

# De portas abertas para as comunidades

VALÉRIA DOS SANTOS NORONHA<sup>1</sup>

## Apresentação

Este projeto de gestão é fruto da experiência vivenciada no Programa Saúde da Família de Macaé em 2005 enquanto assessora junto à coordenação do programa.

Historicamente, o Programa Saúde da Família (PSF) foi idealizado no Brasil em 1993 e oficializado em 1994, mas a sua expansão efetiva ocorre a partir de 1995. O PSF é apresentado como um modelo de assistência à saúde que objetiva o desenvolvimento de ações de proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, utilizando o trabalho de equipes de saúde responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária. É uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.

Enfatiza a promoção e a prevenção, não se descuida do aspecto curativo reabilitador; com alta resolutividade, baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos e sociais e privilegia a intersetorialidade (Reis e Hortale, 2004, p. 495).

---

<sup>1</sup> Doutoranda em Serviço Social pela UFRJ, Mestre em Serviço Social, Sanitarista e Assistente Social.

Em Macaé, de acordo com o Modelo Assistencial aprovado na “VI Conferência Municipal de Saúde realizada em 16 de agosto de 2003”, a estratégia da Saúde da Família (PSF) vem sendo implantada de forma gradativa em toda a rede básica do SUS. Esta implantação vem ocorrendo em consonância com os princípios básicos preconizados pelo Ministério da Saúde, quais sejam: Integralidade e hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela e equipe multiprofissional. Consideramos inexorável que neste processo de implementação participem e sejam ouvidos as Associações de Moradores e Conselho Municipal de Saúde.

Além da equipe mínima, composta por um (01) médico, um (01) enfermeiro, um (01) auxiliar de enfermagem e de quatro (04) a seis (06) agentes comunitários de saúde- AC’S, o PSF está inserindo em seu processo de trabalho os seguintes profissionais: Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista, Cirurgião Dentista, Técnico de Higiene Dental e Atendente de Consultório Dentário. A formação de uma equipe multiprofissional ampliada possibilita que a questão da saúde seja vista em sua totalidade, considerando inclusive, o impacto das expressões da questão social no processo de saúde-doença.

Em julho de 2005, existiam 24 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 2 PACS (Programas de Agentes Comunitários de Saúde) em 22 Unidades Básicas. O programa possuía 156 agentes comunitários de saúde, abrangendo 73.324 habitantes, o que corresponde a 52% da população urbana, sendo 100% de cobertura da zona rural e periferia.

Com a implementação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), o município pretende ampliar a cobertura das equipes de saúde da família na área urbana.

O respectivo projeto de gestão foi criado com o objetivo de incorporar ações que possuíam como objetivo central a produção de melhores resultados e qualidade para o programa.

### **Passos na construção do projeto**

O projeto significou a possibilidade da criação do novo, do idealizado e somente ganhará vida a partir da adesão dos trabalhadores envolvidos nas equipes de saúde da família. Para isto era preciso fortalecer o comprometimento da coordenação, da equipe de supervisão, gerentes das unidades e demais profissionais para a existência

e sucesso de um modelo de gestão que estará voltado para a realidade local e para as comunidades já atendidas.

A aposta em um novo projeto deveria ser sistematicamente avaliada pelas pessoas que vivenciavam o cotidiano do serviço de saúde, construindo formas dialogadas de entendimento para a tomada de decisões.

### **A preparação para a ação**

Tendo claros os resultados esperados, a montagem de cenários foi absolutamente necessária. Os principais resultados gerais esperados foram: respostas que garantam uma maior resolutividade; ampliação de cobertura; fortalecimento da interdisciplinaridade; decisões colegiadas e participativas; maior integração das equipes com as comunidades; relação horizontalizada entre a coordenação e as gerências; democratização no acesso aos serviços de saúde e capacitação permanente. Cada ator deveria ser considerado no processo e ser envolvido na discussão de melhores soluções.

O projeto desejou privilegiar a construção de espaços democráticos visando a negociação e a percepção de problemas. Com efeito, o desenvolvimento de reuniões colegiadas aconteceriam sistematicamente nas comunidades, nas Unidades e na própria coordenação.

### **A equipe de supervisão**

O papel da equipe de supervisão é fundamental para subsidiar um suporte efetivo às equipes em saúde da família. Além de propor um processo de interação com as equipes em saúde da família, extremamente capacitante, a supervisão em conjunto com os trabalhadores inseridos nas equipes provocará uma reflexão sobre os indicadores epidemiológicos das áreas cobertas pelo programa.

A supervisão aqui proposta deveria se distanciar daquele modelo de supervisão tradicional, fiscalizador e autoritário e deve aproximar-se de uma visão moderna, a de supervisão capacitante ou, como alguns autores definem, uma *convisão*<sup>1</sup>. Esta supervisão deve ser dinâmica e constituir-se como elo de ligação entre a coordenação e as equipes, sempre numa perspectiva de troca de saber e não de imposição de um saber pelo outro (característica principal do processo de trabalho que se desenvolve fora da perspectiva interdisciplinar),

atuando na implementação de protocolos de assistência e sistematizando a educação continuada dos profissionais.

A visão de “Trabalhador Coletivo em Saúde”<sup>22</sup> é um eixo de categoria importante para oferecer uma maior sustentabilidade à noção de totalidade que o programa deve adotar em seu conteúdo.

As equipes demandavam pelos encontros semanais e priorizam a relação com a supervisão para a problematização das situações vivenciadas.

A estrutura atual da equipe de supervisão idealizada por esta gestão, objetivando se aproximar da noção de supervisão capacitante, é composta por quatro profissionais de diferentes áreas, a saber: enfermagem, fisioterapia, medicina, odontologia e serviço social.

### **Capacitação permanente**

Um dos principais focos de trabalho da equipe de supervisão é a sistematização da capacitação das equipes do PSF de Macaé. Para tanto, torna-se indispensável o comprometimento das mesmas no que tange ao levantamento das suas demandas nesta área. A participação crítica e propositiva é condição para o êxito de propostas de trabalhos deste tipo: equipe, supervisão e coordenação precisam caminhar juntas, falar a mesma linguagem e estarem voltados para o mesmo objetivo: otimizar a atenção e o cuidado para com a população na área de saúde. Desta forma, poderíamos afirmar que a palavra de ordem nesta gestão é a EFETIVIDADE ou IMPACTO.

A proposta esteve centrada na realização de grandes fóruns de debates com temáticas de interesse comum a todas as equipes e minicursos com temáticas específicas para cada área ou áreas profissionais. A periodicidade seria bimestral, a princípio.

### **O trabalho com as lideranças comunitárias**

O foco do programa é oferecer assistência às famílias, já que ela constitui-se como núcleo central do nosso trabalho. Atualmente a família está passando por múltiplas transformações na sua composição e na sua constituição decorrentes de aspectos distintos: culturais, sócio-econômicos etc...

Considerando que o Programa atende a diferentes comunidades, o território passa a ser um espaço intensamente marcado pela diver-

cidade cultural, formação histórica, entre outros aspectos. Desta forma, a participação comunitária e o conhecimento da realidade local são fatores de grande importância para o sucesso das ações que se pretende desenvolver com programa.

A realização de encontros sistemáticos com as comunidades tornou-se fundamental. Para tanto realizamos um planejamento para utilizar os recursos físicos existentes nas próprias comunidades (escolas, igrejas, associação de moradores e outros) com o intuito de nos reunirmos com as diferentes lideranças comunitárias, no sentido de percebermos as necessidades mais prementes, assim como a satisfação da população com o programa, o que possibilita a curto e médio prazo, o fortalecimento da participação e o controle social.

### **A resolução de problemas**

Em qualquer gestão, muitos problemas são identificados e apresentados como entraves à ação imediata. Para tanto se torna de fundamental importância a identificação de tais problemas e o encaminhamento dos mesmos, desde que concomitante ao planejamento das ações a serem desenvolvidas.

Devemos perceber a rede de causalidade dos problemas e procurarmos um método para solucionar e enfrentar os principais nós críticos, tendo sempre como norte a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população-alvo, já que é por ela que a existência do nosso trabalho se justifica.

A aplicação do planejamento estratégico<sup>3</sup> junto às equipes em saúde da família, principalmente contando com a participação da supervisão e das gerências das unidades é um caminho que deve merecer a devida relevância para o sucesso do trabalho realizado.

### **Acolhimento, cuidado, vínculo e resolutividade**

O Programa Saúde da Família de Macaé pretende ser um agente de transformação das práticas em saúde, contribuindo para o resgate da cidadania.

A gestão pretende cada vez mais estimular a atuação nas equipes, destacando a importância da educação em saúde, seja nos atendimentos realizados no âmbito das Unidades Básicas ou nas visitas domiciliares. A participação ativa da comunidade é um elemento vital para

a materialização dos melhores resultados para o programa.

Em um modelo onde o conceito de saúde é visto em sua forma mais ampla, faz-se necessário o desenvolvimento de ações intersetoriais para a resolução de problemas, tais como: abastecimento de água, energia elétrica, saneamento básico, entre outros. (Malik e Terra, 1998:7)

Além disso, as categorias que ocuparam o eixo central desta proposta de gestão são: Acolhimento; Cuidado; Vínculo; Resolutividade.

Segundo Campos (1994:53), vínculo, mais desmistificação dos meios diagnósticos e terapêuticos, mais estímulo ao auto-cuidado, mais trabalho em equipes com maior autonomia profissional e concomitante maior responsabilidade pela solução de problemas de saúde e pela gerência dos processos de trabalho,...são todos caminhos para se vencer a resistência da clínica mecanicista e biologicista...

### **Resultados esperados**

Desejamos alcançar com a consolidação do respectivo projeto, as seguintes ações em saúde: Tratar humanizadamente toda a demanda; Responder a todo demandante; Discriminar os riscos, as urgências e emergências; Responder as demandas coletivas e individuais; Produzir a informação necessária para as equipes; Ficar alerta, junto às equipes para realizar uma leitura dos problemas do ponto de vista da sua dimensão coletiva e abrir possibilidades de novas opções tecnológicas de intervenção.

A proposta é construir um atendimento que tenha como base, a relação humanizada e acolhedora com os usuários. O fundamental é produzir um processo de assistência com a criação do vínculo, visando a autonomização do sujeito. Criar vínculos significa a responsabilidade e o compromisso da equipe com cada usuário de sua área de abrangência e com os tipos de problemas que eles apresentam. A possibilidade do vínculo rompe com a relação burocratizada e impessoal com os usuários.

Quanto à resolutividade, ter ação resolutiva não se limita a ter uma conduta, mas além disso, é a disponibilidade para eliminar a dor e o sofrimento e as causas reais dos problemas do paciente. Além disso, é a intervenção efetiva sobre os problemas que afetam o sistema de saúde.

## Referências

- CECÍLIO, L. C. O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MALIK, A. M.; TERRA, V. *Programa Médico de Família de Niterói*. programa de gestão pública e cidadania. São Paulo: FGV, 1998.
- REIS, C. C. L.; HORTALE, V. Programa Saúde da Família: supervisão ou convivência? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. 492-501, mar./abr. 2004.
- SANTANA, J. P. *A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta*. Documento apresentado no Painel estão de Recursos Humanos, na II Conferência Nacional de Recursos Humanos de saúde, Brasília, setembro 1993.

## Notas

- <sup>1</sup> Termo utilizado por Roberto Nogueira e Numer e Barreto e que significa uma gestão colaborativa ou construção conjunta (Reis e Hortale, 2004, p. 496)
- <sup>2</sup> O conceito de trabalhador coletivo em saúde tem sua utilidade como categoria de análise para entendimento dos mecanismos e formas de composição das parcelas de trabalho que entram na produção do resultado final esperado no processo de atendimento. O trabalhador coletivo é, pois, uma imagem que corresponde, enquanto agente do trabalho, ao produto final do serviço prestado ao usuário. Concretamente, tal agente coletivo é composto pelos vários trabalhadores que fazem parte de um processo produtivo, cuja característica marcante é a sua intensa divisão de trabalho. É portanto um conceito de aplicação prática no campo da gestão, em seus aspectos organizativos ou operacionais do processo produtivo.
- <sup>3</sup> Basicamente, o planejamento estratégico é um método voltado para a resolução de problemas, entendendo-se problema como: “algo detectado que incomoda um dado ator social e o motiva a buscar soluções adequadas”, ou seja, aquilo que o ator detecta na realidade e confronta com um dado padrão e que é considerado não-adequado ou não-tolerável e, assim, motiva o ator a enfrentá-lo.