagoano, esta última com 11 municípios, dentre os quais Palmeira dos Índios é a cidade polo (IBGE, 2013).

Atualmente, o Programa Saúde da Família (PSF) no município apresenta cobertura populacional de 98,82%, havendo 13 unidades de saúde da família na zona urbana, nove unidades na zona rural e dois polos indígenas. Localizada na zona rural, a Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde da Família (USF) Santo Antônio conta com aproximadamente 950 famílias cadastradas, com uma população adscrita em torno de 2.964 usuários (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PALMEIRA DOS ÍNDIOS, 2013).

Criado em março de 1994, quase duas décadas após sua implantação e funcionamento, o PSF configura-se atualmente uma política nacional (BRASIL, 2006 *apud* SOUZA & HAMANN, 2009). Neste contexto, a organização da Atenção Básica está conceitualmente pautada na Saúde da Família, apresentando direcionamentos para a reorientação do modelo assistencial de saúde (OGATA *et al.*, 2009; BRASIL, 2013), orientando o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), com base nos seguintes princípios: 1) adscrição de clientela; 2) territorialização; 3) diagnóstico da situação de saúde da população e 4) planejamento baseado na realidade local (SOUZA & HAMANN, 2009).

A grande cobertura populacional, em conjunto com suas funções cruciais para a assistência em saúde da população em geral fazem do programa supracitado o “carro chefe” da atenção básica em saúde no Brasil (VASCONCELOS & ZANIBONI, 2011). Entretanto, a ampla cobertura deve, necessariamente, estar atrelada à execução das propostas definidas

como o cerne do novo modelo de atenção (BRASIL, 2012), de modo que o percentual de cobertura pode não refletir adequadamente a eficiência do programa, caso ele não se apresente organizado (COPQUE & TRAD, 2005).

Diante destas observações, após discussão com a equipe de saúde, a análise situacional construída foi de um serviço fragmentado, com alguns pontos requerendo reorganização no sentido de fazer com que o serviço de atenção em saúde não seja apoiado apenas nos processos curativos. Por ordem de prioridade, foram elencados os seguintes problemas:

1. Necessidade de reestruturação do serviço com base na demanda agendada, de modo que esta demanda seja direcionada de acordo com os programas de assistência (saúde da mulher, puericultura, pré-natal, HIPERDIA, saúde do idoso, saúde do homem), e não sob a forma de uma “demanda espontânea agendada” ou “demanda imediata”;
2. Necessidade de organização de um cronograma para reuniões mensais fixas na unidade de saúde, com registro em ata e envolvendo sempre a participação de representantes da gestão do município, como forma de avaliar a progressão das medidas implantadas para a nova condução de atividades;
3. Dificuldade no acolhimento aos usuários, uma vez que o fluxo por vezes excede a capacidade de atendimento diário. Diante disso, nem sempre o acolhimento, quando necessária a remarcação de consultas, é feito de forma satisfatória, pela falta de compreensão ora dos profissionais, ora dos usuários do serviço;
4. Fragmentação das atividades educativas por parte dos membros da equipe (tais atividades, quando realizadas, ainda não contam com a participação de todo o grupo de profissionais);
5. Dificuldade organizacional da população da área descoberta, já que seu crescimento não foi adequadamente acompanhado pelo cadastro da microárea, de modo que alguns

atendimentos ainda são realizados de forma irregular, dificultando o seguimento do usuário;

6. Dificuldade de acesso a material de consumo (mais recentemente, a falta de material de papelaria, principalmente os impressos – receituários – tem gerado dificuldades no atendimento, com atraso no início das atividades diárias);
7. Indisponibilidade de transporte regular e fixo para a equipe de saúde (nos últimos meses, tem-se tornado frequente o deslocamento de mais de uma Equipe de Saúde da Família por um mesmo veículo, comprometendo o horário de atividades nas Unidades de Saúde).

O principal problema identificado pela equipe de saúde é o primeiro que aparece enumerado acima. Antes do início das atividades na unidade de saúde, o serviço funcionava com agendamentos, porém não de uma demanda agendada a rigor, ou seja, não direcionado segundo os programas preconizados pelo Ministério da Saúde para a Atenção Básica. De fato, todos os programas eram contemplados no atendimento, porém de forma bastante fragmentada, uma vez que não havia uma separação entre estes atendimentos, dificultando o delineamento do perfil da população que se enquadra em cada um dos programas.

E uma vez que esse perfil não podia ser construído, havia – e ainda há – grande dificuldade em definir estratégias de ação voltadas para as populações sob maior risco, aquelas que requerem maior direcionamento do tempo de atenção por parte da equipe de saúde. Neste contexto, o problema torna-se ainda maior quando se observa que, como a população já conhecia este fluxo assistencial de longa data, grande resistência à mudança foi observada, e mais que isso, por parte de alguns membros da equipe de saúde, que resistiam a algumas das mudanças discutidas. Durante as discussões destes problemas, foi difícil demonstrar para a equipe que o serviço deve ser estruturado com base nas demandas da população, pelo fato de não haver um detalhamento recente de cada um dos programas

assistenciais executados pela equipe, como forma de evidenciar a parcela dos subgrupos que requer maior atenção.

Diante desta situação, alguns “nós críticos” foram identificados como fortes mantenedores do problema em questão, apresentando relação causal com a organização do serviço de saúde. Dentre eles, podem ser enumerados:

a) falta de contato regular direto entre a gestão municipal e a equipe de saúde, como forma de melhor abordar as questões que requerem mudanças;

b) dificuldade para organização de tempo para reuniões de planejamento e avaliação mais regulares entre os membros da equipe de saúde (algumas vezes, em decorrência do fluxo intenso de atendimentos, reuniões tiveram de ser desmarcadas, sem a possibilidade de remarcação);

c) resistência por parte dos usuários em relação às mudanças propostas (no início, a população, insatisfeita com as mudanças no fluxo de atendimento, gerava situações desconfortáveis, de modo que a mudança plena do referido fluxo não é ainda uma realidade na unidade);

d) maior demanda de tempo para indivíduos com diagnósticos tardios de condições crônicas (uma vez que a falta de organização não permite a busca adequada da população sob maior risco de adoecimento, quando estes pacientes são diagnosticados como portadores de comorbidades, algumas vezes os diagnósticos são acompanhados de complicações, fazendo com que o paciente esteja na agenda de atendimento quase que semanalmente, quando este mesmo paciente poderia ser avaliado a cada três ou seis meses, ou mesmo anualmente, caso os fatores de risco tivessem sido abordados precocemente – *promoção de saúde e prevenção de agravos*);

e) insistência nos “atendimentos múltiplos de usuários” numa mesma consulta (não é raro que o paciente traga consigo um ou dois acompanhantes para avaliação clínica, quando

apenas uma consulta havia sido agendada. E ainda mais grave é o fato de alguns pacientes trazerem resultados de exames, sem que o paciente ao qual os exames pertencem esteja presente. Apesar das repetidas tentativas de esclarecimentos a respeito da impossibilidade desta prática, ela sem dúvida representa um importante limitante ao adequado fluxo de atendimento na unidade de saúde).

Assim sendo, frente à complexidade com que a proposta de reestruturação e a necessidade de mudança se apresentam, o estabelecimento de uma supervisão externa capaz de auxiliar na avaliação das mudanças pode representar importante ferramenta no processo de transição. Neste sentido, Matumoto e colaboradores (2005) destacam que:

[...] faz-se necessário que a própria equipe possa se analisar na produção de seu trabalho. Consideramos que a equipe necessita de espaço-tempo para esse processo. Disso decorre a necessidade de supervisão externa, com o objetivo de facilitar o enfrentamento de suas dificuldades, dos movimentos de resistência que produz. Avaliar, então, qual a direcionalidade que o trabalho como um todo tem assumido e se o resultado obtido está coerente com a finalidade para a qual aquela equipe foi constituída. Isso se faz em sucessivos processos de idas e vindas, de auto-análise e auto-gestão que podem encorajá-la a arriscar novas formas de produzir as ações de saúde (MATUMOTO *et al.*, 2005).

Assim, a proposta de supervisão objetiva “promover uma melhora contínua no desempenho dos trabalhadores de saúde” (FLAHAULT *et al.*, 1988 *apud* BOSCH-CAPBLANCH & GARNER, 2008), sendo ainda necessária a identificação dos problemas de saúde da comunidade, direcionando os programas para a atenção a tais problemas, monitorando ainda a efetividade das modificações do sistema assistencial (SHIMAZAKI, 2009).

Frente a estas constatações, e com todas as implicações sobre o fluxo de atenção em saúde da referida unidade, a necessidade de mudanças no perfil da assistência motivou a proposta do plano de intervenção aqui apresentada.

2 JUSTIFICATIVA

Conceitualmente, a atenção básica deve “coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea, [...] realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção” (BRASIL, 2012), sendo capaz de abordar a maior parte dos problemas de saúde de uma comunidade (GOFIN & GOFIN, 2005) e de promover maior equidade na oferta de atenção em saúde em diferentes populações (STARFIELD *et al.*, 2005).

Diante disso, observa-se, na atual forma de condução das atividades de assistência na USF Santo Antônio, uma fragmentação organizacional que compromete o fluxo adequado da atenção em saúde, com a perda da identidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no referido serviço. Este aspecto, ainda que não represente o único gerador, apresenta-se como o principal contribuinte para a dificuldade de organização na atenção em saúde pela equipe, de modo que muitos dos problemas anteriormente descritos, no que se refere ao modelo assistencial, seriam minimizados caso a implementação dos conceitos fundamentais da ESF fosse efetivada.

Como consequência desta associação de fatores que fogem aos princípios da Estratégia, cria-se uma cadeia concatenada de eventos que implicam a permanência do principal problema identificado. O resultado da perda desta característica intrínseca se reflete no atendimento inadequado de grupos de atenção em saúde específicos, em última análise reduzindo a qualidade do serviço e impossibilitando a avaliação acurada acerca do alcance de metas e definição de pontos críticos que requerem reestruturação do serviço. Como resultado desta falta de organização, a equipe tem dificuldade em direcionar o tempo de atenção para os usuários sob maior risco de adoecimento, além de não contar com um *mapa* adequado dos

grupos de usuários para os quais a assistência é prestada, o que em última análise impede o reconhecimento adequado das necessidades da população adscrita.

Uma vez que o modelo de atenção à saúde voltado à comunidade é intrinsecamente complexo, em vista a complexidade em que se inserem os diferentes contextos sociais das diferentes populações assistidas, trabalhar com este modelo não é tarefa simples, pois exige um olhar voltado para grupos sociais específicos, através do rompimento dos antigos paradigmas dos serviços de saúde existentes no país (SOUZA & HAMANN, 2009). Sendo a coordenação um estado de harmonia numa ação ou esforço comum (STARFIELD, 2002 *apud* SHIMAZAKI, 2009), somente através da reestruturação do serviço na unidade, tornar-se-á possível a manutenção da qualidade do serviço de saúde prestado, com base nos princípios fundamentais definidos pela ESF.

Por fim, a proposta de reestruturação do modelo de atenção vigente na direção de um modelo sedimentado nos princípios conceituais da referida estratégia e com o apoio de atividades de supervisão conjunta se justifica, uma vez que a falta de organização no serviço tem comprometido sobremaneira a qualidade da assistência.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção baseado na reorganização da atenção em saúde para a Unidade de Saúde da Família (USF) Santo Antônio, município de Palmeira dos Índios, Alagoas, com ênfase nos princípios da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

3.2 Objetivos específicos

- Estudar os fatores interferentes na organização do serviço de saúde e na qualidade da assistência na comunidade sob foco;
- Identificar metodologias ativas de fácil aplicação que permitam conscientizar a população adscrita acerca da importância da reorganização proposta, bem como os profissionais envolvidos com a assistência, como forma de melhor atender suas necessidades, servindo como projeto-piloto para posterior implantação em outras unidades de saúde que enfrentem problemas organizacionais afins;
- Avaliar as vias possíveis de estabelecimento de uma rotina de supervisão para as atividades da equipe de saúde, com o apoio da gestão municipal, que possibilitem o contato próximo gestão-equipe e o estudo regular da análise situacional local, como forma de direcionar as mudanças que sejam necessárias no serviço de saúde.

4 METODOLOGIA

O presente estudo consiste de uma proposta de intervenção à atenção em saúde na USF Santo Antônio, município de Palmeira dos Índios, Alagoas, no período compreendido entre março de 2013 e fevereiro de 2014. A população estudada é representada por aquela adscrita na área de abrangência da referida unidade de saúde.

Para a coleta de dados, foram utilizadas informações disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Palmeira dos Índios (relatórios de gestão), informações obtidas com os integrantes da Equipe de Saúde da Família, além de textos disponíveis na Biblioteca Virtual do Programa Ágora (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, NESCON; Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG). Foram ainda consultados os bancos de dados SciELO e PUBMED, com o levantamento bibliográfico feito com base nos descritores “Atenção Básica em Saúde”, “Atenção Primária em Saúde”, “Estratégia Saúde da Família”, “Saúde da Família”, “Saúde da Família e da Comunidade”, “Planejamento Estratégico”, “Acolhimento”, “Gestão em Saúde” e “Metodologias Ativas”.

Com base no referencial teórico levantado, procedeu-se a sistematização das informações, com a proposta de intervenção construída a partir do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), tomando-se como referência seus quatro momentos: *a) momento explicativo*: com o reconhecimento do campo de atuação e a busca pelos problemas (suas características e prováveis causas) interferentes na realidade a ser abordada; *b) momento normativo*: com o delineamento dos objetivos a serem alcançados; *c) momento estratégico*: a partir do qual é possível a análise crítica da viabilidade da proposta de intervenção; *d) momento tático-operacional*: com a programação de como a proposta será efetivada, contando com a participação de todos os envolvidos no processo de execução (BRASIL, 2004; KLEBA *et al.*, 2011).

5 DESENVOLVIMENTO

5.1 Organização do Serviço de Atenção Básica: reestruturar é fundamental

Dentre os fatores dificultadores responsáveis pelos prejuízos na qualidade da assistência em saúde prestada pela Equipe de Saúde da Família Santo Antônio, o aspecto organizacional do serviço, com a falta de organização entre os atendimentos agendados e de demanda espontânea (seja ela representada por atendimentos de urgência ou não urgentes) desponta como o principal entrave ao adequado funcionamento do serviço de saúde ofertado.

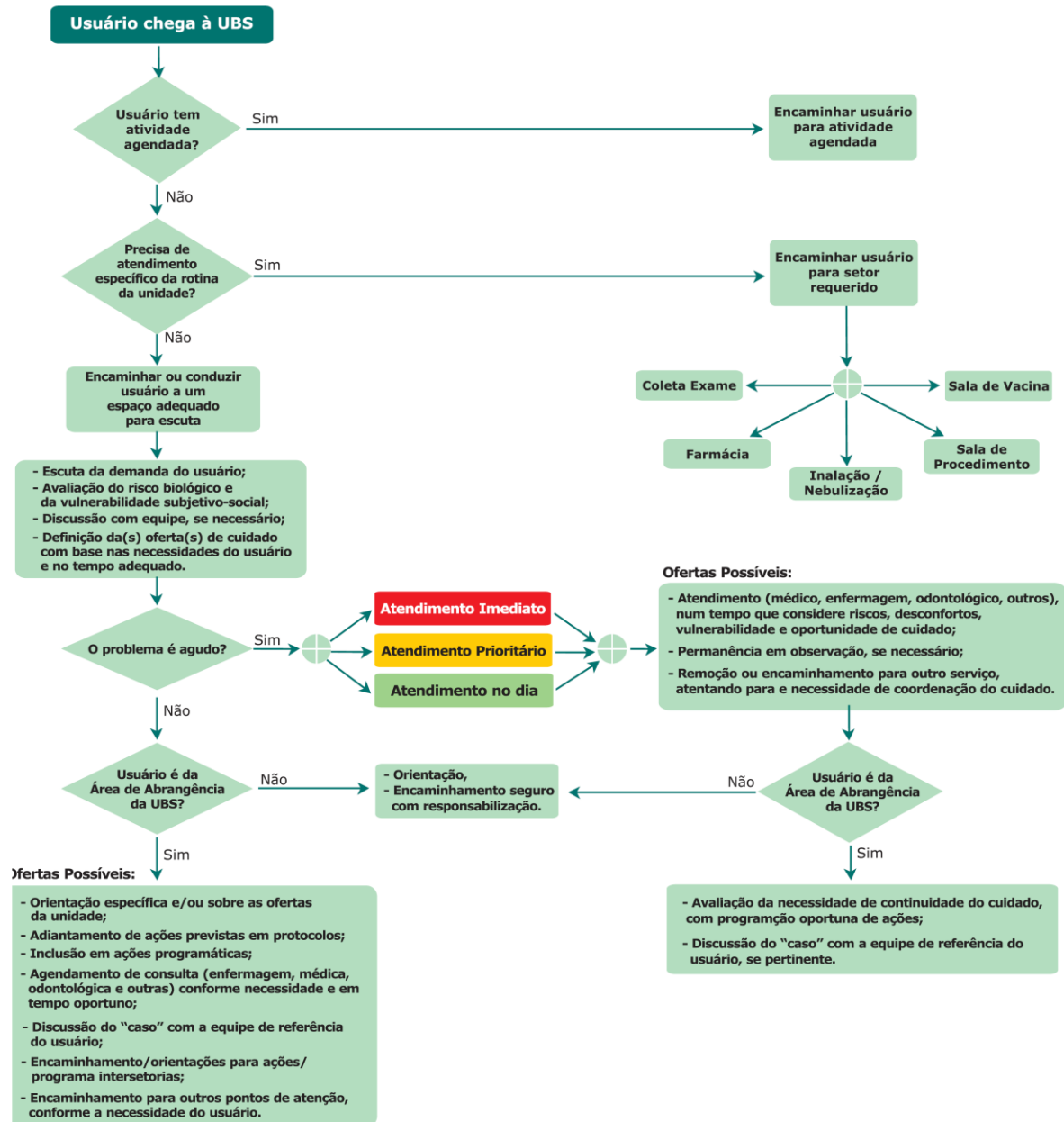
Diante disso, a Equipe de Saúde da Família reconheceu que a reestruturação do serviço demandará não apenas a formação continuada da equipe, mas uma maior aproximação com a gestão municipal, bem como o desenvolvimento de atividades educativas voltadas à população adscrita e com a direta participação desta população durante a execução das atividades, que não seriam baseadas apenas na transmissão unidirecional de conhecimentos (profissional para usuário), mas no intercâmbio de saberes entre os atores envolvidos (gestores, profissionais assistentes e comunidade assistida). Tal participação efetiva tem sua importância – bem como suas evidências de bons resultados – bem descrita na literatura, conforme relatado nos parágrafos subsequentes, através do reconhecimento de que somente através da participação ativa da comunidade será possível a reformulação do serviço com a devida aceitação de novas propostas pelo corpo profissional, gestão e usuários do serviço de saúde.

Neste sentido, a unidade de saúde deve ser capaz de oferecer aos seus usuários medidas não apenas curativas, mas, principalmente, preventivas, não se detendo apenas às queixas orgânicas de sua população adscrita, mas reconhecendo seus usuários como sujeitos biopsicossociais, desta forma garantindo que as atividades das equipes de saúde estejam

pautadas no princípio da integralidade (ALVES, 2004). O reconhecimento da dimensão psicossocial é indispensável para que os rumos tomados na assistência não estejam restritos apenas à medicalização (FRANCO *et al.*, 2005). Tais observações remontam uma das principais dificuldades identificadas pela equipe, já que a mesma enfrenta diariamente situações nas quais os usuários requerem uma resposta imediata às demandas por vezes eletivas, o que dificulta sobremaneira o planejamento e a execução de medidas preventivas. Reforçando a necessidade de se estabelecer maior vínculo com a comunidade assistida, fazendo-a reconhecer-se como agente transformador da realidade em que se insere, Alves (2004) destaca que “Para a reorganização da atenção básica [...] reconhece-se a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os serviços e a população assistida” (ALVES, 2004).

No intuito de facilitar a compreensão da população assistida acerca dos princípios que regem o funcionamento da atenção básica, a *primeira proposta de intervenção* baseia-se no estabelecimento de grupos operativos com a participação da comunidade sob a forma de pequenos grupos, para que estes se tornem multiplicadores dos conceitos fundamentais da Estratégia de Saúde da Família. Estes grupos teriam como principal objetivo conscientizar a população adscrita que, na atenção em saúde, é preciso tratar de forma diferente os desiguais (através de uma postura definida como *diferenciação positiva*), para que assim os diferentes possam se tornar semelhantes no que se refere à assistência em saúde (BRASIL, 2013b). É preciso, portanto, diferenciar bem entre situações agudas e situações agudas ou crônicas agudizadas (**Figura 1**), para definir se o atendimento deverá ser imediato, prioritário ou seguir a ordem de atendimentos da agenda do dia (BRASIL, 2013b), e mais uma vez a população precisa ser detalhadamente esclarecida acerca da forma como esta estratificação é definida, criando-se espaços de escuta para que suas queixas e dúvidas possam ser apresentadas ao corpo profissional assistente.

Figura 1. Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea.



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2013b.

Neste contexto, a avaliação de risco e vulnerabilidade é crucial (BRASIL, 2013b), somente sendo possível quando da vigência de um serviço organizado e que conte com a compreensão da população assistida. Uma situação frequentemente observada na unidade de saúde é a insatisfação de alguns usuários quanto ao estabelecimento de prioridades de atendimento previstas em lei, já que ainda se observa certa resistência popular quando a

ordem de atendimento não segue a ordem de chegada à unidade de saúde, mas a ordem segundo o atendimento prioritário (idosos, gestantes, casos de atendimento de urgência, entre outros). Assim, reconhecendo-se que o princípio da diferenciação positiva não é ainda amplamente difundido entre a população adscrita, é comum observar pacientes que se sentem prejudicados, desfavorecidos, desassistidos pela equipe de saúde (*“eu quero saber por que a minha ficha é a número um e já passaram três pessoas na minha frente”*). Estas constatações reforçam a necessidade premente de fortalecer as atividades educativas através de grupos operativos, como forma de esclarecer o funcionamento devido do sistema e seus princípios para toda a população que dele faz uso.

5.2 Qualidade da assistência: um compromisso de todos

Um ponto fundamental na reestruturação do serviço de saúde é representado pela compreensão de que a adequada condução de atividades não depende exclusivamente da gestão em saúde ou das funções exercidas pela equipe de saúde assistente, mas também do reconhecimento de que as atividades educativas devem enfatizar a vigilância em saúde e, principalmente, o auto-cuidado, este último um ponto crítico para que o usuário se assuma como direcionador de sua condição de saúde (ALVES, 2004).

Diante disso, a proposta de estabelecimento de grupos operativos deve enfatizar os prejuízos advindos da falta de organização dos fluxos de atendimento, para que sejam definidas as prioridades de atendimento segundo grupos de maior vulnerabilidade em saúde, bem como para que seja garantido o atendimento àquelas situações que não estavam previstas na agenda diária. Na direção destas observações, Brehmer e Verdi (2010), através da citação de um fragmento do discurso de um usuário do serviço de saúde, reproduzem

caracteristicamente uma constatação que, infelizmente, parece ser de ocorrência universal no que se refere à assistência pública em saúde:

“A faceta negativa do atendimento cotidiano nas UBS refere-se à privação do direito à saúde, garantido no plano legal. Os depoimentos a seguir [descrevem] o quanto [os usuários] sentem a negação do direito à saúde, sobretudo pelo limite de acesso aos serviços. *É chegar 5 horas da manhã e perguntar o número de fichas e ouvir: “Ah, hoje só temos oito fichas.” [...] Por que tem que ser no meio da semana para marcar a consulta? Quer dizer que o cidadão vai ter que esperar, vai ter dia para ficar doente? (U I).*” (BREHMER & VERDI, 2010).

Tais observações demonstram que a ampliação da cobertura da assistência em saúde pelo Programa Saúde da Família não implica, necessariamente, melhorias na qualidade da assistência. Desta forma, muito mais do que considerar a cobertura quantitativa da Estratégia de Saúde da Família em território nacional, o Ministério da Saúde tem unido esforços no sentido de implementar medidas direcionadas à qualificação da atenção básica, dentre elas o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Tal programa foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, como resultado da pactuação entre as três esferas de gestão do SUS. Além de objetivar maior transparência nas atividades realizadas pela atenção básica, o programa objetiva promover maior equidade na qualidade nos serviços de saúde ofertados à atenção básica (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013a).

Na Unidade de Saúde da Família Santo Antônio, o seguimento dos princípios definidos pelo PMAQ tem permitido melhorias na assistência e auxiliado a reorganização do serviço, uma vez que os dados apresentados à equipe pela gestão após os primeiros meses de atividades regidas pelo novo programa demonstram a melhoria não apenas ao acesso, mas uma maior comunicação com a gestão em saúde. Entretanto, ainda se observa (em menor grau, em comparação com o identificado doze meses atrás) insatisfação por parte da população adscrita em relação ao fluxo de atendimento, limitações para marcações de exames

e cobranças diretamente à equipe de saúde, muitas das quais não são de competência da referida equipe.

Assim, fica evidente mais uma necessidade de intervenção na população assistida, desta vez sob forma de prestar esclarecimentos acerca da importância da participação da comunidade, de forma organizada, exercendo o controle social, sendo esta participação popular ativa uma das propostas do PMAQ, através do foco da atenção básica no usuário (BRASIL, 2013a). Com base nestas observações, a *segunda proposta de intervenção* baseia-se na identificação, na comunidade, de indivíduos voluntários que possam atuar como representantes formais da população assistida, não apenas exercendo o papel de líderes comunitários, mas participando ativamente dos conselhos de saúde. Tal reconhecimento poderia ser iniciado durante as atividades dos grupos operativos, fortalecendo-se à medida que estes representantes comunitários direcionassem esforços no sentido de estudar coletivamente as necessidades da população assistida, repassando-as à equipe de saúde e gestores.

Dentre os desafios a serem enfrentados na atenção básica, o manual instrutivo do PMAQ pontua a sobrecarga das Equipes de Saúde da Família, com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, fato que compromete não apenas a cobertura, mas também a qualidade de suas ações (BRASIL, 2012a). Para a área de cobertura da Unidade de Saúde da Família Santo Antônio, o número de famílias cadastradas não excede o limite definido pelo programa. Entretanto, é preciso destacar que nem sempre a sobrecarga é apenas numérica, pois mesmo com um número de famílias compatível com aquele definido pelo Ministério da Saúde, os atendimentos múltiplos numa mesma consulta (pacientes solicitam que seus acompanhantes sejam também avaliados, na maioria das vezes com queixas de caráter eletivo) comprometem a qualidade do serviço ofertado. Deste modo, a participação de líderes comunitários no sentido de difundir a importância de organizar o fluxo de atendimento se

apresenta como medida promissora, já que estes usuários, por estarem em contato frequente com a comunidade, podem reforçar as informações repassadas pela equipe de saúde.

Frente às dificuldades de organização entre demanda agendada e demanda espontânea, a equipe de saúde tem observado que os conceitos de “demanda espontânea” e “urgência” são por vezes utilizados equivocadamente pela população assistida. Um serviço de triagem foi estabelecido com base em critérios de gravidade para os agravos mais prevalentes na área de atuação da equipe de saúde, na tentativa de evitar encaminhamentos desnecessários ao serviço de pronto-atendimento do município. Tal atuação justifica-se porque:

“No processo de construção do SUS como política universal e que busca assegurar a integralidade das ações, o equacionamento da atenção à demanda não agendada na rede básica é essencial e constitui um desafio ainda não superado. A não-resposta a essa demanda, a rigidez dos programas e a não-incorporação de forma ágil de novas necessidades em saúde resultam em desnecessária procura da população por unidades de urgência-emergência ou de ambulatórios de especialidades e, em consequência, as unidades básicas perdem sua condição de local onde se privilegiam o vínculo, a coordenação e continuidade dos cuidados e a credibilidade para realizar ações de promoção e prevenção” (PUCCINI *et al.*, 2012).

Além disso, neste mesmo estudo sobre a concepção dos profissionais de saúde acerca do fluxo de atendimento em diferentes serviços de saúde, por meio de questionários aplicados aos profissionais da atenção básica e dos serviços de urgência e emergência, os autores trazem o seguinte relato, ao enumerar fatores que comprometem o funcionamento adequado dos serviços de saúde: “Falta de orientação a nossa população. [...]. É preciso divulgação permanente em hospitais e UBS destes diferentes níveis de atenção à saúde.” Tal fato reforça a importância de estabelecer um maior diálogo com os usuários acerca do funcionamento de cada um dos níveis de atenção. No mesmo trabalho, os autores concluíram que os entrevistados apresentaram opiniões contraditórias acerca dos atendimentos da demanda não agendada na atenção básica (“A UBS deveria garantir atendimento do paciente na procura sem agenda”; “Deveria ser estabelecido aos postos a obrigatoriedade dos atendimentos e

pronto-atendimento de doenças”; “*Nas UBS só deveriam ser atendidas as consultas marcadas*”), sendo estas contradições mais pronunciadas entre os médicos, e com menor discrepância entre os profissionais de enfermagem, evidenciando que não apenas a população, mas também os profissionais de saúde devem ser continuamente orientados sobre as atribuições de cada serviço de saúde (PUCCINI *et al.*, 2012).

Reconhecidamente, o fortalecimento do vínculo e o aprimoramento das ações de coordenação aparecem diretamente condicionados à forma como são instrumentalizadas as relações entre os profissionais e entre estes e a população assistida (relações estas definidas como *tecnologias leves*). Tais tecnologias devem, portanto, ser aprimoradas no sentido de fortalecer o vínculo e o acolhimento com o usuário, buscando-se sempre a consonância entre as partes (“falar a mesma língua”), sintonizar objetivos comuns, em busca da melhoria do serviço de saúde (ASSIS *et al.*, 2010). E ao trabalhar o vínculo através do estabelecimento de uma postura de diálogo regular entre as partes envolvidas no processo de trabalho, o acolhimento, ferramenta crucial à condução de atividades nos serviços de saúde (TAKEMOTO & SILVA, 2007) – por permitir que “todos falem a mesma língua” – deve contemplar ações como a acessibilidade universal ao sistema de saúde, reorganizando o processo de trabalho e qualificando a relação trabalhador-usuário (FRACOLLI & ZOBOLI, 2004). Frente a estas constatações, a ***terceira proposta de intervenção*** consiste na utilização de salas de espera para a difusão destas informações, reforçando-se regularmente que é preciso sistematizar o atendimento de forma que a equipe possa, juntamente com a compreensão da comunidade, dispor de tempo suficiente em seu cronograma para as atividades de atendimento às demandas programada e espontânea, além de disponibilidade para planejar atividades de promoção de saúde e o estudo regular do perfil dos indicadores de saúde da comunidade assistida.

Após análise conjunta entre os membros da equipe de saúde, outro ponto identificado que requer melhorias dentre as atividades desenvolvidas na unidade de saúde é o acolhimento, devendo este “[...] ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores do atendimento. Não se limita ao ato de receber, mas se constitui em uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde” (FRACOLLI & ZOBOLI, 2004).

Deste modo, o acolhimento parte da premissa de que sempre deve ser dada uma resposta positiva ao problema apresentado pelo usuário, no sentido de assegurar a humanização do serviço, buscando compreender a subjetividade de cada indivíduo assistido (BREHMER & VERDI, 2010). Além disso, para Takemoto e Silva (2007), o acolhimento “configurar-se-ia, então, em uma etapa do processo de trabalho responsável pelo atendimento da demanda espontânea” (TAKEMOTO & SILVA, 2007).

Neste contexto, duas condições diametralmente opostas podem ser evidenciadas durante a prática do acolhimento nos serviços de saúde: a *primeira* delas, representada pelo usuário que foi atendido em suas demandas na unidade de saúde (através de uma consulta ou marcação de exames, por exemplo) e que não ficou satisfeito com o serviço ofertado, pois, apesar do atendimento no momento oportuno, não foi devidamente acolhido; e a *segunda*, pelo usuário que, apesar de não ter sido atendido no momento em que compareceu à unidade de saúde com suas demandas, esteve satisfeito, pois foi acolhido adequadamente, recebeu as devidas orientações sobre o funcionamento do serviço de saúde, foi submetido à triagem e estratificação de risco e teve seu atendimento assegurado para o momento mais adequado, no menor intervalo de tempo aceitável para sua condição de saúde. Diante disso, a *quarta proposta de intervenção* consiste na elaboração de oficinas com os profissionais da atenção básica para o estudo do acolhimento, reforçando que o mesmo não é sinônimo de *atendimento imediato*, como por vezes definido entre os profissionais de saúde. Esta capacitação continuada entre os profissionais deve ser feita no sentido de reconhecer os pré-conceitos dos

mesmos em relação ao acolhimento, desmitificando conceitos reducionistas e definindo o acolhimento com base em seus princípios fundamentais, não com o objetivo de ressignificá-lo, mas de adequadamente consolidar sua real definição a partir de conceitos que, embora distorcidos, já se fazem presentes em alguns serviços de saúde. Como evidência de que o conceito de acolhimento encontra-se distorcido entre os profissionais de saúde, Brehmer e Verdi (2010) bem enfatizam tal distorção, ao destacar que:

“[...] os discursos dos sujeitos na pesquisa mostraram-se divergentes nos relatos dos modos de acolher operados na prática dos serviços. Os discursos são encobertos por descrições de atendimentos pontuais, e o acolhimento, na prática, se torna sinônimo de atendimento de urgência. Trata-se, neste caso, da atenção dada às pessoas que diariamente recorrem às unidades de saúde com uma necessidade imediata e, pela limitação do acesso, não conseguem atendimento agendado. Elas, então, são acolhidas, desde que sua demanda seja avaliada como importante e factível” (BREHMER & VERDI, 2010).

Reforçando estas observações, Fracolli e Zoboli (2004), em estudo para identificar como se processava o acolhimento em Unidades de Saúde da Família, concluíram que a escuta realizada baseia-se essencialmente em queixas clínicas, com intervenções pontuais não criadoras de vínculo entre o corpo profissional e a população adscrita (FRACOLLI & ZOBOLI, 2004), demonstrando que a limitação no acolhimento observada na Unidade de Saúde da Família Santo Antônio não é ocorrência isolada, e apontando para a necessidade da sistematização deste conhecimento entre os profissionais de saúde.

5.3 Metodologias ativas: ferramentas úteis na reestruturação do serviço de saúde

A dificuldade de organização no processo de trabalho implica prejuízos na assistência, repercutindo diretamente sobre os resultados obtidos. Na maioria das vezes, a dificuldade de organização decorre da falta de contato entre as partes envolvidas, já que nem sempre os profissionais conseguem estabelecer uma comunicação adequada com a população assistida

no sentido de esclarecê-la acerca do funcionamento do sistema de saúde, além de não dispor de espaços de discussão nos quais possam ser trabalhadas com regularidade as dúvidas e reivindicações da comunidade, na tentativa de alcançar um ponto de equilíbrio entre as obrigações da equipe de saúde e os anseios da população adscrita. Em vista estas observações, “[...] é preciso considerar que o conhecimento precisa ser dialogado, compartilhado e confrontado. Esta ideia fica evidente à medida que os profissionais e usuários/famílias precisam negociar novos entendimentos” (BACKES *et al.*, 2012).

Desta forma, é crucial a utilização de medidas que permitam o cultivo salutar de um ambiente de diálogo, de forma que todos se compreendam mutuamente, o que reforça a necessidade de se estabelecer uma “construção personalizada do conhecimento”, uma verdadeira “reinvenção do ensinar e do aprender”, conforme descrito por Cotta e colaboradores (2012) em estudo destacando a importância da elaboração de portfólios coletivos na formação profissional (COTTA *et al.*, 2012). Os bons resultados obtidos permitem considerar a possibilidade de aplicação – possivelmente com bons resultados – entre os profissionais da atenção básica, através de metodologias que estimulem o pensamento crítico, já que a elaboração de produtos após a discussão entre os profissionais de saúde, como portfólios ou mapas conceituais, permite uma visão sumarizada dos problemas levantados inicialmente, direcionando condutas quando de posse dos produtos finais gerados a cada discussão.

As vantagens das metodologias ativas, em oposição às metodologias conservadoras (tradicionais, estas reducionistas e fragmentadas) residem no fato de que aquelas permitem que os indivíduos com ela envolvidos não apenas se reconheçam como atores capazes de exercer sua autonomia, propondo mudanças no meio com o qual interagem, como também reconheçam que estes meios – quais sejam: o ambiente familiar, a comunidade, a equipe de saúde da família – sejam absolutamente passíveis de mudança (MITRE *et al.*, 2008). “[...]”

afinal, conhecer é transformar” (MITRE *et al.*, 2008). Por isso é importante que as metodologias não sejam utilizadas apenas com os profissionais de saúde, mas que sejam direcionadas também à população assistida, para que ela possa participar ativamente do processo de construção das políticas de saúde, conhecendo os mecanismos que regem o funcionamento do sistema de saúde e assim, auxiliando na manutenção da condução do serviço de que dispõe, bem como na transformação dos entraves que impedem o exercício pleno da atenção em saúde.

Apesar de evidências recentes acerca dos resultados promissores decorrentes do uso de metodologias ativas na construção do conhecimento, a formação profissional dos envolvidos no processo assistencial, com base em tais metodologias, é ainda um grande desafio, por requerer mudanças radicais que por vezes se opõem às bases de formação profissional e mesmo pessoal dos envolvidos (BATISTA & GONÇALVES, 2011).

Diante destas observações, a *quinta proposta de intervenção* consiste no uso de metodologias ativas baseadas em situações-problema a serem apresentadas em grupos formados por profissionais de saúde da rede de assistência, bem como por grupos incluindo tanto profissionais quanto a população adscrita, buscando evidências, através da apresentação de soluções para os problemas apresentados a cada encontro, de que o funcionamento adequado do serviço de saúde passa, necessariamente, pela irrestrita colaboração do usuário, de sua compreensão de que as consultas múltiplas, imediatas não condizem com o bom funcionamento do serviço, prejudicando seu fluxo normal e a qualidade do serviço ofertado.

Diversas evidências na literatura apontam para resultados promissores obtidos através do emprego de metodologias ativas nas mais diferentes situações do cotidiano da atenção em saúde. Pedrosa e colaboradores (2011), por exemplo, após a aplicação de metodologias ativas na formação de agentes comunitários de saúde da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal da Paraíba, concluíram que tais metodologias promoveram resultados positivos, por

despertar o senso crítico e estimular a reflexão sobre o processo de trabalho (PEDROSA *et al.*, 2011). Resultados promissores também foram obtidos através de oficinas de planejamento estratégico com todos os trabalhadores de uma unidade de saúde da Região Leste de Goiânia, Goiás, permitindo-se através do referido método uma discussão mais aberta sobre os problemas que afligiam o serviço assistencial em saúde. Os achados do estudo reforçam, portanto, a importância do estabelecimento de um ambiente onde toda a equipe de saúde possa participar da análise crítica da situação de saúde onde desenvolve suas atividades assistenciais, propondo mudanças exequíveis com base na realidade enfrentada (QUEIRÓZ *et al.*, 2010).

Em consonância com estes achados, diferentes trabalhos na área de educação também demonstram que a participação ativa dos alunos no processo de construção do conhecimento permite melhor compreensão dos assuntos abordados e o posicionamento crítico destes alunos frente a situações-problema, reconhecendo-se a importância de assumir uma postura crítica ativa diante das situações apresentadas (MODELL, 1996; CARVALHO & WEST, 2011), razões pelas quais o uso de metodologias ativas entre os profissionais e entre estes e a população adscrita despontam como uma alternativa promissora na tentativa de contextualizar os problemas enfrentados pela comunidade, buscando facilitar a compreensão da população no que se refere ao modelo assistencial vigente.

Assim, reconhece-se a importância de iniciar as atividades de reflexão propostas com a apresentação de situações-problema, com base numa metodologia problematizadora (PEDROSA *et al.*, 2011) que permita a reflexão por todo o grupo, já que tal metodologia possibilita o estímulo ao trabalho em equipe de maneira crítica e reflexiva (COTTA *et al.*, 2012), seja este grupo formado apenas por profissionais ou pela população adscrita. O caráter instigante da proposta incentiva que o próprio grupo busque respostas e possa, através do pensamento crítico coletivo, compreender a necessidade de reestruturar o serviço como forma

de melhor atender as demandas locais. Por fim, os produtos das oficinas baseadas em metodologias ativas (sejam estes produtos portfólios, mapas conceituais, cartazes explicativos, dentre outros) poderão ser divulgados através da organização de eventos locais, com a participação dos gestores, para que a discussão seja finalmente consolidada através da análise das propostas da equipe e da comunidade.

5.4 Estabelecimento de um calendário de avaliação regular entre profissionais de saúde e gestão municipal

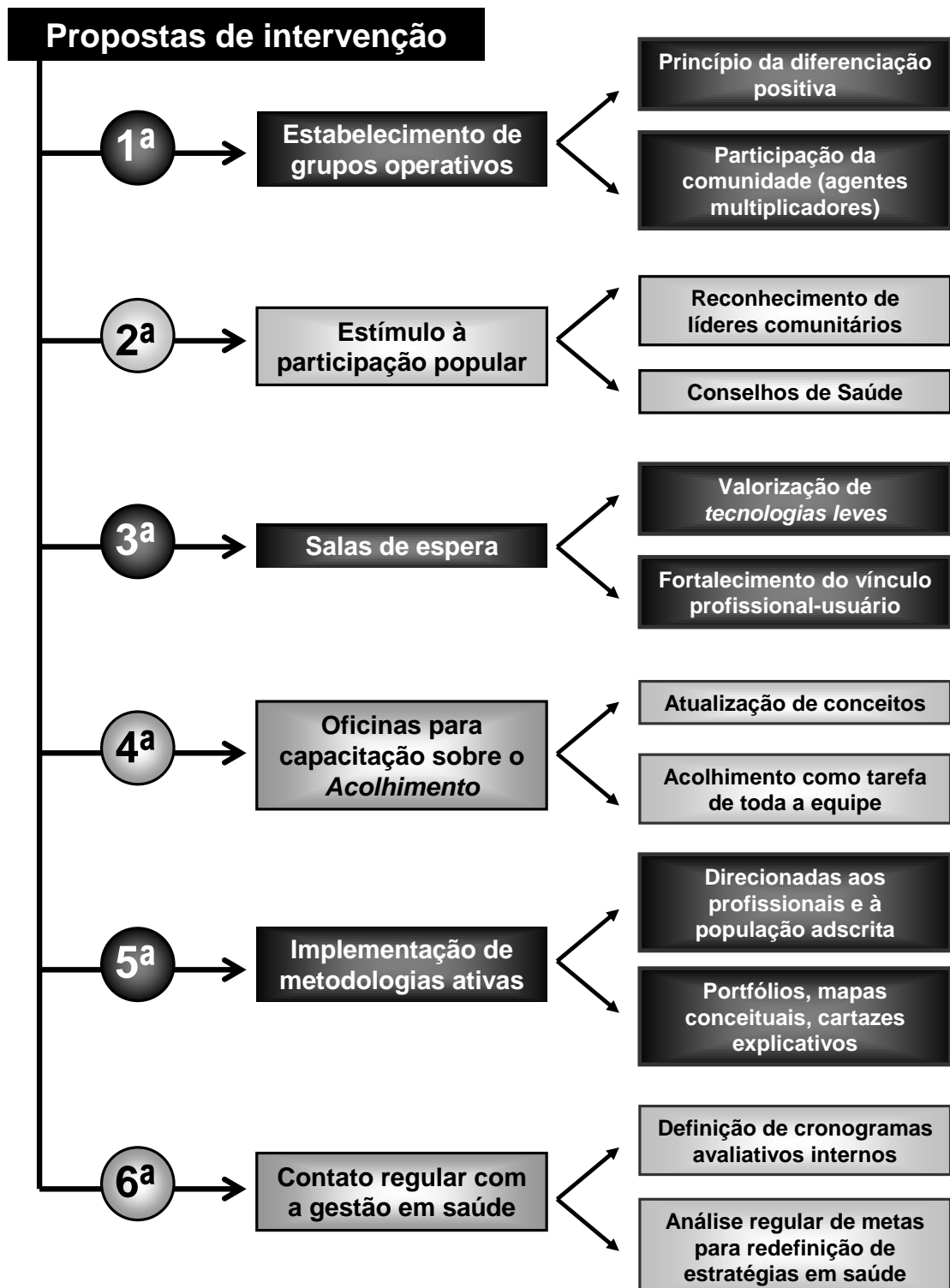
No âmbito da assistência em saúde, Assis e colaboradores (2010) “[acreditam] que uma das dificuldades em garantir o acesso [aos diversos serviços de saúde] de forma universal decorre da inexistência de uma rede integrada de ações e serviços, para atender as necessidades da população” (ASSIS *et al.*, 2010). Neste sentido, o estabelecimento de uma rede integrada de assistência com bases sólidas depende, em parte, da participação ativa dos gestores na regulamentação e condução deste processo, de onde emerge a necessidade do contato próximo e regular com a gestão municipal na discussão dos problemas enfrentados diariamente na Unidade Básica de Saúde. Esta rotina permitiria avaliar os principais problemas de saúde que atemorizam a assistência, a saber: “desigualdade no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações” (PAIM, 2003 *apud* ALVES, 2004).

As mudanças nos modelos assistenciais representam verdadeira “ação hercúlea”, uma vez que são observadas resistências das mais variadas frentes, assistentes e assistidos. Tais resistências aparecem diretamente relacionadas a aspectos culturais, comportamentais e aos micropoderes observados nos ambientes de trabalho em saúde (ASSIS *et al.*, 2010), razão pela qual atividades isoladas de grupos específicos ou unidirecionais são geralmente

infrutíferas no que se refere à capacidade resolutiva das ações em saúde. Além disso, Borges e Telles (2010) destacam que o potencial de cada equipe de saúde em oferecer respostas aos entraves na assistência depende não apenas da capacitação dos seus membros, mas também dos recursos tecnológicos necessários e da capacidade de referenciar aos diferentes níveis de assistência, possibilitando uma abordagem global, integral, sofrendo, neste percurso, influência direta do nível de organização política dos gestores municipais (BORGES & TELLES, 2010). Frente a estas observações, evidencia-se a necessidade do contato direto, e sobretudo regular, entre os gestores e as equipes de saúde/população adscrita, como forma de efetivar as ações em saúde com base nas reais demandas da comunidade.

Ao destacar os mecanismos avaliativos para a Atenção Básica, o Manual Instrutivo do PMAQ (2012) reforça a importância de “Institucionalizar uma cultura de avaliação da Atenção Básica no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados” (BRASIL, 2012a), evidenciando a tendência atual de instituir a avaliação regular do serviço ofertado com prerrogativa para o direcionamento das mudanças requeridas, como forma de melhor adequação às realidades das diferentes localidades assistidas. Com base nestas observações, a *sexta proposta de intervenção* consiste no estabelecimento de contato regular com a gestão municipal em saúde, não sendo esperada apenas a avaliação pelo programa recentemente aderido (PMAQ), mas definindo um cronograma avaliativo interno (trimestral, semestral ou conforme as necessidades da unidade de saúde) que permita o repasse dos resultados obtidos a partir das propostas de intervenção prévias, garantindo o estudo constante dos entraves que comprometem a execução adequada das atividades de assistência em saúde e possíveis soluções conjuntas. A **figura 2** sintetiza as propostas de intervenção apresentadas para a Unidade de Saúde da Família Santo Antônio, Palmeira dos Índios, Alagoas.

Figura 2. Esquema representativo das intervenções propostas para a Unidade Básica de Saúde Santo Antônio.



Fonte: figura elaborada pelo autor, 2014.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As propostas de intervenção apresentadas buscam contornar os principais nós críticos reconhecidos pela Equipe de Saúde da Família Santo Antônio, em vista as limitações à adequada condução de atividades na referida unidade, ora por entraves organizacionais do serviço, ora por falta de difusão sistemática de informações à população adscrita no que se refere ao funcionamento do serviço oferecido. As evidências apontadas pela literatura demonstram que a efetividade das ações implementadas pode trazer resultados mais consistentes quando os atores envolvidos no processo são considerados como corresponsáveis diretos dos desfechos da assistência em saúde, de modo que a participação ativa de todos – gestores, profissionais de saúde e população assistida – é peça fundamental na consolidação de um modelo assistencial de qualidade.

Diante disso, o envolvimento ativo da equipe de saúde permite alcançar não apenas maior credibilidade por parte do usuário, mas também estimular maior participação social nas definições inerentes ao processo assistencial em saúde (BACKES *et al.*, 2012). Assim, é preciso reconhecer que cada indivíduo é, concomitantemente, singular e coletivo, por apresentar suas particularidades e por estar inserido num meio com o qual interage ativamente, através de suas reivindicações, sendo estas expressões de seus desejos e expectativas em relação ao serviço de saúde ao qual recorre (ASSIS *et al.*, 2010). Estas peculiaridades não devem, entretanto, servir como ponto de fragmentação do modelo assistencial, mas sim como estímulo ao estabelecimento de um ambiente de discussão promotor de questionamentos e gerador de soluções com a participação de todas as partes envolvidas no processo de assistência em saúde na atenção primária.

Por fim, espera-se que as propostas apresentadas possam ser implantadas na Unidade de Saúde sob foco do presente estudo, de modo a redefinir os parâmetros da assistência em

saúde contando não apenas com a participação, mas com a compreensão de todos os envolvidos no processo assistencial, sem, entretanto, ferir os princípios das mudanças recém-implantadas nas Unidades Básicas de Saúde do Município.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39–52. set.2004/fev.2005.
- ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B. (Org). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. 182 p.
- BACKES, D. S.; BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A.; MARCHIORI, M. T.; KOERICH, M. S. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 1151–1157. 2012.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 884–899. 2011.
- BORGES, M. M. M. C.; TELLES, J. L. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. **Rev. Bras. Geriatri. Gerontol.**, v. 13, n. 3, p. 349–360. 2010.
- BOSCH-CAPBLANCH X.; GARNER P. Primary health care supervision in developing countries. **Tropical Medicine and International Health**, v. 13, n. 3, p. 369–383. 2008.
- BRASIL. Diretoria de Atenção Básica. **Estratégia saúde da Família**. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acesso em: 08 jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II. 2013b. 290 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na Atenção Básica de Saúde: Roteiros para Reflexão e Ação**. Brasília: Ministério da Saúde, Série C: Programas, Projetos e Relatórios. 2004. 72 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Série E: Legislação da Saúde. 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013a. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, Série A: Normas e Manuais Técnicos. 2012a. 62 p.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3569–3578. 2010.

CARVALHO, H.; WEST, C. A. Voluntary participation in an active learning exercise leads to a better understanding of physiology. **Advances in Physiology Education**, v. 35, p. 53–58. 2011.

COPQUE H. L. F.; TRAD L. A. B. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 14, n. 4, p. 223–233. 2005.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

COTTA, R. M. M.; SILVA, L. S.; LOPES, L. L.; GOMES, K. O.; COTTA, F. M.; LUGARINHO, R.; MITRE, S. M. Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 787–796. 2012.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 2, p. 143–51. 2004.

FRANCO, A. L. S.; BASTOS, A. C. S.; ALVES, V. S. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios no estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 246–255. 2005.

GOFIN J.; GOFIN R. Community-oriented primary care and primary health care. **American Journal of Public Health**, v. 95, n. 5, p. 757. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 06 abril 2013.

KLEBA M. E.; KRAUSER I. M.; VENDRUSCOLO C. O Planejamento Estratégico Situacional no Ensino da Gestão em Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n. 1, p. 184-93. 2011.

MATUMOTO S.; FORTUNA C. M.; MISHIMA S. M.; PEREIRA M. J. B.; DOMINGOS N. A. M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 9-24. set.2004/fev.2005.

MITRE, S. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J. M.; MORAIS-PINTO, N. M.; MEIRELLES, C. A. B.; PINTO-PORTO, C.; MOREIRA, T.; HOFFMANN, L. M. A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, sup. 2, p. 2133–2144. 2008.

MODELL, H. I. Preparing Students to Participate in an Active Learning Environment. **Advances in Physiology Education**, v. 15, n. 1, p. S69–S77. 1996.

OGATA M. N.; MACHADO M. L. T.; CATOIA E. A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 820-9. 2009.

PEDROSA, I. L.; LIRA, G. A.; OLIVEIRA, B.; SILVA, M. S. M. L.; SANTOS, M. B.; SILVA, E. A.; FREIRE, D. M. C. Uso de metodologias ativas na formação técnica do agente comunitário de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 9, n. 2, p. 319–332. 2011.

PUCCINI, P. T.; CORNETTA, V. K.; SAHYOM, T. Z.; FUENTES, I. C. P.; BOTTA, L. M. G.; PUCCINI, R. F. Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2941–2952. 2012.

QUEIRÓZ, P. S.; COSTA, D., M.; SOUZA, A. C. S.; CHAVEIRO, L. G.; SILVA, A. L. A. C.; SILVA, D. A.; SILVA, C. D. A.; CALPIÑEIRO, N. E. N. Planejamento estratégico de uma unidade de saúde da família – Região Leste de Goiânia. **Revista de Salud Pública**, v. 1, p. 15–23. 2010.

SHIMAZAKI, M.E. (Org). A Atenção Primária à Saúde. In: MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: **Oficina 1 – Análise da atenção primária à saúde. Guia do Participante**. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte: ESPMG, 2009. 104 p. 38-43. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/PDAPS-2e3_050609_BAIXA1.pdf>. Acesso em: 28 de fev. 2013.

SOUSA M. F.; HAMANN E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1325-1335. 2009. Suplemento.

STARFIELD B.; SHI L.; MACINKO J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502. 2005.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 331-340. 2007.

VASCONCELOS F. G. A.; ZANIBONI M. R. G. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1049-1504. 2011. Suplemento.